



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

L'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec

Rapport final
2023



AUTRICES

Suzy Basile, professeure, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones et directrice du Laboratoire de recherche sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones — Mikwatisiw, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Ioana Comat, agente de recherche et consultante

Frédérique Cornellier, agente de recherche, Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones

RÉVISION LINGUISTIQUE

Geneviève Blais

TRADUCTION

Kathryn Casault

GRAPHISME

Danielle Lambert

FINANCEMENT

Ce projet a été rendu possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accordée à la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) afin de réaliser une recherche sur l'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec. Cette subvention a été en vigueur entre janvier 2021 et août 2023.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les participantes (communautés et organismes autochtones) qui ont pris part à la présente recherche. Nous avons tenté de porter vos voix afin que les services périnataux destinés aux femmes et aux familles autochtones soient adéquats, et surtout que s'instaure une justice reproductive au Québec. Nous remercions la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador pour son appui et sa confiance. Nous remercions également les membres du comité scientifique, qui ont donné les orientations de départ à la présente recherche : les membres universitaires; Oumar Mallé Samb (Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue), Caroline Paquet (Université du Québec à Trois-Rivières), Audrey Rousseau (Université du Québec en Outaouais) et les membres partenaires; Caroline Fiset et Jessie Messier (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador) et les membres observateurs; Isabelle Brabant, Fabienne Labbé, Camille Rochette et Isabelle Roy (ministère de la Santé et des Services sociaux).

Nous avons féminisé la présentation des résultats en raison de la représentation majoritairement féminine ayant participé à la recherche. Un seul homme a été rencontré durant la collecte des données.

Pour citer le document : Basile, S., Comat, I. et Cornellier, F. (2023). *Accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec* [Rapport de recherche]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN version électronique : 978-2-924231-40-1

© Tous droits réservés à la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones, UQAT

L'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec

| | |
|------------------------------|---|
| Liste des abréviations | 6 |
| Résumé..... | 7 |

INTRODUCTION

| | |
|---|----|
| 1. Nature de la recherche et objectifs | 9 |
| 1.1 Éléments de la problématique : un portrait de la santé des femmes autochtones..... | 9 |
| 1.1.1 Bilan général en santé | 9 |
| 1.1.2 Les impacts de la colonisation sur l'état de santé | 10 |
| 1.1.3 Les femmes autochtones et la périnatalité | 12 |
| 1.1.4 La sécurisation culturelle en santé périnatale..... | 12 |
| 1.1.5 Les sages-femmes autochtones : un besoin nommé par les femmes autochtones | 13 |
| 1.2 Objectifs de la recherche | 13 |
| 2. Approche méthodologique et considérations éthiques..... | 15 |
| 2.1 Comité scientifique et encadrement de la recherche..... | 15 |
| 2.2 Déroulement de la recherche..... | 16 |
| 2.2.1 Revue de littérature..... | 16 |
| 2.2.2 Limites de la revue de littérature | 16 |
| 2.2.3 Enquête de terrain et cartographie | 17 |
| 2.2.4 Recrutement et collecte de données | 17 |
| 2.2.5 Limites de l'enquête de terrain..... | 18 |
| 2.2.6 Traitement et analyse des données..... | 19 |
| 3. Contenu du rapport | 20 |

CHAPITRE 1.

| | |
|--|----|
| Bilan de la revue de littérature | 21 |
| 1.1 Un regard contemporain sur les sages-femmes | 21 |
| 1.1.1 Les sages-femmes au Canada et au Québec | 21 |
| 1.1.2 Les sages-femmes autochtones..... | 22 |
| 1.2 Les services offerts en périnatalité | 23 |
| 1.2.1 Les services périnataux offerts au Nunavik | 23 |
| 1.2.2 Les services périnataux offerts en Eeyou Istchee..... | 25 |
| 1.2.3 Les services périnataux offerts par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or | 27 |
| 1.3 Les conditions de succès et les obstacles quant à l'accès aux services de soins périnataux..... | 27 |
| 1.3.1 Les conditions de succès : des modèles uniques au monde | 28 |
| 1.3.2 Les obstacles rencontrés dans l'accès aux services périnataux | 28 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.4 | Les pratiques ancestrales autochtones : des pratiques périnatales prometteuses | 29 |
| 1.4.1 | L'univers de la femme enceinte..... | 30 |
| 1.4.2 | Les rituels entourant la naissance | 30 |
| 1.4.3 | Ailleurs dans le monde..... | 31 |

CHAPITRE 2.

| | | |
|---|---|-----------|
| Portrait des services périnataux disponibles | 32 | |
| 2.1 | La disparité des services périnataux offerts dans les communautés et les organismes autochtones | 32 |
| 2.2 | Les équipes de santé en place | 33 |
| 2.2.1 | La faible présence des médecins | 33 |
| 2.2.2 | Le personnel infirmier à l'avant-poste des services..... | 34 |
| 2.2.3 | Le cas particulier des accompagnantes à la naissance | 36 |
| 2.3 | Les programmes d'activités dans les communautés et les organismes autochtones | 36 |
| 2.3.1 | Les cours prénataux..... | 36 |
| 2.3.2 | Le soutien à l'allaitement | 37 |
| 2.3.3 | Les prises de sang..... | 38 |
| 2.3.4 | Le réseautage entre femmes enceintes au travers d'activités..... | 38 |
| 2.4 | Les corridors d'information entre les hôpitaux et les centres de santé des communautés et des organismes autochtones | 39 |
| 2.5 | Le suivi de grossesse offert aux femmes enceintes | 40 |
| 2.6 | Le suivi postnatal offert aux nouvelles mères | 41 |
| 2.7 | La nécessité d'offrir des services de santé de proximité | 42 |
| 2.8 | Les impacts de la COVID-19 sur les soins de santé périnataux | 43 |

CHAPITRE 3.

| | | |
|--|--|-----------|
| Portrait des obstacles barrant l'accessibilité aux services | 45 | |
| 3.1 | Le suivi médical offert à l'extérieur de la communauté et de l'organisme autochtone | 45 |
| 3.1.1 | Les services périnataux non accessibles au sein des instances autochtones | 45 |
| 3.1.2 | L'absence au suivi de grossesse | 46 |
| 3.1.3 | Les raisons de l'absentéisme aux rendez-vous | 48 |
| 3.2 | Les défis et les enjeux pour l'accès aux services de périnatalité | 48 |
| 3.2.1 | L'accueil vécu par les femmes autochtones lors de l'accès aux services périnataux | 49 |
| 3.2.2 | La menace des signalements à la naissance | 50 |
| 3.2.3 | Les préjugés vécus et le racisme systémique ambiant | 51 |
| 3.2.4 | Le cas des interventions médicales non sollicitées..... | 53 |
| 3.2.5 | La barrière linguistique et les difficultés de communication | 54 |
| 3.3 | Les défis et les enjeux propres aux déplacements | 55 |
| 3.3.1 | La relativité des distances et des moyens de transport | 55 |
| 3.3.2 | Des défis logistiques : la coordination, l'accompagnement et les enjeux financiers..... | 58 |
| 3.3.3 | La multiplication des déplacements requis | 59 |
| 3.3.4 | Être loin de la maison, un facteur de solitude et de stress | 60 |

CHAPITRE 4.

Services de sages-femmes pour les communautés et les organismes autochtones62

- 4.1 **Le difficile accès aux services de sages-femmes :
entre méconnaissance et pénurie.....62**
- 4.2 **L'apport de la pratique sage-femme65**
- 4.3 **Les étapes d'implantation67**
 - 4.3.1 Les dimensions logistiques et les défis matériels.....67
 - 4.3.2 Le parcours scolaire pour devenir sage-femme au Québec69
 - 4.3.3 La déconstruction du monopole de la surmédicalisation de la grossesse70

CHAPITRE 5.

Pratiques ancestrales autochtones et maternité72

- 5.1 **Les pratiques ancestrales : du discrédit colonial à la résurgence.....72**
- 5.2 **Un aperçu des pratiques ancestrales touchant la maternité74**
 - 5.2.1 Les médecines traditionnelles (mickiki).....74
 - 5.2.2 L'accouchement75
 - 5.2.3 La cérémonie du nouveau-né.....75
 - 5.2.4 La cérémonie des premiers pas76
 - 5.2.5 La cérémonie du nom du bébé76
 - 5.2.6 Le cordon ombilical77
 - 5.2.7 Le placenta77
 - 5.2.8 Le misaspison.....79
 - 5.2.9 Le tikinakan79
- 5.3 **L'accompagnement, pierre angulaire des pratiques ancestrales
touchant la maternité80**
 - 5.3.1 La place des kokom.....80
 - 5.3.2 Le rôle des sages-femmes autochtones.....81

Conclusion84

Recommandations89

Références93

ANNEXES

- Annexe A Cartographie des parcours imposés aux femmes autochtones
enceintes108
- Annexe B Guide d'entrevue130
- Annexe C Note d'information133
- Annexe D Tableau des communautés autochtones, des organismes
autochtones et des témoignages personnels ayant participé à la
collecte des données134
- Annexe E Appels à l'action et recommandations des commissions d'enquête
et des plans d'action gouvernementaux portant sur les besoins
en santé des peuples autochtones135

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|----------|---|
| APNQL | Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador |
| CISSSAT | Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue |
| CCSSSBJ | Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James |
| CSSSPNQL | Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador |
| CAALT | Centre d'amitié autochtone de La Tuque |
| CAATR | Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières |
| CAAVD | Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| NCIM | National Council of Indigenous Midwives |
| RCAAQ | Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec |
| UQTR | Université du Québec à Trois-Rivières |
| UQAT | Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue |
| UQO | Université du Québec en Outaouais |

RÉSUMÉ

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a exprimé le souhait de mettre en œuvre l'une des mesures du plan d'action 2017-2022 élaboré par le Secrétariat aux affaires autochtones (SAA), *Faire plus, faire mieux : plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits*, qui présente 119 mesures, réparties en 4 axes. Ainsi, la mesure 1.1.15 vise à « développer l'accès aux services de sages-femmes dans les communautés autochtones non conventionnées » (SAA, 2017, p. 51). Afin de répondre à cette mesure du plan d'action et aux besoins criants d'amélioration des soins de santé pour les femmes autochtones, le MSSS a approché la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) pour effectuer une recherche sur l'accès aux services de sages-femmes avec les communautés autochtones au Québec. La présente recherche, menée en collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), s'inscrit donc comme première étape vers la réalisation de cette mesure gouvernementale (mesure 1.1.15)¹.

L'objectif principal de la recherche est de produire des connaissances permettant d'améliorer l'accès des femmes et des familles autochtones aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones dites non conventionnées au Québec. Elle vise également à comprendre

les besoins des femmes autochtones en matière de suivis périnataux sécuritaires et culturellement pertinents, les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés pour y accéder. Les résultats ont notamment pour but d'outiller les instances gouvernementales et les instances autochtones (communautés autochtones, CSSSPNQL, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec [RCAAQ], etc.) lors du déploiement de services de sages-femmes afin que celles-ci puissent répondre aux besoins et aux aspirations des différentes communautés autochtones au Québec.

La santé des femmes autochtones au Québec et au Canada est marquée par le colonialisme. Les politiques coloniales visaient les femmes autochtones à plusieurs égards, que ce soit par le contrôle de leur corps, la dévalorisation de leurs rôles dans leur société, l'abolition de leur rôle d'éducatrice par l'imposition des pensionnats et la non-reconnaissance de leur place au sein de leur territoire traditionnel. Les femmes autochtones sont aujourd'hui marquées par ces nombreuses tentatives d'effacement. Les savoirs des sages-femmes autochtones, traditionnellement présentes partout en Amérique et ailleurs dans le monde, ont été dévalorisés pour mettre de l'avant la biomédecine et la surmédicalisation des grossesses. Les rituels traditionnels entourant la naissance ont été stigmatisés et l'expérience de la maternité en milieu autochtone en a été affectée. En résultent plusieurs inconvénients pour les femmes enceintes, dont l'obligation de se

¹ La présente recherche devrait également servir à la mise en œuvre des mesures et des recommandations du *Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027* du Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit (SRPNI) ainsi que du *Plan d'action en périnatalité et petite enfance (PAPPE) 2023-2028* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du gouvernement du Québec.

déplacer sur de nombreux kilomètres pour obtenir leur suivi de grossesse et pour donner naissance, se coupant ainsi de la présence de leur famille, de leur communauté et de leur territoire.

Dans la foulée des événements entourant le décès tragique, le 28 septembre 2020, de Joyce Échaquan, une femme de la communauté atikamekw de Manawan, le Principe de Joyce a été élaboré afin de « garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle » (CNA et CAM, 2020, p. 14). Inspiré de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (ONU, 2007), ce principe ramène à l'avant-plan la reconnaissance nécessaire et le respect des savoirs et des connaissances traditionnels des peuples autochtones en matière de santé.

Introduction

1. Nature de la recherche et objectifs



1.1. Éléments de la problématique : un portrait de la santé des femmes autochtones

1.1.1 Bilan général en santé

Il est complexe de brosser un portrait général de la santé des femmes autochtones² à l'échelle du Canada étant donné l'hétérogénéité de ce groupe populationnel. Néanmoins, les rapports d'enquêtes (CERP, 2019; CRVC, 2015; ENFFADA, 2019) sont unanimes quant à l'écart en matière de santé entre les populations autochtones et allochtones. Au Québec, l'Institut national de la santé publique (INSPQ, 2014) observe que les populations autochtones sont surreprésentées en ce qui concerne les traumatismes intentionnels et non intentionnels, les maladies chroniques (obésité, diabète et maladies cardiovasculaires) et pour certaines maladies transmissibles (infections sexuelle-

ment transmissibles et tuberculose). Les femmes autochtones sont davantage touchées par les maladies chroniques que le reste de la population du Canada. Par exemple, 46,5 % des femmes des Premières Nations déclarent souffrir de comorbidité, c'est-à-dire la coexistence d'au moins deux problèmes de santé chronique, comparativement à 36,4 % des hommes des Premières Nations (CSSSPNQL, 2018). En 2006, 60 % des femmes autochtones âgées de 20 ans et plus ont reçu un diagnostic de maladie chronique dont les plus communes étaient l'arthrite et les rhumatismes (O'Donnell et Wallace, 2011). À l'échelle de la population autochtone, les taux d'obésité adulte (26 % chez les Premières Nations et les Inuit, 22 % chez les Métis) sont supérieurs à ceux de la population allochtone (16 %) (GC, 2011). Les femmes autochtones sont également davantage concernées par les problèmes d'obésité que les hommes autochtones et les maladies qui peuvent en découler comme le diabète (CSSSPNQL, 2018).

² L'utilisation du terme « femme » peut inclure les personnes transgenres ou celles de genre non binaire. Le terme « autochtone » inclut les Premières Nations, les Métis et les Inuit et il est ici utilisé pour des raisons pragmatiques. Dans ce rapport, il fait référence aux Premières Nations au Québec.

En Ontario, une étude met en lumière le fait que les femmes autochtones ont plus de risque de développer le diabète que les femmes allochtones (4,2 % contre 1,6 % [de 20 à 34 ans] 17,6 % contre 6,0 % [de 35 à 49 ans] (Walker et al., 2020). De manière similaire, un pourcentage plus élevé de femmes autochtones [4,8 % chez les Premières Nations, 4 % chez les Inuit et 2,2 % chez les Métis] reçoit un diagnostic de diabète gestationnel en comparaison à la population non autochtone [0,5 %] (Garner et al., 2010). Ces chiffres sont d'autant plus alarmants que le taux de fécondité chez les femmes autochtones au Canada est plus élevé que dans la population générale. En 2010-2011 par exemple, ces taux étaient de 3,25 enfants pour les femmes résidant en communauté territoriale³ et de 2,20 pour les femmes résidant hors communauté, des chiffres qui dépassent la moyenne des femmes non autochtones qui s'élève à 1,63 enfant par femme (SC et APN, 2021). Dans ce contexte, le diabète gestationnel constitue donc un enjeu de premier plan en matière de santé publique.

Enfin, à l'échelle du Canada, en 2011, l'espérance de vie des femmes des Premières Nations était de 77,7 ans, soit 9,6 ans de moins que celles des femmes allochtones (Tjeokema et al., 2019)⁴. Selon les témoignages entendus à la Commission d'enquête sur les relations entre

les Autochtones et certains services publics (CERP, 2019), les approches de soins et les types d'intervention effectués dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois ne répondent pas aux besoins des populations autochtones, et la relation avec le système est difficile. En effet, plusieurs femmes autochtones évitent les points de service de santé en raison du manque de confiance envers le système de santé, auquel elles ont pourtant droit, combiné à des expériences négatives de contrôle de leur santé reproductive (Basile et Bouchard, 2022; Labra et al., 2023). De plus, l'accès à des soins de santé est parfois grandement limité en raison de l'isolement géographique et du temps d'attente considérable avant de recevoir des soins (CERP, 2019). De multiples facteurs portent atteinte à la santé des femmes autochtones, néanmoins il a été reconnu à l'échelle internationale que la colonisation est un déterminant social incontournable de leur santé (CCNSA, 2012; Labra et al., 2023; Smylie, 2008).

1.1.2 Les impacts de la colonisation sur l'état de santé

La santé des femmes autochtones au Canada et au Québec est marquée par un lourd bilan. Ces femmes, en plus d'être aux prises avec les déterminants de la santé⁵ qui affectent la population cana-

³ L'expression « communauté territoriale » désigne les communautés situées en territoire des Premières Nations concernées, les termes « réserve ou bande indienne » n'étant plus appropriés. Selon l'ÉPTC2 (2022, p. 169), « Les "communautés territoriales" disposent d'organes directeurs qui exercent une autorité locale ou régionale (p. ex. membres des Premières Nations qui vivent sur une réserve). »

⁴ Seuls des chiffres prévisionnels sont disponibles pour l'année 2017 et selon ceux-ci, l'espérance de vie des femmes des Premières Nations se situe « entre 78 et 80 ans » (SC, 2015).

⁵ « Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Il existe des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents échelons de la société, engendrant ainsi des inégalités de santé » (INSPQ, 2021, p.1).

dienne de manière générale, se voient également touchées par des déterminants qui sont propres aux Autochtones, comme la culture, l'autodétermination et le colonialisme (Halseth, 2013). L'histoire de la colonisation représente un important marqueur de vulnérabilité pour les femmes autochtones. En les excluant notamment des différentes sphères de décision de leur nation, leurs rôles dans la gouvernance ont été ignorés (Basile, 2017). Les politiques colonisatrices ont également lourdement affecté le rôle des femmes autochtones dans la transmission des savoirs, alors que « de tout temps, la transmission des enseignements et des pratiques culturelles d'une génération de femmes à l'autre a favorisé le renforcement et la pérennité des sociétés autochtones » (CCNSA, 2012, p. 2). L'imposition du patriarcat au sein des nations autochtones les a soumises à des rôles inférieurs et peu valorisés, alors qu'il en était tout autrement par le passé. Ainsi, « [les] circonstances historiques ont façonné la réalité sociale, politique et économique actuelle des femmes autochtones, qui à son tour a influencé leur santé physique, psychologique et mentale » (Halseth, 2013, p. 7). La médicalisation de la grossesse, la notion de risques et les politiques d'évacuation des femmes autochtones de leur communauté afin d'aller accoucher dans des hôpitaux du « Sud » les ont affectées violemment⁶. Comme le souligne Dawson:

la construction sociale du discours sur le risque s'est développée non pas en réponse aux urgences obstétricales, mais plutôt en fonction des avancées scientifiques et technologiques, de l'accumulation des connaissances et du pouvoir colonisateur. La technologie de pointe a grandement rétréci l'éventail de ce qui est considéré comme une grossesse normale pour graduellement se concentrer sur lesdites anomalies de la grossesse et de l'accouchement. La grossesse n'étant plus considérée comme un processus naturel, le corps féminin devient intrinsèquement à risque [traduction] (Dawson, 2017, p. 160).

Le contexte dans lequel se retrouvent les femmes autochtones partout au pays explique donc les grands écarts de santé qui affectent leur vie. Ainsi, « [il] n'est donc pas surprenant que les femmes autochtones doivent faire face à des problèmes disproportionnés pendant leur grossesse, dont des taux de diabète gestationnel plus élevés, les accouchements très loin de chez elles et la dépression post-partum, par rapport aux autres femmes non-autochtones » (Smylie, 2014, p. 2). La reproduction devient ainsi un facteur de risque supplémentaire ajouté à la santé générale des femmes autochtones (Halseth, 2013; Vang et al., 2018).

⁶ Les femmes inuit enceintes au Québec et au Canada peuvent être amenées à quitter leur communauté pendant plusieurs semaines (en moyenne de 4 à 6 semaines) afin d'aller accoucher dans un centre hospitalier. Cependant, au Nunavik, plus de 86 % des accouchements des femmes inuit ont lieu dans l'un des villages de la région offrant les services périnataux (Van Wagner et al., 2007).

1.1.3 Les femmes autochtones et la périnatalité

Lorsqu'il est question des conditions médicales vécues par les femmes autochtones lors de la période de la périnatalité⁷, les sujets les plus fréquemment abordés dans la littérature se font sous l'angle des grossesses à risque, plus précisément du diabète gestationnel (Chen et al., 2019; Gaudreau, 2009; Halseth, 2013; Pace et al., 2020; Smylie, 2014), des mortinaissances⁸ (Auger et al., 2013; Gilbert et al., 2015; Sheppard et al., 2017) et de la mortalité infantile (Chen et al., 2015, 2019; Gilbert et al., 2015; Kaufert et O'Neil, 1990; Luo et al., 2010a, 2010b, 2012; Shapiro et al., 2018; Simonet et al., 2010; Wassimi et al., 2010; Xiao et al. 2016). Par ces écrits, les propos précédemment soulevés en ce qui a trait aux nombreux impacts de la colonisation – et par le fait même de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement – se voient abordés uniquement sous un angle médical. Ces femmes, considérées comme à risque, se voient contraintes à un suivi de grossesse plus serré (Gaudreau, 2009), et l'éloignement géographique devient un facteur supplémentaire en raison de l'absence de services de santé appropriés dans ce contexte (Cidro et Sinclair, 2021; Xiao et al. 2016). Autrement dit, la majorité de ces femmes autochtones doivent se déplacer dans un centre tertiaire (clinique de

grossesses à risque élevé) afin d'avoir accès au suivi nécessaire pour répondre à leur grossesse à risque (Duquette, 2016).

1.1.4 La sécurisation culturelle en santé périnatale

La sécurisation culturelle⁹ en santé est un concept développé en Nouvelle-Zélande par une infirmière maorie du nom de Irihapeti Ramsden (Ramsden, 2002) qui s'est répandu en Australie, au Canada et aux États-Unis. Cette approche, grandement documentée dans la littérature en provenance de ces trois pays (Baba, 2013; Kruske et al., 2006; Lévesque, 2016; Lévesque et al., 2019a; Papps et Ramsden, 1996; Whitty-Rogers et al., 2006; Williamson et Harrison, 2010), a une large portée de justice sociale et s'applique non seulement au milieu de la santé, mais également à l'éducation, à l'économie sociale et à l'itinérance, pour ne nommer que ces domaines (Lévesque, 2016).

Il s'avère impératif de prendre en compte les différents facteurs mentionnés précédemment dans l'élaboration de services de santé sécuritaires et culturellement pertinents pour les femmes autochtones (GRSACR, 2019; Hartz et McGrath, 2017; Lévesque, 2016; Williamson et Harrison, 2010). Comme l'écrit Halseth, « [l]'amélioration de l'accès aux soins de santé est une étape importante de la réponse à cer-

⁷ La périnatalité se définit comme la période à partir « du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an » (MSSS, 2008, p. 3).

⁸ La mortinaissance désigne un enfant né sans vie entre 26 semaines (6 mois) et après ou au moment de l'accouchement.

⁹ « Cette approche a pris son envol au début des années 1990 dans le contexte des soins de santé dispensés à la population maorie et jugés non sécuritaires pour les patients et les patientes parce qu'ils ne respectent pas les valeurs et principes de vie et de bien-être maoris, reproduisaient en quelque sorte des comportements et des attitudes discriminatoires et niaient les rapports de pouvoir et d'oppression (passés et présents) entre la population maorie et l'État central néozélandais » (Lévesque, 2016, p. 17).

tains des besoins des femmes autochtones en matière de soins. Jusqu'à présent, elles n'ont pas été bien servies par le système de santé » (Halseth, 2013, p. 15). Heureusement, différents acteurs de la santé s'impliquent afin que des services de soin soient mis en place et puissent répondre aux besoins des femmes autochtones, comme c'est le cas notamment avec la CSSSPNQL, Femmes Autochtones du Québec (FAQ), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), le National Council Indigenous of Midwives (NCIM) et le RCAAQ. Tel que stipulé par Hartz et McGrath, « [a]ccès à des soins prénataux, à des services d'accouchement et à des services de santé maternels et infantiles culturellement adaptés peut réduire les risques de problèmes de santé pour les mères autochtones, leurs bébés, leurs enfants et leurs familles » [traduction] (Hartz et McGrath, 2017, p. 50). Or, parmi l'éventail des stratégies éventuellement déployées afin d'offrir des réponses culturellement sécurisantes aux mères et futures mères autochtones, le service des sages-femmes autochtones se distingue par les demandes qu'il suscite auprès de celles-ci.

1.1.5. Les sages-femmes autochtones : un besoin nommé par les femmes autochtones

Une recension des écrits réalisée dans le cadre de la présente recherche permet de constater une volonté d'accéder à des services de sages-femmes autochtones, volonté nommée par les femmes autochtones elles-mêmes et visible dans

les médias depuis les dernières années. Partout au pays, des femmes et des associations autochtones revendiquent de meilleurs services périnataux afin de revitaliser des pratiques traditionnelles en lien avec la grossesse et l'accouchement et d'en bénéficier (Alex, 2017; Baker, 2022; Wheeler, 2017; Williams, 2021). La littérature consultée expose les nombreux avantages associés à la pratique sage-femme en contexte autochtone, comme des suivis de grossesse plus sécurisants, des accouchements avec moins d'interventions médicales et la place importante de la famille pendant la grossesse et l'accouchement. Comme mentionné dans les articles de journaux sélectionnés, le financement demeure un enjeu de taille afin de répondre aux besoins des femmes autochtones et d'assurer la pérennité des services de sages-femmes (CBC News, 2017a, 2017b; RC, 2017).

1.2 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de la présente recherche est de produire des connaissances permettant d'améliorer l'accès des femmes et surtout des familles autochtones aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones dites non conventionnées¹⁰ au Québec. Comme objectifs spécifiques, la présente recherche vise à :

- 1) Décrire les services offerts dans les communautés et milieux autochtones au Québec en matière de planification

¹⁰ L'expression « communautés autochtones conventionnées » désigne les communautés autochtones signataires de la Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ) ou de la Convention du Nord-Est québécois (CNEQ), soit les communautés inuit, cri et naskapis. Par opposition, les communautés dites « non conventionnées » désignent toutes les autres communautés autochtones. Ces conventions garantissent à ces trois peuples des services de santé auxquelles les autres Premières Nations au Québec n'ont pas accès au sein de leurs communautés.

des naissances, de suivi de grossesse, d'accouchement, de période postnatale, incluant la revitalisation de cérémonies et rituels liés à la naissance d'un enfant;

- 2) Comprendre et analyser, à partir du discours des participantes des directions de la santé et des organismes autochtones, le vécu des femmes et des familles autochtones, leurs besoins en matière de services périnataux, les facteurs facilitants, les obstacles (freins) et les améliorations souhaitées pour accéder à ces services au Québec;
- 3) Analyser les conditions de succès (initiatives prometteuses, outils et moyens novateurs, prise en compte des savoirs autochtones) et les obstacles (lacunes, pratiques non sécurisantes, possibles « alertes à la naissance ») rencontrés dans l'accès à ces services, le cas échéant;
- 4) Recenser, décrire et situer géographiquement certaines pratiques ancestrales autochtones et pratiques prometteuses (au Québec, au Canada, et ailleurs dans le monde) dans le domaine de la périnatalité;
- 5) Illustrer le parcours des femmes autochtones quant à l'accès à des services de santé périnatale en traçant l'itinéraire de soins des femmes autochtones.

Le but de la présente recherche est de répondre à la première étape du plan de développement pour l'accès aux services de sages-femmes proposé par le MSSS. La présente recherche a été menée en collaboration avec la CSSSPNQL. Le certificat d'éthique a été délivré par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT le 23 août 2021 (Référence 2021-06-Basile S.).



2.

Approche méthodologique et considérations éthiques

Cette recherche a été réalisée en accord avec les principaux outils et protocoles encadrant la recherche en contexte autochtone au Québec, soit le *Protocole de recherche de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador* (APNQL, 2014), les *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones* (FAQ, 2012), l'*Énoncé de politiques des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains — EPTC2* (CRSH et al., 2022) et le *Cadre de référence sur la gouvernance de l'information des Premières Nations au Québec* (CSPSPNQL, 2019). La mise en œuvre des principes applicables dans le contexte de la présente recherche, dont l'établissement d'une étroite collaboration avec un organisme des Premières Nations dès le début des travaux de recherche et l'attention particulière portée à la parole des femmes autochtones ayant participé à la collecte des données, caractérise l'approche particulière utilisée.

2.1 Comité scientifique et encadrement de la recherche

Dès le départ, un comité scientifique a été mis sur pied afin de rassembler les expertises nécessaires pour s'assurer que le protocole de recherche développé réponde adéquatement aux standards scientifiques. Au cours de la recherche, la mission du comité scientifique a évolué avec l'avancement des travaux. Ainsi, il en est venu à jouer un rôle de soutien à l'équipe de recherche, par les échanges, les discussions et le partage de connaissances. Le comité scientifique a tenu virtuellement cinq rencontres entre avril 2021 et avril 2022. Le comité scientifique était composé de dix personnes. Un membre professoral de l'École d'études autochtones et un membre de l'Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la santé de l'UQAT y siégeaient. De plus, la direction du département sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et une professeure au département des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) ont également fait partie du comité. À cela s'ajoutaient une agente de recherche et une gestionnaire de la CSSSPNQL à titre de partenaire, quatre fonctionnaires du MSSS à titre d'observatrice et l'agente de recherche de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones.

2.2 Déroulement de la recherche

La méthodologie qualitative utilisée pour la présente recherche s'est traduite par l'organisation d'approches méthodologiques complémentaires qui ont permis de répondre adéquatement aux différents objectifs de recherche. Ainsi, la recherche se décline en deux axes, soit 1) une revue de littérature et 2) une enquête de terrain structurée autour d'outils de collecte des données caractéristiques de la démarche d'enquête ethnographique et reposant sur la tenue d'entrevue semi-dirigée et la réalisation d'une cartographie participative. De sa conception à sa réalisation, la démarche de recherche a bénéficié des avis et des conseils du comité scientifique.

2.2.1 Revue de littérature

Les travaux de Arksey et O'Malley sur la revue de littérature (*scoping review*) ont permis d'outiller l'équipe de travail afin de répondre aux objectifs 1, 3 et 4 de la recherche. Suivant les six étapes développées par ces autrices, une revue de littérature a été réalisée en suivant le modèle suivant : 1) identification de la question de recherche; 2) recherche des articles pertinents; 3) sélection des articles; 4) extraction des données; 5) analyse des données; et 6) synthèse et rédaction du rapport (Arksey et O'Malley, 2005). La revue de littérature permet de mettre en lumière les lacunes dans la littérature du sujet exploré (Tricco, 2020). Dans le cadre de la présente recherche, elle a permis de répertorier le maximum de la littérature existante (articles, monographies, rapports de recherche, mémoires et thèses, littérature grise) sur les réalités propres aux services de périnatalité et à la pratique sage-femme dans les communautés et

milieux autochtones au Québec (qui s'avère très mince) et au Canada (principalement rédigée en anglais). La recherche documentaire a dû être élargie à l'international pour le dernier chapitre du rapport afin de répertorier un maximum de pratiques ancestrales prometteuses. Afin de faciliter le traitement logistique de ces références et de ces données, un logiciel de gestion de références (*Endnote*) a été utilisé.

2.2.2 Limites de la revue de littérature

La revue de littérature s'est échelonnée sur plusieurs mois, permettant ainsi une bonification au fil du temps. Malgré cette période somme toute assez prolongée, il s'est avéré qu'il existe peu de littérature sur le sujet de l'expérience de la grossesse et des soins périnataux chez les femmes autochtones au Québec, particulièrement pour les femmes des Premières Nations des communautés autochtones dites non conventionnées. Une grande proportion de la littérature disponible sur le sujet s'intéresse aux femmes et au milieu inuit (Nunavik), angle d'étude a priori non couvert par la présente recherche. Comme il est essentiel de mettre en lumière l'apport de la pratique sage-femme inuit déployée au Nunavik, et en raison de la plus grande abondance de littérature concernant ces communautés, il a tout de même été convenu d'aborder ce sujet dans la revue de littérature. Pour ce qui est de la littérature qui traite de l'ensemble du Canada, plusieurs ouvrages répertoriés mettent en lumière des aspects comme l'évacuation des femmes autochtones vers un centre hospitalier pour aller accoucher, la pratique sage-femme autochtone, la sécurisation culturelle en santé périnatale et le retour des accouchements sur le territoire. Ces textes ont été utilisés pour mettre en relief les résultats des entrevues réalisées.

2.2.3 Enquête de terrain et cartographie

L'enquête de terrain a été réalisée afin de comprendre et d'analyser les expériences de soins périnataux des femmes autochtones au Québec (objectifs 2, 4 et 5) grâce aux outils propres à la recherche ethnographique que sont l'entrevue semi-dirigée et la cartographie participative. Ce faisant, il a été possible d'offrir « une description détaillée et exhaustive d'une culture ou d'une situation sociale » (Laperrière, 1997, p. 327). L'ensemble des directions de la santé des communautés des Premières Nations du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux de la CSSSPNQL ont été invitées à participer. Pour ce qui est des pratiques au sein du Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec, le RCAAQ a recommandé d'entrer en contact avec des Centres d'amitié qui offrent des services professionnels de santé aux Autochtones qui habitent ou transitent en milieu urbain. Trois Centres ont ainsi été approchés, deux qui ont une clinique de santé depuis quelques années (CAAVD et CAALT), et un qui a un projet de clinique en développement (CAATR). Deux autres organismes autochtones ont également pris part à la recherche, soit FAQ et le NCIM. Dans plusieurs cas, les directions de la santé ont préféré désigner un membre de leur équipe travaillant au centre de santé pour participer à l'entrevue.

L'exercice de cartographie participative étant assez volumineux, il a été placé en annexe du présent rapport (voir annexe A). Cet exercice, mené conjointement avec l'enquête de terrain, a permis de procéder à l'illustration des parcours imposés aux femmes autochtones pour l'accès à des services de santé périnatale. Les résultats de cet exercice se traduisent par 1) une carte schématique du parcours typique

d'une femme atikamekw et d'une femme innue lors d'une grossesse sans complication et 2) des cartes générales des parcours des femmes autochtones enceintes au Québec.

2.2.4 Recrutement et collecte de données

La collecte de données a été effectuée en une seule étape, soit par des entrevues individuelles qui se sont déroulées majoritairement par vidéoconférence (Zoom et Teams) en raison de la pandémie de COVID-19, et qui ont été enregistrées avec l'accord des personnes interviewées. À trois occasions, il a été possible d'aller sur place, soit dans les communautés de Lac-Simon, de Manawan et de Pikogan. D'autres séjours dans les communautés devaient avoir lieu, mais en raison de la recrudescence de la COVID-19 au moment des déplacements, ceux-ci ont malheureusement dû être annulés. Ces entrevues, sous la forme d'entrevues semi-dirigées, se sont tenues de la fin septembre 2021 à la mi-mars 2022 (voir le guide d'entrevue en annexe B).

L'approche auprès des participantes s'est effectuée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, la professeure Suzy Basile a présenté la recherche aux directions de la santé lors d'une rencontre du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux tenue par la CSSSPNQL. Cette présentation a été suivie par une note d'information, acheminée par courriel en août 2021 par la CSSSPNQL aux membres du Réseau présentant les principales informations concernant la recherche (voir l'annexe C). Par la suite, des courriels personnalisés ont été envoyés afin de prendre contact avec chacune des directions de la santé des communautés des Premières Nations visées par la recherche.

Parallèlement à ces prises de contact, des organismes autochtones ont également été joints afin de prendre part à la recherche. Tout au long de l'automne 2021, des relances ont été effectuées, parfois par l'équipe de travail et parfois par la CSSSPNQL, afin d'assurer une plus grande participation à la collecte de données. Au départ, le nombre d'entrevues prévues était de 33, soit 31 communautés et 2 centres d'amitié autochtones. Finalement, 27 entrevues ont été réalisées, représentant 19 communautés et 6 organismes autochtones en plus de 2 témoignages personnels (voir le tableau des communautés et des organismes autochtones ayant pris part à la collecte des données en annexe D). En tout, 32 personnes ont participé aux entrevues : ce chiffre s'explique par le fait qu'à certaines occasions, 2 personnes étaient présentes à l'entrevue. Les entrevues se sont déroulées principalement en français (22) et quelques-unes ont eu lieu en anglais (5). Comme un seul homme a été rencontré, il a été convenu de féminiser les appellations qui font référence aux personnes interviewées. À la suite des entrevues, des transcriptions ont été réalisées dans la langue d'usage et elles ont été envoyées aux participantes afin qu'elles puissent valider le contenu et l'exactitude des propos échangés. Par respect pour l'anonymat des témoignages recueillis, une codification a été mise en place de la façon suivante : COM+chiffre séquentiel pour les communautés des Premières Nations, ORG+chiffre séquentiel pour les organismes autochtones (incluant trois centres d'amitié autochtones) et TEM+chiffre séquentiel pour les témoignages personnels.

2.2.5 Limites de l'enquête de terrain

Plusieurs contraintes ont limité la collecte de données. La première contrainte provient du fait que les critères de la recherche ne concernaient que les communautés dites non conventionnées. Pour l'équipe de recherche, cette façon de catégoriser la population autochtone au Québec ne rend pas justice à la diversité des nations qui se déploient sur le territoire, en plus de s'inscrire dans une optique coloniale quant au regard posé sur ces nations. De même, parmi les nations dites conventionnées, deux d'entre elles, soient les Eeyouch (Cris, au pluriel) et les Inuit, disposent de services de sages-femmes au sein de certains de leurs centres de santé. De ce fait, il aurait été pertinent de broser un portrait exhaustif de la situation dans ces communautés afin que d'autres communautés puissent s'inspirer de leur expérience. Dans cette optique, l'équipe s'est tournée vers le témoignage d'une sage-femme ayant pratiqué en Eeyou Istchee (terre des Cris) dans le passé afin qu'elle raconte son expérience personnelle.

Dans un deuxième temps, nous avons rapidement constaté que les directions de la santé, les organismes autochtones et leur personnel respectif sont surchargés par leurs nombreuses tâches et responsabilités. À cela s'ajoutait la situation sanitaire en lien avec la pandémie de COVID-19 qui caractérisait le Québec au moment de la collecte de données, ajoutant ainsi un poids supplémentaire sur leurs épaules. Dans ce contexte, c'est un privilège que toutes ces personnes aient pu nous accorder de leur temps.

Troisièmement, il s'avère que plusieurs projets en lien avec les sages-femmes et les communautés autochtones sont en cours de développement au Québec, tous liés de près ou de loin au MSSS. Ainsi, le MSSS a engagé une sage-femme à l'hiver 2020 afin de proposer des modèles d'organisation de services périnataux, dont des services de sages-femmes, au sein de certaines communautés non conventionnées des Premières Nations au Québec. Du côté de l'Abitibi-Témiscamingue, à l'été 2020, une chargée de projet sage-femme a été embauchée au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) afin d'entamer des démarches pour développer les services de sages-femmes pour la population de cette région. Cette chargée de projet a donc elle aussi communiqué avec les communautés anicinabeg de la région afin de connaître leurs besoins. C'est la même situation en Gaspésie, où les sages-femmes en poste tentent de rejoindre les communautés mi'kmaq afin de les desservir. Bref, l'engouement pour la pratique sage-femme au Québec, quoique positif pour les femmes autochtones et allochtones de la province, s'est manifesté au même moment que la réalisation de la recherche. Cette double sollicitation du côté des centres de santé autochtones, que ce soit en communauté ou au sein d'organismes autochtones en milieu urbain, s'est ajoutée à la surcharge de travail des participantes, en plus de semer parfois la confusion parmi les différentes initiatives.

2.2.6 Traitement et analyse des données

L'équipe de recherche a privilégié une démarche inductive. L'analyse inductive des données semble appropriée pour la présente recherche, en se définissant comme « [...] un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche » (Blais et Martineau, 2006, p. 15). Ce type de démarche se caractérise par quatre étapes, soit 1) préparer les données brutes; 2) faire une lecture attentive et approfondie; 3) procéder à l'identification et à la description des premières catégories; et 4) poursuivre la révision et le raffinement des catégories (Blais et Martineau, 2006). Pour ce faire, l'utilisation du logiciel NVivo 10 (QSR International) a facilité l'organisation et le traitement informatique des données. Cette procédure a permis d'effectuer une description exhaustive de la situation quant à l'accès et à la qualité des services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec.

3.

Contenu du rapport

D'une grande richesse, les entrevues réalisées pour la présente recherche font part des multiples facettes des réalités des mères autochtones et représentent le cœur de ce rapport, comportant une présentation des résultats et une discussion selon la littérature disponible.

L'analyse se décline en cinq chapitres :

1.

Revue de littérature.

2.

Services périnataux offerts dans les communautés et les organismes autochtones au Québec.

3.

Services périnataux non accessibles au sein des organisations autochtones.

4.

Services de sages-femmes pour les communautés et les organismes autochtones.

5.

Pratiques ancestrales autochtones.

Ces chapitres sont déployés en sous thèmes selon l'analyse des résultats obtenus. Une validation de l'analyse des résultats et de l'exactitude des citations a été effectuée auprès de chacune des partici-

pantes à la recherche et les corrections, le cas échéant, ont été apportées à la version finale du rapport disponible en français et en anglais.

Chapitre 1.

Bilan de la revue de littérature



La revue de littérature (*scoping review*) réalisée dans le cadre de la présente recherche vise à répondre à trois des cinq objectifs (1, 3 et 4) présentés dans la section Objectifs de la recherche. Cela nécessite donc une vaste recherche littéraire, notamment parce que les deux premiers objectifs ciblent uniquement le Québec, alors que le dernier s'étend au Canada et ailleurs dans le monde. Au total, 394 textes sont répertoriés : articles scientifiques, monographies, chapitres de livres, articles de journaux, rapports et documents gouvernementaux ou d'organisations autochtones et allochtones. De ces 394 écrits, 69 ont été retenus; ceux-ci abordent directement les services périnataux au Québec ou les pratiques autochtones ancestrales pour l'ensemble de la planète. La littérature sur le sujet extrêmement rare explique la très faible quantité d'écrits retenus. De plus, pour répondre le plus adéquatement possible au premier et au troisième objectif, il a été nécessaire de restreindre les textes aux années 1980-90 afin de s'assurer d'avoir une description la plus actuelle possible des services accessibles pour les femmes enceintes¹¹ et les nouvelles mères, des initiatives en cours et des obstacles qui se dressent sur leur chemin.

1.1 Un regard contemporain sur les sages-femmes

1.1.1 Les sages-femmes au Canada et au Québec

Les sages-femmes, qu'elles pratiquent au Canada ou ailleurs dans le monde, jouent un rôle important auprès des femmes et de leurs familles en assurant un suivi périnatal (RLSFQ, 2020a). Un véritable lien de confiance s'installe entre la femme et la sage-femme, qui véhicule également des savoirs en matière de grossesse, de maternité et de santé sexuelle (Frame, 2014; RLSFQ, 2020a). En plus de proposer un service de proximité, de nombreux effets positifs sont associés à la pratique sage-femme, notamment pour offrir un suivi de grossesse complet, promouvoir une approche humanisée et personnalisée et œuvrer dans un contexte de choix éclairé et de plus grande liberté pour les femmes enceintes. Comparativement aux accouchements assistés par des spécialistes en médecine obstétricale, ceux assistés par des sages-femmes diplômées et reconnues, incluant les accouchements hors centres hospitaliers, sont associés à des

¹¹ Lorsque l'expression « femmes enceintes » est mentionnée, il s'agit d'office de femmes autochtones. S'il est question de la situation des femmes non autochtones, le terme « allochtones » sera utilisé.

taux d'interventions obstétricales plus faibles et à un niveau de satisfaction maternelle plus élevé. Par ailleurs, ces accouchements ne sont pas associés à une augmentation des complications (morbidité ou mortalité) maternelles et néonatales (Couchie et Sanderson, 2007; Frame, 2014).

