

Université de Montréal

Étude descriptive sur la santé des Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec :
perspectives croisées sur les habitudes de vie et les services de santé

Par
Anne-Marie Leclerc

Programme de sciences biomédicales
Faculté de médecine
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences biomédicales

Février 2021

© Anne-Marie Leclerc, 2021

Université de Montréal
Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine
Extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Cette thèse intitulée

**Étude descriptive sur la santé des Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec :
perspectives croisées sur les habitudes de vie et les services de santé**

Présentée par
Anne-Marie Leclerc

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Marie-Josée Drolet
Présidente-rapporteuse

Marie-Claude Rivard
Directrice de recherche

Paule Miquelon
Co-directrice de recherche

Malek Batal
Membre du jury

Lily Lessard
Examineur externe

Résumé

Un peu plus de 2 % de la population québécoise est membre des Premières Nations. Malgré les efforts investis dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie, une majorité d'entre eux souffrent de multiples maladies chroniques. Par ailleurs, le récent rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (CERP, 2019) a mis en lumière les barrières culturelles et les problèmes d'accès aux services de santé. La présence simultanée de ces enjeux, reliée notamment à certaines habitudes de vie et à l'accès aux soins, justifie la pertinence de mieux comprendre l'état de la situation. L'objectif général de ce projet doctoral est d'examiner les habitudes de vie et les services de santé offerts aux Premières Nations de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec. Réalisé à l'aide d'un devis de recherche mixte (questionnaires et entretiens semi-dirigés), ce projet doctoral comporte trois sous-objectifs : (1) dresser un portrait des comportements alimentaires et d'activités physiques des Autochtones à l'aide d'un examen de la portée (étude 1); (2) explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques des personnes issues des Premières Nations et les significations qui y sont associées (études 2a et 2b); et (3) examiner l'autoperception de la compétence culturelle des infirmières¹ travaillant auprès de la clientèle autochtone (étude 3). Considérant l'aspect holistique de la santé, le cadre conceptuel qui oriente ce projet est celui du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) portant sur la santé et ses déterminants, avec ces cinq catégories : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population. Les résultats de l'étude 1 de cette thèse soulignent la transition alimentaire des Autochtones du Canada par une diminution de la consommation d'aliments traditionnels, qui renvoie à une baisse de la qualité nutritionnelle. Il y a également une pratique régulière d'activités physiques,

¹ L'emploi du féminin pour désigner la profession infirmière est utilisé seulement dans le but d'alléger le texte.

malgré la présence de nombreuses barrières associées à l'environnement physique, économique et politique. En ce qui concerne l'étude pilote 2a et son déploiement 2b, l'alimentation traditionnelle est apparue comme une constituante importante du menu, mais parfois difficilement disponible. Un écart est observé entre les recommandations du Guide alimentaire canadien (version Premières Nations, Inuit et Métis) et la réalité des participants, notamment quant à la consommation de fruits et légumes. Pour sa part, la pratique d'activités physiques des Premières Nations à l'étude est comparable à l'ensemble de la population québécoise. Aussi, les significations associées à ces deux habitudes de vie sont imprégnées d'une vision holistique, soit l'équilibre entre les aspects physiques, émotionnels, psychologiques et spirituels. Enfin, en ce qui concerne les résultats de l'étude 3, les infirmières du département de l'urgence, en centre hospitalier, qui agissent souvent en première ligne, se sentent moins confiantes dans leurs habiletés d'aborder certains aspects de la santé avec la clientèle autochtone et pour cause, la formation initiale sur ce sujet semble peu développée. Ce projet doctoral offre donc une meilleure compréhension des habitudes de vie et des services de santé offerts aux Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec. L'originalité du projet repose sur sa méthodologie mixte, l'implication de collaborateurs autochtones et la diversité des participants, résidant à la fois dans des communautés territoriales et des milieux urbains. Enfin, sa pertinence s'appuie sur les inégalités de santé vécues par les Autochtones, l'importance des compétences culturelles à développer et maintenir chez les professionnels de la santé, de même que l'importance sociale de ce sujet, qui est directement en lien avec les priorités actuelles de recherche et même politiques.

Mots-clés : Autochtones, habitudes de vie, santé, compétence culturelle, services de soins, croyances et perceptions.

Abstract

First Nations people comprise just over 2% of the Quebec population. Despite the effort invested in health promotion and disease prevention, a majority of them suffer from multiple chronic diseases. Moreover, the recent Public Inquiry Commission (2019) report on relations between Indigenous peoples (First Nations, Métis and Inuit) and certain public services in Quebec highlights the cultural barriers and problems Indigenous people encounter when accessing health services. The simultaneous presence of these concerns, which are related to particular lifestyle habits and access to care, justify the relevance of seeking a better understanding of the situation. The general objective of this doctoral project is to examine lifestyle habits and health services offered to the First Nations people of the Mauricie and Centre-du-Québec region. Conducted using a mixed research design (questionnaires and semi-structured interviews), this doctoral project has three sub-objectives: (1) to draw a portrait of Indigenous people's eating behaviours and physical activities (study 1), (2) to explore the eating and physical activity behaviours of First Nations people and the meanings associated with them (studies 2a and 2b), and (3) to examine the self-perceptions of cultural competence among nurses working with Indigenous clientele (study 3). Considering the holistic aspect of health, the conceptual framework guiding this project is that of the Ministry of Health and Social Services of Quebec (MHSSQ) on health and its determinants using five categories: the global context, systems, living environments, individual characteristics and the health status of the population. Two-eyed seeing and cultural safety are also concepts that guides the entire research process. In this thesis, the results of study 1 emphasize the dietary transition of Indigenous people in Canada through a decrease in the consumption of traditional foods, which is related to a decrease in nutritional quality. Also, there is regular physical activity, despite the presence of many barriers associated with the physical, economic and political environment. In the pilot study 2a and its deployment 2b, traditional food appeared to be an important component of