Pratiquement disparues de l'offre de soins de santé, les sages-femmes sont réapparues au Canada au cours des années 1990¹² en réponse aux demandes croissantes des femmes et des familles qui réclamaient des soins plus humains lors de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi pour tenter d'atteindre des objectifs de rationalisation des coûts et d'accessibilité des soins (Gref, 2018; MacDonald, 2007; Vadeboncoeur et al., 1996). Actuellement, on constate que la présence des sages-femmes s'étend sur près de l'entièreté du pays, à l'exception d'une province (Île-du-Prince-Édouard) et d'un territoire (Yukon), pour qui les services de sages-femmes ne sont toujours pas disponibles. Bien que le nombre de sages-femmes ait plus que doublé entre 2007 et 2020, passant de 720 à 1 834 au Canada, leurs services ne sont pas largement accessibles dans les provinces et territoires où ils sont réglementés (ACSF, 2019). Au Québec, selon les données de 2021, 230 sages-femmes sont réparties dans 15 régions administratives pour un ensemble de 18 régions (RSFQ, 2020b)¹³.

1.1.2 Les sages-femmes autochtones

Au sein du vaste réseau canadien de sages-femmes, des sages-femmes autochtones pratiquent dans plusieurs coins du pays, à titre de membres du NCIM si elles le désirent. En date de 2016, 27 membres du NCIM agissaient comme sages-femmes ou étudiantes sages-femmes au Nunavik¹⁴. Ce chiffre est le deuxième plus élevé après l'Ontario qui compte présentement 57 sages-femmes autochtones membres du NCIM, réparties dans l'ensemble de la province (Baker, 2022; Olson, 2016). C'est également dans cette province, à Six Nations of the Grand River Territory, que se trouve le Centre de naissance Tsi Nón:we lonnakerátstha qui propose un équilibre entre les services de sages-femmes traditionnels et contemporains depuis près de 30 ans (SNHS, 2023).

Même si ces chiffres peuvent sembler assez bas, il est essentiel de rappeler que la pratique sage-femme a toujours existé chez les communautés autochtones au Canada. Comme le stipule Dion Fletcher : « [I]es sages-femmes ont toujours existé et jouent un rôle essentiel dans le processus des naissances au sein des communautés autochtones; ce sont les grands-mères et les femmes proches de la mère qui les assistaient tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement » [traduction] (Dion Fletcher, 2017, p. 4), ce que plu-

¹² La demande s'est exprimée au cours des années 1980, la maternité de Puvirnituq a débuté ses opérations en 1986.

¹³ Il est à noter qu'au Québec (à l'exception du Nunavik et du Nord-du-Québec), les services sages-femmes sont offerts pour les femmes en santé, c'est-à-dire ayant une grossesse à faible risque. Les sages-femmes ont un champ de pratique limité au suivi des grossesses et aux accouchements physiologiques (sans épidurale ou ocytocine) et sont régies par l'Ordre des sages-femmes du Québec. Les femmes enceintes qui optent pour un suivi avec une sage-femme peuvent également choisir (selon les services offerts dans leur région) le lieu de leur accouchement, soit en maison de naissance, en centre hospitalier ou à domicile (GQ, 2008).

¹⁴ Le cas des sages-femmes inuit au Nunavik est particulier au Québec et au Canada. Il en sera question à la section suivante.

sieurs autres recherches soutiennent également (Bedon, 2008; Carroll et Benoit, 2014; Douglas, 2010; Olson et al., 2019; Routhier, 1987). Le nombre de sages-femmes membres du NCIM n'est pas plus élevé, notamment en raison de l'imposition de politiques coloniales, comme c'est le cas avec les déterminants de la santé. La colonisation a interrompu la pratique sage-femme, sapant ainsi les pratiques culturelles et les savoirs traditionnels en lien avec la maternité et affectant négativement la santé des femmes autochtones à plusieurs égards (Dion Fletcher, 2017; Flynn et Brassard, 2012). Depuis les dernières années, on constate une revitalisation de la pratique sage-femme autochtone au Canada, une pratique qui propose d'apporter un équilibre entre les savoirs traditionnels, l'accès à des services de santé maternelle culturellement sécurisants et le retour des naissances au sein même des communautés (Baker, 2022; NCIM, 2023).

1.2 Les services offerts en périnatalité

Le premier objectif de la revue de littérature était de recenser les services offerts dans les communautés et milieux autochtones au Québec en matière de services périnataux. À noter que pour la population autochtone au Québec, les services périnataux généralisés et dispensés par les infirmières se retrouvent dans le chapitre 12 – Obstétrique du *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires* (DGSPNI et GC, 2011). Ce document sert de ligne directrice à l'offre infirmière en matière d'obstétrique, sans toutefois mentionner si toutes les femmes autochtones au Québec y ont accès et de

quelle façon. De plus, très peu de textes abordent les services offerts au Canada, ce qui est encore plus marqué pour la région du Québec. De ces écrits, plusieurs concernent le Nunavik, donc la population inuk (singulier du terme inuit), alors que d'autres font référence à la population eeyou (cris au singulier) et à la population autochtone urbaine en général. En effet, il est possible pour les femmes inuit et eeyouch d'être accompagnées par une sage-femme pour les suivis de grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Le modèle inuk est en œuvre au Nunavik depuis les années 1980, avant même l'implantation de la pratique sage-femme pour le reste du Québec, alors que les services de sages-femmes offerts par le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ) sont récents en Eeyou Istchee.

1.2.1 Les services périnataux offerts au Nunavik

La littérature sur la santé maternelle en milieu inuk est plus abondante que celle qui concerne les Premières Nations. Cela s'explique notamment par la présence de centres de maternité dans trois villages inuit depuis quelques décennies et par le déploiement à Kuujjuaq d'un programme de formation en pratique sage-femme unique au monde (Douglas, 2010). Une présentation de la pratique sage-femme contemporaine au Nunavik s'avère un incontournable dans le cadre de la présente recherche.

L'arrivée de la biomédecine en milieu inuk a eu lieu plus tardivement que chez les Premières Nations au Québec. C'est à la suite de la Seconde Guerre mondiale que le gouvernement canadien s'intéresse davantage aux Inuit, présents depuis des millénaires, et qu'il étend la colonisation jusqu'en Arctique. La santé des Inuit est

alors perçue comme étant en crise, ce qui incite notamment le gouvernement à déplacer les Inuit dans des villages en forçant leur sédentarité et en leur offrant des services de santé, incluant des services de périnatalité dispensés par des infirmières-sages-femmes (Douglas, 2006). C'est également à cette période que les premières évacuations des femmes enceintes vers les centres urbains au sud s'effectuent, mais de façon assez marginale au départ. On voit donc apparaître dans le paysage inuk des centres de santé où se font des accouchements. Les infirmières-sages-femmes qui assistent les femmes enceintes viennent pour la plupart du Royaume-Uni. Au fil du temps, la présence accrue de la biomédecine en territoire inuk et la difficulté de recrutement des infirmières-sages-femmes mènent à l'évacuation massive des femmes inuit enceintes vers le sud de la province pour aller accoucher (Douglas, 2010). Préoccupés par ces trop nombreux déplacements, les Inuit décident de prendre les choses en main et d'instaurer des soins périnataux à même les villages inuit (Bedon, 2008; Douglas, 2010; Leibel, 2014; Tourigny et al., 1990). Le premier Inuulitsivik Maternités voit le jour en 1986, à Puvirnituk, puis le projet s'étend à Inukjuaq en 1996 et à Salluit en 2004. Ces initiatives permettent de ramener les accouchements en territoire inuk, comme le décrit Epoo et al. (2021), une sage-femme inuk¹⁵ qui pratique au Nunavik et qui contribue largement à faire connaître les services de sages-femmes offerts aux femmes et aux familles inuit :

Le récit de notre réappropriation de la naissance, ainsi que des savoir-faire et des connaissances usuelles en lien avec la grossesse, la parentalité et la santé de la femme et de l'enfant, ne se limite pas à l'histoire d'une réussite clinique et à la réalisation d'un modèle viable de soins maternels et infantiles dans les régions nordiques et éloignées. Elle décrit également un parcours visant à redonner un sens, une participation et une vision à la vie des familles inuit [traduction] (Epoo et al., 2021, p. 76).

Les articles publiés par Epoo en collaboration avec d'autres autrices campent la pratique sage-femme en région éloignée en expliquant l'importance du retour des accouchements dans le Nord (CERP, 2018; Epoo et al., 2012, 2021; Houd et al., 2004; Van Wagner et al., 2007), comme d'autres chercheurs le démontrent également (Bedon, 2008; Chatwood, 2021; Douglas, 2010; Fletcher, 1995; Gref, 2018; Leibel, 2014; Macdonald et al., 2014; Tourigny et al., 1990). Les Inuulitsivik Maternités bénéficient de la présence de sages-femmes inuit. En date de 2018, 14 sages-femmes inuit pratiquaient dans cette région du Nunavik. Cela explique le haut taux de naissance en territoire inuk, soit 86 % des naissances. De ce pourcentage, 63 % des naissances se font au sein même des villages (de résidence) des femmes (CERP, 2018). Ce retour des accouchements en milieu nordique requiert que les sages-femmes inuit soient qualifiées en ce qui a trait aux

¹⁵ Brenda Epoo est également coprésidente du NCIM, organisme autochtone central au Canada pour la pratique sage-femme autochtone.

pratiques d'urgence (*emergency skills*) nécessaires; cela explique que ces compétences soient acquises durant le parcours scolaire des étudiantes inuit en pratique sage-femme (CERP, 2018; Epoo et al., 2012, 2021).

L'une des particularités du milieu inuk est l'existence du programme de formation des sages-femmes qui se déploie depuis 1986 au sein des centres de santé et qui est aujourd'hui reconnu par l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) (CERP, 2018; Gref, 2018; Tourigny et al., 1990). En 2018, on comptait 17 sages-femmes inuit diplômées et 10 étudiantes inuit sages-femmes (CERP, 2018). Le programme de formation offert est unique au Québec et il répond aux exigences scolaires et cliniques « compatibles avec le contenu clinique des programmes de formation des sages-femmes dans le sud » (ONSA, 2008, p. 36). Il offre un cadre éducatif culturellement sécurisant pour les étudiantes en étant directement lié à la culture inuk. Le curriculum est coconstruit avec les membres de la communauté, qui participent à plusieurs égards au programme, notamment en sélectionnant les futures étudiantes (Gref, 2018, p. 101; Van Wagner et al., 2007). Les savoirs traditionnels côtoient les savoirs occidentaux et les méthodes d'enseignement rejoignent les façons de faire inuit, entre autres en valorisant l'observation, en utilisant la mise en récit (*storytelling*), en enseignant en inuktitut (la langue vernaculaire des Inuit) lorsque possible, en favorisant des moments de mise en pratique et en faisant preuve de flexibilité (CERP, 2018; Douglas, 2010; Epoo et al., 2012; Gref, 2018; Van Wagner et al., 2007).

Les écrits d'Epoo et de ses collaboratrices présentent les rôles des sages-femmes inuit en expliquant qu'au sein des services de santé offerts au Nunavik, ce sont ces professionnelles de la santé qui assurent le suivi de grossesse de toutes les femmes inuit¹⁶ (Epoo et al., 2021). Lors de la période prénatale, les sages-femmes inuit s'assurent de couvrir plusieurs sujets, dont la sexualité, la planification familiale, la violence conjugale, le développement de l'enfant et l'allaitement (Epoo et al., 2021). En somme, la présence des sages-femmes inuit assure aux femmes un suivi de grossesse et un suivi postnatal complets, en adéquation avec les valeurs et la culture inuit, et tout cela en inuktitut.

Les déplacements des accouchements, tout comme la rupture entre le nouveau-né et son territoire, la perte des savoirs traditionnels en matière de grossesse et d'accouchement par l'imposition de la biomédecine occidentale et la coupure entre la femme enceinte et sa communauté¹⁷ sont quelques constats des politiques colonisatrices imposées aux Inuit (Leibel, 2014) et dont il est question précédemment.

1.2.2 Les services périnataux offerts en Eeyou Istchee

La littérature concernant le territoire Eeyou Istchee est beaucoup moins abondante que celle à propos du territoire inuk. Cela s'explique par le fait que les soins de santé dispensés par les sages-femmes commencent à revoir le jour en raison de leur récente implantation dans l'offre de services du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ). Si des sages-femmes eeyouch

¹⁶ Ce qui n'est pas le cas avec le reste du Québec, comme expliqué précédemment.

¹⁷ Les femmes inuit enceintes au Québec et au Canada peuvent être amenées à quitter leur communauté pendant plusieurs semaines (en moyenne de 4 à 6 semaines) afin d'aller accoucher dans un centre hospitalier.

sont présentes depuis des temps immémoriaux, et ce, jusque dans les années 1940, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement change la situation, faisant en sorte que leur rôle est peu à peu effacé par l'arrivée des infirmières, puis des médecins (Basile et al. 2023; Cournoyer, 1987).

Jusqu'au début des années 2000, des accouchements avaient toujours lieu en Eeyou Istchee, mais cette pratique a dû cesser, faute de ressources médicales (CCSSSBJ, s.d.). Ce changement entraîne l'évacuation des femmes enceintes, en fin de grossesse, vers les centres hospitaliers d'autres régions administratives, comme en Abitibi-Témiscamingue (hôpital de Val-d'Or) et au Nord-du-Québec (hôpital de Chibougamau), afin d'accoucher (CCSSSBJ, 2018). Cette coupure entre la naissance et le territoire touche grandement la population eeyou, au point où celle-ci demande le retour de cette pratique depuis plus d'une vingtaine d'années (Duff et Little, 2016). Un projet voit alors le jour, soit de mettre sur pied trois maisons de naissance dans les communautés eeyouch (Chisasibi, Mistissini et Waskaganish) où travailleront des sages-femmes et des aides natales (personne qui épaulé les sages-femmes et qui s'occupe des maisons de naissance notamment, à ne pas confondre avec les accompagnantes à la naissance). Ce projet s'inscrit dans la volonté profonde de ramener à l'avant-plan la transmission et la revitalisation des savoirs traditionnels, en plus de participer au processus de guérison et de décolonisation (CCSSSBJ, 2018).

Les documents en provenance du CCSSSBJ donnent une vue d'ensemble des services périnataux offerts en Eeyou Istchee. Les services destinés aux femmes eeyouch enceintes sont regroupés au sein du programme Awash (qui signifie « enfant ») qui permet de soutenir les

parents de la conception de l'enfant à son entrée à l'école grâce à des visites à domicile ainsi que diverses activités adaptées aux besoins des familles (Bonnier Viger, 2000, p. 221). Spécifiquement, le programme Awash regroupe par exemple les consultations prénatales, les consultations postnatales, la nutrition, le soutien à l'allaitement et la santé sexuelle, et s'adresse aux femmes enceintes et aux mères (pour la première année après l'accouchement), puis aux enfants âgés de 0 à 9 ans (CCSSSBJ, 2018). Enfin, « dans certaines communautés, en plus des services Awash, les mères eeyouch peuvent également bénéficier de services de soutien traditionnel intégrés pour les mères et leur enfant (traditions maternelles cries) grâce au programme Waapimaasuwin offert par le service Nishiiyuu » (CCSSSBJ, 2018, p. 34).

Lancé en septembre 2018 à Chisasibi, le programme de sages-femmes a été conçu grâce à la participation active des aînées, par l'entremise du service Nishiiyuu (CCSSSBJ, 2016). Ce service est responsable de la mise en œuvre des approches traditionnelles et des méthodes d'entraide eeyouch (CCSSSBJ, 2018). C'est en juin 2019 que naissent les premiers bébés eeyouch sur le territoire grâce aux services de sages-femmes (Kitty et Little, 2019). En mars 2022, environ 78 naissances avaient eu lieu sur le territoire depuis l'implantation des services de sages-femmes (Quinn, 2022). En décembre 2021, l'équipe de sages-femmes en place à Chisasibi inaugure la maison de naissance, qui permet aux femmes de donner naissance dans un endroit sécurisant, entourées de leur famille et des pratiques traditionnelles souhaitées (CCSSSBJ, 2021). L'équipe s'affaire maintenant à mettre sur pied un programme éducatif afin de former des sages-femmes eeyouch (Quinn, 2022).

1.2.3 Les services périnataux offerts par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Depuis 1974, le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD)¹⁸ fait figure de proue en ce qui a trait à la défense des droits des Autochtones et à l'accès à des services culturellement sécurisants en milieu urbain. La Clinique Minowé voit le jour à la suite du Forum socioéconomique des Premières Nations du Québec tenu à Mashteuiatsh en 2006, « [...] un événement marquant au cours duquel le gouvernement du Québec et les autorités autochtones se sont engagés à œuvrer à l'amélioration des conditions de vie des Premiers Peuples du Québec » (Cloutier et al., 2018, p. 40). Au fil du temps, toujours dans une optique d'innovation sociale, la Clinique Minowé se transforme en une initiative traduisant une démarche de sécurisation culturelle de large portée en soins, services de santé et de services sociaux, Mino Pimatisi8in¹⁹, comportant une Clinique en santé autochtone se déployant au sein de l'organisme.

Le volet de la périnatalité sociale fait partie des services offerts par Mino Pimatisi8in et comprend plusieurs aspects, dont les enseignements périnataux, la sensibilisation et la prévention, les examens physiques de la mère et du bébé, le suivi de grossesse et de naissance, le lien d'attachement, la nutrition et les relevailles (Cloutier et al., 2018). À cela s'ajoute également la possibilité, pour les femmes autochtones accompagnées de leurs nouveau-nés, de créer des ponts avec les

femmes aînées de la communauté urbaine afin de faciliter le transfert des connaissances relatives à la naissance et aux soins à apporter aux bébés (Lévesque et al., 2019a). Blanchet-Cohen et al. (2021) énumèrent pour leur part les différentes activités proposées aux femmes autochtones par l'équipe du CAAVD afin qu'elles se réunissent pour discuter de leurs expériences de la parentalité. Finalement, il importe de souligner que le centre de santé Mino Pimatisi8in s'inscrit dans une approche holistique où toute la famille est impliquée, en plus de représenter une démarche de sécurisation culturelle ancrée dans le milieu autochtone (Blanchet-Cohen et al., 2021; Cloutier et al., 2018; Lévesque, 2016; Lévesque et al., 2019 a, 2019b; Vallerand, 2022).

1.3 Les conditions de succès et les obstacles quant à l'accès aux services de soins périnataux

Les conditions de succès et les obstacles quant à l'accès aux services de soins périnataux sont largement sous-représentés dans la documentation disponible portant sur les enjeux et réalités des femmes autochtones au Québec, compliquant l'élaboration d'un portrait juste quant au vécu des femmes autochtones enceintes et à leur suivi périnatal.

¹⁸ Le CAAVD est l'organisme qui compte la plus longue expérience de prestation de services de santé au sein du Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec.

¹⁹ « En langue anicinabe, le Mino Pimatisi8in désigne l'état d'un mieux-être global, harmonieux et équilibré et, plus largement, la qualité de vie de la population autochtone dans ses liens avec les humains, les êtres vivants et l'univers » (Cloutier et al., 2018, p. v). Le chiffre 8 se prononce comme un « w ».

1.3.1 Les conditions de succès : des modèles uniques au monde

Parmi les écrits qui abordent les services de santé en périnatalité pour les femmes autochtones, deux modèles uniques au monde retiennent l'attention (CERP, 2018; Douglas, 2010; Epoo et al., 2012, 2021; Gref, 2018; Houd et al., 2004; Kildea et Van Wagner, 2012; Van Wagner et al., 2007).

Il s'agit d'abord du modèle inuk déployé au Nunavik qui se caractérise par la présence de sages-femmes inuit reconnues et diplômées grâce au programme de formation mis en place au sein même des communautés inuit. Les chercheuses qui se sont intéressées à ce modèle sont éloquentes quant au succès qui en découle. Elles mentionnent d'abord les qualités de l'approche collaborative et communautaire dans le développement des soins de santé. Le programme de formation en pratique sage-femme basé dans la communauté ainsi que l'intégration de savoirs inuit et occidentaux dans l'enseignement et la pratique sont également soulignés, tout comme l'évaluation des risques de grossesse sous différents angles (social, culturel et communautaire) – et non seulement sous l'angle biomédical – ainsi que la mise en place d'un comité périnatal interdisciplinaire. Ces éléments forgent la nature de ces approches qui laissent notamment une place au retour des naissances en territoire inuk, à la revitalisation des savoirs traditionnels inuit et au sentiment de confiance et de fierté ressenti par les femmes inuit en lien avec la grossesse et l'accouchement.

Ensuite, même s'il est implanté depuis moins longtemps que le modèle déployé en territoire inuk depuis 40 ans, le modèle

urbain du CAAVD est également décrit comme une réussite en ce qui a trait à la sécurisation culturelle mise de l'avant, au solide partenariat entre le CAAVD et le CISSSAT, à l'innovation sociale de ce modèle et à l'ancrage scientifique présent au sein du programme par la participation active d'une équipe de recherche (Blanchet-Cohen et al., 2021; Cloutier et al., 2018; Lévesque et al., 2019 a, 2019b).

1.3.2 Les obstacles rencontrés dans l'accès aux services périnataux

Les femmes autochtones font face à de nombreux obstacles lorsqu'il est question de l'accès à des services périnataux. Si les conditions de succès sont peu documentées, il en est autrement pour les barrières qui se dressent devant elles. Encore une fois, il est rare de trouver de la littérature qui se penche précisément sur le Québec. Alors que les écrits en langue anglaise qui ont pour sujet la santé des femmes autochtones sont plus nombreux, ils ont dû être mis de côté dans le contexte de cette revue de littérature, car celle-ci se concentre uniquement sur le Québec.

Du reste, de nombreux obstacles mentionnés viennent porter un éclairage sur la situation du Québec. Notamment, l'expérience de barrières linguistiques et les difficultés de communication vécues par les femmes autochtones (Couchie et Sanderson, 2007; Epoo et al., 2021; Sokoloski, 1995) ou encore les lacunes quant au financement des services (CSSI, 2018; Epoo et al., 2018, 2021; Vang et al., 2018) sont des tendances éventuellement visibles au Québec. Il en est de même des « alertes à la naissance²⁰ » qui planent lors du suivi de grossesse et de l'accouche-

²⁰ Sursignalement des nouveau-nés autochtones à la protection de l'enfance. Au moment de réviser le présent rapport, le gouvernement du Québec annonçait mettre fin à la pratique de signalements à la naissance pour la remplacer par un programme de prévention (Carrier et Ouellette, 2023; MSSS, 2023).

ment (Duchaine, 2021; FAQ, 2021; Flynn et Brassard, 2012; Quinn, 2021; Shaheen-Hussain, 2021) ainsi que de la méfiance envers les services de santé (Basile et Bouchard, 2022; Blanchet-Cohen et al., 2021). On note aussi le manque d'arrimage des savoirs autochtones et des savoirs occidentaux au sein des services de santé périnatale (Kildea et Van Wagner, 2012) et le racisme systémique, la discrimination et les préjugés ressentis par les femmes lorsqu'elles accèdent à des services à l'extérieur de la communauté. Il s'agit de phénomènes présents sur l'ensemble du territoire canadien, incluant le Québec (CERP, 2019; Basile et Bouchard, 2022; Flynn et Brassard, 2012; Kildea et Van Wagner, 2012; Sokoloski, 1995; Whitty-Rogers et al., 2006). À cela s'ajoutent l'évacuation des femmes autochtones vers un centre hospitalier afin d'accoucher et les impacts que cela entraîne chez les femmes enceintes (CCSSSBJ, 2018; Couchie et Sanderson, 2007; Dawson, 2017; Jung, 2021; Kornelsen et al., 2013; Van Wagner et al., 2007). Lors de ces évacuations, la littérature fait état d'un manque de continuité (Kildea et Van Wagner, 2012; Sokoloski, 1995) et des incompréhensions de la part des professionnels de la santé envers les pratiques et les traditions autochtones (CERP, 2018; Couchie et Sanderson, 2007; Kildea et Van Wagner, 2012; Kornelsen et al., 2013).

1.4 Les pratiques ancestrales autochtones : des pratiques périnatales prometteuses

Le dernier volet de la revue de littérature élargit le spectre de la recherche en ciblant non seulement le Québec, mais le Canada et le monde, afin de recenser, de décrire et de situer géographiquement certaines pratiques ancestrales autochtones et des pratiques prometteuses dans le domaine de la périnatalité. Même si Anderson (2011b) souligne qu'il y a une perte quant aux cérémonies et aux pratiques traditionnelles, il est tout de même possible de trouver quelques textes sur le sujet. Certaines pratiques sont évoquées dans les écrits et les auteurs et autrices nuancent le tout en précisant l'importance de ne pas généraliser ces pratiques à l'ensemble des femmes et des familles autochtones, car celles-ci se vivent avant tout dans la sphère privée, ce qui rend le sujet difficile à documenter.

Pour faciliter la présentation des écrits, les pratiques ancestrales autochtones en provenance du Canada et des États-Unis sont dépeintes conjointement en raison du fait que plusieurs textes s'intéressent à des nations autochtones qui vivent sur ces mêmes territoires. En effet, les frontières administratives d'aujourd'hui ne reflètent en rien le territoire partagé depuis longtemps par les nations autochtones.

1.4.1 L'univers de la femme enceinte

D'emblée, les chercheuses et chercheurs soulignent l'importance de la vie pour les nations autochtones et la grande place de la communauté pour la femme enceinte (voire du couple enceint), afin de la soutenir et de l'épauler tout au long de la grossesse et lors des premiers mois de vie du nouveau-né (Anderson, 2006, 2011b; Couchie et Sanderson, 2007; Douglas, 2006; Epoo et al., 2021; Tabobondung, 2017). La femme enceinte doit suivre de nombreuses règles, que ce soit en ce qui a trait à des restrictions alimentaires, à des positions physiques à proscrire et à l'importance de rester active pendant toute la grossesse, le tout afin de s'assurer de sa santé et de celle de son bébé (Anderson, 2011b; Dufour, 1988; Pernet et ICA, 2012; Sokoloski, 1995). Les femmes enceintes utilisent encore certaines médecines traditionnelles, selon les conseils des aînées (Dawson, 2017; Lévesque et al., 2016). Le bébé *in utero* occupe d'ailleurs une place centrale au sein du processus de grossesse. Selon les aînées rencontrées par les autrices, les émotions vécues par la mère se transmettent au bébé (Cook, 1986; Tabobondung, 2017).

Les sages-femmes ont toujours occupé une place centrale chez les nations autochtones. Traditionnellement, c'est une sage-femme autochtone, ou une membre de la famille lorsqu'aucune sage-femme n'est à proximité²¹, qui assiste la femme lors de son accouchement (Anderson, 2011b; Basile et al., 2023; Beaudet, 1983; Bedon, 2008; Carroll et Benoit, 2014; CCNSA, 2012; Churchill, 2015; Cidro et al., 2017; Dawson, 2017; Dion Fletcher, 2017; Douglas, 2006; Epoo et

al., 2021; FAQ, 2002; Finestone et Stirbys, 2017; Leitenberger, 1998; Olson et al., 2019; Pambrun et al., 2019; Routhier, 1987; Tabobondung, 2017; Van Wagner et al., 2007). Autrement dit, les sages-femmes autochtones font partie des cultures autochtones et sont reconnues par celles-ci depuis des temps immémoriaux. De plus, leurs connaissances sont transmises entre femmes, comme l'expriment Pambrun et Bourgeois :

Avant cela [colonisation et médicalisation], nos communautés ont toujours fait appel aux sages-femmes, gardiennes des cérémonies les plus sacrées de la vie et de la mort, guérisseuses ayant une connaissance approfondie de la biologie et du cycle de la vie reproductive. Nos sages-femmes figuraient parmi les scientifiques autochtones les plus éminentes, prodiguant des soins tout au long des événements physiologiques liés à la reproduction, à savoir les menstruations, la grossesse, l'accouchement, l'avortement et la ménopause, et faisant appel à des compétences vitales dans des situations sortant de l'ordinaire [traduction] (Pambrun et Bourgeois, 2021, p. 102-103).

1.4.2 Les rituels entourant la naissance

L'importance du maintien du lien au territoire d'un point de vue identitaire qu'entretient un bébé dès sa naissance se traduit par le retour des naissances sur le territoire (qui permet aussi d'éviter les éva-

²¹ Anderson (2011a) et Douglas (2016) relatent les propos d'aînés qui racontent que des femmes devaient parfois accoucher seules.

cuations non nécessaires des femmes enceintes) (CCSSSBJ, 2018; Cidro et Sinclair, 2021; Dawson, 2017; Epoo et al., 2021; Wiebe et al., 2015). La littérature présente certains rituels toujours pratiqués, tels que le rituel du placenta (Anderson, 2006; Basile et al., 2023; Church et al., 2017; Dufour, 1988; Olson et al., 2019; Pernet et ICA, 2012; Simpson, 2006), le rituel du cordon ombilical (Anderson, 2006; Dawson, 2017; Douglas, 2006; Olson et al., 2019; Pernet et ICA, 2012) et l'attribution du nom du bébé (Anderson, 2011b; Dufour, 1988; Pernet et ICA, 2012; Simpson, 2006). À la suite de l'accouchement, quelques autrices évoquent le fait que les mères doivent prendre un temps d'arrêt allant d'une à six semaines pour se concentrer uniquement sur les soins du bébé (Anderson, 2011b; Dawson, 2017; Epoo et al., 2021). Les aînés, hommes et femmes, des communautés autochtones jouent encore aujourd'hui un rôle central dans la transmission des enseignements traditionnels et dans la pratique des cérémonies liées à la périnatalité (Anderson, 2006, 2011b; CCSSSBJ, 2016; Dawson, 2017; Lévesque et al., 2016; Lévesque, 2013; Pambrun et al., 2019; Viau, 2021).

1.4.3 Ailleurs dans le monde

Il est intéressant de constater que des pratiques similaires se déploient auprès d'autres nations autochtones ailleurs dans le monde. Ainsi, comme mentionné précédemment, les sages-femmes autochtones font aussi partie de l'entourage des femmes enceintes en Australie, en Nouvelle-Zélande (Jones, 2012) et en Inde (appelées « dais ») (Sadgopal, 2009). La littérature concernant les pratiques des peuples autochtones de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande relate des rituels simi-

lares autour du placenta et du cordon ombilical (Jones, 2012), en plus de mentionner l'importance de donner naissance sur le territoire (Basile, 2017; Ireland et al., 2011; Jones, 2012; Kruske et al., 2006). Ireland et ses collaboratrices (2011) indiquent en outre que les aînées et les grands-mères détiennent un important rôle de transmission des connaissances, et que les médecines traditionnelles, principalement du ressort des femmes, sont également présentes lors de la période périnatale. Finalement, un seul texte nomme le rituel et les croyances traditionnelles en lien avec le placenta en Bolivie (Pinsonneault, 2012).

Chapitre 2.

Portrait des services périnataux disponibles



L'analyse des résultats des entrevues réalisées fait état des multiples facettes des réalités des femmes autochtones enceintes. Les prochains chapitres correspondent chacun à l'une de ces facettes, à commencer par le présent chapitre consacré à la description des services périnataux offerts dans les communautés et les organismes autochtones au Québec.

2.1

La disparité des services périnataux offerts dans les communautés et les organismes autochtones

Plusieurs questions du guide d'entrevue, élaboré pour la présente recherche, concernent les services périnataux offerts aux femmes et aux familles autochtones par les centres de santé des communautés, et par certains organismes autochtones situés en milieu urbain. Parce que les participantes décrivent avec précision les services auxquels les femmes enceintes ont accès, des disparités concernant les services prénataux apparaissent. Autrement dit, l'offre de service varie grandement d'une communauté à une autre et d'un organisme autochtone à un autre. Par exemple, la communauté de Kahnawá :ke offre le plus grand éventail de services prénataux puisque « sauf l'accouchement et

[le suivi des] grossesses à risque, tous les autres services sont offerts sur place » [traduction] (COM08).

Par ailleurs, l'ensemble des communautés ajustent leurs services prénataux en fonction des besoins de la population, comme l'explique la participante COM05, « [...] nous essayons d'adapter nos services en conséquence de la communauté. [...] Nous essayons d'offrir le service à ceux qui vivent en contexte de vulnérabilité dans la communauté ». Cette volonté d'arrimer les services existants aux besoins ancrés dans la communauté est une stratégie confirmée par plusieurs participantes à la recherche. L'idée est d'ailleurs de valoriser la grossesse dès le début par la mise en place d'un accompagnement précoce des femmes. En effet, « [...] on essaie de mettre en priorité, de mettre en valeur la femme enceinte. Surtout les tests de grossesse positifs, d'être autour d'elles. Mettre du positif. C'est là que ça commence l'attachement, le lien maternel » (COM09).

Du reste, la réalité des disparités entre services prénataux offerts se constate également du côté des centres d'amitié autochtones comme l'explique cette répondante :

C'est un continuum de services qui est offert dans les centres d'amitié, en plus d'être un milieu de vie communautaire où les gens peu-

vent se retrouver entre eux et se sentir chez eux. Il y a beaucoup de lieux de rassemblement informels (repas communautaires, activités culturelles, sorties familiales, cours de langue, etc.), en plus d'un accès à plein de services de première ligne. [...] Il y a quand même cinq centres qui ont une clinique, soit des services professionnels infirmiers et/ou médecins dans le centre. Il y a trois centres où il y a des médecins qui viennent. [...] Cela permet vraiment de faciliter l'accès aux services de santé (ORG02).

Parallèlement, la fréquentation des centres d'amitié²² facilite l'accès aux soins périnataux pour les femmes qui s'y présentent pour diverses activités. Cependant, puisque les centres d'amitié œuvrent au sein de différents contextes urbains, ils disposent de moyens et de ressources qui diffèrent d'un endroit à l'autre.

2.2 Les équipes de santé en place

Les centres de santé des communautés et les services offerts par les organismes autochtones en milieu urbain comptent plusieurs professionnels de la santé qui

s'assurent de répondre le mieux possible aux besoins de santé et de suivi des femmes enceintes.

2.2.1 La faible présence des médecins

D'abord, les médecins dans les centres de santé sont assez rares. Seules quatre communautés autochtones consultées²³ accueillent un médecin afin d'assurer le suivi des grossesses :

Il y a un médecin qui est toujours disponible dans la région de Matimekush-Lac John. Le dispensaire est dans la communauté innue de Matimekush et nous sommes tout près de Schefferville et la communauté naskapie de Kawawachikamach qui est à une quinzaine de kilomètres environ. Il y a toujours un médecin qui est disponible pour les trois endroits. Le médecin est avec nous deux journées par semaine pour faire des rencontres et assurer les suivis (COM14).

La prise en charge de personnes issues de plusieurs communautés en parallèle de femmes allochtones par un même médecin est également mentionnée à plusieurs reprises et traduit la réalité géographique des régions éloignées. Du côté d'Essipit, par exemple, la présence des médecins au sein du centre de santé permet d'assurer

²² Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) représente et soutient 10 centres situés dans les villes de Chibougamau, Joliette, La Tuque, Maniwaki, Montréal, Québec, Senneville, Sept-Îles, Trois-Rivières et Val-d'Or, avec des points de services à Gatineau, Saint-Michel-des-Saints et Shawinigan.

²³ La communauté de Lac-Simon s'ajoute à ce nombre. Un médecin se déplace pour le suivi de grossesse jusqu'à 30^e semaine de grossesse. Par la suite, les femmes enceintes doivent consulter un médecin dans la ville la plus proche, à environ 30 minutes de route.

un suivi non seulement aux femmes innues de la communauté, mais à toutes les femmes de la région puisque « les deux médecins qui sont ici dans la communauté suivent aussi, à tour de rôle, toutes les grossesses de la Haute-Côte-Nord. Elles font le suivi de beaucoup de monde » (COM15).

Ailleurs, la faible présence, voire l'absence de médecin, peut s'expliquer par une réticence de ceux-ci à collaborer avec le personnel médical des communautés, comme l'illustre ce témoignage :

Il n'y a pas d'« ordonnance collective » parce que nous ne sommes qu'un centre de santé local et que nous n'avons que quatre infirmières ici [Timiskaming First Nation]. Il n'y a pas de médecins ici. Et aucun médecin ne veut encadrer notre pratique ici [...]. Aucun médecin ne veut collaborer avec nous pour obtenir l'autorisation d'effectuer toutes les consultations prénatales ici [traduction] (COM03).

Globalement, les départs à la retraite des médecins ont aussi des incidences importantes sur les communautés, car une fois leur départ annoncé, il est rare que de nouveaux médecins traitent les patients du centre de santé. Les femmes enceintes sont alors dirigées vers des infirmières et lorsqu'il est nécessaire de rencontrer un médecin, elles doivent se déplacer à l'extérieur de chez elles.

Habituellement, on les réfère aux médecins qui se déplacent ici à Mingan. On a deux médecins qui se déplaçaient ici, ça fait qu'il y en a une qui part à la retraite, ça fait qu'elle ne prend plus de femmes

enceintes, mais il y en a une qui vient avec une ISP (infirmière praticienne spécialisée) qui vient aussi. On essaie de s'accommoder le maximum pour que les suivis se fassent ici au centre de santé (COM11).

Le départ à la retraite de médecins et l'absence de remplacement, un cas de figure de la majorité des communautés rencontrées, font en sorte que certaines participantes expriment le besoin de développer une approche de proximité. Malgré certains changements qui s'opèrent en matière d'offre de service, les communautés désirent conserver leurs acquis, comme le rapporte la participante COM13 : « Depuis quelques années, avec les nouveaux médecins en obstétrique, ils ont décidé de rapatrier tous les rendez-vous à l'hôpital [...], mais on a quand même gardé notre façon de faire, ici à Wemotaci ».

2.2.2 Le personnel infirmier à l'avant-poste des services

Des infirmières en santé maternelle et infantile sont présentes au sein de presque chacune des communautés et chacun des organismes autochtones rencontrés. Une participante explique :

Il y a un centre de santé autant à Uashat qu'à Mani-Utenam. Les mêmes services sont offerts dans les deux centres de santé, ce qui fait que les deux communautés ont accès aux services de périnatalité. Dans chaque centre de santé, il y a une infirmière qui travaille en périnatalité (COM02).

Aux infirmières en place s'ajoutent parfois une nutritionniste, une travailleuse sociale, une kinésiologue, une psychologue, une doula, une visiteuse (accompagnement pour les femmes enceintes) et une aide-maman.

Ensuite, j'ai des kokomijic [tante ou petite grand-mère]. Des kokomijic, c'est un poste qu'on a créé, qu'on a nommé comme ça. Dans le fond, ce sont des visiteuses familiales. Elles font de l'accompagnement chez les femmes enceintes, chez les mamans qui ont des jeunes enfants à la maison entre 0 et 5 ans. Elles font de l'accompagnement, elles vont aider. Par exemple, elles vont faire des rappels aux mamans si l'enfant a bien reçu ses vaccins ou bien s'il est inscrit à l'état civil, s'il est inscrit sur la liste de bande. Elles vont aider au besoin. Puis ces visiteuses familiales là, comme formation, elles sont auxiliaires familiales et sociales. J'en ai trois, puis j'en ai deux qui ont cette formation-là, puis la troisième est comme nouvellement embauchée parce qu'on a beaucoup de naissances (COM07).

Parce que les réalités sont différentes d'un endroit à l'autre, le portrait des services est très diversifié, car chaque direction de la santé tente de répondre au mieux aux besoins nommés par ses membres. En revanche, un point commun subsiste entre

toutes les stratégies mises en place localement puisque les équipes de santé présentes tant dans les communautés que dans les organismes autochtones s'assurent de développer un lien de confiance avec les femmes enceintes. Cette complicité est bénéfique, car elle vient pallier le manque de confiance envers les services de santé²⁴ comme mentionné par une participante : « Les femmes qui vivent en dehors de la communauté nous appellent pour avoir leur suivi par le centre de santé, au lieu du CLSC, parce que le lien de confiance est là, le sentiment d'appartenance est là » (COM01). L'établissement de ce lien de confiance est également visible dans la stratégie développée à partir des centres d'amitié :

Donc, c'est toujours ça qu'on voit au Centre d'amitié [autochtone de La Tuque]. Que ce soit pour l'infirmière que pour les travailleurs de proximité, ils viennent voir la personne. Ils veulent être accompagnés par cette personne-là. Il y a une relation de confiance qui s'établit. Et puis, dès que cette relation de confiance est établie, bien là, les gens font vraiment, vraiment confiance, et puis ils font leur suivi (ORG03).

Abondamment démontrée dans la littérature concernant les soins de santé offerts aux Autochtones, l'importance de ce lien est centrale dans le processus d'accès à des services de qualité, culturellement pertinents (Cloutier et al., 2018; Lévesque et al., 2019a).

²⁴ Ce manque de confiance envers les services de santé et les services sociaux au Québec est abondamment mentionné dans la littérature (Basile et Bouchard, 2022; Blanchet-Cohen et al., 2021; CERP, 2019; Cloutier et al., 2018; ENFFADA, 2019; Shaheen-Hussain, 2021).

2.2.3 Le cas particulier des accompagnantes à la naissance

La possibilité d'avoir recours à des accompagnantes à la naissance se fait plutôt rare pour les femmes autochtones enceintes. Il arrive qu'elles puissent accéder au soutien offert par les accompagnantes à la naissance grâce à certains organismes allochtones. Certaines personnes dans les communautés et les organismes autochtones ont tenté de suivre la formation d'accompagnante, mais cela se révèle parfois compliqué, voire impossible, en raison des multiples fonctions qu'elles occupent :

Accompagnante à la naissance, on avait déjà fait le cours avec la CSSSPNQL [...], mais ça nous demandait beaucoup trop de temps. Nous, en tant qu'intervenant... Moi admettons, il aurait fallu que j'aïlle avec les femmes [qui allaient] accoucher. Moi, déjà que j'avais mon horaire 35 heures/semaine, plus aller avec elles, ça demandait trop de temps (COM12).

En somme, ce type de service semble difficilement applicable au sein des instances autochtones, sans ressource et financement supplémentaire, pour le moment.

2.3 Les programmes d'activités dans les communautés et les organismes autochtones

Les communautés et les organismes autochtones ont à cœur de mettre de l'avant les cultures autochtones au sein de leurs programmes afin de répondre adéquatement aux besoins de leurs membres. C'est pourquoi certains programmes et activités sont offerts à grande échelle, alors que d'autres se retrouvent uniquement dans une communauté ou un organisme. Les sections suivantes présentent les projets en santé périnatale que l'on retrouve dans plusieurs communautés et centres d'amitié autochtones au Québec.

2.3.1 Les cours prénataux

Les communautés et les organismes autochtones offrent pour la plupart des cours prénataux culturellement sécurisants grâce notamment à la présence d'aspects culturels propres à chaque femme. Certes, l'offre de cours prénataux a été bousculée par la pandémie²⁵. Il n'en demeure pas moins que les cours prénataux permettent aux femmes enceintes de se réunir et d'échanger sur leur réalité respective, en plus d'être un lieu important d'enseignement et de transmission des savoirs pour les professionnels de la santé et pour les aînées. Parallèlement, « à travers tout cela, quand les femmes font l'attache-bébé lors des cours prénataux, cela leur

²⁵ Les impacts de la pandémie de COVID-19 sur les soins de santé périnataux sont détaillés ultérieurement. Concernant précisément les cours prénataux, plusieurs participantes expliquent avoir offert les cours prénataux à distance, sur la plateforme virtuelle Zoom.

permet de se faire un réseau d'entraide entre elles, entre mamans » (COM02). Pour les rares communautés et organismes autochtones où il y a peu de grossesses par année, les enseignements habituellement transmis lors des cours prénataux sont dispensés autrement, soit pendant les visites à domicile ou lors du suivi de grossesse.

Les cours prénataux deviennent une occasion d'aborder les pratiques ancestrales autochtones, comme l'explique la participante ORG01 : « [...] lors des groupes en périnatalité, il y a des discussions à propos de ces cérémonies. Après cela, c'est de leur offrir les ressources pour qu'elles puissent le vivre ». Pour une autre participante, c'est lors des cours prénataux que les médecines traditionnelles sont expliquées grâce notamment à l'intervention de gardiennes des savoirs traditionnels en binôme avec une infirmière de telle sorte que « lors des cours prénataux, elles partagent la médecine traditionnelle qu'une mère enceinte peut utiliser en toute sécurité » [traduction] (COM08).