the menu, but sometimes difficult to obtain. A gap was observed between the recommendations of Canada's Food Guide (First Nations, Inuit and Métis version) and the reality of the participants, particularly with regard to the consumption of fruits and vegetables. While the physical activity level of the First Nations in the study is comparable to that of the general Quebec population. Also, the meanings associated with these two lifestyle are imbued with a holistic vision, namely, the balance of physical, emotional, psychological and spiritual elements. Then, with respect to the results of study 3, nurses in hospital emergency departments, who are often an individual's first contact with health services, lack confidence in their ability to address particular aspects of health with Indigenous clientele. This is understandable, as initial training for nurses on this issue does not seem to be well developed. This doctoral project provides a better understanding of the lifestyle habits of First Nations people in the Mauricie and Centre-du-Québec region and the health services offered to them, and it may increase awareness of this clientele's the region's health issues among staff in the area's health networks. Its originality is derived from its mixed methodology, the involvement of First Nations patients as partners and the diversity of the First Nations participants who reside in both territorial communities and urban settings. Finally, its relevance is based on the health inequalities experienced by Indigenous people, the importance of developing and maintaining cultural competencies among health care professionals and the high social relevance of its topic, which is directly related to current research and even political priorities.

Keywords: Indigenous people, health habits, health, cultural competency, health services, beliefs and perceptions

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Liste des tableaux	xiii
Liste des figures	xv
Liste des abréviations	xvi
Remerciements	xvii
Avant-propos	xxi
Préambule	xxiii
Introduction générale.....	1
Contextes autochtones de la Mauricie et Centre-du-Québec	4
Les Abénakis	4
Les Atikamekw	7
Les Autochtones vivant en milieux urbains	8
Chapitre 1. Problématique.....	12
1.1 Définitions de la santé chez les Autochtones	13
1.2 Déterminants de la santé chez les Autochtones	15
1.2.1 Contexte global	17
1.2.1.1 Contexte politique et législatif.....	18
1.2.1.1.1 Pensionnats autochtones	19
1.2.1.2 Contexte démographique	23
1.2.1.2.1 Structure de la population	23
1.2.1.2.1.1 Mouvements migratoires.....	25
1.2.2 Systèmes.....	26
1.2.2.1 Système de santé et de services sociaux	26
1.2.2.1.1 Services offerts en milieux urbains.....	27
1.2.2.1.2 Centres de santé en communauté.....	28
1.2.2.1.3 Accessibilité.....	29
1.2.2.2 Aménagement du territoire	33
1.2.3 Milieux de vie	34
1.2.3.1 Milieu familial	34
1.2.3.2 Communauté locale et voisinage	35
1.2.4 Caractéristiques individuelles	37
1.2.4.1 Habitudes de vie et comportements	37

1.2.4.1.1 Nutrition, alimentation.....	38
1.2.4.1.2 Mode de vie actif	41
1.2.4.2 Caractéristiques socioéconomiques	44
1.2.4.2.1 Niveau de scolarité.....	44
1.2.4.2.2 Type d'emploi.....	45
1.2.5 État de santé de la population	46
1.2.5.1 Santé globale.....	46
1.2.5.1.1 Perception de la santé globale.....	46
1.2.5.2 Santé physique.....	47
1.2.5.2.1 Mortalité, létalité.....	47
1.2.5.2.2 Comorbidité	47
1.2.5.2.2.1 Diabète	48
1.2.5.2.2.2 Obésité.....	50
1.2.5.2.2.3 Maladies cardiovasculaires	51
1.3 Étude 1 - Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada (publiée en 2019 au Canadian Journal of Cardiovascular Nursing).....	53
1.3.1 Contribution des auteurs	54
1.3.2 Résumé en français	55
Abstract	57
Background	59
Social Determinants of Health	59
Cardiovascular Risk Factors	59
Diet & Physical Activity.....	60
Aim and Methods.....	62
Stage 1: Identifying the Research Question	62
Stage 2: Identifying Relevant Studies.....	62
Stage 3: Study Selection	63
Stage 4: Charting the Data	64
Stage 5: Collating, Summarizing, and Reporting the Findings.....	64
Stage 6: Consultation exercise	65
Results.....	65
Dietary Behaviour	73
Physical Activity Behaviour	75
Discussion	76
Recommendations for Dietary Behaviour.....	76
Recommendations for Physical Activity Behaviour.....	77
Strengths and Limitations	78
Recommendations for Research.....	78
Nursing Implications.....	80