Au-delà des savoirs traditionnels liés à la maternité, les cours prénataux sont des occasions d'apprentissage de toutes les facettes qui entourent la maternité tout en les adaptant aux besoins locaux, comme l'illustre l'administration du programme Olo (œufs, lait, orange) concernant l'alimentation des femmes. À travers ce programme offert à toutes les femmes enceintes qui le désirent, et non uniquement à celles qui vivent dans un contexte de vulnérabilité, les femmes reçoivent des coupons Olo qui leur permettent d'aller choisir des aliments à l'épicerie ou au magasin local :

Les femmes prennent des rendez-vous puis on leur donne des coupons Olo. On dit Olo, mais ce n'est pas Olo. On ne fait pas partie du CISSS. Nous, ce sont des œufs, du lait, des piments ou des kiwis puis on leur donne du pain brun. Elles ont le choix entre quatre [aliments] (COM12).

2.3.2 Le soutien à l'allaitement

La majorité des participantes mentionnent que le soutien à l'allaitement fait partie des services offerts, tant en milieu urbain que dans les communautés. Les activités de promotion des bienfaits entourant l'allaitement et les enseignements y étant rattachées sont répandues au sein des centres de santé et des organismes autochtones. Des visites à domicile pendant la période post-partum sont organisées de sorte que les aspects de l'allaitement sont enseignés aux femmes afin de les rassurer :

En ce qui concerne l'allaitement, j'essaie en prénatal de partager tous les enseignements propices à la normalisation de l'alimentation en colostrum. Pour normaliser le sentiment de ne pas avoir assez de lait. La plupart des mères ici arrêtent d'allaiter parce qu'elles pensent qu'elles n'ont pas assez de lait. Il est donc important d'enseigner ces aspects et de les rassurer [traduction] (COM03).

Des incitatifs sont parfois offerts au sein de la communauté afin d'encourager les femmes qui allaitent, comme en témoigne la participante COM05 lorsqu'elle dit :

[...] on prône l'allaitement. Nous avons une salle à part si elle souhaite allaiter. À l'aréna, il y a une salle d'allaitement. Nous voulons inciter les mamans à allaiter, mais ce n'est pas tout le monde qui est à l'aise. L'aide-maman peut même devenir une marraine d'allaitement. Nous pouvons leur fournir des pads d'allaitements, etc.

De l'avis de plusieurs participantes, ce type de démarche mis en place par les différents membres des équipes de santé contribue depuis quelques années à un accroissement de la pratique de l'allaitement allant de pair avec une amélioration notable de la santé des enfants allaités. Une participante confirme : « On a quand même de plus en plus de femmes qui allaitent depuis (...) quelques années. Les femmes de ma génération, de plus en plus elles allaitent » (COM18).

2.3.3 Les prises de sang

Parmi les services offerts aux femmes enceintes, plus de la moitié des centres de santé et des organismes autochtones proposent les prises de sang. Les nombreuses prises de sang et le dépistage du diabète gestationnel ont lieu à différents moments dans le calendrier de la femme enceinte. Comme le décrivent les membres de la communauté de Kahnawá :ke, cela évite aux femmes enceintes de se déplacer à l'extérieur de la communauté lorsque cette offre est faite par le centre de santé :

Mais nous effectuons également des prises de sang au sein de notre communauté, de sorte que les femmes enceintes n'ont pas besoin de se déplacer pour passer leurs tests sanguins. Nous pouvons les faire ici à la clinique. Nous faisons nos propres prélèvements; à 36 semaines, elles doivent faire un prélèvement spécifique. [Le médecin] les fait ici et nous les expédions [à l'hôpital] pour analyse. Nous sommes très chanceux de pouvoir offrir ces services ici [traduction] (COM08).

2.3.4 Le réseautage entre femmes enceintes au travers d'activités

Alors que les cours prénataux donnent l'occasion aux femmes enceintes de se retrouver entre elles, d'autres activités sont également promues au sein des centres de santé des communautés et des programmes des organismes autochtones. Des rassemblements intergénérationnels figurent parfois au calendrier de certaines communautés et organisations autochtones permettant ainsi à plusieurs générations de femmes d'aborder des sujets en lien avec la périnatalité. Ce faisant, « [i]ls ont des activités intergénérationnelles avec les aînés, les parents et les bébés. Il y a beaucoup de choses qui se passent au Centre d'entraide et d'amitié autochtone à Senneterre, pas dans le domaine médical, mais tout ce qui est autour de la périnatalité » (ORG02).

Selon la littérature sur le sujet, les autrices autochtones qui s'intéressent à la féminité (*womanhood*) autochtone abordent d'ailleurs fréquemment l'importance pour les femmes autochtones de se retrouver entre elles, de s'entraider et de se transmettre des connaissances et des savoirs traditionnels lors de ces moments de rassemblements (Anderson, 2006, 2011a; Corbiere Lavell et Lavell-Harvard, 2006; Tait Neufeld et Cidro, 2017). Ces pratiques de réseautage au travers d'activités intergénérationnelles permettent également de renouer collectivement avec le rôle de mère et sa portée en termes de transmission des savoirs, un fonctionnement collectif que l'expérience des pensionnats indiens, entre autres exemples, a notamment contribué à annihiler en brisant les liens familiaux sur plusieurs générations.

2.4 Les corridors d'information entre les hôpitaux et les centres de santé des communautés et des organismes autochtones

Quelques participantes expliquent que des ententes sont élaborées avec les hôpitaux de leur région afin de transmettre aux centres de santé et aux organismes autochtones les renseignements nécessaires concernant les accouchements des femmes autochtones et la naissance des nouveau-nés. Dans tous les cas évoqués, ces corridors d'information semblent bien fonctionner et sont appréciés :

Lorsqu'il y a une naissance et que la maman quitte l'hôpital, et lorsqu'elle habite à Wendake, le centre de santé reçoit l'information de la naissance du bébé. Cela transite par le CLSC de Loretteville (COM01).

Avec l'hôpital [...], on a une entente de partage d'information, donc on reçoit tout le dossier médical de la femme. Ils nous transmettent les informations. Donc si la femme a été à ses suivis ou à tout ce qui est examen, comme l'échographie, l'infirmière ou l'équipe infirmière peut voir si le suivi est normal, ou si ça comporte des risques (COM13).

Aussi, le CAAVD s'assure que le transfert d'information se fait entre les visites à la Clinique en santé autochtone du CAAVD et le médecin qui assure le suivi de grossesse de la femme. Le but est de ne pas dédoubler les services (ORG01).

À cela s'ajoutent d'autres types de collaboration et de bonnes pratiques, comme la formation du personnel soignant, ce qu'une participante explique : « C'est cette semaine qu'on a une équipe qui est allée justement se faire former à l'hôpital de La Tuque pour les soins en accouchement d'urgence. On a quand même une bonne collaboration avec l'équipe de soins infirmiers » (COM13). Les bonnes pratiques sont également soulignées par les partici-

pantes, notamment lorsque la participante COM08 mentionne que « [l'hôpital] respecte et accepte ces genres de pratiques et nos traditions. [...] L'hôpital est très ouvert à notre culture » [traduction].

2.5 Le suivi de grossesse offert aux femmes enceintes

Les suivis de grossesse sont fréquemment effectués par une infirmière en santé maternelle et infantile (SMI) et des visites chez le médecin sont prévues afin de compléter le suivi :

On a les mêmes formulaires aussi que la province pour les rencontres en obstétrique, mais l'infirmière prend vraiment le temps de faire le tour avec la femme enceinte, puis aussi elle prend le temps de voir au dépistage aussi. S'il y a des problématiques que la femme vit, s'il y a des problématiques au niveau de la cellule familiale, de son environnement physique, à la maison. Est-ce que c'est une famille nombreuse? Ses habitudes de vie, problématiques de consommation [ou non] (COM13).

Des tests de grossesse sont disponibles dans tous les centres de santé afin que les femmes puissent les utiliser directement sur place en étant accompagnées par le personnel soignant. C'est souvent l'infirmière qui a le rôle de diriger la femme enceinte vers les services adéquats en dehors de la communauté, comme l'explique une participante :

Lorsque je reçois une femme possiblement enceinte, je procède à une consultation d'admission initiale. Si elle est enceinte, je recueille toutes les informations. Je vérifie ses antécédents obstétricaux. Elle devra décider où elle veut accoucher : à Ville-Marie ou à New Liskeard. Ensuite, je l'oriente vers les personnes appropriées, en fonction de l'endroit où elle veut accoucher [traduction] (COM03).

Du côté des centres d'amitié autochtones, la réalité entourant les suivis de grossesse est tout aussi diversifiée que pour les communautés autochtones. Soulignons que pour les centres d'amitié autochtones consultés, la périnatalité et le développement de services de santé sont des domaines importants pour lesquels beaucoup d'énergie est déployée. Ainsi, cette situation devrait évoluer dans les prochains mois, car un service de sage-femme est offert par une Anicinabe à Maniwaki. Au CAAVD, une clinique en périnatalité autochtone a vu le jour en juin 2021 :

C'est du *walk-in* pour mères et enfants 0-5 ans. Il y a trois médecins qui alternent les cliniques, qui se tiennent tous les vendredis dans les locaux du CAAVD. Les cliniques se déroulent avec et sans rendez-vous. Jusqu'à maintenant, cela se déroule très bien. [...] Il y a le *walk-in*. Il y a des suivis, mais pas des suivis de grossesse (ORG01).

Les femmes autochtones enceintes qui habitent Val-d'Or doivent donc effectuer leur suivi de grossesse auprès d'un médecin dans l'une des cliniques de santé de la

ville, mais elles peuvent également consulter la clinique en périnatalité autochtone du CAAVD pour répondre à certains besoins, notamment pour ce qui a trait au diabète gestationnel. Au Centre d'amitié autochtone de La Tuque, la Clinique Acokan est en place depuis 2015 et elle est en plein essor. Une participante mentionne que :

Depuis la semaine passée, elle [une infirmière atikamekw] vient au Centre d'amitié [autochtone] et on va construire une offre de service. [...], en collaboration avec la communauté de Wemotaci, on souhaite, par exemple, faire des trajectoires de services, une offre de service qui est pertinente pour eux, ceux qui sont en transition. Au lieu de juste offrir un service, on veut s'assurer que c'est un bon service. Puis la périnatalité, ça prend en compte tout ça (ORG03).

La collaboration avec le personnel médical impliqué dans les centres de santé des communautés avoisinantes est centrale à la mission de la Clinique Acokan. En effet, les personnes et les familles autochtones qui habitent en ville ou en communauté vivent une grande mobilité (Cornellier, 2013; Lévesque et Cloutier, 2013), voire une hypermobilité, comme le fait remarquer la participante ORG02 : « Nous, on a des statistiques d'hypermobilité, alors les suivis de grossesse doivent être vécus avec les déménagements et les changements d'endroits. »

2.6

Le suivi postnatal offert aux nouvelles mères

De retour à la maison avec leur nouveau-né, les nouvelles mamans ont accès à un suivi postnatal selon le même calendrier qu'ailleurs au Québec. Ce sont les infirmières des différents centres de santé qui sont responsables de cette portion des services périnataux. Les suivis postnataux représentent des moments propices pour faire de l'enseignement, de la prévention et du soutien à l'allaitement. La flexibilité est au cœur du suivi déployé :

Cela dépend du besoin des familles. C'est selon le facteur de vulnérabilité : des parents en bas âge, faible niveau de scolarité, faible revenu... Un suivi plus serré va être fait auprès de cette famille [là] pour les outiller afin de diminuer le taux de placement (COM05).

Selon les communautés, les visites ont parfois lieu à domicile, parfois au centre de santé :

Après l'accouchement, nous avons également des infirmières qui effectuent des visites à domicile pour voir comment se porte la mère, comment se porte la famille et comment ils se débrouillent. Nous procédons régulièrement au dépistage de la dépression post-partum chez les mères lors de leurs visites. Les infirmières font au moins une ou deux visites à domicile, selon les besoins [traduction] (COM08).

Cependant, les visites à domicile ne sont pas toujours souhaitées, comme le fait remarquer la participante COM12 :

Dans le fond, nous, ce qu'on a remarqué, c'est que les gens sont moins à l'aise qu'on aille chez eux parce qu'ils vivent plusieurs dans la même maison. [...] Ça fait qu'elles sont gênées qu'on voie leur environnement, ça fait qu'elles aiment mieux venir au centre de santé.

Conscients de cette réalité, les professionnels des centres de santé font preuve d'une grande capacité d'adaptation pour répondre le mieux possible aux besoins des nouvelles mamans et de leur famille, leur proposant de réaliser les suivis post-nataux à la maison ou au centre de santé, selon leur convenance. Cette recherche de proximité est d'ailleurs au cœur des stratégies mises en place de ces services.

2.7 La nécessité d'offrir des services de santé de proximité

Offrir des services de santé de proximité fait partie des réflexions à envisager pour améliorer l'assiduité des femmes enceintes à leur suivi de grossesse.

Si on parle de services médicaux, auparavant, les omnipraticiens venaient sur les communautés pour faire les suivis de grossesse. Même si Uashat est près de Sept-Îles, les médecins faisaient une demi-journée à Uashat et une demi-journée à Mani-Utenam, une fois

par semaine, pour faire les suivis de grossesse et voir les enfants de la clinique sans rendez-vous.

Lorsque les médecins ont cessé les suivis au centre de santé, nous avons constaté une diminution de la fréquence à laquelle les femmes venaient consulter le médecin pour leur suivi de grossesse. Bref, cela a eu une incidence, même si les deux communautés sont près de Sept-Îles (COM02).

Le témoignage ci-haut ne permet pas de savoir pour quelles raisons les médecins ont mis fin à leur pratique au sein de ces deux centres de santé. Il serait certes intéressant de pouvoir déterminer si cela relève de coupures de services, d'un choix de la part des médecins ou encore d'une pénurie de ceux-ci dans la région. Afin de répondre de façon plus adéquate aux besoins des familles vulnérables, l'approche de proximité est une fois de plus mentionnée :

L'offre de services est là, mais je crois qu'on est rendu à modifier peut-être notre offre pour aller vers ces gens-là, qui ont besoin qu'on les supporte encore plus. Souvent, ce n'est pas qu'ils ne veulent pas venir, c'est vraiment le contexte. Nous devons aller vers eux, plutôt que l'inverse (COM02).

Cette même démarche de proximité est mise de l'avant par les différents centres d'amitié autochtones. À cet égard, il reste cependant du travail à faire en ce qui a trait aux soins périnataux :

L'enthousiasme est là pour que les femmes puissent vraiment être accompagnées dans le respect de leur identité et de leur culture, même à leur accouchement. De plus en plus, les centres [d'amitié autochtones] font de l'intervention de proximité, à domicile. Ils vont se rendre vers les gens, vers les membres de la communauté, les familles. C'est sûr que l'accouchement, c'est comme un moment qui échappe un peu (ORG02).

À cette démarche d'ouverture et de souplesse s'ajoutent les pratiques de soins axées sur la culture que les différents centres de santé s'assurent de déployer dans leur offre de service, une fois de plus dans l'optique de mieux répondre aux besoins des membres de la communauté. Dans le tumulte du quotidien, auquel on ajoute la trop grande sollicitation des personnes autochtones qui détiennent des postes clés au sein des organisations, il semble parfois ardu de remettre en question les services offerts. La sécurisation culturelle représente l'une des solutions à mettre en œuvre pour assurer de meilleurs services périnataux, comme le fait valoir cette participante en disant « on parle beaucoup de sécurisation culturelle et d'essayer de retrouver la culture » (COM02). Ce constat émerge également du rapport de la Commission Viens qui stipule que l'insertion de la sécurisation culturelle est essentielle dans le domaine de la santé (CERP, 2019). Toutefois :

[...] l'offre de services spécialisés en santé et services sociaux étant très restreinte dans les communautés, tant conventionnées que non conventionnées, les membres des

Premières Nations et les Inuit doivent fréquemment se tourner vers les services offerts en milieu urbain, notamment à Montréal, pour en bénéficier. Au-delà des défis organisationnels et financiers que cette réalité peut engendrer, de graves manquements en ce qui a trait à la communication et au suivi de patients entre les communautés d'origine et les services en milieu urbain ont aussi été mis en lumière. Ces manquements vont des informations médicales perdues dans les dédales administratifs limitant du même coup la qualité du suivi effectué, au non-retour de certaines personnes vers leur communauté ou à leur décès sans que jamais leur famille n'en soit informée. (CERP, 2019, p. 415)

2.8 Les impacts de la COVID-19 sur les soins de santé périnataux

La pandémie de COVID-19 a eu des impacts non négligeables sur l'offre de services périnataux pour les femmes autochtones enceintes. Les nombreuses mesures déployées par les centres de santé des communautés et les organismes autochtones en milieu urbain pour freiner et gérer la propagation de COVID-19 ont mobilisé l'ensemble du personnel soignant déjà surchargé, ce qui a inévitablement entraîné des répercussions sur les services offerts aux femmes enceintes. Une participante mentionne : « Les services ont quelque peu ralenti à cause de la COVID. Nous

sommes actuellement aux prises avec une forte pénurie d'infirmières ici à Listuguj » [traduction] (COM19). D'autres participantes expliquent que plusieurs activités qui avaient lieu avant la pandémie ont dû être mises sur pause, notamment les soirées d'information sur l'allaitement et sur les soins pour les bébés, les visites à domicile, les ateliers prénataux, les ateliers d'activité physique et les activités de prévention. Au-delà des activités destinées aux femmes enceintes, il s'avère que le développement de nouveaux projets périnataux a ralenti, voire complètement arrêté, comme le témoigne la participante COM08 à propos d'un projet de service de sage-femme dans la communauté :

Avant la COVID-19 [la médecin] voulait inciter ses collègues [de l'hôpital] à envisager l'idée d'avoir une sage-femme; une sage-femme des Premières Nations, non reconnue au Québec, se rendrait [à l'hôpital] tandis que [la médecin] superviserait le processus, mais tout en laissant la sage-femme prendre en charge l'accouchement. Tout était en place, mais la COVID est arrivée et tout s'est arrêté [traduction].

Une autre participante explique que l'ajout d'une nouvelle ressource dans l'équipe de santé est mis sur pause depuis la pandémie : « une des choses qu'on voudrait développer [...] ça serait d'engager une éducatrice spécialisée justement qui puisse aller à la maison avec la visiteuse

familiale. Mais là, en ce moment, avec la pandémie, pas mal tout est mis sur pause » (COM13). À cette difficulté de déploiement et de développement vécue par certaines communautés s'ajoute la difficulté de tisser des liens avec les femmes enceintes, comme en témoigne la participante COM09 lorsqu'elle dit que « [...] depuis la COVID-19, c'est très difficile de tisser des liens avec la clientèle ». Ce lien précieux avec les femmes enceintes représente pourtant un gage de réussite en ce qui a trait à la présence des femmes aux suivis de grossesse, comme l'écrit notamment le NCIM en parlant du type de services qu'offrent les sages-femmes autochtones (NACM, 2019²⁶).

²⁶ Cette publication a été produite sous l'ancien nom du NCIM qui a changé en 2022, soit le *National Aboriginal Council of Midwives* (NACM).

Chapitre 3.

Portrait des obstacles balisant l'accessibilité aux services



Le chapitre précédent permet de brosser un portrait des services périnataux dispensés au sein des centres de santé des communautés et des organismes autochtones. Comme ces services ne sont pas complets, les femmes enceintes et les mères n'ont d'autres choix que de recourir à des services périnataux offerts à l'extérieur de leur communauté. Cette situation n'est pas sans soulever de multiples enjeux et défis relatifs non seulement à la continuité des suivis médicaux, mais également sur le plan de la mobilité puisque des déplacements s'avèrent nécessaires.

3.1 Le suivi médical offert à l'extérieur de la communauté et de l'organisme autochtone

Les entrevues réalisées dans le cadre de la recherche permettent de recenser les services périnataux qui ne sont pas disponibles au sein des organisations autochtones.

3.1.1 Les services périnataux non accessibles au sein des instances autochtones

Le suivi médical, les échographies, le suivi en clinique GARE²⁷, l'accouchement et les suivis en cas de complication ne sont pas des services offerts dans les communautés et les organismes autochtones en milieu urbain. Ces multiples services sont proposés à Amos, Baie-Comeau, Bathurst (Nouveau-Brunswick), Campbellton (Nouveau-Brunswick), Gaspé, Havre-Saint-Pierre, Joliette, La Tuque, Maria, Mont-Laurier, Montréal, New Liskeard (Ontario), Québec, Roberval, Rouyn-Noranda, Shawinigan, Sept-Îles, Trois-Rivières, Val-d'Or et Ville-Marie.

Les témoignages recueillis reflètent une dimension importante, soit celle de la proximité par opposition à l'isolement géographique qui caractérise les lieux de résidence des femmes enceintes. Ainsi, pour certaines communautés et centres d'amitié autochtones, pour lesquels la distance n'est pas problématique, il s'avère assez simple d'accéder à un suivi médical. C'est par exemple le cas des femmes résidant à

²⁷ Acronyme de « grossesse à risque élevé », le modèle des cliniques GARE offre aux femmes – allochtones et autochtones – un meilleur accès aux actrices et acteurs impliqués dans la gestion de ces situations à risque et au chapitre desquels médecins omni-accoucheurs, gynécologues, sages-femmes, internistes, nutritionnistes, etc., peuvent éventuellement être mobilisés. En plus d'un suivi rigoureux des grossesses, ces cliniques pivots contribuent à la sensibilisation et à l'information des patientes.

Mashteuiatsh, communauté ilnue située à dix minutes en voiture de l'hôpital de Roberval, ou encore des femmes fréquentant les centres d'amitié localisés dans des villes pourvues d'hôpital.

Pour d'autres, la distance relève d'un véritable enjeu, puisque certaines femmes enceintes doivent se déplacer sur de grandes distances et doivent parfois s'expatrier pendant de nombreuses semaines pour accoucher à l'hôpital²⁸ :

Nos femmes enceintes sont suivies à Joliette. [...] Il n'y a pas de suivi de grossesse médical ici à Manawan. [...] Je disais donc que les femmes enceintes sont suivies à Joliette et sont évacuées à 38 semaines de grossesse pour aller attendre leur accouchement à Joliette (COM07).

Les échographies, notamment, sont recommandées à 2 reprises pendant la grossesse, généralement aux alentours de la 12^e semaine et de la 20^e semaine de grossesse. Aucune communauté ou aucun organisme autochtone n'offrant ce service, les femmes enceintes doivent donc se déplacer²⁹. Autre exemple, les femmes enceintes considérées à risque, telles que celles qui développent du diabète gestationnel, sont suivies plus rigoureusement par les médecins, ce qui leur demande de se déplacer à plusieurs reprises pour leurs rendez-vous en clinique GARE.

Les services auxquels les femmes enceintes accèdent à l'extérieur de leur communauté ou du centre d'amitié autochtone auquel elles ont accès sont les mêmes que ceux offerts à toutes les femmes enceintes au Québec. Aucune dimension culturelle autochtone n'est prise en compte. À ce constat s'ajoutent les défis et les enjeux que vivent les femmes lorsqu'elles se déplacent pour bénéficier des services périnataux prescrits tout au long de la grossesse.

3.1.2 L'absence au suivi de grossesse

Il ressort des témoignages que certaines femmes enceintes consultent très peu, voire pas du tout, lors de leur grossesse. Cette absence de suivi de grossesse, que ce soit de la part des services offerts par les centres de santé et les organismes autochtones ou ceux offerts à l'extérieur des communautés, soulève plusieurs enjeux. À propos des femmes de sa communauté et du suivi de grossesse dispensé par l'infirmière du centre de santé, la participante COM09 rapporte que :

Elles viennent pour leur labo, mais après, elles ne viennent pas. L'infirmière va aller les voir, leur dire que c'est important, les suivis, etc. Elle va les inviter, mais elles ne viennent pas. Peut-être 10 % ou 5 % sont comme ça. [...] Il va falloir essayer de travailler sur la grossesse. Être fière d'être enceinte, prendre soin de soi.

²⁸ Une section entière est consacrée aux déplacements imposés aux femmes autochtones enceintes dans les prochaines pages.

²⁹ Une participante a expliqué que les équipements nécessaires à l'échographie étaient autrefois disponibles à Blanc-Sablon, sur la Basse-Côte-Nord, mais qu'aujourd'hui, toutes les femmes de cette région doivent se déplacer à Sept-Îles pour obtenir ce service.

L'estimation statistique proposée par la participante COM11 est encore plus élevée :

Ici, peut-être les deux tiers qui viennent à leurs rendez-vous, qui sont assidues dans leur suivi. Tu as quand même, peut-être le tiers qu'il faut quasiment que tu les tiennes par le bras puis lui dire : « OK. Non. Il faut que tu viennes. ». Puis qui ne viennent pas.

Sans donner de chiffres, d'autres participantes vont dans le même sens que les deux précédents témoignages. Les participantes ORG02 et ORG03 se distinguent spécifiquement à propos de cette situation alarmante pour laquelle elles donnent des exemples concrets et proposent des explications :

À La Tuque ou à Maniwaki par exemple, les équipes des centres d'amitié m'ont rapporté qu'il y a des femmes qui se présentent pour la première fois face à un médecin au moment de leur accouchement (ORG02).

La réalité que décrit la participante ORG03 est quant à elle liée à la toxicomanie :

À [nom de la communauté], la toxicomanie est très, très présente. Puis, beaucoup de jeunes filles, justement, c'est dans cette clientèle-là qu'il va y avoir beaucoup de négligence parce que justement la jeune fille est prise dans la consommation. [...]. Ce sont des personnes qui sont absentes du

système de santé, puis souvent, ce sont ces filles-là qu'on va voir, qui vont accoucher dans... parce que ça arrivait que l'infirmière n'ait jamais eu connaissance que la jeune fille était enceinte. Puis, elle arrive comme ça, elle a mal au ventre un bon matin, mais non, elle est sur le point d'accoucher. Ce sont des réalités aussi qu'on voit dans nos communautés.

Les ouvrages de Riddell et al. (2016) et de Sokoloski (1995) sont éclairants quant à cette présence rare, voire cette absence complète, au suivi de grossesse. Riddell et al. écrivent, à propos des femmes de la Colombie-Britannique, que « les mères des Premières Nations étaient moins susceptibles de passer une échographie précoce, d'avoir recours à un minimum de quatre visites prénatales et de se soumettre à une induction pour des indications de grossesse après-terme et de rupture des membranes avant le travail » [traduction] (Riddell et al., 2016, p. 40). Sokoloski (1995) va plus loin lorsqu'elle explique les raisons qui font en sorte que les femmes n'adhèrent pas à leur suivi prénatal, comme la logistique familiale de se trouver quelqu'un pour s'occuper des enfants, les enjeux de transport, les préjugés véhiculés par le personnel de la santé, la crainte des procédures médicales, les difficultés de communication avec les professionnels de la santé et la rapidité des rendez-vous médicaux. Les femmes rencontrées par Sokoloski habitaient dans une ville anglophone des Prairies, mais les participantes à la présente recherche mentionnent également plusieurs des mêmes constats.

3.1.3 Les raisons de l'absentéisme aux rendez-vous

L'absentéisme aux rendez-vous médicaux est un thème qui ressort souvent des témoignages. Les femmes ont de multiples raisons pour les manquer, mais cela est souvent mal compris de la part du personnel de la santé :

C'est sûr que pour certaines femmes enceintes, cela n'a pas toujours été facile pour leur suivi. Elles manquent un rendez-vous. L'Allochtone ne comprend pas toujours pourquoi. Il ne comprend pas la notion de temps, qui est différente ici. Il faut s'acclimater à tout cela. En fait, l'enjeu qu'on vit, c'est que les familles préfèrent ne pas se rendre au rendez-vous parce qu'il y a des situations qui se produisent [...] les gens ne se présentent pas à leur rendez-vous dû au contexte familial (COM02).

Le « contexte familial » dont il est question dans cette citation est présent dans bien d'autres témoignages recueillis : « [...] il y a une certaine partie de la clientèle qui va manquer leurs rendez-vous à cause de leur situation dans la communauté. Situation familiale, trouver une gardienne » (COM13). Le transport, la difficulté de communication pour la prise de rendez-vous et les éléments culturels non pris en compte font aussi partie des raisons pour lesquelles les femmes enceintes manquent leurs rendez-vous.

Des fois, il y a des gens qui ne prennent pas en compte, ils vont dire : « OK. Bon, bien là, ton prochain rendez-vous va être au début septembre. » « Oui, mais moi,

début septembre, ce n'est pas juste le début de l'école, comme toi. C'est aussi la période de la chasse, donc probablement que je vais être dans le bois. Est-ce qu'on peut le reporter un peu plus loin? Est-ce qu'on peut le mettre avant? » Ce n'est pas pris en compte. [...] Il y a beaucoup d'obstacles pour qu'on puisse juste aller à un rendez-vous médical (ORG04).

La difficile participation des femmes enceintes à leurs multiples suivis de grossesse peut enfin être résumée de la façon suivante : « Ce n'est pas [tant] un désinvestissement envers son enfant qu'un désinvestissement envers le système de santé. C'est cela que nous constatons » (COM02). Ce désinvestissement apparent prend sa source dans le fonctionnement même du système de santé qui pose de nombreux défis en matière d'accessibilité.

3.2 Les défis et les enjeux pour l'accès aux services de périnatalité

Des défis et des enjeux de différentes natures accentuent le parcours. La méfiance des Autochtones envers le système de santé fait partie des constats soulignés dans plusieurs rapports gouvernementaux, comme ceux de la CERP (2019), de l'ENFFADA (2019) et de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) (1996). Centrale dans le parcours des femmes vers les services de périnatalité, cette méfiance s'enracine dans plusieurs facteurs qui transparaissent dans les entrevues.

3.2.1 L'accueil vécu par les femmes autochtones lors de l'accès aux services périnataux

Il ressort des entrevues réalisées un constat majeur au sujet de l'accueil des femmes dans les services périnataux. Dans certains cas, les directions de la santé ou les infirmières n'ont pas eu connaissance de mauvais service ou de problème à cet égard. Pourtant :

Quand une mère se pointe à son rendez-vous, entourée de membres de sa famille, cela se vit très bien au CAAVD. En revanche, à l'hôpital, cela est moins bien perçu parce que ce n'est pas compris. La notion de la famille n'est pas comprise de la même manière, alors les femmes ne sont pas reçues de la même manière. La famille élargie représente la famille (ORG01).

Cette incompréhension du personnel médical face aux personnes présentes lors d'un rendez-vous ou de l'accouchement et nommée par plusieurs participantes se double d'une méfiance des femmes envers le système de santé et qui semble à la base des difficultés vécues lors de l'accueil :

Au niveau de l'accueil [...], il y a une méfiance envers le système de santé de la part des membres de la communauté. [...] C'est déjà arrivé des circonstances où les mères ne se sont pas senties accueillies comme elles le souhaitaient. Elles sentaient qu'elles dérangeaient. Mais ce ne sont pas des situations qui sont répertoriées. Les plaintes ne sont pas formulées officiellement (COM02).

L'une des personnes rencontrées précise que dans la ville où elle habite, « ce n'est pas que les services ne sont pas accessibles, c'est qu'ils ne sont pas adaptés. C'est la façon dont ils sont offerts [qui est problématique] » (ORG01). Une autre femme explique la présence de ces défis et enjeux par le colonialisme :

Il y a beaucoup de problèmes, mais je pense que le plus important est de tenter d'accéder aux soins dans un système de santé qui n'est pas conçu pour vous. Le système de santé canadien n'est pas conçu pour les Autochtones. En fait, le système de santé au Canada a été un outil important de colonisation [traduction] (ORG06).

Cette dernière phrase ressort abondamment dans la littérature concernant la santé et les Autochtones, notamment chez Gimenez (2012), Shaheen-Hussain (2021), Silver et al. (2022) et Smylie (2014). À propos du déplacement en santé périnatale, Cidro et Sinclair écrivent que « Le résultat pour les peuples Autochtones du Canada a été l'imposition de politiques et de pratiques coloniales qui ont transféré les naissances et les soins maternels de la maison aux postes de soins infirmiers et, par la suite, aux hôpitaux situés à l'extérieur de la communauté » [traduction] (Cidro et Sinclair, 2021, p. 187). Ce déplacement des accouchements des communautés aux centres hospitaliers sera d'ailleurs plus largement présenté et discuté dans les prochaines pages. Du reste, le tragique décès de Joyce Echaquan à l'hôpital de Joliette en septembre 2020 a eu pour conséquence d'exacerber la méfiance décrite ci-dessus, ainsi que la peur d'aller à l'hôpital lors des suivis de grossesses et des accouchements :

[...] Je peux te dire que depuis l'histoire de Joyce Echaquan, malheureusement, j'ai des femmes qui refusent d'aller à l'hôpital, qui veulent accoucher dans le bois, puis se mettent elles-mêmes et leur bébé en danger parce qu'elles ont peur d'aller à l'hôpital » (ORG04).

La situation de vulnérabilité de certaines femmes autochtones les rend parfois encore plus craintives face aux services :

C'est sûr qu'accoucher à l'hôpital, quand tu es en harmonie avec le milieu médical et que tu te sens bien là-dedans, ça se passe d'habitude mieux. Mais si tu es déjà dans une attitude de méfiance et de crainte, c'est quand même plus complexe de te sentir bien pendant ton accouchement, surtout avec du personnel allochtone. C'est un moment où on est très vulnérable. [...] La méfiance et la crainte d'être suivies et documentées ou encore la distance et les enjeux de transport font en sorte que les femmes préfèrent ne pas être suivies. C'est une question de lien de confiance et de ressources financières (ORG02).

Le défaut du lien de confiance ne s'explique pas seulement par l'accueil réservé aux femmes en structure hospitalière, mais en raison de l'existence de pratiques telles que les signalements abusifs à la naissance qui semblent malheureusement encore répandus selon les témoignages reçus.

3.2.2 La menace des signalements à la naissance

Même si les alertes à la naissance et les signalements à la Protection de la jeunesse sont considérés comme des pratiques abolies au Québec (MSSS, 2023), elles étaient toujours en cours au moment des entrevues, ce qui contribue notamment à accentuer le sentiment de méfiance des familles autochtones envers le système de santé. Les témoignages recueillis font état de la situation :

On signale cette madame-là parce qu'elle n'a pas eu de suivi de grossesse. Je ne dis pas que ce n'est pas correct de ne pas avoir de suivi de grossesse. Ça veut dire que si moi, je choisis de ne pas avoir de suivi de grossesse, c'est sûr que je me ramasse avec un signalement (COM09).

Une autre participante abonde dans le même sens :

Souvent, elles vont éviter d'étaler le rendez-vous de suivi de grossesse ou de parler de leur vécu parce qu'elles ne veulent pas attirer le regard et se faire signaler [à la protection de la jeunesse]. C'est quelque chose qui a été nommé et qui plane (ORG01).

En plus de cette crainte de se faire signaler, les alertes à la naissance représentent aussi un facteur de stress supplémentaire lors de l'accouchement. Un Centre d'amitié qui a rapporté avoir été récemment impliqué dans un cas de signalement à la naissance où la Protection de la jeunesse a retiré, avec promptitude, le bébé des soins de ses parents moins de 48 heures

après sa naissance par manque de connaissances sur les réalités autochtones.

Les centres de santé des communautés, les organismes autochtones et les femmes elles-mêmes se mobilisent afin de prévenir ce type de situation. Ainsi, « il y en a qui veulent être accompagnées à l'hôpital pour être sûres de ne pas se faire discriminer puis avoir des préjugés, pour ne pas avoir des alertes de naissance ou des alertes-bébés, juste parce qu'elles sont autochtones » (ORG04).

En somme, les femmes ont le sentiment d'être discriminées dès le départ et elles ont continuellement peur de perdre leur enfant, que ce soit immédiatement après la naissance ou plus tard, un constat corroboré par de nombreux travaux à l'échelle du Canada (Boutroy, 2020; Duchaine, 2021; Lawford, 2021; Quinn, 2021).

3.2.3 Les préjugés vécus et le racisme systémique ambiant

Les témoignages recueillis démontrent unanimement l'existence de certains préjugés vécus par les femmes lorsqu'elles accèdent aux services périnataux, notamment lors de l'accouchement. Par exemple :

J'ai des amies qui elles ont des traits plus autochtones que moi, [elles ont] eu des jugements. Des jugements sur leur capacité à s'occuper de leurs enfants (COM05).

J'ai des femmes qui m'ont dit qu'elles ont vécu des préjugés face à leur accouchement ou certaines choses, qu'elles n'ont jamais pris de drogue, puis elles se font dire : « Oui, tu prends de la drogue. », ou des affaires de mêmes (COM12).

Certaines femmes déclarent être confrontées au racisme. Je sais qu'à Gatineau, les femmes font face à beaucoup de cette stigmatisation en raison de leur race [Traduction] (COM16).

Ces propos teignent leur expérience de la grossesse et rejoignent ce qu'écrivent Whitty-Rodgers et al. (2006) en parlant des femmes mi'kmaq en Nouvelle-Écosse qui, en raison de l'attitude des professionnels de la santé, ont le sentiment d'être inférieures. Tous ces préjugés s'inscrivent dans un système plus vaste caractérisé par l'existence d'un racisme systémique, c'est-à-dire inhérent au fonctionnement du système de santé et transparaissant dans les pratiques du personnel soignant, comme l'exprime bien l'une des participantes à la présente recherche :

[i] faut espérer que les gens commencent de plus en plus à reconnaître le racisme vécu par les populations autochtones dans le système de santé. Parfois, il s'agit d'un racisme ouvert, parfois d'un racisme systémique dont les gens ne sont pas conscients. Le système n'a pas été conçu en fonction de la santé et du bien-être des Autochtones [traduction] (ORG06).

Une autre participante évoque la situation spécifique des mères adolescentes qui, « quand elles arrivent dans le réseau public, [se] font souvent regarder de façon paternaliste » (ORG02). Cette participante ajoute qu'une étude concernant les Autochtones qui habitent en ville et qui fréquentent les services de santé révèle que :

[I]e chiffre est de 58 % lorsque nous leur avons demandé « as-tu déjà vécu du racisme ou de la discrimination dans le réseau public? ». 58 % ont répondu « oui », sur 1 700 répondants. Ça démontre que c'est quand même assez répandu comme expérience (ORG02)³⁰.

Dans certains cas, des solutions sont mises en place afin d'éviter que les femmes autochtones vivent ce racisme latent :

Oui, c'est un enjeu. Nous travaillons donc avec une conseillère cadre à la liaison autochtone. Quand les gens vivent des problématiques, à la suite du décès de Joyce Echaquan, elle est là pour représenter les droits des Autochtones. S'il y a du racisme, elle va s'assurer que la situation ne se reproduise plus (COM05).

Même si le racisme systémique est de plus en plus dénoncé, le système de santé en entier doit être repensé afin que les femmes se sentent à l'aise d'y recourir lors de leur grossesse. Comme le soulignent Burns et al. (2019), « cultural safety requires health care providers to critique the issues of institutional racism and discrimination in the health care system » (Burns et al., 2019, p. 143). Alors que le racisme systémique s'inscrit dans le fonctionnement du système de santé, il est relayé sous couvert d'actes précis qui vont à l'encontre du respect le plus élémentaire des droits de la personne, à commencer par le respect du consentement libre et éclairé des femmes dans le cas d'inter-

ventions médicales. À ce propos, un récent rapport de recherche sur le consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec fait état de nombreux manquements dans l'obtention du consentement lors d'interventions médicales (Basile et Bouchard, 2022). Sur le même propos, Shaheen-Hussain et al. (2023, p : 1763) ajoutent :

Membre de la Nation Atikamekw de la communauté de Manawan et mère bien-aimée de sept enfants, Joyce Echaquan a aussi été une survivante de violences obstétricales. Le premier jour de l'enquête du coroner sur la mort de Joyce Echaquan, son conjoint, Carol Dubé, a été interrogé sur ces expériences, notamment sur la façon dont Joyce Echaquan avait subi des pressions pour subir un avortement à plus d'une occasion, ainsi qu'une ligature des trompes après la naissance de leur dernier enfant. Dans son rapport de 2021, la coroner Géhane Kamel a déclaré que « la mort de Joyce Echaquan aurait pu être évitée » et a conclu que « le racisme et les préjugés auxquels Mme Echaquan a été confrontée ont certainement contribué à sa mort ». En conséquence, la première recommandation de la coroner Kamel demandait au gouvernement du Québec de s'engager à éliminer le racisme systémique. Fait troublant, les expériences de Joyce Echaquan ne sont pas uniques parmi les femmes autochtones au Canada [traduction].

³⁰ Voir la publication du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ, 2018).

3.2.4 Le cas des interventions médicales non sollicitées

Les participantes mentionnent deux types d'interventions médicales quant à l'accès des femmes aux services périnataux, soit la césarienne et les tests de dépistage administrés aux nouveau-nés sans le consentement des parents. En effet, plusieurs participantes indiquent que le consentement n'est pas nécessairement demandé dans le cas de césarienne. Par exemple, « une mère a dû accoucher par césarienne parce que le diabète gestationnel a été détecté trop tard. Le bébé était trop gros » [traduction] (COM03). Une autre participante constate que la deuxième césarienne est courante chez les femmes qui en ont déjà eu une. Bien que le centre de santé s'assure d'encourager les accouchements vaginaux après césarienne (AVAC), les femmes enceintes doivent entreprendre plusieurs démarches afin d'obtenir ce droit – pourtant fondamental – à disposer de leur propre corps.

Le deuxième cas recueilli concerne les nouveau-nés autochtones. Une des participantes aborde les tests de dépistage de drogues effectués à la naissance, en parlant de sa propre expérience lors d'un accouchement :

Je n'ose pas aller voir dans mon dossier à moi, s'ils l'ont fait. Ils ne sont jamais venus me voir pour me demander un consentement de dépistage de drogue lors de mes accouchements. Je suis certaine qu'ils le font sans le consentement des parents (COM09).

Ce témoignage, qui soulève le manque d'éthique au sein de la pratique, trouve écho dans le rapport de la CERP, dans lequel on peut lire que « des pratiques non

éthiques ciblant les femmes, et basées sur les préjugés liés aux dépendances, telles que des tests de dépistage de drogues effectués sans consentement auprès de femmes autochtones venues accoucher ont aussi été portées à mon attention » (CERP, 2019, p. 391). Ces expériences de la grossesse laissent parfois des cicatrices traumatisantes chez les femmes. L'une des participantes rapporte la réalité vécue par une femme de la communauté :

C'est la même chose avec une autre femme, sa petite fille a 8 ans ou 10 ans. C'était une belle grossesse. Elle allait à chaque rendez-vous, mangeait bien. Elle faisait tout ce qu'on lui disait de faire. Rendue à l'accouchement, elle allaitait son bébé. Elle se fait dire par le docteur, le médecin : « On a fait le test de drogue sur ton bébé, c'est négatif. » Ça l'a tellement blessée. Elle n'avait pas été informée qu'ils faisaient un test de dépistage sur le bébé. Ça l'a tellement blessée. Elle pleurait. Elle m'en a reparlé, pas à l'hôpital, mais après. « Je pleurais à l'hôpital, ils ont fait un test de drogue sans m'en parler. Je n'ai jamais pris de drogue de ma vie. J'ai toute fait ce qu'on m'a demandé de faire. » C'est une madame qui ne consomme pas. « Ils m'ont salie. » Et ils l'ont faite. « Pour qui qui me prennent, c'est décevant » (COM09).

Ces expériences de tests sanguins, réalisés sans la connaissance ni le consentement du parent, entrent dans le large spectre des traumatismes infligés aux familles autochtones. Dans son article, Roy (2014) s'intéresse précisément aux

traumatismes intergénérationnels chez les femmes autochtones, en lien avec la maternité. Selon elle,

[...] le traumatisme historique et le deuil non résolu sont renforcés et amplifiés par le traumatisme et le désespoir engendrés par les circonstances actuelles, y compris les vécus de racisme et de sexisme. Dans le contexte des services sociaux et de santé, le manque de sécurisation culturelle contribue à l'oppression des peuples autochtones, et donc au TIG [traumatisme intergénérationnel][traduction] (Roy, 2014, p. 14).

3.2.5 La barrière linguistique et les difficultés de communication

Parmi les communautés et les organismes autochtones rencontrés, certaines des personnes parlent français et d'autres, anglais. À cela s'ajoute aussi la langue autochtone de la nation d'appartenance. Cette réalité linguistique multiple fait partie du paysage autochtone au Québec. L'accès aux services périnataux doit en tenir compte, ce qui n'est pas toujours le cas, en fonction d'où on se trouve au Québec. Ainsi, pour certaines femmes enceintes, l'expérience de l'accès aux soins est teintée par une barrière linguistique. Dans les mots d'une participante: « Il y a des problèmes d'accessibilité et de communication. Parce que parfois, le praticien est plus à l'aise en français et [...] est une communauté anglophone. Donc, personne ne se comprend véritablement. Il y a une barrière linguistique » [traduction] (COM03).

Cette barrière linguistique se solde par des conséquences néfastes, notamment du point de vue de l'accompagnement à la naissance et des soins post-partum. La barrière linguistique peut également avoir un impact sur le suivi de grossesse, « notamment pour les femmes autochtones qui sont anglophones. [...] Cette barrière-là fait partie des raisons pour lesquelles tu as moins le goût d'aller à ton suivi de grossesse » (ORG01).

Dans certains cas, des participantes signalent que la barrière linguistique est en partie résolue par des initiatives locales qui favorisent la présence de personnel anglophone dans des établissements francophones, afin de répondre aux besoins des femmes, comme c'est le cas par exemple à l'Hôpital de Ville-Marie en Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, la pandémie de COVID-19 a fragilisé cette pratique :

[À Ville-Marie], on s'assurait toujours d'avoir une personne anglophone sur place. Mais ça, c'était avant la pandémie. Maintenant, tout ce personnel a été retiré. Si j'y retourne, je suis sûre qu'il n'y aura pas autant de personnel et probablement pas le même personnel [traduction] (COM03).

À cette barrière linguistique vécue par certaines femmes s'ajoutent des difficultés de communication. Une participante souligne que « quand une femme innue arrive, ce sont des gens qui sont hyper timides. Et il y a la barrière de la langue. Parfois, ils ne peuvent pas s'exprimer comme ils veulent. Je l'ai vu. Je l'ai vécu. Ils n'osent pas demander » (COM02). Une autre participante précise :

Les Autochtones ont besoin de temps pour penser et réfléchir avant de répondre. Ils ont besoin de temps pour poser des questions. Et ce temps, [les femmes autochtones] ne l'ont pas. C'est toujours à la va-vite. Elles n'ont pas l'impression d'être correctement informées. Plusieurs personnes me l'ont dit [traduction] (COM03).

Les rendez-vous médicaux se déroulent souvent rapidement, ce qui ne permet pas aux femmes autochtones d'accéder à toutes les informations dont elles ont besoin. L'une des participantes parle de la frustration vécue en raison des problèmes de communication : « Les femmes deviennent frustrées parce que les infirmières ne les comprennent pas, elles ne comprennent pas les infirmières » [traduction] (COM16). La méfiance envers les services fait aussi partie des sentiments communiqués par les femmes et dont il a été brièvement question ultérieurement. Mêlant frustration, méfiance et traumatismes, ce contexte est exacerbé par l'impératif du déplacement auquel sont confrontées de nombreuses mères et futures mères, spécifiquement lorsqu'elles résident dans des milieux géographiquement éloignés.

3.3 Les défis et les enjeux propres aux déplacements

Afin d'accéder aux services périnataux non offerts dans les communautés et les organismes autochtones, les femmes enceintes doivent se déplacer. Les distances sont parfois courtes (quelques minutes), parfois

longues (plusieurs heures, voire des jours). Le défi autour du transport revient fréquemment dans les témoignages recueillis, en plus de nombreux autres enjeux, comme l'absence d'accompagnement et d'interprète, les revenus, l'hébergement, la logistique familiale, la solitude et le stress vécu. Cette section met en lumière tous ces aspects nommés par les participantes à propos des femmes autochtones.

3.3.1 La relativité des distances et des moyens de transport

Selon leur lieu de résidence, les femmes enceintes vont quitter leur communauté plus ou moins tôt avant la date prévue d'accouchement. De façon générale, les femmes qui doivent aller accoucher loin de la maison quittent leur communauté pendant trois à six semaines comme l'illustre le cas des femmes issues de la communauté de Matimekush-Lac John dont le déplacement vers Sept-Îles est fixé à la 36^e semaine dans le cas de grossesses sans complication. Cette procédure implique une coordination complexe pour le personnel des centres de santé qui doit prendre en compte la météo, surtout lorsque des transports aériens sont en jeu :

Il faut aussi organiser le transfert vers la maison, en fonction d'une date de sortie de l'hôpital difficile à prévoir. Le déplacement de Sept-Îles à ici peut prendre quelques jours. Souvent elles reviennent une semaine après l'accouchement. Ça demande aussi de prendre l'avion avec un nouveau-né. [...]

Le transport MedEvac Canada prend en charge les urgences obstétricales vers Québec. Il arrive que ce soit par Air Inuit (vols commerciaux) ou Air Medic dépendant des

disponibilités et des conditions météo. Nous n'avons pas de service d'aviation réservé, Air Medic couvre toute la Côte-Nord. Nous sommes entièrement dépendants des conditions météo, il arrive qu'un avion ne puisse pas se poser ou décoller de Schefferville pendant plusieurs jours (COM14).

Pour d'autres communautés, c'est le train qui est privilégié en matière de service de transport, en raison de l'éloignement géographique, auquel cas « le trajet en train, une fois par semaine, prend environ 10 heures (certaines ont déjà été coincées pendant 17 heures dans le train) » (COM14).

Pour les communautés qui sont à proximité d'une ville, les déplacements sont moins problématiques, comme le soulignent la participante de Wendake et le participant de Wôlinak. « Ici [à Wôlinak], nous sommes habitués de faire les petites distances en voiture. Pour nous, c'est à côté. Les défis... Je ne crois pas qu'il y ait un défi de distance » (COM06). Pour d'autres, la route peut durer de nombreuses heures, rendant les déplacements plus fastidieux, comme l'explique la participante COM13 :

Les défis que je vois, ce sont les déplacements, de faire de la route. Aller à La Tuque, c'est minimum 1 h 30. Si elle doit aller à Shawinigan, c'est une autre heure. Si elle doit aller à Trois-Rivières, c'est un autre 2 h. Le défi, c'est un déplacement, le transport, la géographie qui fait que c'est un défi.

La distance n'est pas l'unique facteur à considérer lorsqu'il est question des déplacements. Comme les transports en commun ne sont pas disponibles dans la majorité des régions du Québec, les femmes doivent se débrouiller autrement, qu'elles habitent dans une communauté ou une ville :

La question du transport est importante dans l'accessibilité aux soins (la capacité à se rendre aux rendez-vous). [...] Même en ville, la question du transport est importante. En plus, il n'y a pas de transport en commun à Val-d'Or. [...] Il y a les limitations reliées au transport, même pour les membres qui habitent en ville (ORG01).

Les organisations autochtones offrent un service de transport pour raison médicale, mais celui-ci diffère d'une communauté à l'autre. Dans l'une des communautés, « elles ont accès au transport médical si elles ne possèdent pas de véhicule ou si elles ne peuvent pas trouver un moyen de transport pour se rendre sur place. Si elles prennent leur propre véhicule ou celui de quelqu'un d'autre, elles sont remboursées à raison de 22,5 cents du kilomètre » [traduction] (COM03). Il serait primordial de revoir ce montant à la hausse, considérant que les taux du Conseil du trésor s'élèvent à 0,68 \$ du kilomètre en 2023 et que plusieurs des communautés autochtones au Québec sont situées en milieu forestier avec des routes d'accès en gravier. Certains centres de santé ont à leur disposition un véhicule, ce qui leur permet d'offrir le déplacement pour des raisons de santé aux membres de la communauté qui en ont besoin. Lorsque le service de transport n'est pas disponible, comme les soirs ou les fins de semaine, les patients utilisent

le taxi, qui est alors payé par le centre de santé. Dans certaines situations, cette option est cependant contraignante, comme le souligne la participante COM12 lorsqu'elle dit qu'avec le taxi, « elles [les femmes enceintes] ne peuvent pas tout embarquer les sièges d'auto des enfants », ce qui complexifie les déplacements pour les rendez-vous de suivi de grossesse, notamment.

Les centres d'amitié autochtones tentent parfois de pallier cette difficulté liée au transport, mais ce n'est malheureusement pas possible pour l'ensemble de ceux-ci, comme le spécifie la répondante suivante :

Je sais qu'à Sept-Îles, le Centre [d'amitié autochtone], quelquefois, a accompagné aussi parce qu'il y a des mamans de la Basse-Côte-Nord qui doivent aller à Sept-Îles à l'avance. Je sais que le Centre accompagne les mamans, aide pour la traduction, etc. Mais le service n'est pas structuré et formalisé (ORG02).

Le service de transport pour raison médicale est subventionné par Santé Canada, sous les services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuit (SSNA). Les critères d'admissibilité pour accéder au service de transport pour raison médicale proviennent de ce programme, autant pour les femmes enceintes que pour les personnes qui souhaitent les accompagner. Comme le mentionne la participante COM07, « toutes les escortes, il fallait que ce soit médicalement requis ». Parmi les critères établis, la participante COM09 déplore ce qui suit :

[...] ils autorisent le papa seulement à l'accouchement, et non durant les suivis. S'il y a de la place pour le papa, je l'autorise, dans le transport. C'est selon le critère du gouvernement. Mais quand on a de la place, on essaie d'embarquer le papa.

La participante ORG03 est également critique envers le programme SSNA qui est, de son avis, discriminatoire envers les Autochtones qui habitent en ville, car les frais de déplacement ne sont pas assumés pour les femmes enceintes qui vivent en milieu urbain, comparativement à celles qui habitent dans une communauté. Elle explique :

Ça fait partie des règles de Santé Canada. On sait, depuis plusieurs [années], ils nous coupent, ils nous emmènent de plus en plus dans un entonnoir. On a vraiment beaucoup, beaucoup moins de services qu'avant. On doit payer maintenant des médicaments qui ne sont plus couverts par Santé Canada, SSNA, qu'on appelle. [...] C'est comme une discrimination de la part du SSNA, Santé Canada, de nous couper de ces services-là alors que, comme il dit le Grand chef de la Nation atikamekw : « Tu es Atikamekw peu importe où tu te trouves au Québec. »

Aux yeux des participantes rencontrées, il est important de revoir les critères d'admission du programme SSNA en remettant à l'avant-plan le rôle essentiel des accompagnateurs et accompagnatrices pour le soutien de la femme enceinte et l'attribution de financement pour les Autochtones qui habitent en ville.

3.3.2 Des défis logistiques : la coordination, l'accompagnement et les enjeux financiers

Au-delà du déplacement, aller accoucher loin de sa communauté soulève des défis logistiques majeurs concernant d'abord l'hébergement des femmes. Les foyers d'hébergement font partie de l'offre de service de certains centres de santé des communautés, comme c'est le cas pour celles qui se déplacent à Joliette, à Sept-Îles ou à Roberval. Pendant la période de la grossesse, cela demande plusieurs allées et venues, que les femmes vivent généralement seules, autant pour les suivis que pour l'accouchement, comme l'expriment plusieurs participantes. « [Ça] arrive souvent que des femmes soient seules pour aller accoucher [...]. Ça fait que c'était ça, nous, le but d'avoir une accompagnante, de l'avoir engagée » (COM11).

Partir accompagnée de son conjoint (ou de sa famille) implique ensuite beaucoup de défis, surtout lors de l'accouchement, comme l'absence au travail du père et de l'école de la part des enfants, la distance de la communauté et de la famille, ainsi que la logistique familiale du gardiennage. En somme, « c'est toute la planification de partir de la maison. Je pense que c'est un des plus gros défis pour la femme enceinte. Laisser la maison, laisser les enfants, cohabiter avec une autre famille ou bien se trouver un logement là-bas » (COM10). La femme doit s'assurer de trouver quelqu'un de confiance qui s'occupera des enfants pendant ces déplacements, ce qui peut être tout un défi et ce qui explique parfois les absences aux rendez-médicaux.

[...] quand il y a je dirais, de la consommation dans la maison, c'est difficile pour la femme enceinte de quitter les enfants.

Ça, c'est quand même un enjeu important. [...] C'est difficile pour la femme enceinte qui quitte quand il y a des problèmes de consommation, d'infidélité dans le couple durant la grossesse, ce n'est pas facile (COM17).

Le fait de vivre son accouchement seule place la femme dans une situation de grande vulnérabilité, accentuant les traumatismes dont il est discuté précédemment, et la place également à risque face à d'éventuelles violences obstétricales :

Les violences perpétrées envers les femmes sont la résultante d'un système patriarcal parcouru par de multiples rapports d'oppression. Ainsi, les violences obstétricales peuvent s'avérer d'autant plus difficiles, voire plus fréquentes puisque leur consentement est moins recherché par l'équipe médicale, lorsque ces violences sont vécues de manière différenciée selon la position sociale de la femme. [...] Leur vécu de violence obstétricale est teinté de ces rapports de pouvoir inégalitaires et ils nous permettent de mieux comprendre comment ils peuvent se manifester. (RNR, 2019, p. 22).

Les coupures de services d'accompagnement des dernières années expliquent une facette de cette situation déplorable :

Jadis, elles étaient toujours accompagnées. On autorisait toujours le conjoint à accompagner sa femme, mais pas obligé, selon leur décision parce que souvent, ça prend quelqu'un pour garder les enfants

aussi à la maison. Ça fait que si elles le voulaient, elles pouvaient être accompagnées. [...] Puis, depuis peut-être, je dirais une dizaine d'années, il y a comme eu un resserrement au niveau des dépenses, tout ça. Les femmes enceintes n'avaient plus le droit d'être escortées pendant leur attente d'accouchement à Joliette. On autorisait le papa à y aller seulement dès que le travail commençait pour assister à l'accouchement au moins (COM07).

Si une partie des coûts est couverte par les Services de santé non assurés du gouvernement du Canada (GC, 2020), les participantes rencontrées soulignent que les accompagnateurs doivent manger à leurs frais. Une autre ajoute que « c'est sûr aussi que dépendamment d'où elle est rendue dans sa grossesse, elle n'a pas toujours l'escorte. Là je dis escorte, mais le terme c'est accompagnateur. Ce n'est pas toujours défrayé » (COM13). Ou encore, « [a]dmettons, à la conjointe, il y a l'obligation de partir à 37 semaines de grossesse. Le conjoint ne peut pas aller rester trois semaines de temps. Ce n'est pas couvert. Ce n'est pas couvert par les services de santé » (COM17). En somme, il semble primordial de préciser auprès des centres de santé des communautés quels sont les moyens financiers dont ils disposent pour assurer que les femmes enceintes soient entourées et soutenues lors de leurs déplacements, particulièrement lors des accouchements.

L'enjeu financier est préoccupant non seulement en ce qui concerne la personne qui accompagne la femme, mais aussi à son égard. En effet, « il y a une partie que Santé Canada défraie les coûts comme

pour le déplacement et l'hébergement. Et puis c'est la femme enceinte qui défraie les autres coûts. [...] Il faut avoir de l'argent pour aller à l'extérieur. Pour aller accoucher » (COM10). Une participante ajoute :

Il y en a qui vivent de l'aide sociale. Ça, ça pourrait être un enjeu, pour eux, financier parce que ça prend quand même des sous pour aller vivre en ville comparativement à quand tu es ici ou chez tes parents. Là-bas, tu es logée à l'hôtel (COM11).

Cette réalité est vécue de la Haute-Côte-Nord jusqu'en Abitibi-Témiscamingue, en passant par la Gaspésie. Toutes ces femmes font face à ces difficultés financières qui caractérisent malheureusement une partie de leur grossesse. Même pour les femmes qui habitent en ville, ce n'est pas toujours simple de se rendre à l'hôpital. Par exemple, « il n'y a aucun remboursement de frais de déplacement pour les gens qui habitent à Trois-Rivières et il n'y a pas de transport médical » (ORG05), comparativement à d'autres centres d'amitié autochtones qui offrent ce service, comme à Val-d'Or.

3.3.3 La multiplication des déplacements requis

Les participantes représentant les directions de santé des communautés et les organismes rencontrés confirment unanimement que toutes les femmes, à un moment ou un autre de leur grossesse, doivent aller chercher des services périnataux non accessibles chez elles. Aucune n'a la possibilité d'accoucher dans un centre de santé. Pour certaines communautés où plusieurs services sont offerts, deux autres déplacements seront généralement exigés

pour faire les deux échographies prescrites au calendrier de suivi de grossesse. Lorsque le suivi médical n'est pas assuré par l'organisation autochtone, les suivis se font régulièrement, d'abord tous les mois, puis de façon plus rapprochée à mesure que la date prévue d'accouchement approche. Interrogées sur le nombre de déplacements nécessaires, les participantes hésitent à proposer un chiffre. Dans l'ensemble, cela varie entre 12 à 16 déplacements pour une grossesse dite normale. Ces chiffres grimpent considérablement dans le cas des grossesses dites « à risque », notamment à cause du diabète gestationnel. À titre d'exemple, « si ta grossesse ne va pas bien, là, ça ne va pas bien. Tu vas en faire. La [clinique] GARE, c'est une fois par semaine qu'il faut que tu y ailles » (COM12). Les propos suivants démontrent toute la complexité de ces démarches :

Si tu as des suivis une fois par mois à la clinique; que tu dois aller faire tes tests, prises de sang, diabète; deux échographies à l'hôpital; et s'il y a un suivi en clinique GARE [à l'hôpital] une fois par semaine. Donc pour 9 mois de grossesse, environ 2 prises de sang, 2 tests de diabète, on peut dire environ 15 fois plus l'accouchement, donc 16 déplacements pour une grossesse normale. S'il y a des complications et un suivi en clinique GARE 1 fois par semaine à partir de 30 semaines; on ajoute 10 déplacements à ça. Ce qui veut dire approximativement 26 déplacements. (ORG05)

Sachant que le taux de prévalence du diabète gestationnel est plus élevé chez les femmes autochtones que chez les femmes allochtones au Canada (Chen et al., 2019; Pace et al., 2020; Smylie, 2014), il semble juste d'affirmer que les femmes autochtones se voient imposer un nombre démesuré de déplacements lors de leur grossesse.

3.3.4 Être loin de la maison, un facteur de solitude et de stress

Être loin de la maison, souvent seules, amène quantité de préoccupations et donc un stress supplémentaire chez les femmes. L'incertitude de leur situation, qui se traduit par un manque de contrôle ressenti par les femmes, est liée au fait que « [Il] y en a qui s'ennuient quand elles s'en vont rester à Joliette. Elles ne savent jamais elles partent pour combien de temps » (COM07). À cela s'ajoute la route à faire, qui représente en soi un facteur de stress, décuplé en fonction des conditions météorologiques. La participante COM10 présente ce que doit vivre une femme innue de la Basse-Côte-Nord :

Je pense que pour eux autres [les femmes de la communauté d'Unamen-Shipu, à La Romaine] c'est encore plus de stress pour la mère, pour les déplacements. [...] Pour ses consultations, aller à Sept-Îles. Soit elle prend le bateau ou l'avion pour aller consulter à Sept-Îles. [...] Puis ses déplacements, c'est sa semaine de travail qu'elle perd. Puis c'est selon la température aussi. Les coûts aussi. Là, elle est en déplacement, puis il faut qu'elle retourne encore dans deux semaines. C'est un autre déplacement.

La notion d'éloignement et ses retombées sont peu évoquées par les directions de santé et les organismes rencontrés. La littérature disponible aborde toutefois les sentiments des femmes face aux déplacements. Varcoe et al., qui ont rencontré des femmes autochtones en Colombie-Britannique lors de groupe de discussion, écrivent que « dans un des groupes de discussion, les sept jeunes mères présentes ont pleuré pendant une grande partie de la rencontre, décrivant les effets d'accoucher hors de leurs communautés : solitude, déconnexion de la communauté, éloignement de leurs familles et de leur culture, et discrimination » [traduction] (Varcoe et al., 2013, p. 5). L'étude de Lawford et al. abonde dans le même sens en évoquant clairement la solitude ressentie par les femmes autochtones en Ontario qui laissent leurs enfants à la maison :

Dans le Nord-Ouest de l'Ontario, les femmes des Premières Nations évacuées vers Sioux Lookout depuis leurs communautés du Nord ont décrit des sentiments similaires : solitude, bouleversement et séparation d'avec leurs enfants et leur soutien familial. En effet, quelle que soit la province dans laquelle elles se trouvaient, les femmes des Premières Nations ont, sans surprise, déclaré qu'elles se sentaient seules et déconnectées lorsqu'elles étaient évacuées pour accoucher [traduction] (Lawford et al., 2018, p. 481).

Les déplacements que subissent les femmes autochtones pendant leur expérience de la grossesse sont remplis d'embûches. Une abondante littérature se penche sur les politiques d'évacuation des femmes pour aller accoucher, en vigueur notamment au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie (Brant et Anderson, 2021; Chamberlain et Barclay, 2000; Cidro et al., 2017; Cidro et Sinclair, 2021; Couchie et Sanderson, 2007; Dawson, 2017; Dietsch et al., 2011; Finestone et Stirbys, 2017; Hartz et McGrath, 2017; Kornelsen et al., 2010, 2013; Lawford, 2017; Lawford et al., 2019; Lawford et Giles, 2012; Silver et al., 2022; SOGC, 2012; Vang et al., 2018). À propos des femmes t̄jch̄q des Territoires du Nord-Ouest et de la politique d'évacuation en place dans cette partie du Canada, Dawson écrit que « la colonisation s'est intégrée aux expériences vécues et aux rituels de la naissance et a créé des lieux de naissance structurés par les valeurs culturelles du colonisateur, qu'il s'agisse de sauver les âmes ou de sauver les corps » [traduction] (Dawson, 2017, p. 161).

Chapitre 4.

Services de sages-femmes pour les communautés et les organismes autochtones



Ce chapitre offre un aperçu des services de sages-femmes tels que perçus par les participantes, tant du point de vue de leur potentiel que des difficultés liées à la mise en place de ce type d'expertise.

4.1 Le difficile accès aux services de sages-femmes : entre méconnaissance et pénurie

La description des services périnataux offerts dans les communautés et les organismes autochtones et de ceux non accessibles permet de mettre en lumière la rareté des services de sages-femmes, tant dans les communautés des Premières Nations que dans les villes québécoises. Même si des sages-femmes travaillent dans certaines régions du Québec³¹, les femmes autochtones issues des communautés non conventionnées se voient rare-

ment proposer cette offre de service³². De plus, lorsqu'informées de la pratique, elles ont difficilement accès aux services de sages-femmes, notamment parce que ces dernières sont déjà grandement sollicitées et que les maisons de naissance sont au maximum de leurs capacités. Une des participantes explique la situation que vivent les membres de sa communauté : « [...] comme la maison de naissance est toujours complète et que la liste d'attente est longue, lorsque les femmes vivent un obstacle en tentant d'avoir accès à une sage-femme, elles arrêtent leur démarche » (COM01). La participante ORGO2 est elle aussi consciente de cette situation. Elle mentionne que :

Sans place réservée, je ne pense pas que ça se pourrait, réalistement, que plus de femmes autochtones aillent vers les maisons de naissance. [...] Parce que oui, l'accès à des services sages-femmes serait sûrement une bonne option, mais je ne sais pas si c'est réaliste à court terme. En ce moment,

³¹ En août 2022, aucun service de sages-femmes n'était déployé dans les régions de la Côte-Nord, de l'Abitibi-Témiscamingue et de Laval (RLSFQ, 2020b).

³² Cela fait exception des Inuit, pour qui le service est déployé depuis le plus longtemps au Québec, et des Eeyouch, comme indiqué précédemment.

c'est 4 %³³, mais il y a des demandes partout depuis des années et il n'y a pas beaucoup de maisons de naissance qui ouvrent par année.

De son côté, la participante COM03 témoigne d'un certain accès aux services, mais dans la province voisine, en Ontario, et sous des conditions bien spécifiques :

Elles peuvent accéder aux services de sages-femmes. Si elles ont une carte santé de l'Ontario et une adresse en Ontario, elles peuvent accéder aux services de sages-femmes en Ontario. Ça arrive parfois parce qu'elles ne transfèrent pas immédiatement leurs informations et qu'elles font des allers-retours. C'est la seule fois où j'ai vu quelqu'un accéder aux services d'une sage-femme dans la région [traduction].

Interrogées sur l'accessibilité des services de sages-femmes lors de la recherche, les participantes s'expriment sur plusieurs aspects entourant la pratique contemporaine³⁴, que ce soient les bienfaits des sages-femmes pour les femmes enceintes, la méconnaissance entourant cette pratique, l'absence de possibilités du type de suivi de grossesse et les étapes d'implantation que cela exigerait de déployer des

services de sages-femmes. Chose certaine, pour la participante ORG04, la pratique de sage-femme pour répondre aux besoins des femmes enceintes est plus que nécessaire :

Le besoin des sages-femmes en communauté est vraiment important. C'est un besoin. [...] Le but de ça, il faut vraiment voir que c'est pour assurer le mieux-être des femmes et des enfants qui vont naître dans les communautés. Pour leur assurer un avenir. Pour l'instant, c'est précaire. La situation est précaire. Pour le mieux-être total de nos familles, on a besoin d'avoir ces gens-là qui existent dans nos communautés. Des piliers, je te dirais. Parce que, ça l'air de rien, mais avoir des sages-femmes en communauté... Moi, je n'aurais pas accouché dans les hôpitaux à chaque fois si j'avais pu avoir une sage-femme.

Ce souhait s'inscrit directement dans les recommandations que soulèvent Varcoe et al. (2013) qui indiquent que les participantes à leur recherche souhaitent pouvoir vivre leur suivi de grossesse avec d'autres professionnels de la santé :

Les recommandations des femmes varient en fonction de leurs communautés et de leurs expériences individuelles. [...] Certaines

³³ Cette statistique fait référence au nombre total de femmes qui avaient accès à des services de sages-femmes au Québec, en 2021 (RLSFQ, 2021). Dans sa politique de périnatalité 2008-2018, le gouvernement du Québec prévoyait que 10 % des femmes du Québec aient accès à des sages-femmes d'ici 2018 (GQ, 2008), ce qui est loin d'être le cas.

³⁴ Il nous semble important d'utiliser le terme pratique contemporaine pour parler de la pratique actuelle des sages-femmes au Québec, afin de ne pas confondre avec la pratique autochtone traditionnelle vécue par les sages-femmes autochtones. Cela dit, nous reconnaissons que quelques sages-femmes autochtones pratiquent aujourd'hui au Québec, particulièrement chez les Inuit, mais également dans le sud de la province, et que celles-ci arrivent avec brio les savoirs autochtones traditionnels et les savoirs occidentaux liés à l'univers de la périnatalité et de la maternité.

[femmes] étaient favorables à l'idée d'élargir la gamme des prestataires de soins pour y inclure les doulas et les sages-femmes, et notamment des sages-femmes autochtones, une orientation préconisée par d'autres équipes de recherche et actuellement défendue par le National Council of Aboriginal Midwives (Conseil national des sages-femmes autochtones) au Canada [traduction] (Varcoe et al., 2013, p. 6).

À propos des doulas (ou accompagnantes à la naissance), il s'avère que certaines femmes enceintes rencontrées se tournent parfois vers ce service en l'absence de sages-femmes. « Il y a quelques années, une formation de doula a été dispensée à certains membres de notre communauté. Nous avons donc quelques doulas dans notre communauté et l'étape suivante a été de recruter des sages-femmes » [traduction] (COM08). Une autre participante ajoute :

Pour les femmes qui désirent vraiment un suivi avec une sage-femme, mais que ce n'est pas possible, celles-ci se tournent souvent vers les accompagnantes à la naissance, qui font de l'enseignement à la préparation à l'accouchement et elles accompagnent les femmes lorsque le travail débute. Elles se déplacent à la maison et elles suivent les femmes à l'hôpital. Elles restent jusqu'à l'arrivée du bébé. Elles ont une approche très humaine. C'est un plus pour la famille parce que tu as quelqu'un de confiance avec toi qui connaît tes besoins et ta vision (COM01).

La méconnaissance du rôle des sages-femmes est répandue dans la population québécoise en général. Cela s'avère paradoxal, car la philosophie derrière l'action des sages-femmes est directement liée à la notion de choix informé lors de la grossesse, aux interventions médicales et au type de suivi souhaité par la femme. Ce constat est mis en lumière par MacDonald (2018) lorsqu'elle parle du modèle de sage-femme en Ontario selon une approche féministe du « soin » (c.-à-d. care). Il n'en demeure pas moins que les participantes sont peu informées sur la pratique sage-femme, comme l'indique la participante ORG02 : « les services du réseau public ne sont même pas connus, alors penser aux services de sages-femmes qui ne sont pas mainstream [grand public], c'est sûr que ce n'est pas connu. Je n'en ai jamais entendu parler moi non plus ». D'autres participantes ont des questions quant à l'étendue de la pratique, l'une d'entre elles confirme que « [c]ependant, je constate que les femmes ont beaucoup de questions. C'est peu connu encore, même si on est en 2021. Il y a beaucoup de méconnaissance par rapport au rôle des sages-femmes et du fait qu'elles peuvent avoir ces services-là » (COM01). Une autre participante ajoute :

J'ai remarqué aussi que pour utiliser des services de sages-femmes, il faut que la grossesse soit « parfaite », qu'il n'y ait pas de complications. Par exemple, mon bébé va avoir deux ans, et à ma première grossesse j'ai fait de la prééclampsie, de l'hypertension. À ma deuxième grossesse, j'ai été suivie comme si j'avais les mêmes complications. J'ai été suivie dans la clinique pour grossesse à risque élevé (GARE), alors que tout était correct.

J'ai été suivie comme si les risques étaient élevés, en prévention selon les gens à la clinique. En parlant avec des mamans, elles me disent qu'elles ont eu les mêmes complications, ou du diabète, donc il est difficile de penser accoucher avec une sage-femme dans une maison de naissance s'il y a des risques. Il faut démystifier ce qui est possible et ce qui ne l'est pas (ORG05).

Comme le soulève la participante ORG05, ce travail de démystification rejoint les propos de la participante ORG04 qui propose de faire une tournée de sages-femmes à travers le Québec afin d'aller à la rencontre des centres de santé des communautés, des services de santé des organismes autochtones basés en ville et des femmes autochtones. Pour finir, la participante ORG06 résume bien la situation :

Dans de nombreuses communautés, la présence active, habituelle et constante des sages-femmes remonte à si loin que le rôle des sages-femmes est parfois moins connu. Il n'est pas forcément oublié; certaines personnes se souviennent encore de ce que représentait le fait d'avoir une sage-femme [traduction].

4.2. L'apport de la pratique sage-femme

Malgré cette méconnaissance du rôle des sages-femmes, il s'avère que leur rôle est perçu positivement lorsqu'on sonde les participantes sur les apports de la pratique

sage-femme (autochtone comme allochtone) pour la santé périnatale des femmes autochtones, particulièrement en ce qui a trait aux femmes vulnérables.

Je pense que l'approche sages-femmes pourrait être appréciée par des femmes qui ont des parcours vraiment complexes et qui ont peut-être un passé d'abus, de violences, d'expériences négatives en milieu hospitalier dans leur famille ou parmi leurs proches. Encore là, il faudrait qu'elles en entendent parler (ORG02).

Pour plusieurs, les sages-femmes assureraient un meilleur suivi de grossesse aux femmes enceintes. La participante COM03 précise que cela pourrait aider pour le dépistage du diabète gestationnel, mais également pour l'historique d'enfantement des femmes :

J'ai également constaté que certaines mères ne bénéficiaient pas d'un dépistage adéquat du diabète gestationnel. Ici encore, la présence d'une sage-femme familière avec la culture autochtone et qui comprend que ces femmes sont plus exposées au risque de diabète gestationnel permettrait d'effectuer un dépistage précoce. Il n'y aurait pas d'interventions inutiles. [...] La présence d'une sage-femme, par exemple, pourrait assurer un suivi complet allant jusqu'au déroulement de l'accouchement. Parce que je demande aux mères, et souvent, soit elles me disent exactement ce qui s'est passé, soit elles préfèrent ne rien dire. Je respecte

leurs volontés. Mais si une personne est présente lors de l'accouchement, tous les détails pourront être ajoutés à l'historique de la mère [traduction].

La participante COM16, qui connaît bien les services offerts par les sages-femmes, précise tous les aspects positifs que cela apporterait aux femmes :

Les sages-femmes proposent trois visites au cours de la première semaine [après l'accouchement] et une toutes les deux semaines ensuite : [elles sont suivies] pendant six semaines. Il s'agit d'une approche plus personnalisée des soins. Grâce à cette approche individualisée, les femmes seront en meilleure santé, leurs bébés naîtront en meilleure santé, tout en sachant qu'elles seront suivies par la même personne tout au long de leur grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement. Je suis heureuse de commencer à combler cette lacune, en particulier pour les femmes autochtones et les soins qui leur sont prodigués [traduction].

Ce que complète la participante TEM01 en disant que :

Ça permettrait en fait, aussi, de s'ouvrir à... C'est le côté aussi où elles assurent de ne pas faire de... elles évitent un peu plus la césarienne, ce genre de chose. Il y a comme un pourcentage qui fait qu'il y a moins de césariennes dans ces moments-là. La césarienne est

vraiment proposée à la fin. Il y a plusieurs étapes avant d'en venir là. [...] C'est l'allaitement aussi que j'ai aimé avec les sages-femmes. Ça encourageait beaucoup cet aspect-là d'allaiter son enfant. Je pense que c'est également [ce] qu'elles fournissent, de recommander ça, d'aider les femmes à pouvoir allaiter.

Les témoignages recueillis, qui relatent les nombreux bénéfices à obtenir un suivi de grossesse avec une sage-femme, rejoignent les propos d'Olson, qui situe la pratique sage-femme autochtone dans un spectre beaucoup plus large que la santé périnatale de la femme lors de la grossesse : « La pratique de sage-femme autochtone ne se limite pas à une présence lors de l'accouchement et aux soins pendant et après la grossesse, mais contribue aussi à la bonne santé et au bien-être des femmes autochtones et de leurs bébés, ce qui est essentiel à l'émancipation des familles et des communautés autochtones » [traduction] (Olson, 2016, p. 5).

Parce que les sages-femmes peuvent intervenir directement au domicile des mères, instaurer leurs services à même les communautés et les organisations autochtones qui le souhaitent viendrait également répondre au besoin d'avoir des services de santé de proximité. Les sages-femmes seraient en effet amenées à se déplacer dans la communauté afin de se rapprocher des femmes désirant avoir accès à leur expertise. Ce faisant, leur pratique contribuerait à compenser certains problèmes soulignés dans le chapitre précédent, à commencer par les absences aux rendez-vous médicaux ou encore le manque de suivi périnatal des femmes.

Parallèlement, les insécurités vécues quant à l'accès aux services de santé, et dont découle une méfiance évidente des femmes vis-à-vis du système de santé, seraient également moins grandes grâce à ces professionnelles de la santé, comme l'expriment plusieurs participantes. Les propos de la participante COM12 illustrent ce point lorsqu'elle insiste sur le fait que les femmes de la communauté « se sentiraient peut-être sécurisées parce qu'il n'y aurait pas, justement, l'espèce de préjugé, tu sais, que les gens ont une étiquette. [...] Il n'y aurait pas ça. Je pense que oui. Elles se sentiraient en confiance ». En somme, l'ouverture relationnelle et culturelle, que les sages-femmes projettent est perçue positivement par les participantes puisque :

C'est une question de comment tu es accueillie et comment tu accueilles l'autre personne. C'est la réciprocité. On sent cette réciprocité avec les services de sages-femmes. L'un apprend autant que l'autre dans la relation qui se crée. Cela facilite l'ouverture (ORG01).

Le tout s'inscrit dans un besoin d'inclure le concept de sécurisation culturelle en santé au Québec :

Parfois, le besoin n'est peut-être pas exprimé, comme celui de l'accès à des sages-femmes, mais si cela était offert, les gens y adhèreraient. Pour moi, cela ferait partie de la volonté actuelle d'assurer une sécurisation culturelle quant aux soins de santé. Auparavant, ce sont les sages-femmes qui étaient présentes. Il n'y avait pas de médecin. Les sages-femmes font partie de nos mœurs et coutumes, que nous avons perdues. (COM02).

Cette réflexion est également communiquée par la participante COM07, qui croit que les sages-femmes offriraient des services culturellement sécurisants pour les femmes autochtones enceintes, les familles et les communautés. Le Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières (CAATR) explore d'ailleurs cette avenue présentement avec la maison de naissance de Nicolet, qui s'outille en matière de sécurisation culturelle et qui est soutenue par ce même organisme.

4.3 Les étapes d'implantation

Lors des entrevues, les personnes rencontrées ont été interrogées sur les étapes d'implantation des services de sages-femmes au sein du centre de santé ou de l'organisme autochtone auquel elles sont rattachées.

4.3.1 Les dimensions logistiques et les défis matériels

Plusieurs enjeux sont nommés, comme les enjeux financiers, les besoins des femmes enceintes, la révision des services déjà offerts, l'établissement d'une communication avec les sages-femmes et la promotion/sensibilisation auprès de la population à ces services. À cela s'ajoutent d'autres enjeux évoqués par un grand nombre de participantes. Ainsi, pour certaines, l'éloignement géographique est un facteur à prendre en compte dans l'implantation des services. Pour d'autres, c'est la fermeture des médecins et des gynécologues qui est au cœur de la situation, comme l'explique la participante COM13 lorsqu'elle dit : « [...] ce que l'on sait, c'est que l'une des médecins qui est responsable de l'obstétrique ne veut pas entendre parler de

sages-femmes. » Cette situation renvoie directement à l'histoire de la biomédecine au Québec et de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, qui a contribué à la dévalorisation de la pratique sage-femme au sein des professionnels de la santé (particulièrement les médecins et les infirmières et infirmiers) et de la population en général (Laforce, 1987; Rivard, 2014).

Plusieurs des personnes rencontrées nomment le manque d'espace nécessaire pour accueillir des sages-femmes au sein de leurs locaux afin d'implanter le service. Cette situation est criante dans plusieurs communautés autochtones :

Je pense que ça nécessiterait une infrastructure. On n'a pas de place pour le moment. On est très, très serrés dans le centre de santé. On n'a même plus de salle d'observation. On a une salle qu'on a transformée en bureau de médecin. Ça fait qu'on n'a plus de salle d'observation pour observer les personnes. [...] On n'a plus de place. J'ai des employés qui partagent le même bureau. [...] Puis aussi, on n'a pas de logement. C'est complet partout, partout (COM07).

Ces propos trouvent écho dans plusieurs témoignages recueillis dans le cadre de la recherche et dont voici un exemple supplémentaire :

Dans un monde idéal, oui. Peut-être pas tous les services en tant que tels parce qu'on n'est pas équi-

pés pour un suivi complet par la sage-femme, puis on est quand même à 1 h 30 de l'hôpital le plus près. C'est une route forestière, puis souvent, c'est plus long se rendre à La Tuque à cause des intempéries ou de la condition de la route. Bon, il y a tout l'aspect géographique. Il y a l'aspect aussi du centre de santé, parce qu'on est en manque de locaux. On est saturés. On vise un nouveau centre de santé, mais aujourd'hui, maintenant, le service complet de sage-femme, il y aurait des défis. De gros défis. Surtout avec l'hôpital de La Tuque (COM13).

À court terme, il s'avère que le manque d'espace est un obstacle à l'implantation des services de sages-femmes. Du financement adéquat doit être envisagé pour aller de l'avant³⁵ tout comme une plus grande ouverture de la part des professionnels de la santé périnatale actuellement impliqués dans l'offre de service aux femmes enceintes.

Les sages-femmes qui seront amenées à travailler auprès des femmes autochtones doivent également être formées, comme le mentionne la participante COM02 : « Je pense que cela passe d'abord par la formation de ressources. Si c'est une ressource non autochtone, il faut que ce soit quelqu'un qui puisse facilement travailler en communauté. » Heureusement, quelques projets sont en cours de développement afin de déployer l'offre, comme l'explique la participante COM16 :

³⁵ Le programme des Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations de Services aux Autochtones Canada devrait permettre le financement des services des sages-femmes dans les communautés des Premières Nations, de complémentarité avec les services du réseau de la santé au Québec notamment. Selon les dernières informations obtenues, la codification « sages-femmes » n'existant pas dans les formules de financement du Conseil du trésor, faute de reconnaissance de la profession par le gouvernement fédéral, le financement nécessaire à l'implantation de ces services dans les communautés autochtones non conventionnées au Québec s'avère donc n'accessible.

À partir de janvier [2022], j'envisage d'offrir une gamme complète de services de sages-femmes liés aux soins périnataux, au travail, à l'accouchement et à la période postpartum. Mon objectif est de fournir des services aux femmes autochtones du Centre d'amitié autochtone de Maniwaki. Cela inclut toutes les femmes de Kitigan Zibi et les femmes autochtones de la région de Maniwaki, les femmes de Lac Rapide, du Lac Simon ou de toutes autres communautés autochtones [traduction].

Certains centres d'amitié se montrent proactifs en la matière, comme l'illustre la position du CAAVD qui « a levé la main en premier, il y a quelques années, pour démontrer un intérêt à développer un projet pour avoir accès aux services d'une sage-femme » (ORG02).

4.3.2 Le parcours scolaire pour devenir sage-femme au Québec

Lors des entrevues avec les participantes, la scolarisation nécessaire afin de devenir sage-femme au Québec, reconnue par l'Ordre des sages-femmes, a été soulevée. Le principal parcours scolaire proposé est celui du baccalauréat en pratique sage-femme offert à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR, 2022). Il est toutefois nécessaire de rappeler que cela ne représente pas l'unique parcours scolaire possible. Le programme éducatif développé chez et par les Inuit au Nunavik fait également partie de l'offre disponible au Québec, comme le rappelle avec précision la participante ORG06 :

[I] n'y a pas beaucoup de services de sages-femmes autochtones au Québec, mais en même temps, les plus anciens services de sages-femmes au Canada, une des premières réémergences de la profession de sage-femme s'est produite au Québec avec les sages-femmes inuit du Nunavik et le travail extraordinaire qu'elles font. Il est intéressant de penser que c'est l'apogée de la pratique sage-femme communautaire au Canada et qu'elles ont commencé à faire renaître la pratique sage-femme beaucoup plus tôt [que dans le reste du Canada]. Elles ont un excellent programme d'éducation, elles forment leurs propres sages-femmes, elles les forment dans leur langue maternelle [traduction].

Cette même participante souligne, en parlant de tous les programmes universitaires canadiens, que :

[I] y a très peu de programmes universitaires et ils sont extrêmement compétitifs. Ces programmes sont basés sur une approche occidentale. [...] Les systèmes d'éducation et de soins de santé, en général, sont modelés sur une approche occidentale et coloniale, ce qui limite les possibilités de formation des sages-femmes autochtones. Cela représente un énorme obstacle [traduction] (ORG06).

La participante COM11 est également critique envers le programme. Elle juge l'offre insuffisante, soulignant le fait qu'une seule place est réservée pour une personne autochtone. De plus, lorsque les femmes autochtones décident de suivre la formation pour devenir sages-femmes à l'extérieur du Québec, il n'est pas simple d'obtenir son permis, particulièrement à cause d'enjeux linguistiques (contexte de langue seconde entre le français ou l'anglais, de langue maternelle autochtone et l'obligation de suivre des cours de français à défaut d'être en mesure de suivre des cours en français). Heureusement, comme le souligne la participante ORG02, des avancées se font en ce sens grâce au MSSS, qui tente de supprimer les entraves administratives qui se dressent dans cette situation précise. La méconnaissance de la pratique actuelle est aussi un frein aux inscriptions, comme le fait remarquer la participante ORG04 qui propose la solution suivante :

Une tournée de sages-femmes au Québec pour susciter l'intérêt chez les femmes pour dire : « J'ai été capable d'accoucher six fois. Je suis capable d'aider quelqu'un d'autre. Je peux commencer par être accompagnante à la naissance. Si j'aime ça, ça me donne le goût de continuer encore plus, de retourner à l'école. » Ça pourrait être ça aussi, mais il faut susciter l'intérêt. Pour l'instant, il n'y en a pas. Ça fait que, comment tu veux avoir le goût de faire ce travail-là quand tu ne sais même pas que ça existe.

Au-delà de la méconnaissance concernant le travail des sages-femmes, d'autres obstacles se dressent quant à la valorisation de l'expertise de ces travailleuses de la santé.