Conclusion.....	81
References	83
1.4 Pertinence scientifique de la recherche	90
1.5 Objectifs et hypothèses	92
Chapitre 2. Cadre de recherche	93
2.1 Cadre conceptuel.....	94
2.1.1 Déterminants de la santé	94
2.1.2 Approche à double perspective	95
2.1.3 Sécurisation culturelle.....	96
Chapitre 3. Méthodologie.....	99
3.1 Considérations éthiques	100
3.1.1 Énoncé de politique des trois Conseils	101
3.1.2 Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador	103
3.1.3 Lignes directrices pour la recherche en contextes autochtones	104
3.2 Devis de recherche	106
3.3 Spécifications méthodologiques des études du projet doctoral.....	108
3.3.1 Étude 1 - Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada	109
3.3.1.1 Cadre méthodologique.....	109
3.3.2 Étude 2a - Pilot-Project on Eating Behaviours and Physical Activity of First Nations Peoples: A Mixed-Methods Approach.....	110
3.3.2.1 Population et recrutement.....	112
3.3.2.2 Outils	114
3.3.2.2.1 Questionnaire	114
3.3.2.2.2 Entretien.....	116
3.3.2.3 Stratégies d'analyse	119
3.3.2.3.1 Cueillette des données verbales	121
3.3.2.3.2 Lecture des données.....	121
3.3.2.3.3 Division des données en unités significatives.....	122
3.3.2.3.4 Organisation des données brutes dans le langage de la discipline.....	122
3.3.2.3.5 Synthèse des données.....	122
3.3.3 Étude 2b - First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area: A mixed-methods approach	123
3.3.3.1 Population et recrutement.....	126
3.3.3.2 Outils	128
3.3.3.2.1 Questionnaire	128
3.3.3.2.2 Entretien.....	134

3.3.3.3 Stratégies d'analyse	136
3.3.4 Étude 3 - Transcultural health practice of emergency nurses working with Indigenous population: A descriptive study	136
3.3.4.1 Population et recrutement	137
3.3.4.2 Outils	138
3.3.4.2.1 Questionnaire sociodémographique.....	138
3.3.4.2.2 Questionnaire sur l'expérience des infirmières	139
3.3.4.3 Stratégies d'analyse	142
3.4 Critères de scientificité.....	142
Chapitre 4. Résultats de l'Étude 2a – Pilot Project on Eating and Physical Activity Behaviors of First Nations Peoples: A Mixed-Methods Approach (à soumettre)	146
4.1 Contribution des auteurs	147
4.2 Résumé en français	148
Abstract	150
Introduction	151
Diet and PA among First Nations people.....	151
Context of the Study	152
Methods.....	153
Questionnaire	154
Semi-directed Interview	155
Ethical Considerations	156
Results.....	156
Results of the Questionnaire (QUAN).....	157
Dietary Profile	157
Profile of PA.....	158
Results of the Semi-directed Interviews (QUAL).....	159
Population's State of Health	160
Perception of health	160
Definition of health.....	160
Individual Characteristics	161
Diet.....	161
Physical Activity.....	162
Living Environments and Lifestyle Habits.....	162
Obstacles to healthy eating	162
Obstacles to PA.....	162
Family support.....	163
Community support	163
Systems.....	164
Support from health professionals	164

Discussion	164
Diet.....	164
Physical Activity	165
Limitations	167
Conclusions	167
References	169
Chapitre 5. Résultats de l'Étude 2b - First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area: A mixed-methods approach	173
5.1 Contribution des auteurs	174
5.2 Résumé en français	175
Abstract	176
5.3 Annexes de l'étude 2b.....	178
5.3.1 Caractéristiques démographiques	178
5.3.2 La théorie de l'autodétermination	180
5.3.3 Résultats quantitatifs supplémentaires (présenté partiellement sur l'affiche scientifique)	183
5.3.4 Résultats qualitatifs supplémentaires (présenté partiellement sur l'affiche scientifique)	187
5.3.5 Références complètes de l'affiche scientifique.....	192
Chapitre 6. Résultats de l'Étude 3 - Transcultural health practice of emergency nurses working with Indigenous population: A descriptive study (publiée en 2020 au <i>Journal of Emergency Nursing</i>).....	194
6.1 Contribution des auteurs	195
6.2 Résumé en français	196
Abstract	199
Introduction	200
Conceptual Framework	202
Methods.....	203
Instruments.....	204
Transcultural self-efficacy tool.....	204
Cultural competence clinical evaluation tool—employee version	204
Sociodemographic questionnaire.....	205
Results	206

Transcultural Self-Efficacy	206
Cultural Competence Clinical Evaluation.....	209
Discussion	210
Limitations	213
Conclusions and Implications for Emergency Nurses	213
References	215
Chapitre 7. Discussion générale.....	219
7.1 Portait des comportements alimentaires des Autochtones	220
7.2 Portait de la pratique d'activités physiques des Autochtones	226
7.3 Aspects motivationnels des comportements alimentaires et de la pratique d'activités physiques	229
7.4 Services de santé	230
7.5 Forces et limites des études de cette thèse	232
7.6 Retombées générales des études de cette thèse.....	236
7.7 Implication des résultats de cette thèse	237
7.7.1 Pistes d'actions cliniques	237
7.7.1.1 Piste 1 : Intervenir pour une alimentation plus saine.....	238
7.7.1.2 Piste 2 : Intervenir pour une pratique accrue d'activités physiques	239
7.7.1.3 Piste 3 : Soutenir les compétences culturelles des infirmières	240
7.7.2 Implications théoriques et pistes de recherche futures.....	243
7.7.2.1 Piste 1 : Adapter les outils de recherche au contexte autochtone	243
7.7.2.2 Piste 2 : Réaménager l'environnement.....	245
7.7.2.3 Piste 3 : Préparer les chercheurs aux contextes autochtones	245
Conclusion générale	248
Références générales	251
Annexe A Les Nations	286
Annexe B Autorisation des communautés autochtones	288
Annexe C Autorisations éthiques.....	292
Annexe D Outils de recrutement.....	297
Annexe E Outils de recherche	305

Liste des tableaux

Tableau

1	Aperçu des articles scientifiques inclus dans les résultats de la thèse	xxiv
2	Aperçu des publications incluses dans la thèse (qui ne sont pas des articles scientifiques)	xxv
3	Population inscrite chez les Abénakis et les Atikamekw	6
4	Les pensionnats autochtones au Québec	20
5	Intensité de l'activité physique	42
6	Synthèse des prévalences des maladies chroniques au Québec et au Canada	49
7	Overall Results of Scoping Review (N = 30)	66
8	Descriptive Summary of Articles Meeting the Inclusion Criteria for Diet (N = 21)	68
9	Descriptive Summary of Articles Meeting the Inclusion Criteria for Physical Activity (N = 9)	71
10	Sommaire méthodologique des études	108
11	Variables et outils de l'étude 1 (volet quantitatif)	115
12	Processus général d'analyse des données quantitatives et qualitatives dans un devis mixte	120
13	Résumé des techniques utilisées pour assurer la rigueur et la qualité du projet doctoral	145
14	Compliance with Canada's daily recommendations and average daily consumption for each of the four food groups (portions; N = 15)	158
15	Average weekly duration (minutes) of physical activity (PA) practice (N = 15)	159
16	Caractéristiques démographiques des participants (questionnaire en ligne et entretien)	178
17	Moyenne hebdomadaire de la durée de la pratique d'activités physiques (minutes) et d'accessibilité (N = 32)	185
18	Adhésion aux recommandations du Guide alimentaire canadien et consommation quotidienne des quatre groupes alimentaires (portions) (N = 32)	186

Tableau

19	Results from the sociodemographic questionnaire (N = 30).....	207
20	Results from the transcultural self-efficacy questionnaire.....	208
21	Results from the Cultural Competence Clinical Evaluation questionnaire.....	210

Liste des figures

Figure

1	Démographie des Autochtones, adaptée de Statistique Canada (2018)	3
2	Exemple de roue de médecine (Wikimedia Commons, 2012)	14
3	Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (MSSS, 2016, p. 16)	17
4	Flow Chart of Included and Excluded Studies	64
5	Continuum de la sécurisation culturelle, adapté de Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2013)	97
6	Cultural competence and confidence model (Jeffreys, 2016b, p. 69)	139

Liste des abréviations

AANC :	Affaires autochtones et du Nord Canada
ACESI :	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
APNQL :	Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador
CAALT :	Centre d'amitié autochtone de La Tuque
CAATR :	Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières
CERP :	Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics
CGIPN :	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
CIUSSS MCQ :	Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CPN :	Centre des Premières Nations
CSSSPNQL :	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
EANEPN :	Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations
ERS :	Enquête régionale sur la santé chez les Premières Nations
IMC :	Indice de masse corporelle
IRSC :	Instituts de recherche en santé du Canada
INSPQ :	Institut national de la santé publique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RCAAQ :	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
SAA :	Secrétariat aux affaires autochtones
SCPE :	Société canadienne de physiologie de l'exercice
SIAA :	Système d'intervention d'autorité atikamekw
SSNA :	Services de santé non assurés
UQTR :	Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

Tout d'abord, je dois remercier les membres de ma famille pour leur soutien et encouragement tout au long des six dernières années. Merci à mon conjoint pour sa tolérance à l'égard des différents articles et livres sur les peuples autochtones qui ont parsemé notre table de cuisine ces dernières années. Merci à mes enfants pour leur ouverture et curiosité lors de notre participation aux différentes activités culturelles reliées aux Premières Nations. Merci à mes parents et ma sœur, pour qui la réalisation d'une thèse est peut-être encore abstraite et mystérieuse, mais de vous savoir fiers m'a permis de poursuivre mes objectifs.

Ensuite, mes remerciements s'adressent au personnel et aux étudiants de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). J'ai beaucoup de gratitude à l'égard de mes deux directrices Marie-Claude Rivard et Paule Miquelon. Vous m'avez soutenue, encouragée et amenée à repousser mes limites. Malgré le contexte de télétravail relié à la pandémie de la COVID-19, j'ai toujours senti que vous étiez là pour moi. J'ai grandement apprécié votre disponibilité et la confiance que vous m'avez accordée. Merci à mon parrain de thèse, François Trudeau ainsi qu'à ma marraine Chantal Plourde. Je souhaite remercier mes collègues du département des sciences infirmières pour l'inspiration, les conseils et le soutien. De sincères remerciements aux membres du Groupe interdisciplinaire de recherche appliquée en santé (GIRAS) pour votre rôle de mentor et votre ouverture pour l'inclusion de ma thématique de recherche. Merci à M. Gareau, M. Leblond et Mme Gras du programme de doctorat en sciences biomédicales. Sans oublier les étudiants qui ont collaboré de près ou de loin à mes travaux. Merci également aux membres de mon jury de thèse pour le temps consacré à l'évaluation de ma thèse. Vous avez contribué à pousser ma réflexion encore plus loin et par le fait même, améliorer la qualité de ma thèse.

Un chaleureux merci aux participants abénakis d’Odanak et Wôlinak ainsi qu’aux Atikamekw de Wemotaci pour votre accueil. Plus spécifiquement, je souligne la collaboration de Daphnée Couture et son équipe du Centre de santé d’Odanak. Un énorme merci à Nancie Constant, Jean-Clément Gauthier et Daniel G. Nolett. À Wôlinak, merci à Dave Bernard, Mélanie Bonneville, Jean Brodeur et l’équipe de Centre de santé. Wliwni! À Wemotaci, mes remerciements vont à mesdames Agathe Connelly, Eniko Neashish et Isabelle Wood. Mikwetc!