4.3.3 La déconstruction du monopole de la surmédicalisation de la grossesse

Un élément important ayant émergé des témoignages est l'absence d'alternative pour les femmes quant au type de suivi et au professionnel de la santé qui le réalisera. Le témoignage de la participante COM02 est éclairant à ce propos lorsqu'elle affirme que « ce n'est pas tellement le désir que l'opportunité de le faire. La façon ne se pose pas de façon systématique, puisque nous n'avons pas ce service-là. Nous ne sommes pas en mesure de l'offrir. » L'impact des limites de l'offre disponible sur les choix d'accompagnement est une constante du témoignage des participantes dont voici un autre exemple :

À Gaspé, on s'est plutôt habitués à avoir moins de services et de ne pas demander autre chose que ce qui est disponible. [...] On est tellement habitués au parcours classique : on tombe enceinte, on prend rendez-vous avec le gynécologue, on accouche à l'hôpital puis on revient à la maison avec le bébé. Il n'y a pas de possibilité de vivre cela autrement (COM04).

Ce parcours « classique » dont parle la participante COM04, est également décrit par d'autres personnes :

Le mode de fonctionnement actuel est tellement ancré dans la communauté, donc non, les femmes ne demandent pas ce genre de service. Les femmes vont vers le médecin pour leurs suivis [...]. On ne peut pas considérer qu'elles ont des choix comme le seul endroit

pour accoucher se trouve à Sept-Îles et de passer les quatre dernières semaines, au minimum, ailleurs que chez elles (COM14).

Tout de suite, c'est le milieu hospitalier qu'on nous offre comme avenue (ORG05).

Quand tu es à l'hôpital, tu te dis que c'est ça la normalité. C'est ça qu'il faut absolument. Tu n'as pas d'autres choix parce que sinon tu es en danger, on dirait, alors qu'en allant avec elles (les sages-femmes), ça te rassure en tant qu'être humain, en tant que femme (TEM01).

Toutes ces citations renvoient à la médicalisation de la grossesse vécue au Québec (et au Canada) et à la dévalorisation des savoirs autochtones par le colonialisme. Comme l'explique Laforce, « [s]i les médecins ont réussi pendant un siècle à établir puis à stabiliser leur monopole, c'est que le discours d'efficacité qu'ils ont transmis a été bien intégré par les femmes, qui l'ont accepté » (Laforce, 1987, p. 203). Selon la participante TEM02, le discours du risque, soutenu par la biomédecine, a lui aussi un impact : « je pense que ça, ça vient beaucoup teinter après ça la notion de risque parce qu'il y a tellement eu ce discours-là entourant le risque, puis comment leurs savoirs en tant qu'Autochtones est moins bon ». Ce constat trouve une résonance dans les propos de Routhier et qui, dans un rare texte sur le sujet, dépeint le paysage périnatal en parlant des femmes et des sages-femmes atikamekw de Manawan :

[...] l'obligation faite aux Américainnes de recourir aux services médicaux officiels pour leurs

accouchements est indissociable du processus de colonisation et de sédentarisation des autochtones et, en outre, le transport progressif des femmes enceintes à l'hôpital a graduellement détruit le processus de transmission des connaissances.

[...] Ce savoir de sage-femme, savoir féminin qui se transmettait de génération en génération, s'est considérablement appauvri. (Routhier, 1987, p. 70).

Malgré cette réalité, les savoirs des aînées ne sont pas complètement oubliés, comme le met en lumière la participante suivante :

Quand tu ne sais pas que tu peux choisir ton lieu de naissance, cela ne peut pas être un besoin que tu nommes. Lors de nos discussions entre les aînées, qui ont accouché dans le bois ou qui sont nées dans le bois, et les femmes plus jeunes, on remarque un intérêt marqué (ORG01).

Cela fait écho au témoignage de la participante TEM01 lorsqu'elle parle de son propre accouchement : « [...] j'avais envie de le vivre au maximum, l'accouchement. Je pensais à mes ancêtres, je pensais à ma grand-mère, je pensais à celles qui accouchaient dans leur communauté. Ça fait que je pensais à toutes ces femmes-là [...] ». La section suivante, sur les pratiques ancestrales autochtones, met bien en lumière la présence des sages-femmes autochtones dans la culture et les traditions autochtones, ce qui permet de constater que pour certaines participantes, même si le discours dominant laisse entendre qu'elles ont été oubliées, la situation est beaucoup plus nuancée.

Chapitre 5.

Pratiques ancestrales autochtones et maternité



Ce chapitre offre un précieux aperçu des pratiques ancestrales touchant la maternité à travers les récits des participantes. Ces témoignages sont d'autant plus nécessaires qu'ils contribuent à la survie culturelle de pratiques déjà mises à mal par les tentatives assimilationnistes dont la médicalisation des grossesses et la christianisation, dans un contexte colonial, des sociétés autochtones sont des facettes.

5.1

Les pratiques ancestrales : du discrédit colonial à la résurgence

Les témoignages entourant les pratiques ancestrales autochtones en lien avec la périnatalité laissent supposer que, pour de nombreuses participantes, ces pratiques ne sont plus de mise aujourd'hui. Cette perte est due à la colonisation et à l'imposition de la religion catholique, comme le soulignent autant la littérature (Bourassa et al., 2005; Dion Fletcher, 2017; Hartz et McGrath, 2017; Smylie, 2014) que les participantes rencontrées : « [...] à cause de la religion, je pense qu'on a beaucoup eu de réticences à vouloir des cérémonies qui se faisaient [avant] probablement » (COM11).

Certaines personnes constatent tout de même un retour de quelques pratiques traditionnelles dans les communautés depuis les dernières années. Par exemple, « il y a huit ans, je n'en voyais pas. Là, il y en a de plus en plus. Depuis ces deux dernières années, ça commence à se faire » (COM09). Or, cette revitalisation des rites, des cérémonies et des gestes nécessite l'implication des personnes compétentes dans les communautés, car « il faudrait identifier c'est quoi les rituels durant la grossesse. C'est quoi qu'on peut faire? Qu'est-ce qui se faisait? [...] On a du travail à faire là-dessus, je dirais. Encore plus pour aller chercher la source des connaissances traditionnelles » (COM17).

Outre cette nécessaire résurgence, lorsque le sujet des pratiques ancestrales autochtones est évoqué, les participantes expliquent volontiers l'importance de celles-ci dans la vie de la communauté et de la femme enceinte.

Tout au long de l'année, la maison longue est un lieu de rassemblement des familles et des gens de la communauté. Tout le monde est le bienvenu. Il y a tout le temps une signification, ou une thématique, selon le calendrier de l'année, selon la saison. Il y a différents rituels par rapport au calendrier. (COM01)

Ces pratiques soudent la communauté, en plus de rappeler l'importance de la culture de la nation et de la famille, une valeur centrale dans les cultures autochtones. Un retour aux sources est souhaité par de nombreuses participantes consultées qui voient dans la résurgence de ce type de pratique une manière « [...] de ramener dès la naissance, les pratiques culturelles, puis la fierté de l'identité autochtone » (TEM02). Les rituels, les cérémonies et les objets traditionnels ancrent l'importance de l'enfant au sein de sa communauté d'appartenance. Une participante à la recherche souligne l'importance des cérémonies entourant l'arrivée d'un enfant « parce que la naissance est une cérémonie » [traduction] (COM16).

La revitalisation des pratiques ancestrales touchant la maternité s'inscrit dans un mouvement plus large d'affirmation culturelle en réponse aux conséquences assimilatrices du processus de colonisation. Les enjeux liés aux langues autochtones ressortent fortement des témoignages recueillis, car ces langues sont intimement imbriquées dans les pratiques traditionnelles et elles permettent leur vitalité et leur transmission. Dans ce cadre, entendre la langue maternelle autochtone dès la naissance permet non seulement de revitaliser sa pratique, mais également de renforcer le lien entre l'enfant et son territoire, comme le souligne la littérature en provenance des Inuit (Epo et al., 2021; TIMS, 2018; Van Wagner et al., 2007). Ce point est confirmé par plusieurs répondantes, notamment la participante COM08 qui raconte que « À l'hôpital Anna-Laberge, on respecte aussi les requêtes lorsque l'on veut que le bébé entende la langue mohawk parlée en premier à sa naissance; les personnes présentes ne parleront pas avant qu'on leur dise que c'est correct de le faire » [traduction].

La fierté identitaire fait généralement partie du discours des personnes rencontrées, particulièrement en provenance des organisations autochtones qui sont installées en milieu urbain.

Il y a une reconstruction identitaire qui va avec la fierté d'être autochtone. Cette fierté est de moins en moins cachée. Elle est valorisée. La place de l'enfant dans la communauté, c'est central. Donc que cet enfant soit ancré au territoire est important (ORG01).

Afin de contribuer à la revitalisation des pratiques ancestrales autochtones, les centres d'amitié autochtones entreprennent beaucoup de démarches, à tel point qu'« il n'y a pas un centre qui ne travaille pas en ce moment à renforcer l'offre de services plus traditionnels » (ORG02). En ce sens, différents moyens sont déployés. Au CAAVD, par exemple, lors de la Journée nationale des peuples autochtones, un lancement de contes anicinabeg sur la naissance et la grossesse a eu lieu en juin 2022. Par ailleurs, cette démarche de revitalisation ne se limite pas à une volonté de préservation culturelle, mais touche des enjeux sociaux plus vastes, le tout dans un processus de réparation des conséquences néfastes des politiques coloniales. C'est ce qu'illustre par exemple la question du placement abusif des enfants autochtones par les autorités de protection de la jeunesse de sorte que « [...] les jeunes parents ont parfois aussi eu une coupure en passant par le réseau de la protection de la jeunesse. C'est de recréer le lien des parents et de l'enfant avec la culture et cette fierté-là » (ORG02). En somme, la revitalisation des pratiques ancestrales est essentielle du point de vue de la préservation symbolique des cultures autochtones, trop

longtemps dépréciées par les politiques assimilationnistes, tout autant que du bien-être physique et spirituel des personnes victimes des dites politiques. La revitalisation des pratiques ancestrales constitue en ce sens un outil de décolonisation servant la réparation des traumatismes subis.

Lorsque le sujet est davantage approfondi avec les participantes, plusieurs pratiques, gestes ou objets traditionnels en lien avec la périnatalité sont nommés, parfois très brièvement, parfois en détail. Ces pratiques se déroulent à certaines occasions auprès de la famille uniquement, dans la sphère privée, alors qu'à d'autres moments, elles sont vécues en plus grand nombre, dans la communauté. Chose certaine, les perceptions recueillies à propos de la maternité sous l'angle des pratiques ancestrales font écho aux propos de plusieurs chercheuses et notamment Anderson (2006; 2011), Simpson (2006) et Tabobondung (2017) pour qui ces pratiques évoquent la connexion profonde ressentie avec la communauté, mais également avec les ancêtres, les kokom (grands-mères) et la terre.

Une récente étude sur la consolidation du lien au territoire des femmes innues et atikamekw par la grossesse et l'accouchement (Basile et al., 2023) confirme que la fabrication et l'usage des objets traditionnels ainsi que des rituels qui y sont rattachés exigent des femmes autochtones une connaissance fine du territoire afin d'y recueillir les ressources nécessaires et de transmettre les pratiques d'occupation du territoire. Cette même étude confirme que les sages-femmes occupent une place centrale par l'étendue de leur pratique ancrée

de plusieurs manières dans le territoire. L'intérêt du retour de cette pratique des femmes innues et atikamekw est d'ailleurs un des constats qui émanent de cette recherche.

5.2. Un aperçu des pratiques ancestrales touchant la maternité

Dans plusieurs communautés, on constate le désir de revitaliser ces pratiques ancestrales telles que l'usage du mickiki (médecines traditionnelles), l'accouchement en territoire, la cérémonie des premiers pas, la cérémonie du nom du bébé, la cérémonie du nouveau-né, la disposition du cordon ombilical et du placenta ainsi que l'utilisation du misaspison (enveloppe de tissus pour bébé) et du tikinakan (porte-bébé sur planche de bois)³⁶.

5.2.1 Les médecines traditionnelles (mickiki)

De nombreuses participantes mentionnent l'utilisation de médecines traditionnelles lors de la période périnatale, mais les réalités diffèrent d'une communauté ou d'un organisme autochtone à l'autre. Ainsi, pour l'une des communautés rencontrées, les médecines traditionnelles sont reconnues et imbriquées au sein des services de santé offerts :

Nous venons d'ouvrir nos services de médecine traditionnelle. [...] L'infirmière s'assure qu'il n'y a pas de contre-indications, pas de

³⁶ D'autres pratiques sont évoquées, mais par très peu de participantes, comme l'allaitement, le wepison (hamac) pour bébé, le baptême traditionnel, le soin du nombril du nouveau-né et l'artisanat.

réaction à un médicament ou à une combinaison de médecine occidentale et traditionnelle. Nos services de médecine traditionnelle sont également disponibles si les mères souhaitent leur présence lors de l'accouchement; elles se rendent à [l'hôpital] et y organisent une cérémonie [traduction] (COM08).

Les centres d'amitié autochtones au Québec entreprennent également des démarches en ce sens. Dans le contexte global de la pandémie de COVID-19, les plantes et les connaissances y étant rattachées ont servi à soutenir le système immunitaire de plusieurs personnes :

Les herbes médicinales sont toujours restées aussi. Avec la pandémie, on l'a vu. Ils ont fait des paniers avec des herbes médicinales, entre autres. (ORG02)

Pour d'autres participantes, il importe de s'assurer de bien connaître ce domaine afin de ne pas compromettre la santé des femmes enceintes par la consommation de certaines médecines traditionnelles. Il est important de savoir ce qui doit être prohibé ou non durant la grossesse. Les aînées sont des sources d'informations précieuses sur le sujet, comme le fait remarquer une participante : « Elle [nom de l'arrière-grand-mère] nous contait qu'il y avait une plante qui était utilisée justement pour les femmes qui ne désiraient pas poursuivre leur grossesse. Mais, elle ne m'a jamais dit c'est quoi, la plante » (COM11).

5.2.2 L'accouchement

Lorsque questionnées sur les pratiques traditionnelles autochtones, les personnes rencontrées abordent l'accouchement en lien avec le vécu des femmes autochtones d'une autre époque : « Ce dont je me souviens que la madame disait, l'aînée disait, c'est qu'elles n'accouchaient pas couchées, elles accouchaient debout ou accroupies. Elles n'étaient pas [placées] de façon horizontale. Elles étaient debout. Accroupies » (COM12). Les rares écrits qui présentent l'accouchement en milieu autochtone vont dans le même sens que ces propos, comme l'indiquent entre autres Anderson (2006), Basile et al. (2023), Dufour (1988), Flynn et Brassard, 2012, Pernet et l'ICA (2012) et Sokoloski (1995). Les personnes interviewées vont plus loin en disant que « [...] ce qu'on souhaite, c'est refaire vivre cette pratique-là de sages-femmes et surtout, ramener en fait, les savoirs autochtones sur l'accouchement » (ORG03).

5.2.3 La cérémonie du nouveau-né

Celle-ci se déroule alors que le bébé est encore petit et elle vise à accueillir l'enfant au sein de la famille, comme l'expliquent les participantes TEM01 et ORG05, qui ont toutes les deux vécu cette cérémonie.

Pour la cérémonie du nouveau-né, il y avait quelques bébés et on les a officiellement présentés aux gens. Le nôtre était dans un tikanakan et on a fait le tour des gens présents pour leur présenter et ils souhaitaient la bienvenue au bébé, lui disaient bonjour en s'adressant à lui par son nom. Comme nous on

ne l'a pas fait baptiser, ni parrain/marraine, on a choisi des gens pour l'accompagner dans sa vie. Ce sont eux qui ont tenu notre bébé pour le présenter aux gens. (ORG05)

5.2.4 La cérémonie des premiers pas

La cérémonie des premiers pas est fréquemment nommée par les participantes. Si cette pratique a diminué en popularité à une certaine époque, ce qu'une participante explique par la présence de la religion catholique au sein des nations, une véritable revitalisation s'opère, tant en milieu urbain que dans les communautés. Deux participantes expliquent la cérémonie des premiers pas comme suit :

C'est avec toutes les personnes qui vont avoir un rôle à jouer autour de l'enfant (kukum, mushum, etc...). Il peut y avoir d'autres familles et elles vont s'arranger pour faire la cérémonie en même temps (COM05).

De ce que j'ai entendu, l'enfant, jusqu'à ce qu'il fasse ses premiers pas, ne peut être mis en contact avec la Terre-Mère. C'est toujours dans le bras de ses parents. [...] Lorsqu'il commence à marcher, il faut faire une cérémonie. [...] Et là, tu le mets [le bambin] en contact sur la Terre-Mère. Tu le mets par terre. Il fait le tour de quelque chose là [un arbre], tu l'accompagnes. Puis, il retourne dans la tente (COM09).

5.2.5 La cérémonie du nom du bébé

Tout comme pour la cérémonie des premiers pas, la cérémonie du nom du bébé est de plus en plus pratiquée par les familles autochtones. « L'enfant reçoit un nom traditionnel. C'est ce nom qui est utilisé lorsque l'enfant va à la maison longue. Certains l'utilisent aussi au quotidien, mais c'est surtout lorsque la maison longue est fréquentée » (COM01). Cette même participante, qui parle de la maison longue, ajoute « [qu'il] y a toujours un partage à la suite, avec des chants et des danses. Ça finit par un festin. Tous les gens apportent quelque chose à manger et le tout est partagé tous ensemble. Ces moments font tellement de bien ». Ou encore, « [l']attribution de noms traditionnels pour les enfants revient aussi. Les tout-petits qui viennent au CAAVD portent de plus en plus de noms traditionnels » (ORG01).

À l'époque où les accouchements avaient lieu en territoire, le lieu de naissance devenait un marqueur identitaire fort. Basile et al. (2017) soulignent d'ailleurs que le nom traditionnel (souvent en langue autochtone) fait partie de l'identité d'une personne, il est souvent lié à un lieu ou à l'histoire. Cette pratique est toujours en vigueur chez plusieurs peuples autochtones, au Québec notamment. Une autre étude qui porte sur la consolidation du lien au territoire mentionne ce qui suit :

[L]a question de l'attribution d'un nom autochtone à la naissance semble indiquer une nécessaire connexion au territoire. Il faut dire que de plus en plus de parents choisissent désormais de donner un nom dans leur langue autochtone plutôt que d'attribuer un nom

en français ou en anglais à leur enfant. À l'époque où les naissances ont lieu en territoire, ce nom est souvent lié au lieu de naissance. L'attribution d'un nom associé au territoire familial est une autre pratique permettant de consolider le lien au territoire des jeunes générations (Basile et al. 2023, p. 64).

5.2.6 Le cordon ombilical

Les participantes mentionnent très peu la pratique entourant le cordon ombilical alors qu'elle est évoquée dans la littérature par un certain nombre d'autrices (Anderson, 2011b; Dawson, 2017; Olson et al., 2019; Routhier, 1987; Simpson, 2006). Sa disposition, qui consiste à en garder un petit morceau séché dans une pochette et à faire brûler le reste avec le placenta, est fortement symbolique et rappelle le respect que les femmes autochtones transmettent à la prochaine génération. Bien que cette pratique semble plus rare, elle est tout de même perpétuée dans des conditions particulières qui sont expliquées ici. Selon les participantes à la présente recherche, la pratique est plus fréquemment vécue dans l'intimité de la famille immédiate, ce qui explique peut-être une certaine perte de récurrence. Une participante raconte sa propre expérience : « Moi, on m'a appris à garder le cordon ombilical de mes enfants. J'entends encore d'autres familles qui le font, mais pas beaucoup. C'est en train de se perdre, je pense » (COM09).

5.2.7 Le placenta

De toutes les pratiques ancestrales autochtones racontées par les participantes, c'est la cérémonie entourant le placenta qui est évoquée le plus souvent. Cette cérémonie est généralement décrite comme suit : « Je connais des gens qui gardent le placenta et font une cérémonie. Elles le plantent sous un arbre. Vous donnez à l'arbre la vie et la nourriture. En retour, il est comme un arbre guide pour l'enfant qui grandit » [traduction] (COM03). Cette cérémonie permet de comprendre l'importance du retour à la terre à la suite de la naissance de l'enfant, créant ainsi un lien entre l'enfant qui vient de naître et son territoire ancestral. Le placenta peut également être utilisé autrement par les femmes.

[les] gens ont commencé, beaucoup, à demander de conserver leur placenta quand ils ont accouché. Puis ils le congèlent. Ils le conservent, puis ils l'utilisent pour se faire de la médecine. La médecine, des fois, une pommade pour, par exemple, des dermatites ou des infections de la peau. Ils vont se produire une pommade à base de placenta (COM07).

Tout comme pour les autres pratiques et cérémonies mentionnées précédemment, la cérémonie du placenta est en pleine revitalisation au sein des différentes nations autochtones rencontrées.

[J]e me souviens d'avoir fait un accouchement, puis j'avais montré à la femme, puis aux gens qui étaient dans la salle, assez proches, le placenta. Les femmes étaient

tellement surprises, puis elles étaient tellement contentes de pouvoir le voir, aussi. On leur montrait ce que c'était, puis à quoi ça servait. Je pense qu'il y aurait de la sensibilisation à faire, beaucoup plus, selon moi, sur la cérémonie du placenta justement pour se réapproprier ces connaissances-là (COM13).

Il a notamment fallu que certains professionnels de la santé œuvrant dans les hôpitaux respectent ce mouvement en permettant aux femmes de repartir avec leur placenta après l'accouchement. Pour une participante, cela s'inscrit véritablement dans une optique d'offrir un service culturellement sécuritaire que de laisser la femme disposer elle-même de son placenta (COM06). Il n'en demeure pas moins « [...] qu'au début, les premières qui l'ont demandé, les infirmières, le médecin, hésitaient à leur donner. Mais après ça, elles ont fait valoir que ça leur appartient » (COM07). D'ailleurs, depuis 2017, les centres intégrés de santé et de services sociaux au Québec sont obligés de répondre aux demandes des femmes qui souhaitent quitter l'hôpital avec leur placenta (MSSS, 2017). Des tests sont parfois faits sur les placentas avant de les remettre aux femmes, comme le témoigne une des participantes : « [...] ils l'envoient au laboratoire pour analyse, puis l'emballent et le rendent à la mère, parfois le lendemain ou lorsqu'elle quitte l'hôpital, s'il est prêt » [traduction] (COM08). Cette politique du MSSS précise que certains placentas doivent être acheminés au laboratoire, mais que cela n'empêche pas qu'ils peuvent être remis aux parents par la suite (MSSS, 2017). La mise en place de ce règlement facilite certes la démarche pour les

femmes qui souhaitent garder leur placenta, mais cela n'est pas toujours simple :

[...] j'ai pris connaissance que plusieurs jeunes avaient repris cette pratique-là. Ma belle-mère fait ce genre de cérémonie avec le placenta. Quand j'ai accouché, j'ai demandé qu'on me le garde; l'hôpital avait des dépliants là-dessus, mais je ne crois pas que les gens le demandaient, j'étais une des premières. J'ai eu le dépliant alors que le travail était déjà commencé, et même après mon accouchement, je n'ai pas eu le temps de le lire. À ma sortie d'hôpital, j'ai demandé comment j'allais récupérer mon placenta et l'infirmière m'a dit « Ils vont vous appeler. » J'ai lu dans le dépliant, un mois après, que c'est moi qui devais aller le chercher et quand on a appelé, on a su qu'ils l'avaient jeté. Je n'ai pas eu le temps de lire le dépliant et on ne me l'a pas dit verbalement parce qu'ils ne savaient pas trop eux-mêmes comment ça marchait. Je devais être une des premières à le demander à Trois-Rivières. J'ai trouvé ça dommage parce que je voulais faire la cérémonie du placenta avec ma belle-mère (ORG05).

La cérémonie du placenta, en plus de lier l'enfant à la Terre-Mère, offre l'occasion aux femmes de vivre cette pratique entre elles. « De plus en plus, on en entend parler. Ce sont de belles histoires. Généralement, ce sont des femmes qui en connaissent peut-être un peu plus sur leur culture et qui sont allées à la recherche de

femmes pour exécuter ces cérémonies » (ORG01). Une des femmes rencontrées a vécu cette cérémonie à la suite de la naissance de sa fille et elle se remémore ce moment entre femmes :

[...] je l'ai faite en même temps que la cérémonie du nouveau-né. On en a profité pour la faire en même temps, oui. Donc, c'est fait. Dans le fond, il faut juste enterrer le placenta sous un arbre. J'avais pris un cèdre pour ça. C'est une cérémonie qui se passe entre femmes surtout. Entre femmes qui ont [déjà] eu leurs règles. Ça a été très touchant (TEM01).

5.2.8 Le misaspison

Le misaspison, ou l'attache-bébé, « c'est un tissu avec des cordes avec lequel on attache le bébé pour dormir. Ça stabilise le bébé » (COM02). L'utilisation du misaspison est encore répandue à l'heure actuelle, aux dires des nombreuses personnes qui l'ont évoquée lors des entrevues. Les kokom détiennent une importante place quant à la confection du misaspison et à son utilisation par les femmes et les familles.

C'est confectionné par les kokom [...]. On attache, le premier jour, quand le bébé arrive. [...] Instinctivement, il va dormir beaucoup parce qu'il se sent dans le même état comme quand il était dans le ventre de sa mère. Souvent, c'est ça que nos grands-mères vont nous véhiculer comme message (ORG03).

Parfois, ce sont les femmes enceintes, lors d'activités organisées par les centres de santé, qui vont confectionner elles-mêmes leur misaspison. « [Cela] leur permet de se faire un réseau d'entraide entre elles, entre mamans » (COM02). En somme, le confort du bébé et le lien d'attachement avec la mère sont évoqués en parlant de cette pratique : « Elles voient que le bébé est bien là-dedans. Je trouve qu'elles sont beaucoup, beaucoup plus proches de leurs enfants, celles qui attachent leur bébé » (COM09).

5.2.9 Le tikinakan

En plus du misaspison, le tikinakan est également cité par plusieurs participantes comme objet traditionnel utilisé en lien avec la périnatalité et le bébé :

Le tikinakan, c'est le porte-bébé qui est fait par un homme et une femme. L'homme s'occupe du travail du bois et la femme, du tissu pour soutenir le bébé. C'est aussi elle qui montre comment accrocher le bébé dedans et le pourquoi. Cela revit. On ne voit peut-être pas de tikinakan en ville comme on verrait une écharpe de portage, mais les familles ont, à la maison, un tikinakan. Elles [l'utilisent] dans le bois (ORG01).

Véritablement conçu pour la vie en forêt, le tikinakan, même s'il n'est pas utilisé au quotidien par les femmes, fait partie du patrimoine culturel ayant une forte signification symbolique. Basile (2017) présente cet objet traditionnel qui revient dans les pratiques chez les jeunes familles atikamekw. C'est d'ailleurs cet objet (vide) qui été offert au pape lors de la visite d'une

délégation autochtone en 2022 pour lui rappeler les enfants disparus dans les pensionnats indiens au courant des 19^e et 20^e siècles au Canada. Ainsi, plusieurs ont en leur possession un tikinakan à la maison et un retour de son utilisation est encouragé : « Moi, mes futurs petits-enfants vont être tous dans le tikinakan encore. Je n'ai pas encore de petits-enfants, mais j'ai hâte » (ORG03).

5.3 L'accompagnement, pierre angulaire des pratiques ancestrales touchant la maternité

À la variété des pratiques décrites ci-dessus s'ajoute l'importance de certaines personnes clés amenées à se mobiliser dans le cadre de l'accompagnement des femmes enceintes et des nouvelles mères, spécifiquement les grands-parents/aîné(e)s ainsi les sages-femmes autochtones.

5.3.1 La place des kokom

La section sur l'importance des pratiques ancestrales autochtones met en lumière la communauté, la famille et la place des enfants. Les grands-parents, spécifiquement les kokom, sont souvent vus comme les deuxièmes parents des enfants (COM02).

Il y a des jeunes femmes qui sont déjà tombées enceintes puis que ce sont leurs parents qui s'occupent du bébé. Ça, j'ai vu beaucoup ça, qu'elle reste chez les parents puis que les parents s'occupent du bébé, puis qu'elle, elle continue

d'aller à l'école. [...] C'est vraiment collectif. C'est vraiment ensemble. C'est la famille qui élève l'enfant. C'est ça que je vois (COM12).

Les propos de Simpson (2006, p. 27) décrivent avec force la place de l'enfant et de la communauté dans les cultures autochtones.

Les enfants ne sont pas considérés comme des bébés sans défense qu'on doit contrôler, mais comme des êtres spirituels indépendants qui ont beaucoup de choses à apprendre à leurs parents. Les enfants sont des cadeaux. Ce sont des guides. Ce sont des cadeaux qui exigent respect, patience, amour, attachement, écoute; des cadeaux qui nous obligent à faire face à nos propres conflits, à nos failles et à nos appréhensions. Dans notre culture, les enfants ont beaucoup de liberté pour découvrir le monde par eux-mêmes, ils ont peu de limites et ils apprennent les conséquences naturelles de leurs actions sous le regard attentif de leurs mères, pères, tantes, oncles et grands-parents.

Cette citation permet de comprendre non seulement où se situe l'enfant au sein de sa famille, mais également parmi le réseau de la communauté. D'ailleurs, comme le dit la participante COM16, « la famille est ce qui compte le plus pour nous, pour la plupart d'entre nous. Je pense que c'est l'une des choses les plus importantes à avoir » [traduction].

Les kokom (et les autres femmes dans l'entourage de la femme enceinte), en plus d'être présentes pour leurs petits-enfants, sont des ressources et des piliers de premier choix pour les femmes enceintes. Elles les conseillent et les guident pendant leur grossesse, en plus d'être souvent présentes lors des accouchements. « Elles vont aller voir leur grand-maman, leur maman, leur tante, les autres kokom. Elles vont aller les voir elles, puis elles vont écouter ces femmes-là au lieu d'aller voir l'infirmière, en fait » (ORG03). Les aînées détiennent des connaissances et des savoirs ancestraux en lien avec la grossesse et l'accouchement, et elles les véhiculent aux femmes des plus jeunes générations.

[Je] vois circuler aussi dans les réseaux sociaux des amis que j'ai, bon, bien, je vous partageais que la jeune kokom de la quarantaine, elle est très, très impliquée dans le processus du début de grossesse puis en début de vie du nouveau-né. Il y en a beaucoup, beaucoup. Ça été comme ça aussi par le passé, les kokom qui accompagnaient leur fille qui devenait maman. Elles ont transmis des savoirs pour s'occuper du nouveau-né. Ce sont vraiment des pratiques ancestrales (ORG03).

La littérature mentionne ces propos racontés par les participantes. Malgré l'usurpation de leurs rôles et responsabilités par l'imposition d'un transfert obligé de l'accouchement vers les hôpitaux, plusieurs femmes souhaitent le retour de ces pratiques au sein même de leur communauté (Basile et al. 2023; Flynn et Brassard, 2012). Selon plusieurs auteurs, les kokom souhaitent continuer de transmettre des enseignements, d'assister les femmes

enceintes aux différents stades de la grossesse, de soutenir la famille et de maintenir les pratiques ancestrales autochtones (CCNSA, 2012; Dawson, 2017; Desmarais et al., 2005; Viscogliosi et al., 2017).

5.3.2 Le rôle des sages-femmes autochtones

Les écrits sont nombreux à retracer la présence et le rôle des sages-femmes autochtones dans les cultures et les traditions des Premiers Peuples. Celles-ci étaient certes présentes lors des accouchements, mais elles transmettaient également plusieurs savoirs autochtones en lien avec les plantes médicinales et la santé reproductive (Basile, 2017; CCNSA, 2012; Churchill, 2015; Cidro et al., 2017; NCIM, 2023; Olson et al., 2019; Routhier, 1987). Churchill souligne notamment que « Bien que leurs connaissances et leurs pratiques soient uniques, les sages-femmes autochtones traditionnelles ont été dépeintes dans les récits comme des entités polyvalentes exceptionnelles » [traduction] (Churchill, 2015, p. 44). Les personnes rencontrées sont nombreuses à faire état de la présence ancestrale des sages-femmes autochtones dans les communautés. « Puis, moi je pense que les sages-femmes ont joué un très, très grand rôle ici au niveau des naissances, au niveau d'accompagnement des femmes. C'était très, très précieux, une femme qui venait de mettre au monde un bébé » (COM07). Une autre participante ajoute :

[a]uparavant, ce sont les sages-femmes qui étaient présentes. Il n'y avait pas de médecin. Les sages-femmes font partie de nos mœurs et coutumes, que nous avons perdues. [...] Ce n'est pas si lointain que cela. Les derniers enfants qui sont nés dans les tentes, cela

remonte à une vingtaine d'années. La pratique était marginale, mais elle était présente. C'étaient des grossesses et des accouchements qui se faisaient par des femmes de la communauté. Ce n'était pas avec une sage-femme reconnue avec le diplôme. C'étaient des femmes innues qui avaient appris par la transmission intergénérationnelle, transmise de mère en fille. Ce n'est pas si lointain comme pratique (COM02).

Cette perte de cette pratique est citée par d'autres participantes, qui se rappellent un passé pas si lointain où les sages-femmes autochtones étaient encore largement présentes pour accompagner les femmes pendant leur grossesse et leur accouchement. L'une explique que « [...] dans ces années-là, avant qu'on ait la route [la route qui mène à Manawan a été construite en 1973], la plupart accouchaient dans la communauté par une kokom, par une sage-femme » (COM07). En parallèle, d'autres participantes estiment quant à elles que les dernières personnes de la communauté nées dans le bois ne sont pas si âgées, ayant en moyenne de 50 à 55 ans, ce qui situe ces pratiques à moins de 60 ans auparavant. Une autre participante renchérit :

Et puis, quand on parle avec les membres de la communauté, par exemple, moi, ma mère est née dans une tente. Elle a été accouchée par une sage-femme atikamekw. [...] Je pense qu'elle a 64 ans. Donc, ça ne fait pas quand même longtemps, 64 ans ce n'est pas un siècle. Donc, ma mère est née dans une tente. Elle a été

accouchée par une sage-femme atikamekw, sauf que, cette pratique-là, elle est comme un peu perdue (ORG03).

L'effacement des sages-femmes autochtones s'explique en partie par la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement (Basile et al. 2023; CCNSA, 2012; Cidro et Sinclair, 2021; Dawson, 2017; Simpson, 2006) et par les politiques d'évacuation des femmes pour aller accoucher à l'extérieur des communautés (Cidro et al., 2017; Kornelsen et al., 2013; Lawford, 2017; Lawford et al., 2019; Lawford et Giles, 2012). Une participante aborde également la notion de risque, intrinsèquement lié à la médicalisation de la grossesse :

Quand les services de santé ont repris, je pense que, là, les sages-femmes se sont retirées, de ne plus accoucher, à cause des actes médicaux qui pouvaient revenir contre elles. Parce que, moi, au fond, ma grand-mère, ç'a été la sage-femme de la communauté. Puis, quand elle nous contait ça, c'est pour ça que je te dis qu'il y a peut-être une trentaine d'années, il y aurait peut-être eu un avantage à avoir des sages-femmes encore. Puis elle, ce n'est pas qu'elle ne se sentait pas en mesure de le faire, mais c'étaient les risques (COM11).

Cette perte vient avec le désir de revitaliser cette pratique millénaire afin de continuer à transmettre les savoirs autochtones. « Et puis, ce qu'on souhaite, c'est refaire vivre cette pratique-là de sage-femme » (ORG03). D'autant plus que les connaissances et les compétences des sages-

femmes autochtones étaient largement reconnues, comme l'explique une répondante issue des communautés :

Puis aussi, elles me racontaient qu'il y a eu des femmes, des kokom qui étaient vraiment habiles. Quand une femme son placenta était collé, il y a des kokom qui étaient capables d'aller chercher, ôter le placenta qui était collé. Entre autres, il y avait trois kokom qui étaient vraiment bonnes pour faire ça, dans le temps (COM17).

En somme, il appert que plusieurs nomment la présence des sages-femmes autochtones dans les traditions et pratiques culturelles liées à la périnatalité. Une participante transmet d'ailleurs le souhait que les bébés autochtones naissent à nouveau en présence de sages-femmes autochtones :

Que nos bébés naissent entre les mains de sages-femmes autochtones, entourés de culture, de traditions, de connaissances, de respect et de célébration de l'identité autochtone est le meilleur départ que nous puissions donner à nos enfants pour qu'ils se souviennent de la force et de la fierté d'être Autochtone et qu'ils constatent la force de leur communauté. Je pense que c'est un début parfait pour nos bébés [traduction] (ORG06).



Conclusion

La présente recherche porte sur les conditions d'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec et s'inscrit au sein du vaste chantier que représente la santé maternelle des femmes autochtones. Cette étude permet de documenter, à l'aide des propos des directions de la santé des communautés et des organismes autochtones participants, une partie des réalités entourant la périnatalité vécue par les femmes autochtones au Québec. Au-delà de la rareté des écrits sur le sujet dans le cas de cette province, la revue de littérature permet de démontrer les nombreux écarts entre les femmes allochtones et autochtones en matière de santé, et notamment que ces dernières sont plus à risque de développer certaines maladies épisodiques comme le diabète gestationnel. Cette revue de la littérature permet également de démontrer comment la santé reproductive des femmes autochtones est mise à mal par divers problèmes disproportionnés avant, pendant et après la grossesse. Parmi les causes citées dans la littérature disponible, la colonisation est mise à l'avant-plan en tant que déterminant social de la santé des peuples autochtones et comme important marqueur de vulnérabilité pour les femmes.

Bien que l'accès aux services de soins périnataux soit largement sous-représenté dans la documentation disponible portant sur les enjeux et réalités des femmes autochtones au Québec, il est tout de même possible d'affirmer qu'il y a des lacunes importantes à combler. Les approches de soins des centres hospitaliers qui ne répondent pas à leurs besoins et la relation difficile avec le système de santé en raison d'expériences négatives font en sorte que de nombreuses femmes

autochtones évitent les services de santé au Québec. Ayant davantage ce qu'on considère comme des « grossesses à risque » en raison de divers indicateurs (diabète gestationnel, mortinaissance, mortalité infantile, etc.), ces femmes sont considérées comme ayant besoin de suivis médicaux plus serrés. Or, cet impératif d'un suivi rapproché, combiné à l'éloignement géographique des points de services et de leur lieu de résidence ainsi qu'à l'absence de services de proximité, se solde par une obligation de se déplacer, souvent loin de chez elles et à de nombreuses reprises. L'exercice de cartographie proposé en annexe démontre bien cette réalité. Une des solutions proposées pour améliorer l'accès aux services de soins périnataux est la mise en place de mesures en sécurisation culturelle, un concept à large portée, qui rappelle la nécessaire élaboration de services de santé culturellement pertinents et sécuritaires pour les femmes autochtones.

Les services de sages-femmes font partie des stratégies considérées comme culturellement sécurisantes pour les femmes autochtones. Bien que le financement de ces services demeure un enjeu de taille, les services de sages-femmes sont un besoin nommé par les femmes autochtones, dans la littérature consultée, dans de récents articles médiatiques et dans les résultats de la collecte de données auprès des communautés et des organismes autochtones rencontrés dans le cadre de la présente recherche. Au Canada, le rôle important des sages-femmes a été mis à mal par l'imposition de la surmédicalisation de l'accouchement. Presque disparue, la pratique fait sa réapparition au cours des années 1990 en raison notamment de la hausse de la demande dans un contexte

de rationalisation des coûts et de l'accessibilité des soins. Le rôle des sages-femmes autochtones a été dévalorisé par le processus de colonisation qui a contribué à l'effacement non seulement de leur contribution sociale et communautaire, mais également de leurs savoirs et de leurs pratiques ancrées dans le territoire. Cependant, une dynamique de revitalisation de leur expertise est en cours, parallèlement à une recherche d'équilibre et de complémentarité entre les savoirs traditionnels et occidentaux. Les rares modèles existants au Québec se trouvent au Nunavik, où la mise en place de services de sages-femmes inuit a permis le retour des accouchements et des suivis pré et postnataux dans le nord, et en Eeyou Ischtee où les femmes peuvent accoucher dans leur communauté à l'aide de sages-femmes. Ce retour de l'accouchement en territoire autochtone permet notamment d'éviter la rupture entre le nouveau-né et son territoire ainsi que la perte des savoirs traditionnels grâce à la transmission de ceux-ci au sein des familles et de la communauté, car ces savoirs demeurent peu ou pas documentés. Aussi, le modèle de l'implantation de services périnataux au sein d'un centre d'amitié autochtone en milieu urbain donne non seulement un accès sécuritaire à ces services, mais il permet également aux familles autochtones de socialiser avec les aînées autour de leurs expériences de parentalité. Ces initiatives participent au nécessaire processus de guérison et de décolonisation en contexte autochtone.

La collecte des données effectuée dans le cadre de la présente recherche rassemble de nouvelles informations émanant de rencontres avec 27 communautés et organismes autochtones au Québec. Ces

données permettent d'offrir une description des services périnataux disponibles pour les femmes autochtones, de tracer un portrait des obstacles balisant l'accès à ces services, de décrire les défis relatifs à l'implantation de services de sages-femmes et de présenter un aperçu des pratiques ancestrales autochtones entourant la maternité.

La caractéristique principale des services périnataux réside dans leur grande diversité, l'offre variant considérablement d'une communauté et d'un organisme autochtone à l'autre. Il est donc nécessaire d'examiner chaque offre de services dans son contexte particulier. De rares communautés ou organismes autochtones reçoivent la visite de médecin ou ont réussi à établir des corridors d'information efficaces entre les hôpitaux et le centre de santé local. Encore plus rares sont les services d'accompagnantes à la naissance ou de sages-femmes qui, quant à elles, sont pratiquement absentes de l'offre de service. Selon les données recueillies, il y a cependant une forte volonté d'arrimer les services périnataux aux besoins de la communauté et/ou de la clientèle de l'organisme autochtone concerné, lorsque c'est possible. Les suivis de grossesse offerts aux femmes sont plus larges, ils englobent les aspects sociaux et culturels, et non pas seulement les aspects biomédicaux. Les suivis postnataux sont offerts dans un contexte flexible dans lequel les visites peuvent se faire autant au centre de santé qu'à la maison, selon les besoins et les circonstances. Les suivis de grossesse sont réalisés par le personnel infirmier dans un contexte de grande mobilité des femmes autochtones enceintes ou devenues mères et de manque de confiance de ces dernières envers le réseau de santé du

Québec. Ainsi, les centres de santé s'assurent de déployer des services de proximité afin de favoriser l'assiduité aux suivis de grossesse combinés à des pratiques des soins axées sur la culture. Il est notamment question de cours prénataux incluant les aspects culturels sécurisants comme des informations sur les médecines traditionnelles et les rituels rattachés à la naissance, de soutien à l'allaitement et de l'offre de tests sur place comme des prises de sang (pour le dépistage du diabète gestationnel entre autres). Selon les répondantes à l'étude, un défi supplémentaire a assombri de manière importante les efforts engagés en périnatalité, soit la pandémie de COVID-19 qui a provoqué l'arrêt forcé des services périnataux au sein des communautés et des organismes autochtones rencontrés.

Des défis de taille se dressent devant l'accès aux services périnataux pour les femmes autochtones au Québec. Parmi les obstacles recensés, la majorité des femmes autochtones n'ont d'autres choix que de recourir aux services périnataux offerts à l'extérieur de leur communauté. En effet, bien que l'accès à ces services puisse être assez simple pour certaines femmes dont la communauté de résidence est proche de la ville, cette accessibilité demeure complexe pour celles qui vivent dans des communautés éloignées des points de service. Le fait que le nombre de déplacements requis soit important et qu'aucune dimension culturelle autochtone ne soit offerte aux femmes autochtones enceintes explique en grande partie leur absence aux suivis de grossesse. De plus, ces femmes sont également confrontées à un enchevêtrement d'enjeux contextuels majeurs, tels que le transport à partir des communautés éloignées, la prise en charge des autres enfants durant leur absence, les préjugés tenaces dont elles sont victimes de la part du personnel

médical, les difficultés de communication en contexte de langue seconde et l'accommodement du calendrier d'activités culturelles difficilement compatible avec l'orchestration des rendez-vous médicaux. S'ajoutent à ces problèmes récurrents les défis suivants : les services périnataux sont accessibles en ville, mais demeurent inadaptés pour les femmes autochtones et leur famille qui rapportent des cas d'incompréhension du personnel médical envers la présence de la famille élargie lors des suivis de grossesse ou de l'accouchement ainsi que des cas de menaces de signalement à la naissance qui deviennent un facteur de stress supplémentaire lors de l'accouchement. À ces défis s'ajoute également la mention d'interventions médicales non sollicitées telles que les césariennes, les tests de dépistage sur les nouveau-nés et le fait d'avoir très peu de temps de consultation avec le médecin lors des rendez-vous médicaux souvent effectués dans l'urgence. Enfin, des enjeux spécifiquement propres aux déplacements imposés ont été recensés, d'abord par la multiplication de ceux-ci qui demeure la problématique principale à laquelle s'ajoutent l'absence d'accompagnement et d'interprète, l'expérience de l'exil vers la ville plusieurs semaines avant l'accouchement, les frais de séjour supplémentaires à assumer, les capacités d'hébergement limitées en ville, la solitude et le stress en raison de facteurs externes à l'état de femme enceinte.