Un grand merci aux équipes et membres du Centre d’amitié autochtone de Trois-Rivières (CAATR) et du Centre d’amitié autochtone de La Tuque (CAALT). Un merci spécial pour votre confiance : Jean-Baptiste Biroté, Armand Collard, Christine Jean, Valérie Jubainville, et Guillaume Lévesque.

Au CIUSSS MCQ, je souhaite remercier : Annie Cossette, Natalie Gélinas, Michel-Alain Lafort, Denis Larrivée, Fanny Livernoche, Marcel Rheault, Nancy Roy ainsi que les infirmières qui ont participé au projet.

Au niveau financier, je souhaite remercier le GIRAS, l’UQTR, le MEES-Universités, les Instituts de recherche en santé du Canada (Institut de santé des Autochtones) et la professeure Marie-Claude Tremblay de l’Université Laval (projet Plateforme stratégique -patient partenaire autochtone).

Plusieurs personnes ont contribué à l’avancement de mon projet depuis 2015, que ce soit par la mise en lien avec un contact personnel, une conversation ou le partage d’une référence scientifique. J’en profite pour remercier Martin Bisson, directeur des écoles Curé-Chamberland et

Saint-Pie-X. Pour conclure, merci à mes ami(e)s ainsi que tous ceux et celles qui m'ont encouragée dans ce projet doctoral!

Mikwetc! Wliwni! Merci!

*Tu parles d'étoiles
Je te parle de rivières
Tu parles d'astres
Je te parle de lacs
Tu parles de l'infini
Je te parle de la toundra
Tu parles d'anges
Je te parle d'aurores boréales
Tu parles des cieux
Je te parle de la terre*

Joséphine Bacon (2018)

Avant-propos

Ce travail de recherche a été réalisé dans la visée de créer des ponts, notamment entre les services de santé autochtones et allochtones, mais aussi avec la profession infirmière. Pour ce faire, le projet doctoral s'est inscrit dans un processus plus large d'engagement social et de réciprocité de la doctorante avec les Premières Nations. De ce fait, en parallèle aux résultats présentés, plusieurs initiatives ont été menées par la doctorante au sein de l'UQTR et de la communauté ainsi qu'auprès des collaborateurs autochtones. Par exemple, la fondation du Cercle de partage autochtone de l'UQTR en 2018 a permis de créer un espace de dialogue entre Autochtones et Allochtones à l'université, sous la forme de rencontres thématiques (Rousseau, 2018). Un Bottin des ressources autochtones de la Mauricie-Centre-du-Québec a aussi été réalisé avec le Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières [CAATR] (Leclerc, Lemay, & Comité du projet Stratégie holistique de santé du Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières (2020). Aussi, le projet de transfert des connaissances intitulé *Miro Matisiwin : empowerment en santé chez les Autochtones*, organisé en mode co-construction avec le CAATR, a soutenu la présentation de huit activités sur des thématiques en santé. Ces trois initiatives et les nombreuses autres implications de la doctorante en lien avec les enjeux autochtones (p. ex. membres de comités, révision de documents, participation à des forums et marche de solidarité) marquent l'ampleur de la thèse en plus de favoriser une meilleure connaissance des réalités autochtones dans la région, le rayonnement de la culture autochtone et un partenariat avec les collaborateurs autochtones, tous essentiels au succès de ce projet doctoral. Comme le souligne le Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador (Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador [APNQL], 2014), dans un processus de décolonisation de la recherche, l'établissement de relations de confiance, tout comme le respect et l'équité sont des éléments essentiels avec les Premières

Nations. Ces valeurs fondamentales, bien que moins explicites dans cette thèse, demeurent néanmoins la prémisse et le cœur de la recherche en contexte autochtone.

Préambule

Ce projet doctoral est présenté sous forme de thèse par articles. Les avantages de présenter une telle structure sont notamment de constituer plus rapidement un dossier de publications, mais aussi d'améliorer la recherche grâce au processus d'évaluation par les pairs (Papy, 2016). Tous les articles ont été rédigés pendant le processus de doctorat en sciences biomédicales¹. Comme présenté au Tableau 1, trois articles scientifiques sont inclus dans cette thèse. La doctorante est l'auteure principale et a apporté une contribution substantielle à chacun des articles. La contribution d'autres étudiants est notée par un astérisque dans la liste des auteurs. En complément des articles de thèse, un chapitre de livre sur les méthodes mixtes ainsi que deux publications professionnelles destinées aux infirmières sont également présentés au Tableau 2 étant donné leurs contributions aux divers chapitres de la thèse. Bien qu'elles ne soient pas toutes citées, cette thèse a fait l'objet de plus de 10 communications orales et par affiches présentées à l'échelle régionale, nationale et internationale.

Il est à noter qu'au début de cette thèse, à l'hiver 2015, il était presque encore à propos de parler du peuple invisible² pour qualifier les Autochtones. Or, quelques mois plus tard, cette situation s'est renversée, notamment par l'apport des médias lors du dépôt du rapport de la Commission de vérité et réconciliation (juin 2015), les allégations des femmes autochtones de Val-d'Or contre les policiers de la Sécurité du Québec (octobre 2015), le décès du policier Leroux au

¹ Le doctorat en sciences biomédicales de l'UQTR est offert en extension avec l'Université de Montréal depuis seulement l'automne 2013 (Descoteaux, 2013). Son objectif est de former de futurs chercheurs dans un cadre multidisciplinaire comprenant la recherche clinique, fondamentale ou épidémiologique (Université de Montréal, n.d.). Il est à noter que de par la formation académique et l'expérience professionnelle et le département d'attache de la doctorante, la perspective des sciences infirmières est omniprésente tout au long de cette thèse (p. ex. public cible des publications des résultats et ouvrages de référence).

² Référence au documentaire « Le peuple invisible » de Richard Desjardins & Robert Monderie (2007).

Lac Simon (février 2016), puis l’amorce officielle de l’Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (mai 2016)¹. L’élaboration et l’amorce de la thèse ont donc été influencées par ces événements marquants de l’actualité.

Tableau 1

Aperçu des articles scientifiques inclus dans les résultats de la thèse

Articles	Contribution à la thèse
Étude 1 : publiée	
Leclerc, A.-M., Busque*, A., Miquelon, P. & Rivard, M.-C. (2019). Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada, <i>Canadian Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 29(3), 26-37.	Objectif 1 de la thèse : Chapitre 1
Étude 2a ² : à soumettre	
Leclerc, A.-M., Boulanger**, M., Miquelon, P. & Rivard, M.-C. Pilot-project on eating and physical activity and behaviors of First Nations peoples in Quebec: A mixed-methods approach.	Objectif 2 de la thèse : Chapitre 4
Étude 3 : publiée	
Leclerc, A.-M., Miquelon, P., Rivard, M.-C. (2020). Transcultural Health Practices of Emergency Nurses Working with Indigenous Peoples: A descriptive study, <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 46(2), 239-245. doi: 10.1016/j.jen.2019.10.018	Objectif 3 de la thèse : Chapitre 6

Notes : * Étudiant ayant collaboré à la recension des écrits; ** Étudiante ayant collaboré à l’analyse des données.

¹ Dans une visée pédagogique pour les étudiantes du cours *Perspectives sociales et culturelles de la santé* du baccalauréat en sciences infirmières de l’UQTR, une revue de la presse écrite francophone québécoise ($n = 138$ articles) a été réalisée entre le mois d’août 2015 jusqu’à la fin de l’année 2016. Les médias ayant été recensés sont principalement : La Presse, le Nouvelliste, Radio-Canada, Le Manic, Le Devoir et AMEC en ligne.

² L’étude 2a est un projet-pilote et son déploiement s’intitule étude 2b. Il en sera question au Chapitre 3 sur la méthodologie.

Tableau 2

*Aperçu des publications incluses dans la thèse
(qui ne sont pas des articles scientifiques)*

Publications	Contribution à la thèse
Article professionnel : Tremblay***, J., & Leclerc, A.-M. (2019). Perspective contemporaine de la santé des Autochtones : une revue de littérature, <i>Cyberjourn@l de l'ORIIMCQ</i> , 8(1).	Chapitre 1 (Problématique) Section 1.1 Revue de littérature portant sur la définition de la santé chez les Autochtones
Chapitre de livre : Regragui, S., Leclerc, A.-M., & Roch, G. (2018). Défis pratiques et méthodologiques de trois expériences doctorales avec devis mixte. Dans M. Bujold, Q. N. Hong, V. Ridde, C. J. Bourque, M. J. Dogba, I. Vedel, & P. Pluye (Éds), <i>Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé</i> (pp. 100-119). Montréal, QC : ACFAS.	Chapitre 3 (Méthodologie) Section 3.2.3.3 Explication du choix du devis mixte :
Affiche scientifique : Leclerc, A.-M., Boulanger**, M., Miquelon, P., & Rivard, M.-C. (2020). <i>First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area: A mixed-methods approach</i> , Congrès Indigenous Health Conference; Décembre, Toronto (virtuel), Canada.	Chapitre 5 Présentation des résultats de l'étude 2b (déploiement du projet-pilote)
Article professionnel : Leclerc, A.-M., Vézeau-Beaulieu*, K., Rivard, M.-C., & Miquelon, P. (2018). La sécurisation culturelle : un concept émergent / Quelques pistes d'application auprès des communautés autochtones, <i>Perspective infirmière</i> , 15(3), 50-53.	Chapitre 7 (Discussion générale) Section 7.7.1.3 Définition du concept de la sécurisation culturelle

Notes : * Étudiant ayant collaboré à la recension des écrits et à la rédaction de l'article; ** Étudiante ayant collaboré à l'analyse des données *** Étudiante ayant travaillé à l'ensemble du processus de recherche.

Par exemple, un des objectifs initiaux a été retiré de la thèse¹ en raison de sa similarité avec la démarche de la Commission Viens, constituée officiellement en décembre 2016. D'ailleurs, le

¹ Il était prévu d'explorer sous forme d'entrevues l'expérience vécue des Autochtones dans les centres hospitaliers. Cette modification en cours de cheminement doctoral a laissé quelques vestiges dans le processus de recherche. Par exemple, suite à la rédaction finale de la thèse, le titre a été modifié, or l'ancienne appellation (Trajectoires de santé) demeure visible sur les outils de recrutement, présentés en Annexe D.

décès récent de la femme atikamekw Joyce Echaquan¹ (septembre 2020) a mis en lumière plusieurs éléments soulevés dans cette thèse et un suivi assidu de l'actualité a permis de bonifier le déroulement de la thèse en conséquence.