Interrogées sur leurs perceptions et expériences des services de sages-femmes, des participantes affirment que ces services, malgré leur pénurie, s'avèrent nécessaires pour les femmes autochtones alors que d'autres font part de leur faible niveau de connaissance sur cette pratique. La philosophie qui la caractérise, liée à la notion de choix éclairé lors de la grossesse, de l'intervention médicale et du choix du type

de suivi souhaité, est perçue de façon positive par les services de santé et les organismes autochtones qui accompagnent les femmes autochtones enceintes. Parmi les bienfaits associés à cette pratique, les participantes ciblent précisément la diminution du nombre de césariennes, la promotion de l'allaitement et les suivis de grossesse plus nombreux. Afin de pallier la méfiance évidente des femmes autochtones vis-à-vis du réseau de santé du Québec, les sages-femmes pourraient aider à prévenir les expériences négatives, les préjugés et la stigmatisation dont les femmes autochtones sont la cible. Elles pourraient reprendre la place qui leur était autrefois attribuée et assurer à nouveau un rôle d'« agente de sécurisation culturelle » pour les femmes autochtones. En effet, la perte de ce rôle est principalement attribuable à la surmédicalisation de la grossesse permise par l'instauration d'une rhétorique du risque justifiant le monopole du modèle biomédical. Ce monopole a contribué à décrédibiliser les savoirs autochtones, contribuant ainsi à leur disparition, une dynamique qui a entraîné une privation de choix pour les femmes en vue d'accéder à des services de sages-femmes dorénavant absents. Les principaux défis devant l'implantation de services de sages-femmes résident dans le fait de devoir composer avec un éloignement géographique considérable pour plusieurs des communautés autochtones concernées, un manque criant d'espace de travail et d'hébergement au sein de celles-ci et une fermeture idéologique de la part des médecins envers la pratique sage-femme. Des solutions sont proposées afin de favoriser l'instauration de la pratique sage-femme, notamment la mise en place d'un programme de formation à l'intention des femmes autochtones inspiré de l'approche sage-femme inuit au Nunavik ainsi que la mise en œuvre d'une tournée d'in-

formation et de sensibilisation auprès des communautés et des organismes autochtones au Québec afin de démystifier la pratique sage-femme et en favoriser le retour.

Bien que la pratique ancestrale des sages-femmes autochtones ait quasiment disparu au sein des communautés ayant participé à la recherche, certaines pratiques perdurent et sont aujourd'hui valorisées au sein des familles autochtones. Discréditées par le colonialisme, elles ont longtemps été perçues comme « moins bonnes », voire dangereuses. Pourtant la recherche a permis de documenter la survie et la persistance de pratiques telles que l'usage des médecines traditionnelles et de diverses positions d'accouchement, la réalisation des cérémonies comme celle du nouveau-né, celle des premiers pas, celle de l'attribution du nom en langue autochtone ou encore celles des dispositions respectueuses du cordon ombilical et du placenta; de même que l'usage d'objets à l'image du misaspison et du tikinkan. Ces pratiques font partie d'un mouvement de retour des rituels, des approches culturelles et de la résurgence de l'identité positive et de la fierté d'être Autochtone. De plus, cette résurgence s'inscrit dans un mouvement plus large d'affirmation culturelle chez les peuples autochtones. Ce mouvement inclut d'abord l'importance de l'usage des langues autochtones qui contribue au retour de cette fierté identitaire mise à mal par le colonialisme. Parce que la revitalisation des pratiques ancestrales recensées est essentielle à la préservation des cultures autochtones, elle devient aussi un outil de décolonisation permettant la consolidation du lien au territoire des femmes. À ce titre, le retour des sages-femmes est déterminant : puisque leurs pratiques étaient jadis ancrées dans le territoire, elles peuvent aussi être les vecteurs du retour des accouchements en territoire en plus de

permettre un accompagnement culturellement sécurisant. La recherche permet également de souligner que l'accompagnement des femmes enceintes autochtones est une pierre angulaire de premier ordre pour l'amélioration souhaitée des services. Cet accompagnement est aujourd'hui souvent effectué par les kokom qui participent activement aux soins des enfants, qui sont fréquemment présentes lors des accouchements et qui tiennent un rôle de conseillère auprès des jeunes femmes enceintes et des jeunes mères. Elles pallient ainsi le rôle des sages-femmes dont la mémoire de pratique n'est pas si lointaine. Les résultats de la présente recherche traduisent un constat clair : le désir de revitaliser cette pratique millénaire qui participerait assurément au retour et à la transmission des savoirs autochtones sur l'univers de la maternité.

88

Finalement, selon les participantes à la recherche qui sont préoccupées par la volonté d'accompagner les femmes enceintes au-delà des suivis de grossesses, et ce, malgré le manque de formation et d'équipement sur place, les femmes autochtones veulent « accoucher autrement », naturellement, à la maison ou en territoire. Elles désirent que le lieu de naissance soit reconnu et valorisé tout en leur permettant une reprise du contrôle de la naissance. Elles veulent un lien sécurisant pour accoucher (par exemple en maison de naissance ou dans un hôpital sur place ou tout près) et enfin, des sages-femmes autochtones pour offrir un accompagnement complet, des cours prénataux aux soins postnataux. Comme mentionné par une participante, l'aspect spirituel de cet important événement qu'est l'arrivée d'un enfant doit être valorisé à nouveau « ... parce que la naissance est une cérémonie » [traduction] (COM16).

Recommandations



À la lumière des résultats de la recherche documentaire et de l'analyse des récits recueillis, la direction de recherche a formulé les recommandations suivantes en s'appuyant sur les avis et les recommandations entendus lors des entretiens. Les recommandations suivantes sont toutes aussi prioritaires les unes que les autres, l'ordre dans lequel elles sont présentées ne représente pas nécessairement l'importance à y accorder. Les recommandations proposées ont pour but de répondre aux besoins des femmes et des familles autochtones, ainsi que de leur permettre d'avoir éventuellement le choix lorsque vient le moment de vivre la grossesse et l'accouchement. La présente recherche permet de constater l'absence de possibilité de choisir le type de suivi que les femmes autochtones enceintes souhaitent et avec quel professionnel de la santé.

1) Décolonisation des services

Il est nécessaire de développer des services de sages-femmes autochtones qui s'inscrivent dans la volonté d'autodétermination et de prise en charge des services par les peuples autochtones et dans les efforts de décolonisation des services de santé afin que les femmes autochtones aient accès à une justice reproductive et sexuelle et à des services de santé exempts de racisme et de discrimination.

2) Programmes et lieux sécuritaires destinés aux familles autochtones

La croissance démographique rapide de la population des communautés autochtones au Québec fait en sorte qu'il est essentiel de développer davantage de programmes destinés aux familles qui entourent les femmes enceintes et leurs bébés. La mise en place de ces programmes nécessite l'investissement de ressources financières et humaines supplémentaires.

- Revoir les critères d'admission du programme des Services de santé non assurés (SSNA) afin d'assurer un accompagnement sécuritaire (en finançant notamment les frais de transport pour le père lorsque nécessaire) aux femmes autochtones enceintes ainsi qu'à celles vivant en milieu urbain.
- Revoir la codification des formules de financement du Conseil du trésor afin que soit reconnue la pratique des sages-femmes pour les communautés non conventionnées au Québec.
- Revoir les taux offerts pour le transport en tenant compte des taux du Conseil du trésor, de la condition des routes d'accès (en gravier pour plusieurs) aux communautés autochtones et de l'isolement de certaines d'entre elles.
- Investir dans les infrastructures (espaces adéquats et hébergement) qui permettraient la pratique des sages-femmes au sein des communautés autochtones, telles que des maisons de naissance.
- S'inspirer des cliniques de santé implantées au sein de certains centres d'amitié autochtones (Val-d'Or et La Tuque) au Québec afin de créer des

points de service supplémentaires pour les femmes autochtones enceintes.

- Financer adéquatement les soins périnataux et les services de proximité afin de contrer le manque de suivi périnatal grâce au développement et au déploiement de programmes conçus par et pour les Autochtones.
- Financer adéquatement l'installation d'équipements permettant d'offrir des suivis de grossesse à distance (télémédecine) en considérant les lacunes importantes en matière de connectivité internet dans certaines régions du Québec.

3) Campagne d'information sur le droit au consentement

La méconnaissance des droits entourant l'accouchement (droit d'être accompagnée, de choisir la position de l'accouchement, de récupérer son placenta, d'apporter certains objets culturels, etc.) doit faire l'objet d'une campagne d'information afin que les femmes autochtones enceintes puissent faire un choix éclairé.

- Réaliser des documents, des vidéos sur le Web et des capsules radiophoniques en français, en anglais et dans les langues autochtones appropriées.
- Encourager la participation aux rassemblements, aux rencontres, aux formations et à toutes les activités pertinentes organisés par et pour les femmes autochtones afin de faire la promotion du droit au consentement ainsi qu'à toute l'information relative à la maternité et aux soins périnataux.

4) Campagne d'information sur la pratique sage-femme au sein des communautés et des organismes autochtones

La méconnaissance du rôle et des services des sages-femmes ainsi que le droit d'y avoir recours demeure un obstacle important à leur implantation en contexte autochtone au Québec (sauf pour certaines communautés conventionnées).

- Faire une tournée d'information de l'ensemble des communautés et des organismes autochtones pour mieux faire connaître la pratique sage-femme et ses avantages.
- Offrir des programmes éducatifs qui visent à valoriser les savoirs ancestraux sur la maternité et à ramener la pratique sage-femme au sein des communautés autochtones.
- S'inspirer des programmes et des services disponibles au Nunavik et en Eeyou Ischtee afin de faire connaître les possibilités d'implantation de tels services.
- Faciliter le retour des naissances dans les communautés qui en expriment le besoin, le lieu de naissance étant un marqueur identitaire fort.
- Encourager la gestion des services liés à la maternité par des sages-femmes afin de permettre aux femmes autochtones de demeurer proches de leur culture et de leur milieu pour ainsi éviter la multiplication des déplacements parfois longs, prématurés et/ou inconfortables vers les villes pour l'accès aux services périnataux.

5) Déploiement de la sécurisation culturelle dans les services de santé périnatale

Des mesures de sécurisation culturelle doivent être déployées au sein des différents points de services en santé au Québec. Le personnel de la santé doit être formé afin de :

- Harmoniser les soins de santé périnataux en incluant les savoirs autochtones et les savoirs occidentaux dans ce domaine.
- Prendre en compte les traumatismes historiques et contemporains vécus par les peuples autochtones et particulièrement par les femmes autochtones pour mieux comprendre l'origine de leur méfiance envers les services de santé.

Ce personnel de la santé doit pouvoir recevoir une formation qui permet de :

- Inclure des savoirs sur les pratiques autochtones (rituels et objets culturels) dans les programmes de formation des sages-femmes, des gynécologues, des médecins, des infirmières et infirmiers, etc.
- Permettre aux nouveaux médecins autochtones formés au Québec de choisir de pratiquer dans leur communauté ou leur région d'origine lors de l'attribution des stages, des années d'externat et de résidence.
- Offrir plus de places réservées aux candidatures autochtones dans le programme de baccalauréat en pratique sage-femme tout en élargissant le profil international et le volet interculturel de ce programme à la possibilité de stage dans les communautés autochtones au Québec.
- Offrir davantage de possibilités de stage pour le futur personnel de la santé au sein des communautés autochtones.
- Pratiquer au Québec malgré une formation acquise à l'extérieur de la province pour des raisons notamment linguistiques puisque le programme de formation n'est pas disponible en anglais même s'il s'agit de la langue parlée (langue seconde ou non) par de nombreuses femmes autochtones au Québec.

6) Appels à l'action et recommandations des commissions d'enquête et des travaux de recherche antérieurs abordant des enjeux entourant la maternité et les soins périnataux

Les nombreux appels à l'action et recommandations qui ont été formulés dans le cadre de récents travaux de commissions d'enquête, de recherches et d'instances nationales et internationales doivent être mis en œuvre.

- Mettre en œuvre les nombreux appels à l'action de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (CERP), de l'Enquête nationale sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA), de la Commission de Vérité et réconciliation du Canada (CVRC) et de la Commission royale sur les

peuples autochtones (CRPA) portant sur les besoins en santé des peuples autochtones (voir annexe E).

- Mettre en œuvre deux des recommandations (nos 26 et 27) du rapport de la recherche sur le Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec publié en 2022 qui portent respectivement sur la formation de doulas et de sages-femmes au sein des communautés des Premières Nations et Inuit et sur le financement adéquat de la formation universitaire en français et en anglais, qui inclut un volet culturel dans son curriculum et qui offre des places réservées aux étudiantes et étudiants des Premières Nations et Inuit.
- Adopter le Principe de Joyce qui vise à garantir à toutes les personnes autochtones un droit d'accès équitable et sans aucune discrimination à tous les services sociaux et de santé, incluant donc les services périnataux.
- Mettre en œuvre les recommandations (nos h et i) du Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones tirées de son dernier rapport au Conseil des droits de l'homme (NU, 2022) portant sur la reconnaissance des savoirs des femmes autochtones sur les soins obstétricaux, sur la santé maternelle et qui promeuvent l'embauche des sages-femmes.

7) Futures recherches

Les constats soulevés dans ce rapport doivent servir de point d'ancrage pour d'éventuelles recherches et pour la mise en place de soins de santé maternelle qui répondent aux besoins des femmes autochtones. Les sujets de recherche suivants ont été mentionnés :

- Les traumatismes des femmes autochtones vécus autour de l'accouchement et de la naissance.
- La revitalisation des pratiques traditionnelles entourant la naissance en contexte autochtone.
- Les impacts des déplacements des femmes autochtones au Québec afin de faire le parallèle avec le vécu des femmes autochtones provenant d'autres régions du Canada.
- Les raisons du peu de mentions du travail d'obstétriciens gynécologues (médecins spécialistes jouant un rôle important lors de la grossesse) de la part des participantes à la recherche.
- Étude de cas avec des sages-femmes autochtones en formation ou en pratique au Québec.
- Cartographie détaillée pour certaines nations ou communautés.

Références

- Alex, C. (2017, 10 février). Ontario restores « beautiful ceremony » of birth by funding 6 Aboriginal midwifery programs. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/thunder-bay-dilico-aboriginal-midwifery-1.3974972>
- Anderson, K. (2006). New life stirring: Mothering, transformation and Aboriginal womanhood. Dans D. M. Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), « *Until our hearts are on the ground* ». *Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth*. (pp. 13-24). Demeter Press.
- Anderson, K. (2011a). *Life stages and Native women: Memory, teachings, and story medicine*. University of Manitoba Press.
- Anderson, K. (2011b). The life cycle begins: From conception to walking. Dans K. Anderson (dir.), *Life stages and Native women: Memory, teachings, and story medicine* (p. 38-64). University of Manitoba Press.
- Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL). (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador*. Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/ksbfKhhjfcc7hTI>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Association canadienne des sages-femmes (ACAG). (2019). *Rapport annuel 2018-2019 de l'Association canadienne des sages-femmes (Rapport annuel)*. Association canadienne des sages-femmes. https://canadianmidwives.org/sites/canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2020/01/ACSF-Rapport_Annuel_FR_v3.pdf
- Auger, N., Park, A. L., Zoungrana, H., Gros-Louis McHugh, N. et Luo, Z.-C. (2013). Rates of stillbirth by gestational age and cause in Inuit and First Nations populations in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 185(6), 256-262. <https://doi.org/10.1503/cmaj.120945>
- Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/88/CIPHER_report_FR_web_updated.pdf
- Baker, O. I. (2022, 8 mai). Indigenous midwives vital to revitalizing Indigenous birthing practices, says advocate. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/indigenous/indigenous-midwifery-moms-babies-1.6444679>
- Basile, S. (2017). Faits historiques et enjeux relatifs aux femmes autochtones. Mémoire déposé à la *Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=57&L=228&tx_cspqaudiences_audiences%5Baudiences%5D=5&tx_cspqaudiences_audiences%5Bvpartie%5D=2&tx_cspqaudiences_audiences%5Baction%5D=show&tx_cspqaudiences_audiences%5Bcontroller%5D=Audiences&cHash=d20cbe621fdd58a5c145eb663ccf9a17
- Basile, S. (2017). *Le rôle et la place des femmes Atikamekw dans la gouvernance du territoire et des ressources naturelles* (Thèse de doctorat). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/703/>

- Basile, S., Asselin, H. et Martin, T. (2017). Le territoire comme lieu privilégié de transmission des savoirs et des valeurs des femmes Atikamekw. *Recherches féministes*, 30(1), 61-80. <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2017-v30-n1-rf03181/1040975ar.pdf>
- Basile, S. et Bouchard, P. (2022). *Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. [Rapport de recherche]. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/s/oPVHFaKlp8uw5oF>
- Basile, S., Comat, I., Montambault, P. et Cardin, S. (2023). *Consolidation du lien au territoire des femmes atikamekw et innues par la grossesse et l'accouchement*. [Rapport de recherche]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Beaudet, C. (1983). *La division sexuelle du travail et les modalités de la transmission des connaissances chez les femmes montagnaises de La Romaine (Rapport d'étape)*. Université Laval.
- Becker, A. (2018). *Mapping the unmappable in Indigenous digital cartographies* (Master thesis). University of Victoria. <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/9326>
- Bedon, P. (2008). *Pratiques traditionnelles chez les sages-femmes autochtones du Nunavik et programme de formation* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/2902>
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchet-Cohen, N., Cloutier, É., Lévesque, C., Laroche, S. et Wawanoloath, M.-A. (2021). Moving toward Indigenous-centred perinatal care in urban Quebec. *International Journal of Indigenous Health*, 16(2). <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i2.33211>
- Bonnier Viger, Y. (2000). Le système de santé et de services sociaux des Cris du Québec et ses défis. Dans J.-G. Petit, Y. Bonnier Viger, P. Aatami et A. Iserhoff (dir.), *Les Inuit et les Cris du Nord du Québec : territoire, gouvernance, société et culture* (p. 217-235). Presses de l'Université du Québec et Réseau des Universités Ouest Atlantique.
- Bourassa, C., McKay-McNabb, K. et Hampton, M. (2005). Racism, sexism, and colonialism. The impact on the health of Aboriginal women in Canada. *Canadian Woman Studies / Les Cahiers de la Femme*, 24(1), 23-30.
- Boutroy, G. (2020, 23 juin). Le Manitoba annonce la fin du système d'alertes à la naissance le 1^{er} juillet. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1714667/alertes-naissance-manitoba-cfs-mount-carmel>
- Brant, J. et Anderson, K. (2021). Indigenous mothering: New insights on giving life to the people. Dans A. O'Reilly (dir.), *Maternal theory essential readings* (2^e édition, p. 697-717). Demeter Press.
- Burns, L., Whitty-Rogers, J. et MacDonald, C. (2019). Understanding Mi'kmaq women's experiences accessing prenatal care in rural Nova Scotia. *Advances in Nursing Science*, 42(2), 139-155. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000248>
- Canadian Broad Casting (CBC) News. (2017a, 23 juin). Federal government announces funding for midwifery services in Indigenous communities | *CBC News*. CBC. <https://www.cbc.ca/news/indigenous/new-funding-for-midwifery-services-in-indigenous-communities-1.4174188>

- Canadian Broad Casting (CBC) News. (2017b, 17 février). Sudbury Indigenous midwifery program will allow home births « in a good way ». *CBC*. <https://www.cbc.ca/news/canada/sudbury/midwives-indigenous-health-centre-1.3986948>
- Carrier, L. et Ouellette-Vézina, H. (2023, 14 avril). Québec met fin aux signalements à la naissance. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2023-04-14/dpj/quebec-met-fin-aux-signalements-a-la-naissance.php>
- Carroll, D. et Benoit, C. (2014). Aboriginal midwifery in Canada: Merging traditional practices and modern science. Dans I. L. Bourgeault, C. Benoit et R. Davis-Floyd (dir.), *Reconceiving midwifery* (p. 263-286). McGill-Queen's University Press. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqat-ebooks/detail.action?docID=3242986>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2012). *L'espace sacré de la féminité. Le maternage à travers les générations*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Centre de santé et services sociaux Inuulitsivik (CSSSI). (2018). Securing the future of the midwifery education program. Mémoire déposé à la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-1131-1.pdf
- Chamberlain, M. et Barclay, K. (2000). Psychosocial costs of transferring Indigenous women from their community for birth. *Midwifery*, 16, 116-120. <https://doi.org/doi.org/10.1054/midw.1999.0202>
- Chatwood, S. (2021). *Indications for transfer for childbirth in women served by the Innuulitsivik maternity* (Master thesis). Université McGill.
- Chen, L., Xiao, L., Auger, N., Torrie, J., Gros-Louis McHugh, N., Zoungrana, H. et 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), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138562>
- Chen, L., Wang, W.-J., Auger, N., Xiao, L., Torrie, J., Gros-Louis McHugh, N., 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), e025084. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025084>
- Church, E., Disnard, C., Ligon, S., Luig, T., Sanchez, I., Stupak, S., Wickhorst, D., Bakker, J., MacDonald, R., Mahan, P., Pontin, S. et Williams, C. (2017). Association for safe alternatives in childbirth, *Birth Issues*, 76.
- Churchill, M. E. (2015). *Defining and evaluating cultural safety at seventh generation midwives Toronto: Exploring urban Indigenous women's perspectives on culturally safe maternity care* (Master thesis). Lakehead University.
- Cidro, J., Dolin, E. et Queskekapow, C. (2017). Bored, broke, and alone. Experiences of pregnant and expectant First Nations mothers birthing in and out of the community. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous Experiences of Pregnancy and Birth* (p. 73-90). Demeter Press.
- Cidro, J. et Sinclair, S. (2021). Maternal health care: Maternal health in Manitoba northern First Nations communities - Challenges, barriers, and solutions. Dans R. Schiff et H. Moller (dir.), *Health and health care in northern Canada* (p. 184-198). University of Toronto Press.

- Cloutier, É., Laroche, S., Lévesque, C. et Wawanoloath, M.-A. (2018). *Mino PimatisiĪin: mieux-être et santé autochtone : une réponse novatrice pour renouveler l'offre de soins, services de santé et services sociaux, accroître l'accessibilité à ces services, bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain*. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.
- 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*. Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fi-leadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2019). *Cadre de référence sur la gouvernance de l'information des Premières Nations au Québec*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/cssspnql/information_framework-ef/cadre-gouvernance-PNfr.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2018). ERS – *Rapport de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://cssspnql.com/produit/ers-rapport-de-lenquete-regionale-sur-la-sante-des-premieres-nations-du-quebec-ers-2015/CSSSPNQL>
- Commission de Vérité et réconciliation du Canada (CVRC). (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de Vérité et réconciliation du Canada*. Publié pour la Commission de Vérité et réconciliation du Canada par McGill-Queen's University Press.
- Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones (CRPA). (1996). *Vers un Ressourcement*, (vol. 3). Approvisionnements et Services Canada. <http://data2.archives.ca/e448/e011188231-03.pdf>
- Conseil cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ). (2016). *Rapport annuel du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2015-2016*. Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. <https://www.creehealth.org/sites/default/files/2021-12/2545-20161004%20RAG%20CCSSSBJ%202015-2016.pdf>
- Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ). (2018). *Plan clinique. Trois maisons de naissance en Eeyou Istchee : dans les communautés de Chisasibi, Mistissini et Waskaganish*. Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.
- Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ). (2021, 7 décembre). CBHSSJB midwifery team celebrates opening of Chisasibi Birthing Home. *Cree Health*. <https://creehealth.org/news/cbhssjb-midwifery-team-celebrates-opening-chisasibi-birthing-home>
- Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ). (s.d.). *Addendum au plan clinique : Maisons de naissance en Eeyou Istchee*. Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.
- Conseil de la Nation Atikamekw (CNA) et Conseil des Atikamekw de Manawan (CAM). (2020). *Principe de Joyce*. Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw. <https://principejoyce.com/>

- Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNGC) et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2022). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains - EPTC2*, Gouvernement du Canada. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>
- Cook, K. (1986). L'accouchement à Akwesasne. *Révoltes*, 2(5), 43.
- Copenace, S., Cidro, J., Johnson, A. et Anderson, K. (2021). Auntie's bundle: Conversation and research methodologies with knowledge gifter Sherry Copenace. Dans B. Hokowhitu, A. Moreton-Robinson, L. Tuhiwai-Smith, C. Andersen et S. Larkin (dir.), *Routledge handbook of critical Indigenous studies* (p. 189-202). Routledge.
- Corbiere Lavell, J. et Lavell-Harvard, D. M. (2006). « *Until our hearts are on the ground* »: *Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth*. Demeter Press.
- Cornellier, F. (2013). *Kitakinan... parce que la ville est aussi autochtone*. Les éditions du Quartz.
- Couchie, C. et Sanderson, S. (2007). A report on best practices for returning birth to rural and remote Aboriginal communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(3), 250-254. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32399-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32399-4)
- Cournoyer, M. (1987). *Où et comment accoucher? Étude des perceptions des femmes cries sur les conditions de l'accouchement*. Hôpital général de Montréal.
- Dawson, L. (2017). Birth Places, Embodied spaces. Tlicho pregnancy stories across the generations. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 144-162). Demeter Press.
- Dawson, L. et Suntjens, T. (2022). « *Only then will the buffalo return* »: Disrupting obstetric violence through Indigenous reproductive justice. Dans A. N. Castañeda, N. Hill et J. J. Searcy (dir.), *Obstetric violence: realities, and resistance from around the world* (p. 227-242). Demeter Press.
- Desmarais, D., Lévesque, C. et Raby, D. (2005). La contribution des femmes naskapiées aux travaux de la vie quotidienne à l'époque de Fort McKenzie. *Recherches féministes*, 7(1), 23-42. <https://doi.org/10.7202/057768ar>
- Dietsch, E., Martin, T., Shackleton, P., Davies, C., McLeod, M. et Alston, M. (2011). Australian Aboriginal kinship: A means to enhance maternal well-being. *Women and Birth*, 24(2), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.06.003>
- Dion Fletcher, C. (2017). *Rooted in our past, looking to our future*. National Aboriginal Council of Midwives.
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) et Gouvernement du Canada (GC). (2011). *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires. Chapitre 12 - Obstétrique*. <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/services-sante-soins-infirmiers/guide-pratique-clinique-personnel-infirmier-soins-primaires.html>
- Douglas, V. (2006). Childbirth among the Canadian Inuit: A review of the clinical and cultural literature. *International Journal of Circumpolar Health*, 65(2), 117-132. <https://doi.org/10.3402/ijch.v65i2.18087>
- Douglas, V. (2010). The Inuulitsivik Maternities: culturally appropriate midwifery and epistemological accommodation. *Nursing Inquiry*, 17(2), 111-117.

- Duchaine, G. (2021, 18 mai). Signalements à la naissance | Femmes Autochtones du Québec demande au gouvernement d'agir. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/2021-05-18/signalements-a-la-naissance/femmes-autochtones-du-quebec-demande-au-gouvernement-d-agir.php>
- Duchaine, G. et Jean, O. (2021, 15 mai). Accoucher la peur au ventre. *La Presse+*. https://plus.lapresse.ca/screens/39d2f11e-5723-458d-b043-46fb60e83f61__7C__0.html?utm_content=twitter&utm_source=lpp&utm_medium=referral&utm_campaign=internal%20share&fbclid=IwAR2Gj_vLv1CTIY4peepcxEJ9IGJrru1DANrrVTrPO00cMYIAf3Wn-xTTrw
- Duff, T. et Little, J. (2016, 6 août). Bringing traditional midwives back to Cree communities in Quebec. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/cree-birth-midwifery-program-1.3708035>
- Dufour, R. (1988). *Femme et enfantement. Sagesse dans la culture Inuit*. Les éditions Papyrus.
- Duquette, J. R. (2016). *Évaluation de l'impact des services en téléobstétrique du RUIS McGill offerts à une population de femmes inuites avec grossesse à risque élevé habitant sur la côte de la baie d'Hudson au Nunavik* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/16285/Duquette_Julie_2016_Memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA). (2019). *Le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, volume 2 : un rapport complémentaire de l'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, Kepek I Québec*. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. <https://www.deslibris.ca/ID/10100811>
- Epoo, B., Moorehouse, K., Tayara, M., Stonier, J. et Daviss, B.-A. (2021). « To bring back birth is to bring back life ». The Nunavik story. Dans B.-A. Daviss et R. Davis-Floyd (dir.), *Birthing models on the human rights frontier. Speaking truth to power* (p. 75-109). Routledge.
- Epoo, B., Stonier, J., Wagner, V. V. et Harney, E. (2012). Learning midwifery in Nunavik: Community-based education for Inuit midwives. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 10(3), 283-300.
- Femmes Autochtones du Québec (FAQ). (2002). *Document de réflexion sur la question des sages-femmes autochtones du Québec dans le cadre de la Loi sur les sages-femmes du Québec*. Femmes Autochtones du Québec.
- Femmes Autochtones du Québec (FAQ). (2012). *Lignes directrices en matière de recherche avec les femmes autochtones*. Femmes Autochtones du Québec. http://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/11/FAQ-2012-Lignes_directrices_recherche.pdf
- Femmes Autochtones du Québec (FAQ). (2021, 18 mai). *Communiqué de presse. Préjugés et discrimination envers les femmes autochtones dans les systèmes de santé et services sociaux : le système colonial qui se perpétue*. Femmes Autochtones du Québec. <https://faq-qnw.org/wp-content/uploads/2021/05/FAQ-Communiqu%C3%A9-Le-syst%C3%A8me-colonial-qui-se-perp%C3%A9tue.pdf>
- Finestone, E. et Stirbys, C. (2017). Indigenous birth in Canada. Reconciliation and reproductive justice in the settler state. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 176-202). Demeter Press.

- Fletcher, C. (1995). *Inuit community-midwives in Povungnituk, Quebec: A case study of Aboriginal control of health care services* (Master thesis). Université de Montréal.
- Flynn, C., et Brassard, R. (2012). La maternité autochtone en contexte de violence structurelle. Entre repères culturels, négociations et hégémonie. Dans S. Lapierre et D. Damant (dir.), *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux* (pp. 103-124). Presses de l'Université du Québec.
- Fondation Olo. (2022). *Fondation Olo | Des bébés en santé*. Fondation Olo. <https://fondationolo.ca/>
- Frame, J. C. (2014). *Outcomes of primary maternity care in Fort Smith, Northwest Territories* (Master thesis). University of British Columbia. <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0167421>
- Garner, R., Carrière, G., Sanmartin, C. et l'Équipe de recherche de l'initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé. (2010). *La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les métis au Canada : l'incidence du statut socio-économique sur les inégalités en matière de santé*. Statistique Canada et Division de l'analyse de la santé. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-622-x/82-622-x2010004-fra.pdf?st=__rTAtAd
- Gaudreau, S. (2009). *Facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez des femmes algonquines ayant souffert de diabète gestationnel* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke.
- Gilbert, N. L., Auger, N. et Tjepkema, M. (2015). *La mortinaissance et la mortalité infantile dans les communautés autochtones du Québec. (Rapports sur la santé)*. Statistique Canada, 26(2), 3-9.
- Gimenez, A. M. (2012). *Le contrôle des services de santé par les Autochtones : vers la reconnaissance de la guérison traditionnelle* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke. <https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/6691/MR94345.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gouvernement du Canada (GC). (2020). *Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des Services de santé non assurés (SSNA)* (Version provisoire). Gouvernement du Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1579891130443/1579891286837#a6>
- Gouvernement du Canada (GC). (2011). *Chapitre 6 : Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres – Premières Nations, Inuits et Métis*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/diabete-canada-perspective-sante-publique-faits-chiffres/chapitre-6.html#endnote26>
- Gouvernement du Québec (GQ). (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 un projet porteur de vie. Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Gouvernement du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67395>
- Gref, K. (2018). *Decolonizing childbirth: Inuit midwifery and the return of delivery to the Canadian North* (Master thesis). Dalhousie University.
- Groupe de rédaction sur la santé des Autochtones du Collège royal (GRSACR). (2019). *Guide d'introduction à la santé des Autochtones*. Collège royal. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health-f>

- Halseth, R. (2013). *Les femmes autochtones au Canada. Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/77/AboriginalWomenCanada_Web_FR.pdf
- Hartz, D. et McGrath, L. (2017). Working with Indigenous families. Dans G. Thomson et V. Schmied (dir.), *Psychosocial resilience and risk in the perinatal period: Implications and guidance for professionals* (p. 44-61). Routledge.
- Houd, S., Qinuajuak, J. et Epoo, B. (2004). The outcome of perinatal care in Inukjuak, Nunavik, Canada 1998–2002. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(sup2), 239-241. <https://doi.org/10.3402/ijch.v63i0.17909>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2021). *Déterminants de la santé*. INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2014). *Politiques publiques et santé. Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1822_avenues_politiques_reduire_iss.pdf
- Ireland, S., Wulili Narjic, C., Belton, S. et Kildea, S. (2011). Niyith Nniyith Watmam (the quiet story): Exploring the experiences of Aboriginal women who give birth in their remote community. *Midwifery*, 27(5), 634-641. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.009>
- Jones, J. N. (2012). Birthing: Aboriginal women. *Journal of Indigenous Policy*, 13, 103-109.
- Jung, D. (2021, 23 septembre). Donner la vie en terre inconnue, le traumatisme invisible des Inuit. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1824563/accouchement-sante-nunavik-femmes-donner-vie-terre-inconnue-traumatisme-invisible-desinuit?fromApp=appInfoIOS&fromMobileApp=ios&partageApp=appInfoIOS&accesVia=partage>
- Kaufert, P. A. et O'Neil, J. D. (1990). Cooptation and control: The reconstruction of Inuit birth. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(4), 427-442.
- Kildea, S. et Van Wagner, V. (2012). *'Birthing on Country' maternity service delivery models: a rapid review*. Sax Institute.
- Kitty, M. et Little, J. (2019, 24 juin). « It was powerful »: Cree babies are 1st to be born through Chisasibi midwifery program. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/north/cree-babies-midwifery-program-1.5185524>
- Kornelsen, J., Kotaska, A., Waterfall, P., Willie, L. et Wilson, D. (2010). The geography of belonging: The experience of birthing at home for First Nations women. *Health & Place*, 16(4), 638-645. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.02.001>
- Kornelsen, J., Kotaska, A., Waterfall, P., Willie, L. et Wilson, D. (2013). Alienation and resilience: The dynamics of birth outside their community for rural First Nations women. *Journal of Aboriginal Health*, 7(1), 55-64.
- Kruske, S., Kildea, S. et Barclay, L. (2006). Cultural safety and maternity care for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. *Women and Birth*, 19(3), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.07.001>
- Labra, O., Pourcelot, H., Asselin, H., Radu, I. et Basile, S. (2023). Déterminants sociaux et territoriaux de la santé des peuples autochtones au Québec. Dans F. Gagnon, E. Martin et M.-H. Morin (dir.), *Le système de la santé et des services sociaux au Québec. Santé des populations et territorialités* (p. 237-248). Presses de l'Université du Québec.

- Laforce, H. (1987). Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle. Dans F. Saillant et M. O'Neill (dir.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (p. 184-204). Éditions Saint-Martin.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans G. Morin (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 309-332). Chenelière éducation.
- Lawford, K. (2017). *Understanding the experiences and processes of Health Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women in Manitoba* (Master thesis). Université d'Ottawa. https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/36816/3/Lawford_Karen_2017_thesis.pdf
- Lawford, K. (2021). I just knew. Dans M. Mercredi et Fire Keepers (dir.), *Sacred bundles unburn* (p. 84-90). Friesen Press.
- Lawford, K., Bourgeault, I. L. et Giles, A. R. (2019). "This policy sucks and it's stupid: " Mapping maternity care for First Nations women on reserves in Manitoba, Canada. *Health Care for Women International*, 40(12), 1302-1335. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1639706>
- Lawford, K. et Giles, A. R. (2012). Marginalization and coercion: Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women who live on reserves in rural and remote regions. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 10(3), 327-340.
- Lawford, K., Giles, A. R. et Bourgeault, I. L. (2018). Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women: Resignation, resilience, and resistance. *Women and Birth*, 31(6), 479-488. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.009>
- Leibel, M. (2014). Decolonising motherhood. *Spaces between: An Undergraduate Feminist Journal*, 2. <https://journals.library.ualberta.ca/spacesbetween/index.php/spacesbetween/article/view/23266>
- Leitenberger, K. A. R. (1998). *Aboriginal midwifery and traditional birthing systems revisited and revitalized: Interviews with First Nations elders in the Northwest region of British Columbia* (Master thesis). University of Northern British Columbia.
- Lévesque, C. (2016). Pour l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de santé – Promouvoir la sécurisation culturelle. *Ligue des droits et libertés*, 34(2), 16-19.
- Lévesque, C. et Cloutier, E. (2013). Les Premiers Peuples dans l'espace urbain au Québec : trajectoires plurielles. Dans A. Beaulieu, S. Gervais et M. Papillon (dir.), *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord* (p. 281-296). Presses de l'Université de Montréal.
- Lévesque, C., Cloutier, É., Radu, I., Parent-Manseau, D., Laroche, S. et Blanchet-Cohen, N. (2019a). Innovation sociale et transformation institutionnelle. La Clinique Minowé au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, *Cahier ODENA* no 2019-01. http://espace.inrs.ca/id/eprint/9714/1/L%C3%A9vesque_2019.pdf
- Lévesque, C., Cloutier, É., Radu, I., Parent-Manseau, D., Laroche, S. et Blanchet-Cohen, N. (2019b). Taking action to improve Indigenous health in the cities of Québec and elsewhere in Canada: The example of the Minowé clinic at the Val-d'Or Native Friendship Centre. Dans I. Vojnovic, A. L. Pearson, G. Asiki, G. DeVerteuil et A. Allen (dir.), *Handbook of global urban health* (p. 347-362). Routledge.
- Lévesque, C., Geoffroy, D. et Polèse, G. (2016). Naskapi women: Words, narratives, and knowledge. Dans N. Kermaol et I. Altamirano-Jiménez (dir.), *Living on the Land. Indigenous Women's Understanding of Place*. (p. 59-84). Athabasca University Press.