Suite à l'introduction, cette thèse est divisée en sept chapitres. Le premier fait état de la problématique du projet de recherche. On y retrouve la définition de la santé chez les Autochtones, les déterminants de la santé chez les Autochtones et l'étude 1. Les objectifs et hypothèses de recherche sont ensuite présentés ainsi que la pertinence scientifique du projet. Le deuxième chapitre fait état du cadre de recherche. Ensuite, le chapitre trois est composé des considérations éthiques et de la méthodologie générale du projet de thèse. Par la suite, les Chapitres 4, 5 et 6 constituent les trois autres études de la thèse. Le Chapitre 7 présente pour sa part la discussion générale incluant également les forces et limites de l'étude, ses retombées et implications pratiques. Enfin, la conclusion générale permet de clore la thèse.

¹ Joyce Echaquan est décédée le 28 septembre 2020 à l'hôpital de Joliette dans des circonstances nébuleuses (Espaces autochtones, 2020). Dans une vidéo filmée avant sa mort, des propos disgracieux et racistes sont proférés à son égard par le personnel soignant. Une enquête publique a été demandée par le gouvernement du Québec (Ferah, 2020).

Introduction générale

Cette section vise à introduire les spécificités démographiques, géographiques et terminologiques reliées aux Autochtones. Tout d’abord, un portrait général du Canada et du Québec sera présenté. Par la suite, le contexte d’étude sera spécifié au travers la section sur le contexte régional de la Mauricie-Centre-du-Québec, soit en fonction des nations Abénakis, Atikamekw et les Premières Nations vivant en milieux urbains.

Au Canada, un peu plus de 1,6 million de personnes déclarent une identité autochtone¹, soit 4,9 % de la population totale (Statistique Canada, 2017a). La Constitution canadienne (Gouvernement du Canada, 1982) reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations (anciennement nommés Indiens ou Amérindiens), les Métis² (personnes d’ascendance mixte qui possèdent à la fois des ancêtres européens et issus des Premières Nations) et les Inuit³ (regroupés principalement dans le Grand Nord canadien). Tel qu’illustré à la Figure 1, il a été recensé en 2016 un total de 1 673 785 Autochtones, soit 977 230 membres des Premières Nations, 587 545 Métis et 65 025 Inuit (Statistique Canada, 2018). Les Autochtones du Canada présentent une grande diversité, car on retrouve plus de 600 communautés territoriales⁴ et plus de 70 langues autochtones sont parlées (Statistique Canada, 2017a).

¹ Lorsque la lettre « A » est en majuscule, cela signifie l’emploi d’un nom propre relatif à un peuple, à une nation. Le « a » minuscule sera employé comme adjectif et comme nom commun.

² Selon l’arrêt Powley, qui concerne la collectivité métisse de Sault Ste-Marie (Ontario), trois critères doivent être présents pour être reconnu formellement comme Métis : s’identifier comme membre de la communauté métisse (auto identification), faire partie d’une communauté métisse existante (liens ancestraux) et avoir des liens avec une communauté métisse historique (acceptation par la communauté) (Jugements de la Cour suprême du Canada, 2003).

³ Vers la fin des années 1960, le terme « esquimau » a été remplacé par « inuit » (Dorais, 2004). En respect de la langue inuktitut (langue inuit), le terme « inuit » restera invariable en genre et en nombre dans le texte, car il est déjà au pluriel. Le terme « inuk » réfère au singulier.

⁴ Conformément à la terminologie du Chapitre 9 de l’Énoncé de politique des trois conseils, Éthique de la recherche avec des êtres humains (2018), tout au long de ce texte, le terme « communauté territoriale » sera utilisé plutôt que celui de « réserve ». Il réfère aux terres de compétences fédérales réservées à l’usage exclusif des nations

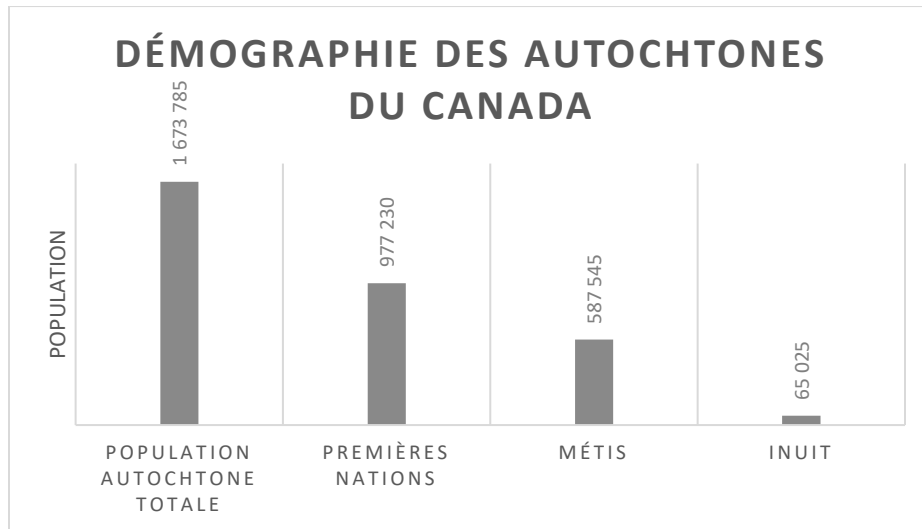


Figure 1. Démographie des Autochtones, adaptée de Statistique Canada (2018).