- Lévesque, M.-J. (2013). *L'influence des grands-mères dans les décisions liées à l'alimentation des jeunes enfants en milieu autochtone* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec en Outaouais.
- Luo, Z.-C., Senécal, S., Simonet, F., Guimond, E., Penney, C. et Wilkins, R. (2010a). Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 235-242. <https://doi.org/10.1503/cmaj.082042>
- Luo, Z.-C., Wilkins, R., Heaman, M., Smylie, J., Martens, P. J., McHugh Gros-Louis, N., Labranche, E., Simonet, F., Wassimi, S., Minich, K. et Fraser, W. D. (2010b). Birth outcomes and infant mortality among First Nations Inuit, and non-Indigenous women by northern versus southern residence, Quebec. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(4), 328-333. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.092619>
- MacDonald, M. (2007). *At work in the field of birth: midwifery narratives of nature, tradition, and home*. Vanderbilt University Press.
- MacDonald, M. E. (2018). The making of informed choice in midwifery: A feminist experiment in care. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(2), 278-294. <https://doi.org/10.1007/s11013-017-9560-9>
- Macdonald, M. E., Williamson Bathory, L., Shenker, H., Weiler, H., Berry, M., Sharma, A. et Rodd, C. (2014). Understanding healthy pregnancies: the perspective of Inuit midwives in northwestern Quebec. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 19(4), 128-133.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2023). *Lettre-Directive qui confirme la fin des avertissements de naissances*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Normes et pratiques de gestion, Tome II. Circulaire : Disposition des placentas à la suite d'un accouchement*. Gouvernement du Québec. <https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=TBOsrec7IVA=>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). *La Politique de périnatalité 2008-2018*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-02.pdf>
- Nations Unies (NU). (2022). *Les femmes autochtones et le développement, l'application, la préservation et la transmission des savoirs scientifiques et techniques*. Nations Unies. <https://www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/ahrc5128-indigenous-women-and-development-application-preservation-and>
- National Aboriginal Council of Midwives (NACM). (2019). *Indigenous midwifery knowledge and skills: A framework of competencies*. National Aboriginal Council of Midwives https://indigenoumidwifery.ca/wp-content/uploads/2019/07/NACM_CompetencyFramework_2019.pdf
- National Council of Indigenous Midwives (NCIM). (2023). *Mission & values*. National Council of Indigenous Midwives <https://indigenoumidwifery.ca/>
- National Council of Indigenous Midwives (NCIM). (2023). *What is an Indigenous midwife?* National Council of Indigenous Midwives. <https://indigenoumidwifery.ca/indigenous-midwifery-in-canada/>
- O'Donnell, V. et Wallace, S. (2011). *Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites*. Statistique Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11442-fra.pdf>

- Olson, R. (2016). *The landscape of midwifery care for Aboriginal communities in Canada*. National Aboriginal Council of Midwives. https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/NACM_LandscapeReport_2016_REV_July18_LOW.pdf
- Olson, R. et Couchie, C. (2013). Returning birth: The politics of midwifery implementation on First Nations reserves in Canada. *Midwifery*, 29(8), 981-987. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.005>
- Olson, R., Moores, C. et Cranfield, K. (2019). *Born into my grandmothers' hands: Honouring First Nations' birth knowledge and practice in North Yukon*. Community Midwifery Association Yukon. <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn:aaid:scds:US:45905026-783b-41c3-b517-61b26ecf6e59>
- Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). (2008). *Célébrons la naissance : la profession de sage-femme autochtone au Canada*. Organisation nationale de la santé autochtone. <http://www.deslibris.ca/ID/219167>
- Pace, R., Loon, O., Chan, D., Porada, H., Godin, C., Linton, J., Linton, P., Torrie, J. et Dasgupta, K. (2020). Preventing diabetes after pregnancy with gestational diabetes in a Cree community: an inductive thematic analysis. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001286>
- Pambrun, N. et Bourgeois, C. (2021). Standing at the doorway: for those spirits yet to come. Dans M. Mercredi et Fire Keepers (dir.), *Sacred Bundles Unburn* (p. 102-108). Friesen Press.
- Pambrun, N., Lawford, K. et Couchie, C. (2019). Les sages-femmes autochtones au Canada : un exemple de relations saines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(Suppl 2), S263-S266. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.10.005>
- Papps, E. et Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>
- Pernet, F. et Institut culturel Avataq (ICA). (2012). *Piusituqait pitjutiqarsutik ilinnianirmik, nutaratsaqamimik nutarartaanirmilu nunavimmi*. Institut culturel Avataq.
- Pinsonneault, A. (2012). *Donner naissance en Bolivie : regard sur les rapports ethniques et la résistance autochtones dans la province du Chapare* (Mémoire de maîtrise). Université Laval.
- Quinn, P. (2021, 9 avril). « Racist and discriminatory » Controversial birth alerts remain common in the North. *The Nation*, 18-19.
- Quinn, P. (2022, 29 mars). « Cree midwifery program launching in Eeyou Istchee ». *The Nation*, <http://nationnews.ca/community/cree-midwifery-program-launching-in-eeyou-istchee/>
- Radio-Canada (RC). (2017, 10 février). Plus de sages-femmes autochtones en Ontario grâce à du financement provincial. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1016105/plus-de-sages-femmes-autochtones-en-ontario-grace-a-du-financement-provincial>
- Radio-Canada (RC). (2020, 15 juillet). L'Ontario met un terme aux alertes à la naissance. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1720000/ontario-gouvernement-pratique-alertes-naissance-meres-racisees-autochtones>
- Radio-Canada (RC). (2022, 18 février). Plus de possibilités d'accoucher à la maison pour les femmes cries. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1862997/naissance-enfants-cris-acces-sages-femmes-formation-sante>

- Ramsden, I. M. (2002). *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu* (Doctoral thesis). Victoria University of Wellington. https://www.croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) (2018). *Les autochtones en milieux urbains et l'accès aux services publics. Portrait de la situation au Québec*. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fi-leadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-192.pdf
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RLSFQ). (2020a). *Le suivi sage-femme*. Regroupement Les Sages-femmes du Québec. <https://www.rsfq.qc.ca/suivi-sage-femme/>
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RLSFQ). (2020b). *Regroupement Les Sages-femmes du Québec*. Regroupement Les Sages-femmes du Québec. <https://www.rsfq.qc.ca/>
- Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RLSFQ). (2021, 5 mai). 5 mai 2021 : *Journée internationale des sages-femmes*. Regroupement Les Sages-femmes du Québec. <https://www.rsfq.qc.ca/5-mai-2021-journee-internationale-de-la-sage-femme/>
- Regroupement Naissance-Renaissance (RNR). (2019). *Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement*. Regroupement Naissance-Renaissance. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Regroupement%20Naissance-Renaissance%20Canada.pdf>
- Riddell, C. A., Hutcheon, J. A. et Dahlgren, L. S. (2016). Differences in obstetric care among nulliparous First Nations and non-First Nations women in British Columbia, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 188(2), E36-E43. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150223>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Les Éditions du Remue-ménage.
- 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.
- Routhier, M.-J. (1987). Que sont devenues les sages-femmes d'antan? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane. Dans F. Saillant et M. O'Neill (dir.), *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* (p. 47-82). Éditions Saint-Martin.
- Roy, A. (2014). Intergenerational trauma and Aboriginal women: Implications for mental health during pregnancy. *First Peoples Child & Family Review*, 9(1), 7-21. <https://doi.org/10.7202/1071790ar>
- Sadgopal, M. (2009). Can maternity services open up to Indigenous traditions of midwifery? *Economic and Political Weekly*, 44(16), 52-59.
- Secrétariat aux affaires autochtones (SAA). (2017). *Faire plus, faire mieux : plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits : 2017-2022*. Secrétariat aux affaires autochtones. <https://www.autochtones.gouv.qc.ca/plan-action-social-culturel/index.asp>
- Shaheen-Hussain, S., Lombard, A., et Basile, S. (2023). Confronting medical colonialism and obstetric violence in Canada. *The Lancet*, 401, 1763-1765. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01007-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01007-3)

- Shaheen-Hussain, S. (2021). *Plus aucun enfant autochtone arraché : pour en finir avec le colonialisme médical canadien*. Lux éditeur.
- Shapiro, G. D., Sheppard, A. J., Bushnik, T., Kramer, M. S., Mashford-Pringle, A., Kaufman, J. S. et Yang, S. (2018). Adverse birth outcomes and infant mortality according to registered First Nations status and First Nations community residence across Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 109(5-6), 692-699. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0134-6>
- Sheppard, A. J., Shapiro, G. D., Bushnik, T., Wilkins, R., Perry, S., Kaufman, J. S., Kramer, M. S. et Yang, S. (2017). *Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis* (Rapport sur la santé). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2017011/article/54886-fra.pdf?st=rPhq-cWj>
- Silver, H., Sarmiento, I., Pimentel, J.-P., Budgell, R., Cockcroft, A., Vang, Zoua M. et Andersson, N. (2022). Childbirth evacuation among rural and remote Indigenous communities in Canada: A scoping review. *Women and Birth*, 35, 11-22.
- Simonet, F., Wassimi, S., Heaman, M., Smylie, J., Martens, P., Gros-Louis McHugh, N., Labranche, E., Wilkins, R., Fraser, W. D. et Luo, Z.-C. (2010). Individual- and community-level disparities in birth outcomes and infant mortality among First Nations, Inuit and other populations in Quebec. *Open Womens Health Journal*, 4(1), 18-24.
- Simpson, L. (2006). Birthing an Indigenous resurgence. Decolonizing our pregnancies and birthing ceremonies. Dans D. M. Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), « *Until our hearts are on the ground* ». *Aboriginal Mothering, Oppression, Resistance and Rebirth*. (p. 25-33). Demeter Press.
- Six Nations Health Services (SNHS). (2023). *Tsi Nón:we Ionnakerátstha (Birthing Centre)*. <https://www.snhs.ca/child-youth-health/birthing-centre/>.
- Smylie, J. (2014). *Femmes fortes, nations fortes : Santé maternelle autochtone en Colombie-Britannique*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.ccn.ca/525/Femmes_fortes,_nations_fortes__Sant%C3%A9_maternelle_autochtone_en_colombie-britannique.nccih?id=129
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). (2012). Returning birth to Aboriginal, rural, and remote communities. *J Obstet Gynaecol Can*, 32(12), 1186-1188.
- Sokoloski, E. (1995). Canadian First Nations women's beliefs about pregnancy and prenatal care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 27(1), 89-100.
- Statistique Canada (SC). (2015). *Espérance de vie*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-645-x/2010001/life-expectancy-esperance-vie-fra.htm>
- Tabobondung, R. (2017). Revitalizing traditional Indigenous birth knowledge. Dans H. Tait Neufeld et J. Cidro (dir.), *Indigenous experiences of pregnancy and birth* (p. 129-143). Demeter Press.
- Tait Neufeld, H. et Cidro, J. (2017). *Indigenous experiences of pregnancy and birth*. Demeter Press.
- The Inuulitsivik Midwifery Service (TIMS) (2018). Making a difference in remote Inuit communities: The Inuulitsivik Midwifery Service. *Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : écoute réconciliation et progrès (CERP)*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=57&tx_cspqaudiences_audiences%5Baudiences%5D=177&tx_cspqaudiences_audiences%5Bvpartie%5D=3&tx_cspqaudiences_audiences%5Baction%5D=show&tx_cspqaudiences_audiences%5Bcontroller%5D=Audiences&hash=6e16f0c1800c22130bb3cad2fd7c7ac4

- Tjepkema, M., Bushnik, T. et Bougie, E. (2019). *Espérance de vie des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits à domicile au Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2019012/article/00001-fra.pdf?st=QuasJPd1>
- Tricco, A. (2020). How to conduct and report your scoping review: latest guidance. *JBI*. <https://www.youtube.com/watch?v=5Db5JILJDRQ>
- Tourigny, A., Ross, J. et Joubert, P. (1990). *Évaluation des soins de santé et services en périnatalité dans la région de la Baie d'Hudson : volet organisation : rapport d'évaluation, version préliminaire*. Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval.
- Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). (2022). *Département sage-femme - UQTR*. Université du Québec à Trois-Rivières. https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=236
- Vadeboncoeur, H., Maheux, B. et Blais, R. (1996). Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession? *Ruptures*, 3(2), 224-242.
- Vallerand, N. (2022, 30 mars). Mieux soigner les personnes autochtones. *Le Médecin du Québec*. <https://lemedecinduquebec.org/archives/2022/4/mieux-soigner-les-personnes-autochtones-l-engagement-de-medecins-de-famille/>
- Van Wagner, V., Epoo, B., Nastapoka, J. et Harney, E. (2007). Reclaiming birth, health, and community: Midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(4), 384-391. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.03.025>
- Vang, Z. M., Gagnon, R., Lee, T., Jimenez, V., Navickas, A., Pelletier, J. et Shenker, H. (2018). Interactions between Indigenous women awaiting childbirth away from home and their southern, non-Indigenous health care providers. *Qualitative Health Research*, 28(12), 1858-1870. <https://doi.org/10.1177/1049732318792500>
- Varcoe, C., Brown, H., Harvey, T. et 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(26). <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-26>
- Viau, R. (2021). *Gens du fleuve, gens de l'île. Hochelaga en Laurentie iroquoise au XVI^e siècle*. Les Éditions du Boréal.
- Viscogliosi, C., Asselin, H., Basile, S., Couturier, Y., Drolet, M.-J., Gagnon, D., Torrie, J. et Levasseur, M. (2017). A scoping review protocol on social participation of indigenous elders, intergenerational solidarity and their influence on individual and community wellness. *BMJ Open*, 7(5), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015931>
- Walker, Jennifer D., Morgan Slater, Carmen R. Jones, Baiju R. Shah, Eliot Frymire, Shahriar Khan, Kristen Jacklin et Michael E. Green. (2020). Diabetes prevalence, incidence and mortality in First Nations and other people in Ontario, 1995-2004: a population-based study using linked administrative data. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 192(6). <https://doi.org/10.1503/cmaj.190836>
- Wassimi, S. (2009). *Community remoteness and birth outcomes among First Nations in Quebec* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/3634/Wassimi_Spogmai_2009_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Wassimi, S., Gros-Louis McHugh, N., Wilkins, R., Heaman, M., Martens, P., Smylie, J., Simonet, F., Fraser, W. D. et Luo, Z.-C. (2010). Community remoteness, perinatal outcomes and infant mortality among First Nations in Quebec. *Open Womens Health Journal*, 4(1), 32-38.
- Wheeler, M. (2017, 25 mars). Inuit midwives keep pregnant women closer to home and family. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/midwives-quebec-north-salluit-maternity-indigenous-1.4040828>
- Whitty-Rogers, J., Etowa, J. et Evans, J. (2006). Becoming an Aboriginal mother: Childbirth experiences of women from one Mi'kmaq community in Nova Scotia. Dans D. M. Lavell-Harvard et J. Corbiere Lavell (dir.), « *Until our hearts are on the ground* »: *Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth* (p. 34-61). Demeter Press.
- Wiebe, A. D., Barton, S., Auger, L., Pijl-Zieber, E. et Foster-Boucher, C. (2015). Restoring the blessings of the morning star: Childbirth and maternal-infant health for First Nations near Edmonton, Alberta. *Aboriginal policy studies*, 5(1). <https://doi.org/10.5663/aps.v5i1.23823>
- Williams, O. (2021, 25 novembre). In a birthing crisis, Yellowknife is missing midwives it was promised. *Cabin Radio*. <https://cabinradio.ca/80072/news/yellowknife/in-a-birthing-crisis-yellowknife-is-missing-midwives-it-was-promised/>
- Williamson, M. et Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 761-769. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.012>
- Xiao, L., Zhang, D.-L., Torrie, J., Auger, N., Gros-Louis McHugh, N., et Zhong-Cheng, L. (2016). Macrosomia, perinatal and infant mortality in Cree communities in Quebec, 1996-2010. *PLoS One*, 11(8), 1-12. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0160766>

ANNEXE A

Cartographie des parcours imposés aux femmes autochtones enceintes

La cartographie permettant notamment d'illustrer les relations au territoire, cet outil offre une représentation unique des territorialités autochtones caractéristiques du parcours des femmes durant leur grossesse. En dessinant le lien entre les différents lieux qui ont balisé leur expérience de la maternité, leur récit contribue à la réappropriation d'un espace, d'un territoire, au sein duquel leur déplacement est souvent problématique. Ainsi, en se réappropriant la grammaire géographique des lieux fréquentés, les femmes autochtones prennent une forme de contrôle sur l'hypermobilité qui leur est imposée. À ce titre, l'exercice de la cartographie participative est un outil d'émancipation, d'abord pour les personnes rencontrées dans le cadre d'une recherche portant sur l'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec (Basile et al. 2023) et ensuite pour toutes les femmes autochtones qui ont ou qui vont faire l'expérience d'une grossesse. Étant donné que reconstituer et localiser les récits collectifs portant sur les parcours de grossesse contribue à cette émancipation, communiquer le résultat de cette cartographie est un acte d'autonomisation (empowerment) (Desbiens et al., 2022), pour les communautés et pour les Nations concernées. On assiste donc à un renversement de la carte dite coloniale, celle qui a participé à l'application de la doctrine de la terra nullius (terre sans maître) et à

l'effacement – symbolique comme spatial – de la présence des peuples autochtones des territoires qu'ils occupent depuis des millénaires (Brocca et Genay, 2021). Ce renversement se traduit par l'application de données inédites provenant des récits de vie des femmes autochtones à qui on a rarement demandé de raconter leurs expériences particulières du territoire.

Lors des entrevues réalisées dans le cadre de la présente recherche, les participantes ont pris part à une cartographie participative en expliquant le parcours type des femmes autochtones enceintes de leur communauté respective. Il est ici question des nombreux déplacements imposés aux femmes autochtones, surtout sous l'angle des politiques d'évacuation **pour aller accoucher** dans un centre hospitalier. À ces déplacements pour donner naissance, qui sont souvent d'une longue durée, s'ajoutent toutefois les nombreux déplacements imposés afin d'**accéder à un suivi de grossesse complet**. Les témoignages recueillis parlent en moyenne de près d'une quinzaine de déplacements, parfois sur de longues distances, ce qui devient fastidieux dans un contexte d'une grossesse qui dure généralement 40 semaines. Durant cette période, les femmes autochtones sont confrontées à de nombreux enjeux comme la coupure avec leur territoire et leur réseau familial, la prise en charge des autres enfants durant leur absence, les préjugés tenaces auxquels elles sont

confrontées, la méfiance ressentie envers le système de santé, les craintes de signalement à la naissance et d'incompréhension de leurs besoins en raison de la barrière linguistique (contexte de langue seconde), l'absence d'accompagnement et d'interprète en langue autochtone, l'exil vers la ville qui occasionne des dépenses supplémentaires et enfin, la solitude et le stress qu'elles peuvent ressentir.

Les cartes présentées sont donc le reflet des « **déplacements idéals** » pour les suivis de grossesse et l'accouchement que de nombreuses femmes n'arrivent pas à effectuer pour les raisons précédemment évoquées. Leur santé et celle de leur enfant à naître sont donc mises à mal par l'absence de conditions gagnantes pour accéder à des services périnataux complets. Le nonaccès aux services de sages-femmes s'avère ainsi être une lacune importante.

Méthodologie

À l'aide d'une carte Google, les participantes ont pu pointer les différents lieux et déplacements que les femmes enceintes doivent effectuer pour assurer leur suivi de grossesse et leur accouchement. Ces données cartographiques ont ensuite été transmises à deux spécialistes de la cartographie, soit le géographe Danny Bisson (Progigraph, Québec) et le professeur Matthieu Noucher (Centre national de la recherche scientifique, France), qui ont illustré, chacun à leur façon, les parcours des femmes autochtones enceintes. Leur contribution a permis de créer deux types de cartes : 1) les cartes de parcours type qui montrent les déplacements des femmes de deux communautés autochtones au Québec et 2) les cartes générales qui retracent les déplacements des femmes autochtones enceintes de 14 communautés autochtones au Québec.

Exercice de cartographie n° 1

La précision de la collecte des données a permis de mettre en lumière le parcours des femmes enceintes de deux communautés, soient celle de la communauté atikamekw de Wemotaci (située au nord de la ville de La Tuque, région de la Haute-Mauricie) et celle de la communauté innue de Matimekush-Lac John (située près de la ville de Schefferville, région de la Côte-Nord). La communauté de Wemotaci a été choisie en fonction de la haute précision des données recueillies et la communauté de Matimekush-Lac John l'a été en raison de la présence régulière d'un médecin dans la communauté, ce qui explique en partie le moins grand nombre de déplacements imposés aux femmes enceintes. Il est à noter que les données représentent un parcours **type** d'un suivi de grossesse dite « normale ». Les cas de grossesses impliquant un diabète gestationnel par exemple nécessitent un plus grand nombre de jours à l'extérieur de la communauté et de déplacements pour les suivis de grossesse (environ un tiers de plus en termes de jours et de déplacements). Cette cartographie n'inclut pas les transferts de dossier entre les communautés où les femmes peuvent avoir débuté un suivi de grossesse et déménagé dans une autre durant sa grossesse.

Communauté atikamekw de Wemotaci

La première carte (figures 1 et 2), celle de Wemotaci (accessible par la route et le train), comporte **27 cercles** représentant **27 jours** s'expliquant comme suit :

- 10 cercles rouges qui représentent le nombre de jours voués au suivi de grossesse, incluant le temps de transit de Wemotaci vers la ville de La Tuque (115 kilomètres de route forestière);

- 3 cercles bleus qui représentent les jours voués aux échographies à La Tuque ;
- 14 cercles jaunes qui représentent le nombre de jours voués à l'accouchement (incluant le temps d'attente avant l'accouchement et la période post-accouchement);
- Les flèches (rouges, bleues et jaunes) représentent les 13 déplacements aller seulement que doit effectuer une femme atikamekw enceinte, donc 26 déplacements au total.
- 8 cercles bleus qui représentent le nombre de jours voués au suivi de grossesse (incluant 2 échographies) qui nécessite un déplacement en avion (1 h 15 ou plus selon les conditions météorologiques) ou en train (10 heures/1 fois par semaine) vers Sept-Îles;
- 28 cercles jaunes qui représentent le nombre de jours voués à l'accouchement (incluant le temps d'attente avant l'accouchement et la période post-accouchement);
- Les flèches (bleues et jaunes) représentent les 3 déplacements (en avion) aller seulement que doit effectuer une femme innue enceinte, donc 6 déplacements au total.

Communauté innue de Matimekush-Lac John

La deuxième carte (figures 3 et 4), celle de Matimekush-Lac John (aucune route d'accès), comporte **36 cercles** représentant **36 jours** s'expliquant comme suit :

Figure 1 : Parcours type pour une femme atikamekw enceinte de Wemotaci-1

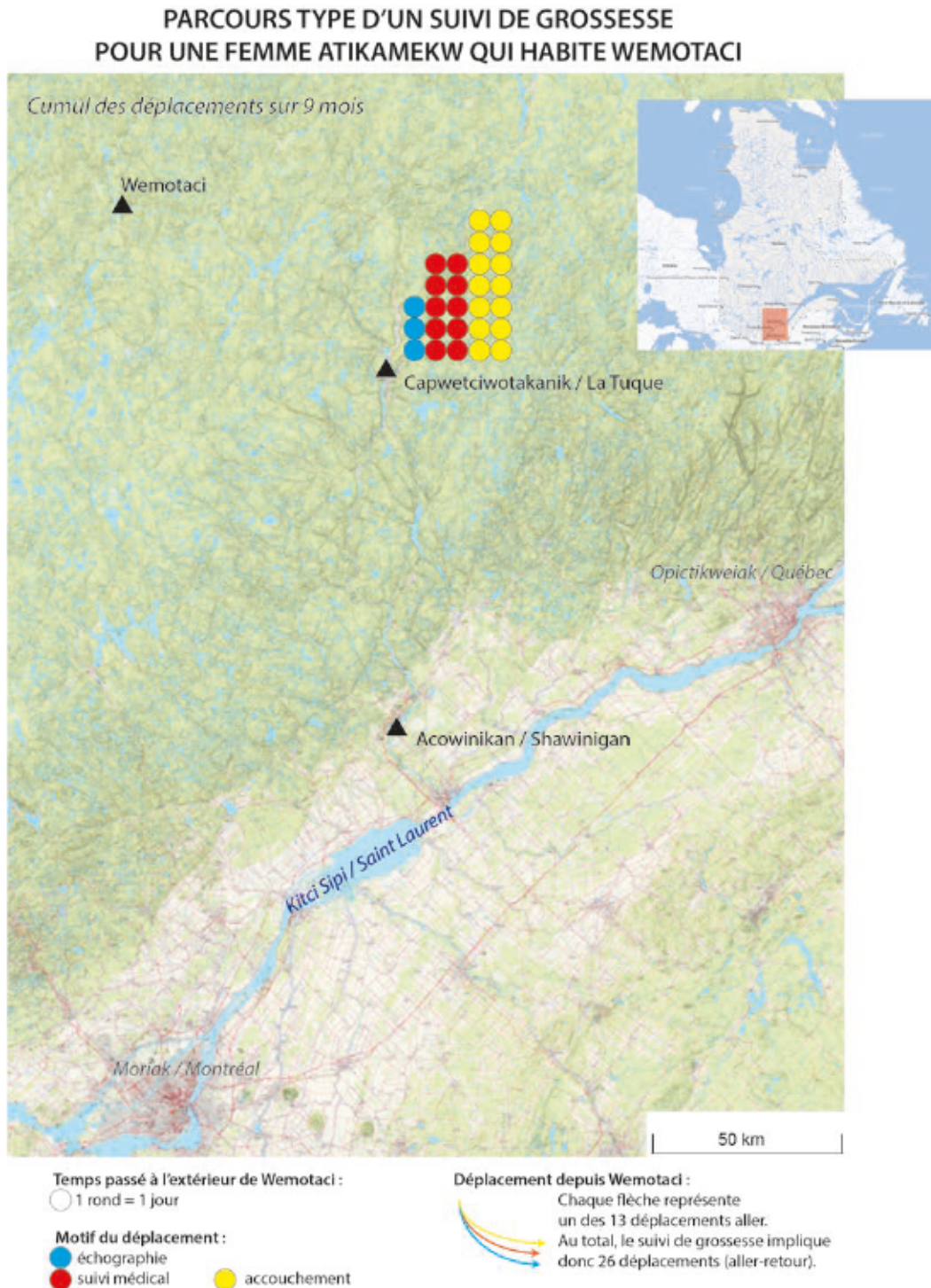


Figure 2 : Parcours type pour une femme atikamekw enceinte de Wemotaci-2

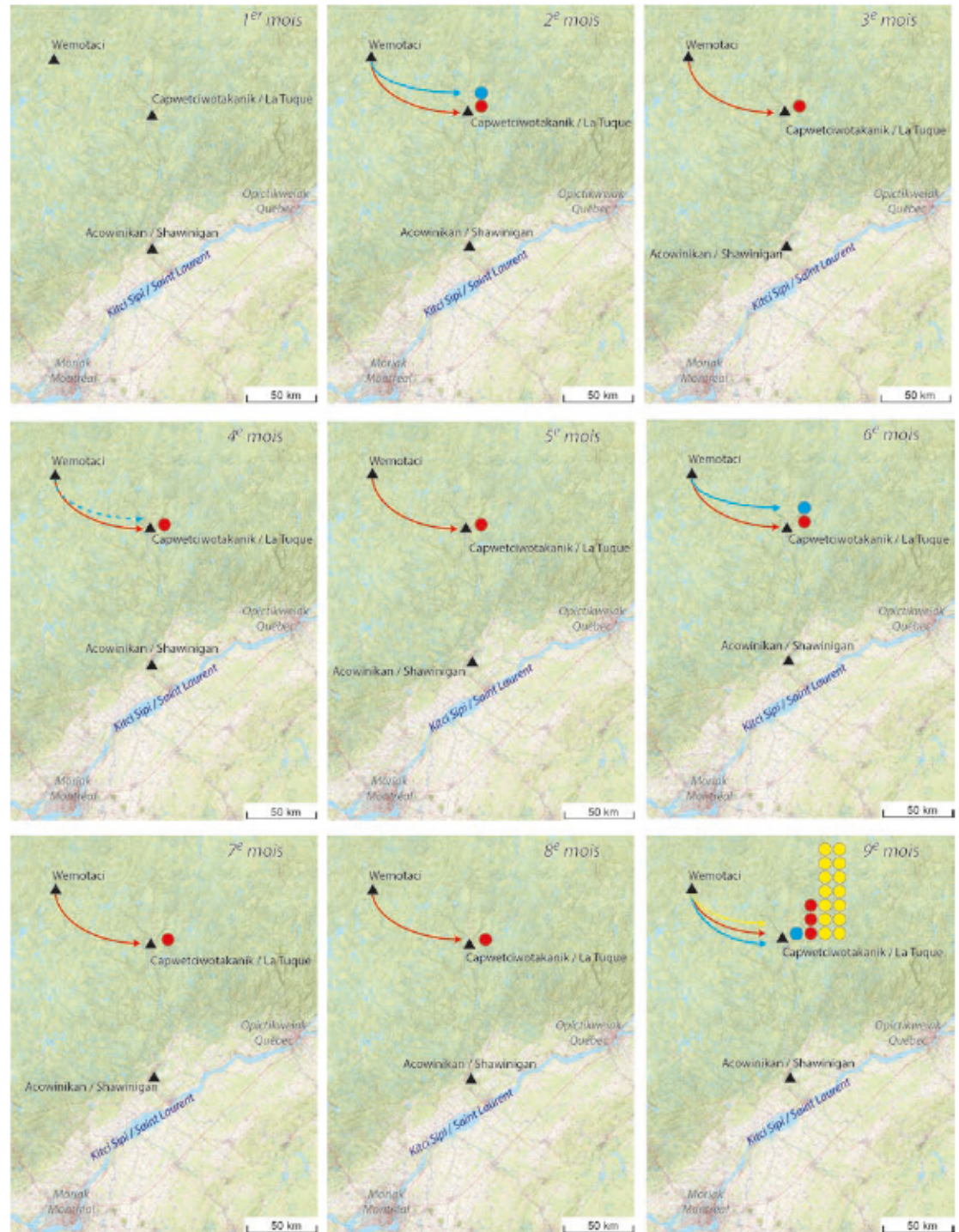


Figure 3 : Parcours type pour une femme innue enceinte de Matimekush-Lac John-1

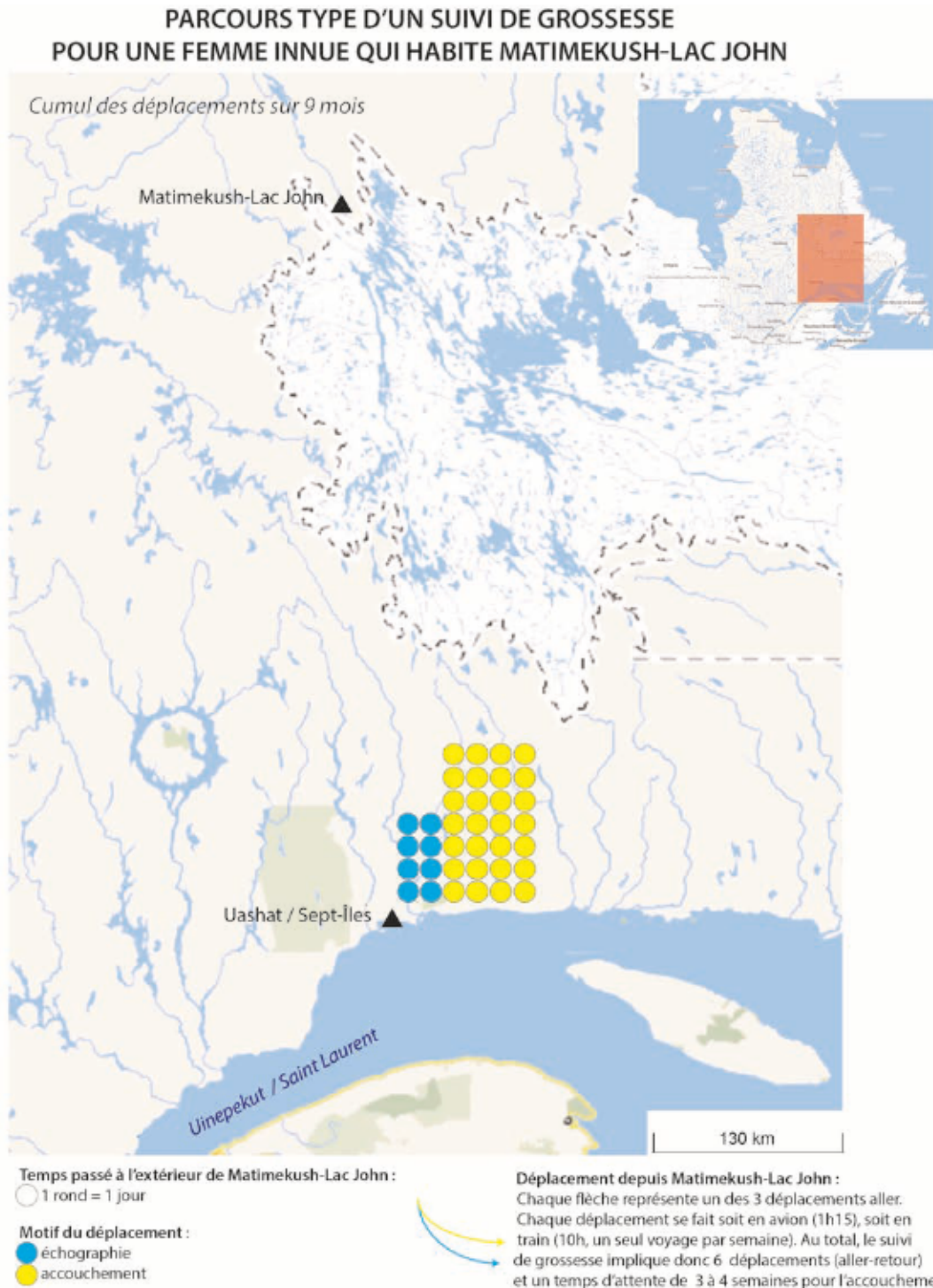
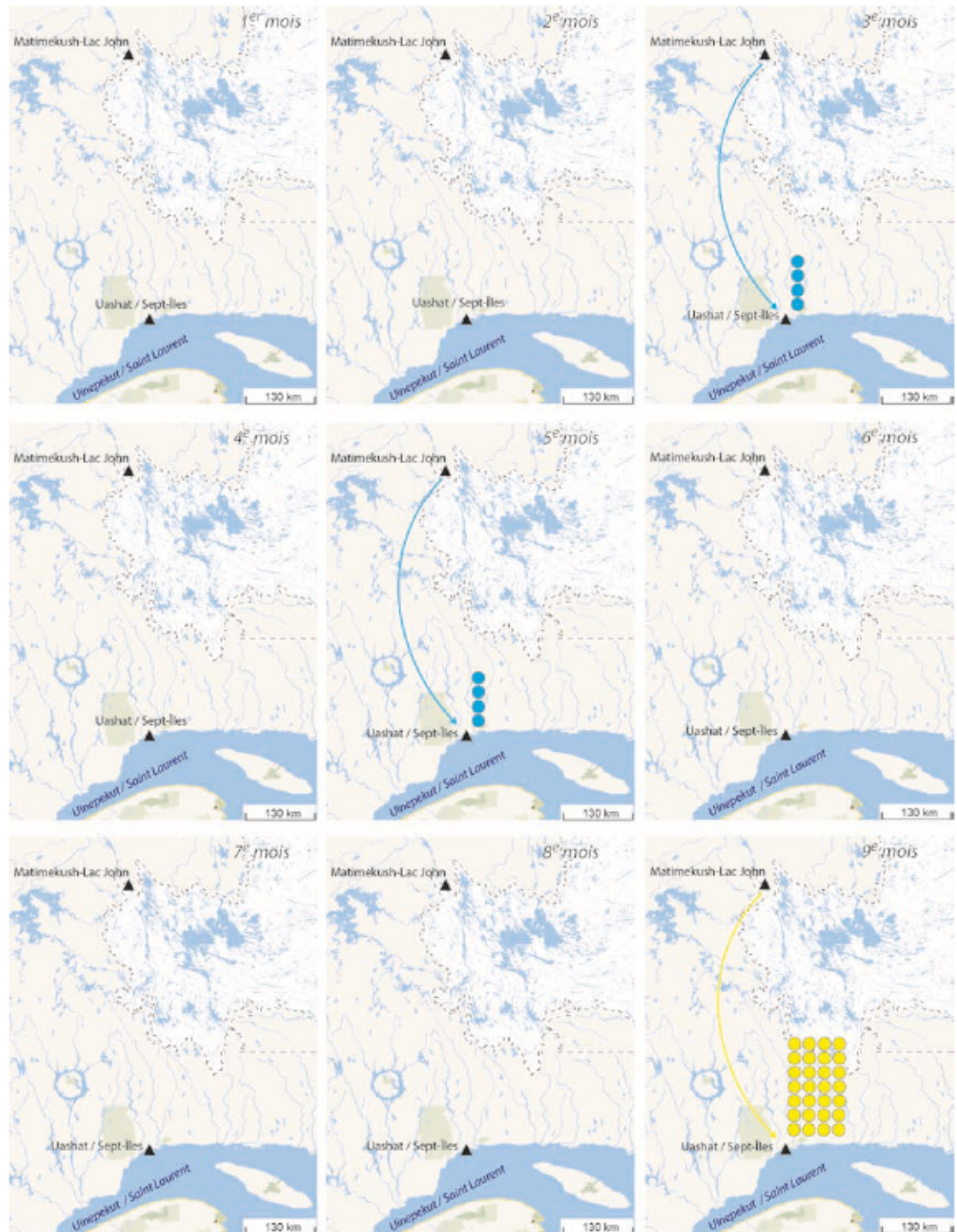


Figure 4 : Parcours type pour une femme innue enceinte de Matimekush-Lac John-2



Exercice de cartographie n° 2

La première carte (figure 5) représente l'emplacement géographique des 19 communautés autochtones et des 3 centres d'amitié autochtones au Québec qui ont participé à la recherche. La série de 13 cartes suivantes (figures 6 à 18) représente les déplacements imposés aux femmes autochtones enceintes des communautés qui ont pris part à la recherche. Elles sont classées en ordre alphabétique selon la Nation d'abord et ensuite selon le nom de la communauté. Les cartes comportent :

- Des points jaunes représentant les centres de services périnataux comme les centres de santé situés dans les communautés, les cliniques des centres d'amitié autochtones concernés et les hôpitaux des diverses régions;
- Des flèches représentant les trajectoires à vol d'oiseau que les femmes enceintes doivent effectuer afin d'avoir accès aux services périnataux. Il faut ici tenir compte du fait que certaines communautés ne sont pas accessibles par la route, mais par bateau ou par avion uniquement, alors que d'autres sont également accessibles par train;
- Des flèches bleues représentant la trajectoire des suivis de grossesse;
- Des flèches vertes représentant la trajectoire des accouchements sans complication;
- Des flèches rouges représentant la trajectoire des accouchements avec complication.

Il est ici nécessaire de rappeler que, comme démontré dans le rapport de recherche, la situation géographique et les services périnataux disponibles sont caractérisés par une grande disparité et qu'aucune communauté autochtone ne peut être comparée à une autre et ce, même si elles sont situées dans la même région. Enfin, les régions administratives du Québec ne correspondent pas nécessairement aux territoires traditionnellement occupés par les Nations. Ainsi, les femmes autochtones d'une même Nation sont dirigées vers des centres de santé de régions administratives différentes, ce qui constitue une preuve supplémentaire qu'une géographie coloniale leur a été imposée.

Références :

- Basile, S., Cornellier, F. et Comat, I. (2023). *Accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Bracco, D. et Genay, L. (2021). *Contre-cartographier le monde*. Collection Espaces Humains.
- Desbiens, C., Gagnon, J. et Hirt, I. (2021-2022). « Un monde-carte : pouvoir colonial et *empowerment* des femmes autochtones cartographes ». *Revue d'études autochtones*, 51(2-3) : 39-52. <https://id.erudit.org/iderudit/1097375ar-CopiedAn>

Figure 5 : Emplacement géographique des communautés et des centres d'amitié autochtones ayant participé à la recherche

Communautés et centres d'amitié autochtones participant à la recherche



Légende

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------|------------------------|------------|-----------------|
| ● Anishnabeg | ● Atikamekw | ● Innu | ● Mi'kmaq | ● Hurons-Wendat |
| Kitigan Zibi | Manawan | Ekuanitshit | Gespeg | Wendake |
| Lac Simon | Opitciwan | Essipit | Listuguj | |
| Pikogan | Wemotaci | Mashteuiatsh | | |
| Timiskaming FN | | Matimekush-Lac John | ● Abénakis | ● Mohawks |
| | | Nutashkuan | Wólinak | Kahnawá :ke |
| ● Centres d'amitié autochtone | | Pessamit | | |
| La Tuque Val-d'Or | | Uashat mak Mani-Utenam | | |
| Trois-Rivières | | | | |

0 100 200 400 Km

Figure 6 : Trajectoires des femmes enceintes des communautés anicinapég ayant participé à la recherche

Communautés anishnabeg

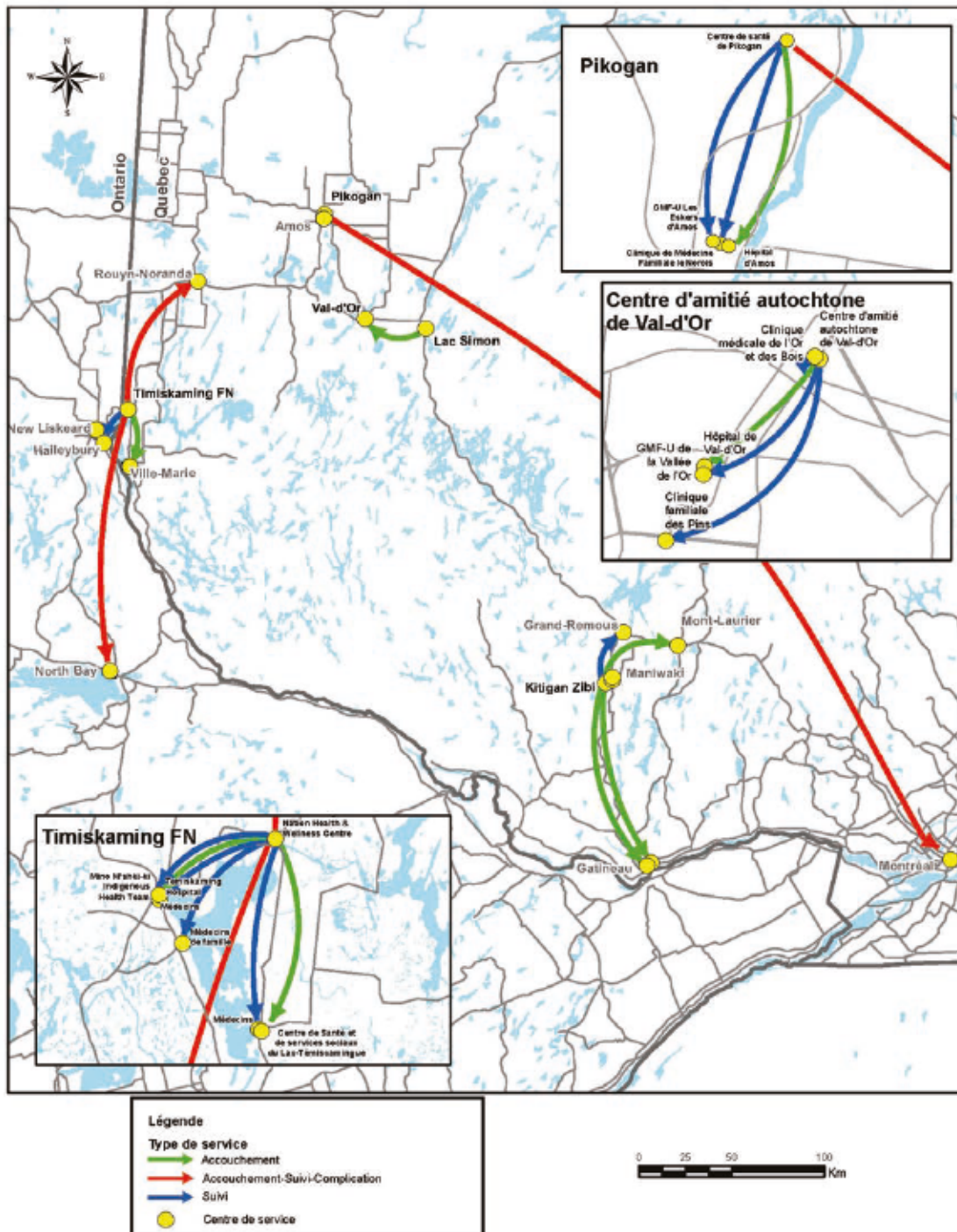
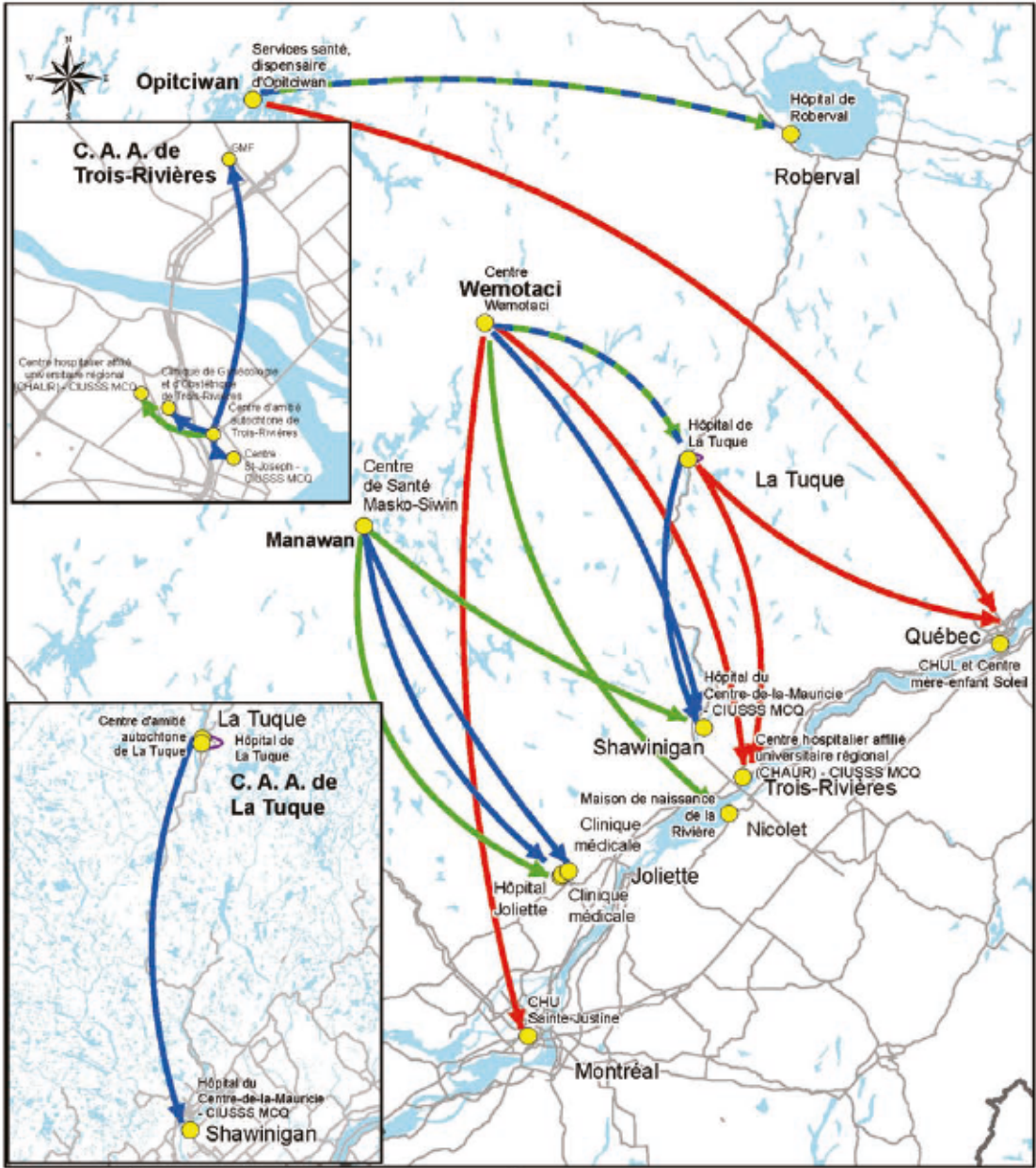


Figure 7 : Trajectoires des femmes enceintes des communautés atikamekw ayant participé à la recherche

Communautés atikamekw



Légende

Type de service

- Accouchement
- Accouchement-Suivi-Complication
- Suivi
- Centre de service



Figure 8 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté abénakise de Wôlinak

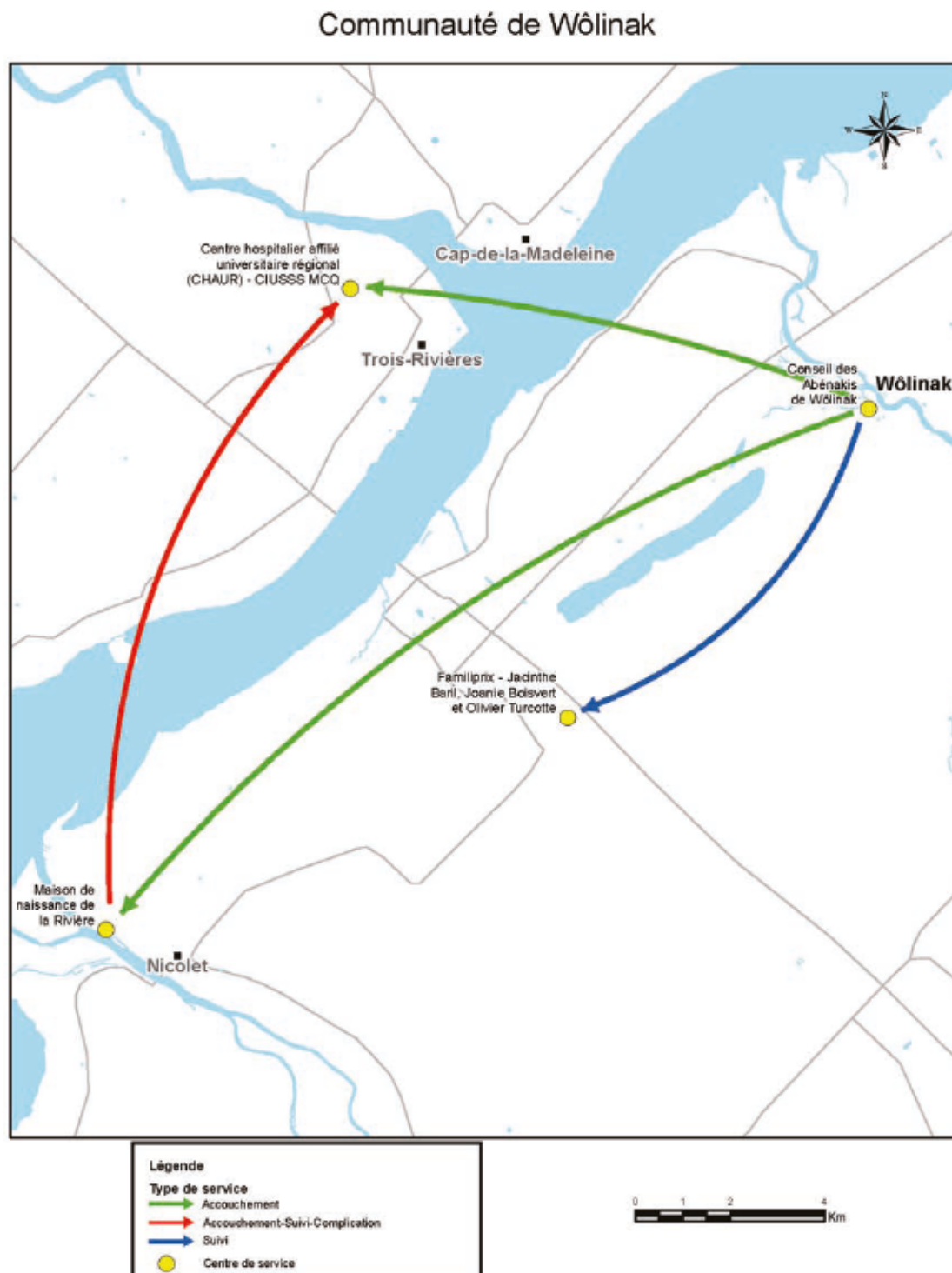
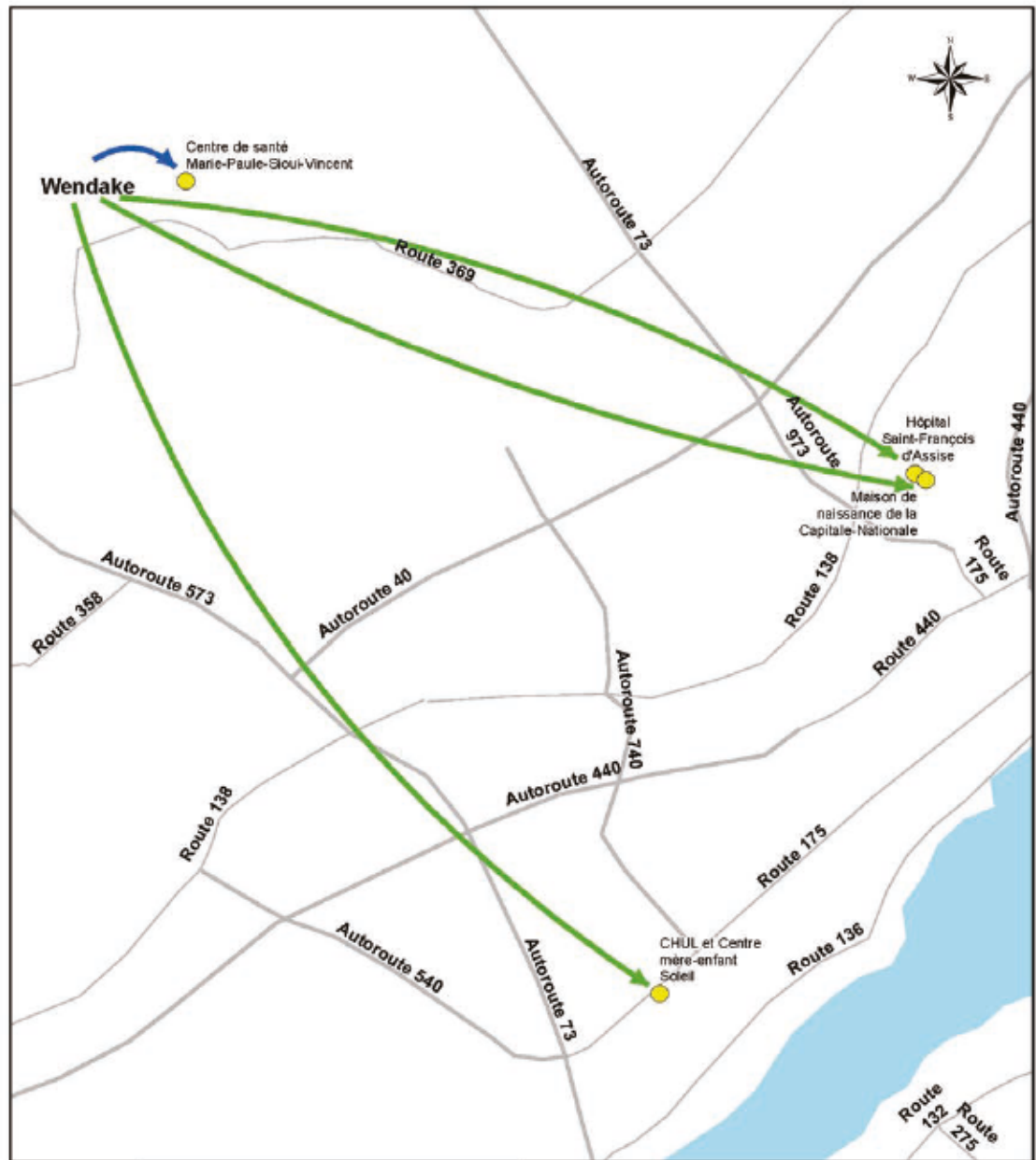


Figure 9 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté huronne-wendate de Wendake

Communauté de Wendake



Légende

Type de service

- Accouchement
- Accouchement-Suivi-Complication
- Suivi
- Centre de service



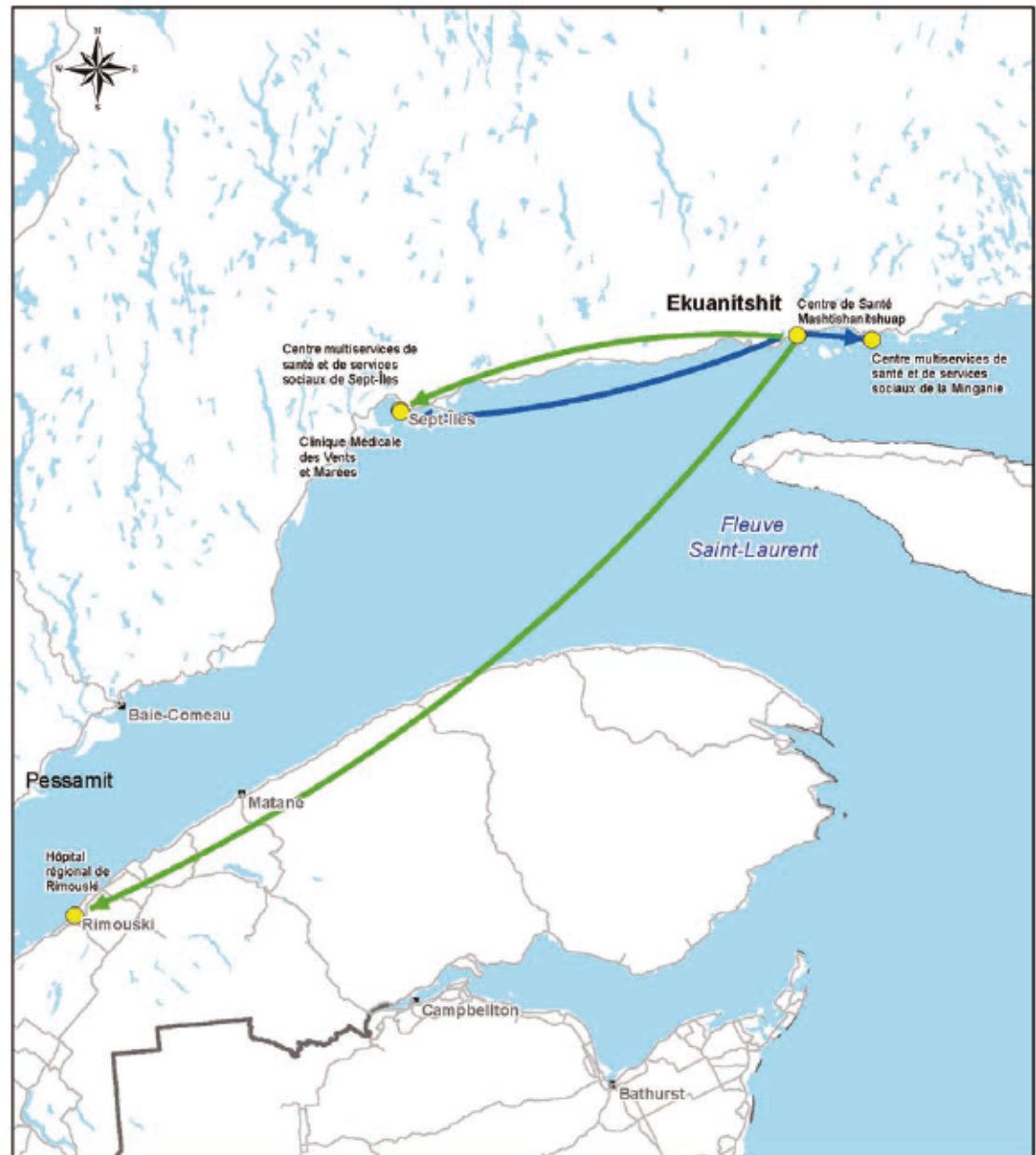
Figure 10 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté innue de Mashteuiatsh

Communauté de Mashteuiatsh



Figure 11 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté innue d'Ekuanitshit

Communauté d'Ekuanitshit



Légende

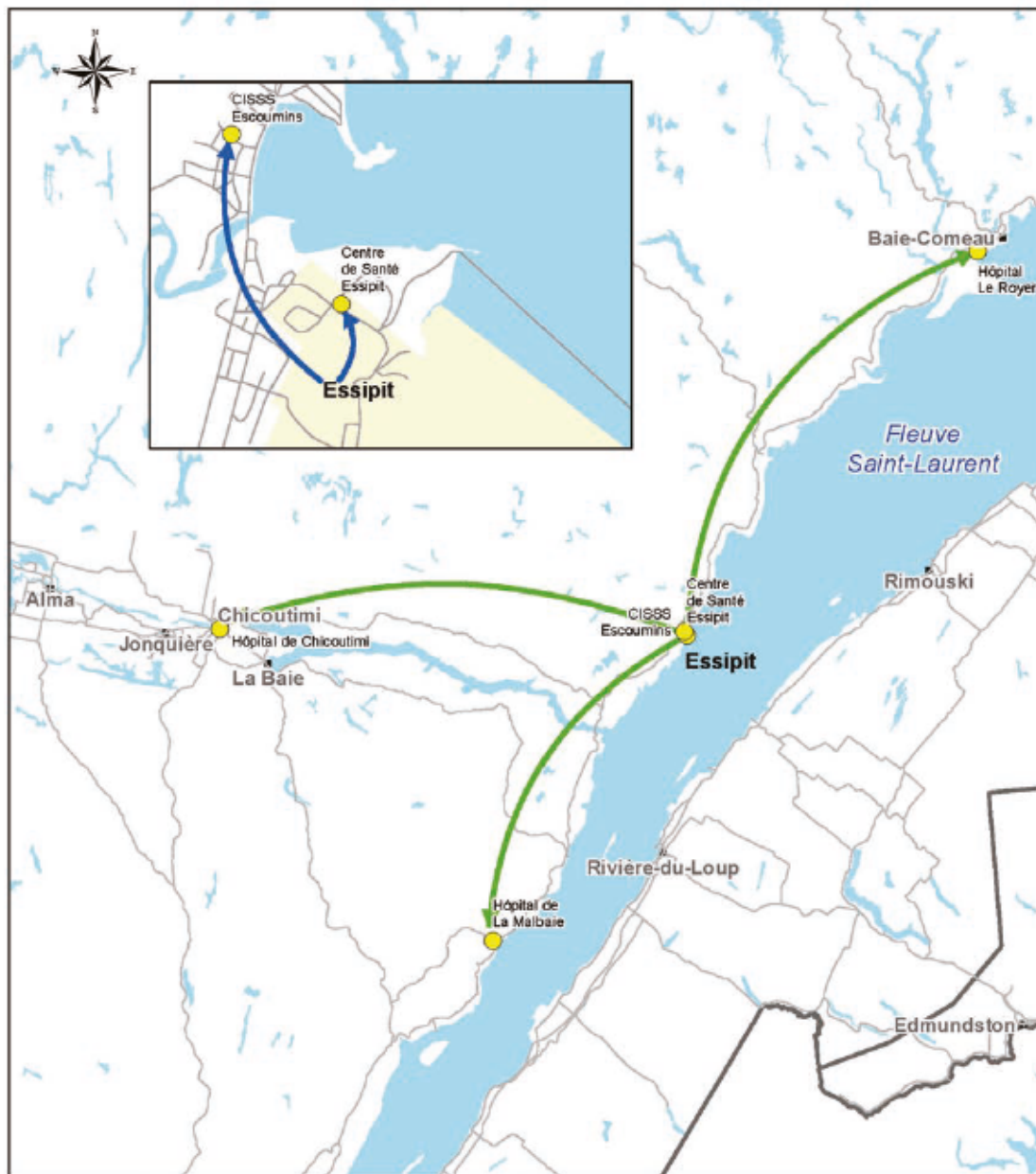
Type de service

- Accouchement
- Accouchement-Suivi-Complication
- Suivi
- Centre de service



Figure 12 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté innue d'Essipit

Communauté d'Essipit



Légende

Type de service

- Accouchement
- Accouchement-Suivi-Complication
- Suivi
- Centre de service

Figure 13 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté innue de Matimekush-Lac John

Communauté de Matimekush-Lac John

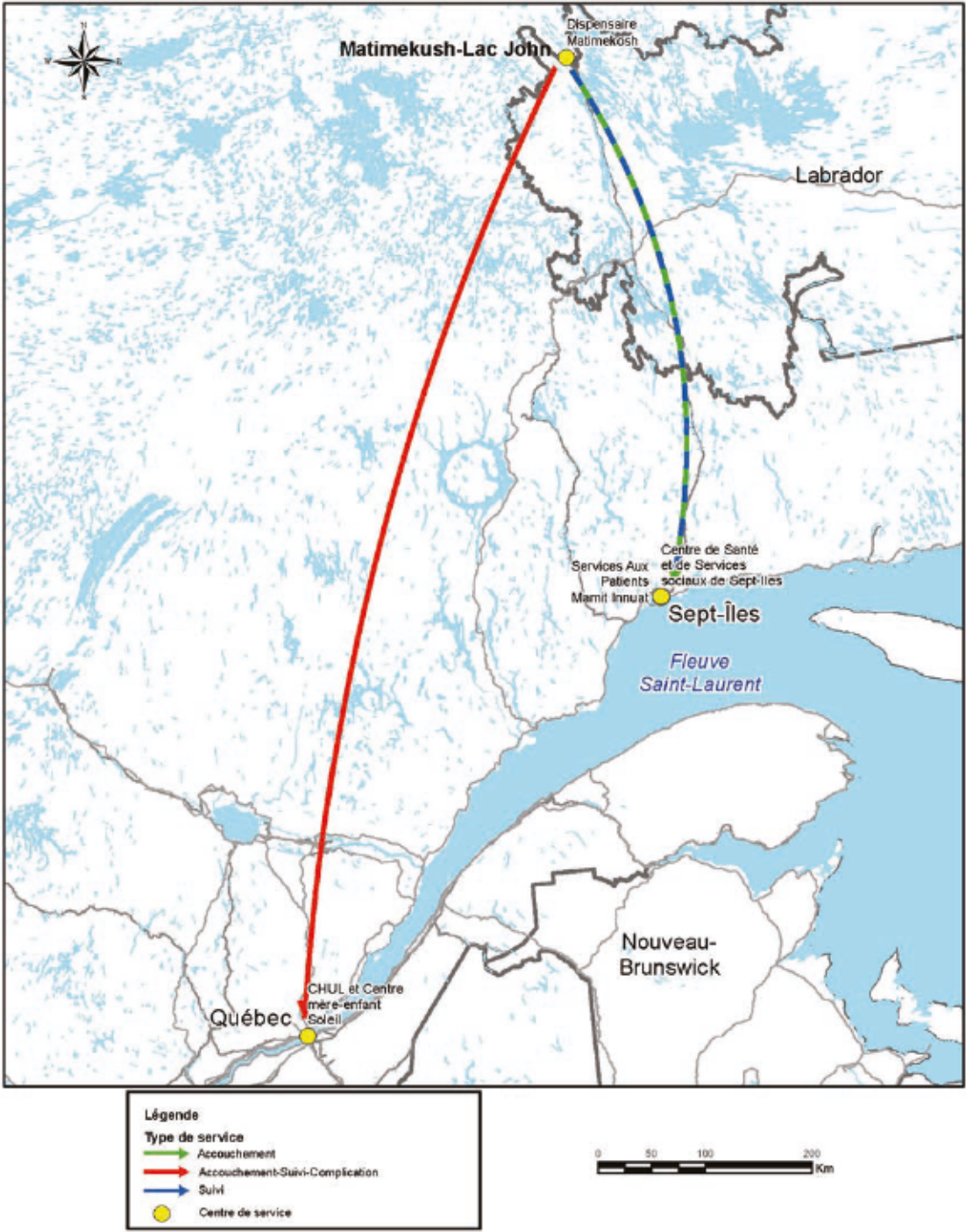


Figure 14 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté innue de Nutashkuan

Communauté de Nutashkuan

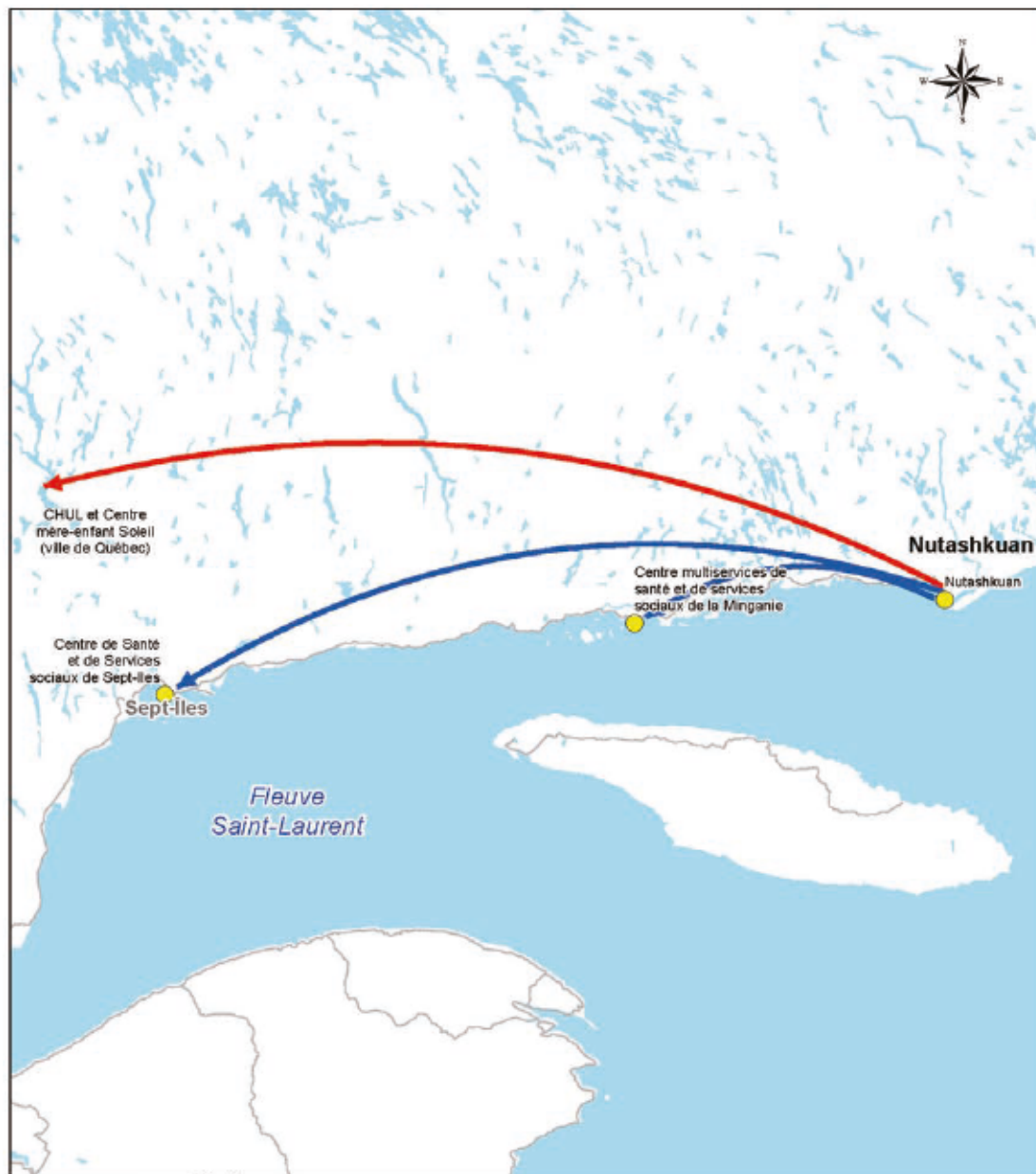


Figure 15 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté innue de Pessamit

Communauté de Pessamit

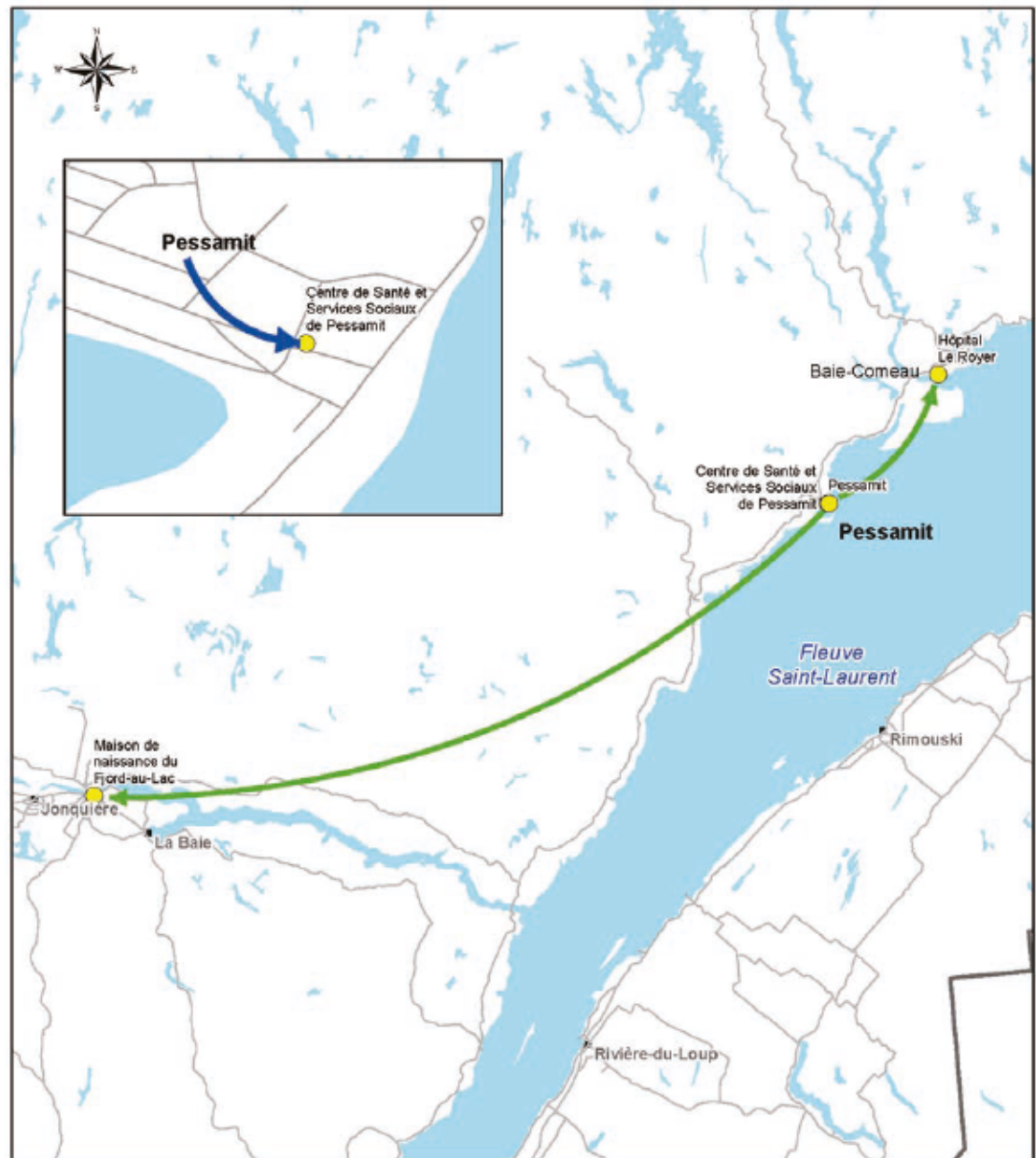


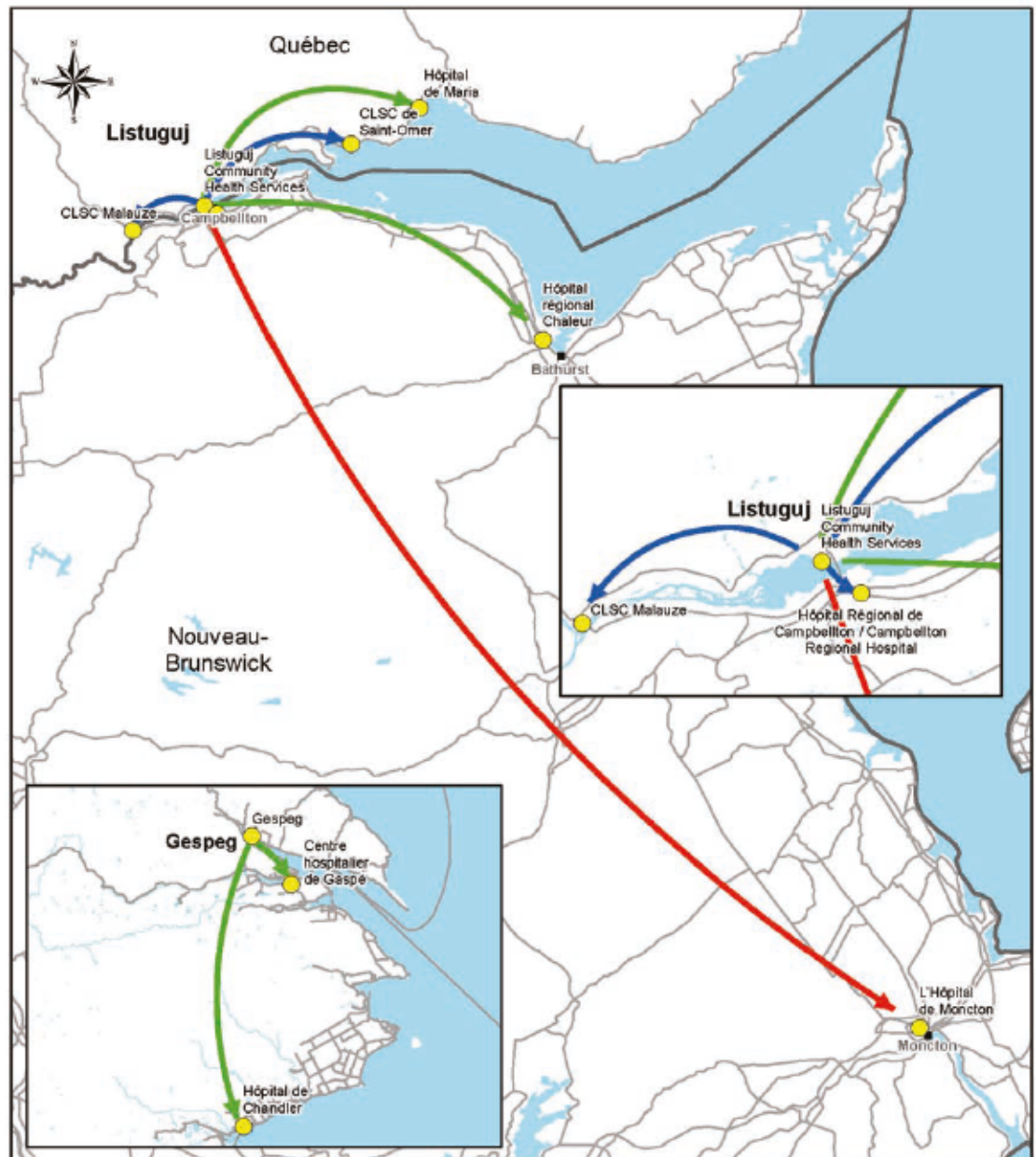
Figure 16 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté innue de Uashat mak Mani-Utenam

Communauté de Uashat mak Mani-Utenam



Figure 17 : Trajectoires des femmes enceintes des communautés mi'kmaq ayant participé à la recherche

Communautés mi'kmaq

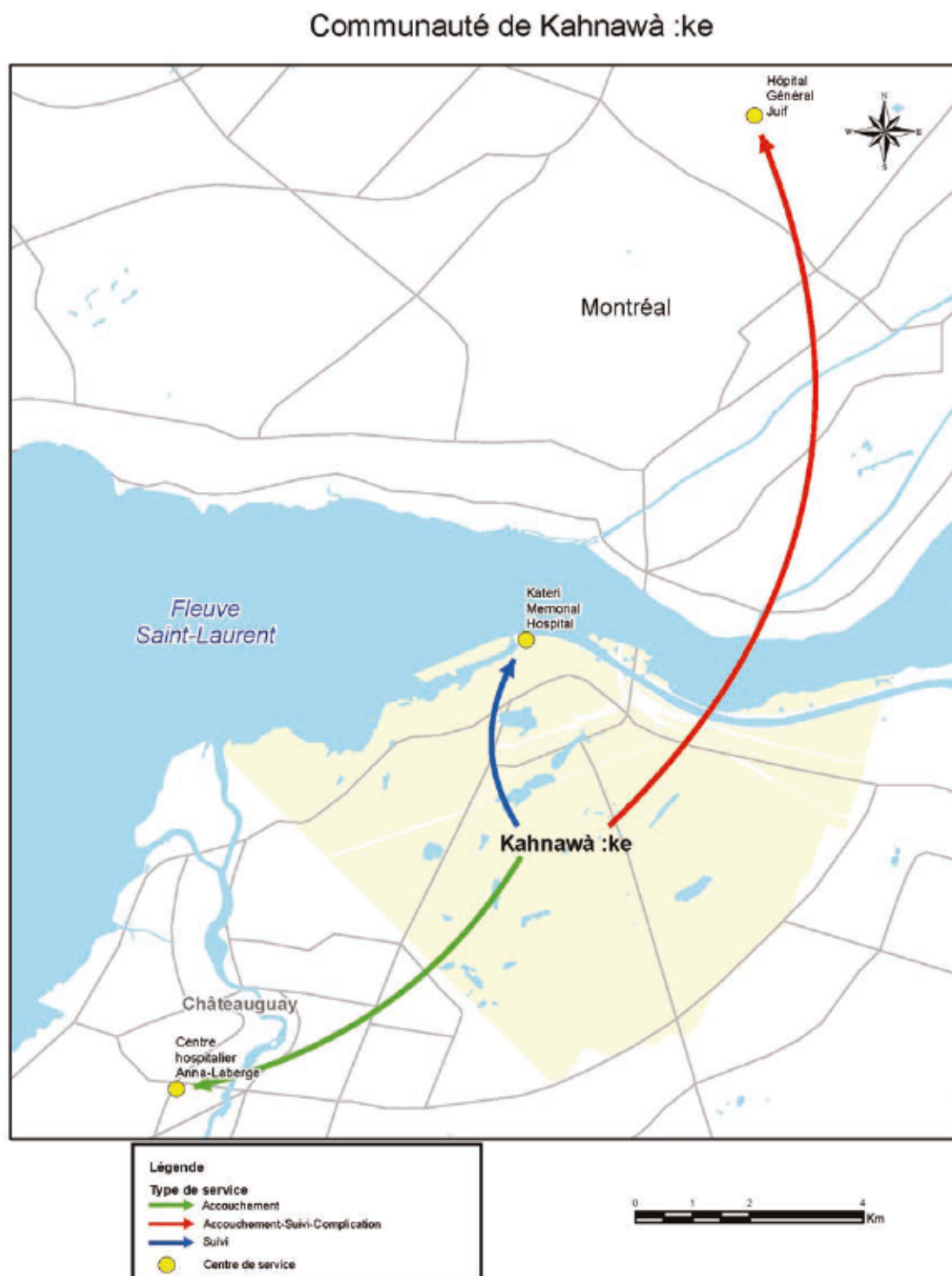


Légende

Type de service

- Accouchement
- Accouchement-Suivi-Complication
- Suivi
- Centre de service

Figure 18 : Trajectoires des femmes enceintes de la communauté mohawk de Kahnawà:ke



ANNEXE B

Guide d'entrevue semi-dirigée

L'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec

| | |
|---|---|
| Présentation de l'équipe de la Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones | Nom et institution |
| | Présentation des objectifs de la recherche |
| | Présentation du consentement |
| | Demande de permission d'enregistrer l'entrevue |
| Identification de la personne interviewée | Quel est votre nom, prénom ou nom traditionnel? |
| | D'où venez-vous? Quelle est votre communauté d'appartenance? |
| | Où habitez-vous? |
| | Quel emploi occupez-vous? |
| | Depuis combien d'années occupez-vous cet emploi? |
| Services périnataux | Pouvez-vous nous partager quels sont les services périnataux offerts au sein de la communauté/par votre organisme? |
| | Y a-t-il des services de sages-femmes dans votre communauté ou près de celle-ci? Quels sont-ils? |
| | L'accès aux services de sages-femmes est-il un besoin exprimé par les femmes enceintes de la communauté (et/ou celles fréquentant le centre de santé ou votre organisme)? Qu'avez-vous entendu à ce sujet? |
| | Selon vous, l'implantation des services sages-femmes au sein de la communauté est-elle réaliste? Quels seraient les éléments facilitants et/ou les obstacles face à l'implantation de cette offre de service? |
| | Pouvez-vous nous partager quels sont les services périnataux qui sont souhaités dans votre communauté/votre organisme? De quelles façons les femmes désirent-elles avoir accès à ces services? |

Si ces soins avaient été mis en place, comment pensez-vous que cela aurait aidé les femmes et les familles?

Quels sont les services périnataux qu'une femme enceinte de la communauté doit recevoir, mais qui ne sont pas accessibles sur la communauté (ex. échographie)?

Selon vous, comment l'accès aux services périnataux offerts par les sages-femmes pourrait pallier la non-disponibilité de certains services périnataux dans la communauté?

Selon vous, qu'est-ce qui devrait être mis en place pour que ces services soient offerts dans la communauté/par votre organisme? Quels sont les besoins à combler?

Selon vous, est-ce que les femmes enceintes souhaitent accoucher ici, dans la communauté?
Pourquoi est-ce important?

Pourquoi est-ce important selon vous que les femmes aient la possibilité de choisir l'endroit où elles désirent accoucher?

Lorsque les femmes mentionnent cette préférence, est-ce que leur choix est respecté par le personnel soignant?

Cartographie
(Utilisation de
Google Earth)

Pouvez-vous nous expliquer les étapes qu'une femme enceinte doit franchir pour avoir accès aux services périnataux à l'extérieur de la communauté (ex. déplacements, prises de rendez-vous)?

Quels sont les défis et les enjeux auxquels une femme enceinte doit faire face pour avoir accès à ces services hors communauté, et afin que son suivi soit réalisé de façon adéquate (temps requis, niveau de stress)?

Ces déplacements représentent combien de déplacements environ lors de la période prénatale, mais également postnatale?

Avez-vous une idée des coûts liés à ces déplacements? Ces coûts sont défrayés par qui? Existe-t-il une politique de remboursement, si c'est le cas est-elle facile d'accès pour les mères et les familles?

À partir d'une carte Google Earth, tracer les déplacements selon le stade de la grossesse et le type de suivi requis.

Pratiques ancestrales
autochtones

Y a-t-il des pratiques ancestrales autochtones (ex. cérémonies ou rituels entourant la grossesse, l'accouchement et l'arrivée du bébé, etc.) qui sont toujours présentes aujourd'hui et qui sont vécues non seulement par les femmes enceintes, mais également par les membres de la communauté?

Quelles sont ces pratiques et pouvez-vous les décrire?

Quelle est l'importance de ces pratiques (cérémonies ou rituels) pour la communauté?

Ajout

Souhaitez-vous nous partager d'autres informations concernant les services qui sont offerts, ou qui devraient être offerts aux femmes enceintes de votre communauté ou qui fréquentent votre organisme?

Qu'est-ce qui vous a convaincu de participer à cette recherche?

ANNEXE C

Note d'information

Note pour les directions de santé des communautés des Premières Nations et pour les organismes autochtones au Québec

Recherche sur l'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec

La Chaire de recherche du Canada sur les enjeux relatifs aux femmes autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), dirigée par la professeure Suzy Basile, met à contribution son expertise en matière de recherche avec les peuples autochtones afin de réaliser une recherche sur l'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec. Cette recherche se déroule en étroite concertation avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL).

L'objectif de la recherche est de préciser les besoins de connaissances permettant d'améliorer l'accès des familles autochtones aux services de sages-femmes par la recension des écrits, la recension des services offerts, l'état des expériences vécues par les femmes et les familles autochtones, l'identification des conditions de succès et des obstacles, la description de certaines pratiques ancestrales et la cartographie des expériences périnatales des familles autochtones.

Votre participation à ce projet est précieuse, car elle permettra de recueillir les données nécessaires afin de brosser un portrait le plus juste possible de la situation actuelle quant à l'accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec. Vous serez prochainement contactés par madame Frédérique Cornellier, l'agente de recherche à l'UQAT. Merci à l'avance pour votre collaboration.

Pour plus d'informations, contactez :

Jessie Messier, gestionnaire des services de santé à la CSSSPNQL par intérim,
jessie.messier@cssspnql.com

Suzy Basile, professeure à l'École d'études autochtones de l'UQAT,
suzy.basile@uqat.ca

Frédérique Cornellier, agente de recherche à l'UQAT,
frederique.cornellier@uqat.ca

ANNEXE D

Tableau des communautés autochtones,
des organismes autochtones et des personnes
témoignant à titre personnel ayant participé
à la collecte des données

COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

| | NATION/LIEU |
|--------------------------|---------------|
| Essipit | .Innu |
| Ekuanitshit | .Innu |
| Gespeg | .Mi'kmaq |
| Kahnawà:ke | .Mohawk |
| Kitigan Zibi | .Anicinabe |
| Lac Simon | .Anicinabe |
| Listuguj | .Mi'kmaq |
| Manawan | .Atikamekw |
| Mashteuiatsh | .Innu |
| Matimekush-Lac John | .Innu |
| Nutashkuan | .Innu |
| Opitciwan | .Atikamekw |
| Pessamit | .Innu |
| Pikogan | .Anicinabe |
| Timiskaming First Nation | .Anicinabe |
| Uashat Mak Mani-Utenam | .Innu |
| Wemotaci | .Atikamekw |
| Wendake | .Huron-Wendat |
| Wôlinak | .Abénaki |

ORGANISMES AUTOCHTONES

| | |
|--|-----------------|
| Centre d'amitié autochtone de La Tuque | .La Tuque |
| Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières | .Trois-Rivières |
| Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or | .Val-d'Or |
| Femmes Autochtones au Québec | .Kahnawà:ke |
| National Council of Indigenous Midwives | .Montréal |
| Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec | .Wendake |

PERSONNES TÉMOIGNANT À TITRE PERSONNEL

| | |
|------------------|-------------------|
| Femme allochtone | .Montréal |
| Femme atikamekw | .Centre-du-Québec |

ANNEXE E

Appels à l'action et recommandations des commissions d'enquête et des plans d'action gouvernementaux portant sur les besoins en santé des peuples autochtones

| Thèmes abordés | Références |
|-----------------------|--|
| | CERP : Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics CRPA : Commission royale sur les peuples autochtones CVRC : Commission de Vérité et réconciliation du Canada ENFFADA : Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022 (SAA, 2017) Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027 (SRPNI, 2022) Plan d'action en périnatalité et petite enfance (PAPPE) 2023-2028 (MSSS, 2023) |
| Collaboration | CRPA, 1996 : 3.3.6; 3.3.12; 3.3.21; 3.3.22 Plan d'action en périnatalité 2023-2028 (MSSS, 2023) : 2.3.1 |
| Conditions de travail | CERP, 2019 : 107 CRPA, 1996 : 3.3.13 CVRC, 2012 : 23 ENFFADA, 2019 : 7.8 Plan d'action (SAA, 2017) : deux recommandations |
| Droits | CRPA, 1996 : 3.2.10 ENFFADA, 2019 : 3.1; 7.1 |
| Éducation | CERP, 2019 : 24; 25; 26; 87; 102 CRPA, 1996 : 3.3.14; 3.3.16; 3.3.17; 3.3.18; 3.3.19; 3.3.23 CVRC, 2012 : 23; 24 ENFFADA (Qc), 2019 : 8; 9 ENFFADA, 2019 : 2.5; 7.4; 7.6; 7.7; 11.1; 15.4 Plan d'action (SAA, 2017) : une recommandation |
| Enfants | ENFFADA (Qc), 2019 : 20 Plan d'action (SRPNI, 2022) : 3.3; 3.7 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Financement | CERP, 2019 : 76; 79; 82; 84; 86; 88; 90; 93; 97; 99; 100 CRPA, 1996 : 3.2.1; 3.3.3; 3.3.13; 3.3.14 CVRC, 2012 : 21 ENFFADA, 2019 : 2.5; 3.6; 7.7; 7.8 Plan d'action (SRPNI, 2022) : 2.1; 2.8; 4.9 |
| Langue | CERP, 2019 : 12; 15; 16; 18 |
| Lois, règlements et ententes | CERP, 2019 : 12; 74; 78; 80; 82; 83; 85; 86; 89; 91; 92; 95; 98; 101; 104; 105; 106 CRPA, 1996 : 3.3.1; 3.3.3; 3.3.5 CVRC, 2012 : 19 ENFFADA, 2019 : 1.1 Plan d'action (SAA, 2017) : deux recommandations Plan d'action (SRPNI, 2022) : 1.6; 2.8; 3.6; 5.1 |
| Politique | CRPA, 1996 : 3.2.1; 3.2.10; 3.3.2; 3.3.12 CVRC, 2012 : 18; 20; ENFFADA, 2019 : 1.6; 3.6 Plan d'action (SAA, 2017) : deux recommandations |
| Programmes en santé | CRPA, 1996 : 3.3.1; 3.3.5; 3.3.24 ENFFADA, 2019 : 7.3; Plan d'action (SAA, 2017) : trois recommandations |
| Ressources | ENFFADA, 2019 : 7.4; 7.5 |
| Savoirs traditionnels | CRPA, 1996 : 3.3.18; 3.3.21; 3.3.23 ENFFADA, 2019 : 7.4 Plan d'action (SAA, 2017) : une recommandation |
| Sécurisation culturelle | CERP, 2019 : 24; 25; 74; 75; 76; 78; 81; 84; 85; 90; 96; 97 CRPA, 1996 : 3.3.8; 3.3.15; 3.3.16; 3.3.22; 3.3.24 CVRC, 2012 : 22 ENFFADA, 2019 : 7.1, 7.2; 7.4; 15.4 Plan d'action (SAA, 2017) : deux recommandations Plan d'action (SRPNI, 2022) : 3.7; 3.8; 5.4; 5.5 Plan d'action en périnatalité, 2023-2028 : 2.3 |
| Soins de périnatalité de proximité | Plan d'action (SRPNI, 2022) : 3.4 Plan d'action en périnatalité 2023-2028 (MSSS, 2023) : 2.3 |
| Transport médical et hébergement | CERP, 2019 : 77; 103 Plan d'action en périnatalité, 2023-2028 : 2.3.3 |