Au Québec, on retrouve 92 655 membres des Premières Nations, 69 360 Métis et 13 945 Inuit, ce qui représente environ 2,3 % de la population québécoise (Statistique Canada, 2020a). Il est à noter que le gouvernement du Québec ne reconnaît pas l'existence d'une nation Métis¹. Avoir un ancêtre autochtone dans sa généalogie n'est pas suffisant pour revendiquer une identité autochtone (O'Toole, 2017). Le terme Métis réfère à une nation distincte avec une appartenance culturelle, qui englobe davantage que la définition francophone liée à la simple mixité (O'Toole, 2017). Les membres des Premières Nations sont réparties en 10 nations (en ordre décroissant de population): les Innus/Innu (anciennement appelés les Montagnais), les Mohawks/Kanien'kehá:ka, les Cris/Eeyou, les Algonquins/Anishinabeg ou Anicinapek, les Atikamekw/Nehirowisiwok, les Micmacs/Mi'gmaq, les Hurons-Wendats, les Abénakis/Waban-Aki, les Malécites/Wolastoquiyik

autochtones (Secrétariat aux affaires autochtones [SAA], 2021). L'usage simple du terme « communauté » fera référence au sens global, soit un « groupe de personnes partageant la même identité ou les mêmes intérêts qui a la capacité d'agir ou de s'exprimer collectivement » Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada (2018, p. 123).

¹ À l'instar des travaux de Lévesque et al., 2019, l'identité Métis n'a pas été évacuée totalement de la thèse. Inévitablement, une certaine tension terminologique sera présente tout au long de la thèse.

Wahsipekuk et les Naskapis (Lepage, 2019; Lévesque et al., 2019; Secrétariat aux affaires autochtones [SAA], 2021). Comme illustré à l'Annexe A, les membres des Premières Nations sont réparties sur l'ensemble du territoire québécois en 4 communautés territoriales (Lévesque et al., 2019; SAA, 2021). Par ailleurs, près de 66 % des membres des Premières Nations habitent dans ces communautés territoriales (Lévesque et al., 2019).

Contextes autochtones de la Mauricie et Centre-du-Québec

Dans la région sociosanitaire de la Mauricie et Centre-du-Québec¹, deux nations autochtones sont présentes sur le territoire : les Abénakis et les Atikamekw². Il y a également une présence d'Autochtones en milieux urbains, principalement dans les villes de Trois-Rivières, Shawinigan et La Tuque.

Les Abénakis

La nation abénakis est établie sur la Rive-Sud de Trois-Rivières, avec ses deux communautés territoriales : Odanak³ et Wôlinak. La nation abénakis doit son nom au mot *W8ban*⁴ (lumière blanche) et *Aki* (terre), d'où la référence au « peuple du soleil levant » (Grand conseil de la nation Waban-Aki, n.d.). Leur territoire est appelé le Ndakina (Treyvaud, O'Bomsawin, & Bernard, 2018). Situé aux abords de la rivière Saint-François (*Alsigidntekw*), Odanak est à environ 50 km de

¹ Le Québec compte 18 régions sociosanitaires. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) est le seul établissement de santé et de services sociaux dans la région sociosanitaire de la Mauricie et Centre-du-Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2018).

² La graphie des peuples autochtones est parfois différente des exigences de la langue française. En respect des coutumes des communautés, les termes privilégiés sont « Abénakis » et « Atikamekw », qui sont invariables en genre et en nombre (Office québécois de la langue française, 2018).

³ Odanak signifie en abénakis « au village » et Wôlinak signifie « à la baie » (Musée des Abénakis, 2020).

⁴ Chez les Abénakis, le chiffre « 8 » se prononce comme un « O » nasal (Treyvaud, O'Bomsawin, & Bernard, 2018).

la ville de Trois-Rivières, alors que Wôlinak est situé près de la rivière Bécancour (*Wôlinaktekw*), à 20 km de la ville de Trois-Rivières (Treyvaud et al., 2018). Le français est la langue d'usage de la majorité (parfois l'anglais) et quelques rares personnes parlent l'abénakis (Affaires Autochtones et du Nord Canada [AANC], 2019). Comme indiqué au Tableau 3, la population de la communauté territoriale d'Odanak est de 293 personnes et celle de Wôlinak compte 110 personnes (AANC, 2019). La majorité des Abénakis (84 %) inscrits vivent à l'extérieur de la communauté territoriale (AANC, 2019).

Les Abénakis sont considérés comme étant une nation en zone urbaine, c'est-à-dire qui est située à moins de 50 km d'un centre de service reliée par une route d'accès ouverte à l'année longue (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2000, p. 6¹; Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2018a, p. 10). On retrouve plusieurs services dans les deux communautés territoriales et les villes environnantes. Par exemple, l'accès à un marché d'alimentation est relativement facile pour les habitants des communautés territoriales, car les villages avoisinants ont des épiceries. Des infrastructures sportives sont aussi disponibles (p. ex. centres de conditionnement physique, piscines extérieures et intérieures, pistes cyclables et sentiers pédestres). La communauté territoriale d'Odanak est notamment connue pour son Musée des Abénakis, la première institution muséale autochtone du Québec (Musée des Abénakis, 2019). Un développement industriel est présent dans les deux communautés territoriales ainsi qu'une économie de services (Grand conseil de la nation Waban-Aki, n.d.).

¹ Il est à noter que depuis 2017, le ministère des Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) est devenu deux ministères distincts : Services aux Autochtones Canada (SAC) et Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) (Gouvernement du Canada, 2019).

Tableau 3

Population inscrite chez les Abénakis et les Atikamekw

Nation	Communauté territoriale	Superficie (hectares)	En communauté territoriale	Hors communauté territoriale	Pop. totale inscrite
			nombre d'habitants (%)		
Abénakis	Odanak	578,0	♀ : 149 ♂ : 144 Total : 293 (11 %)	♀ : 1226 + 1** ♂ : 1060 Total : 2286 + 1 = 2287 (89 %)	2580 (100 %)
	Wôlinak	80,4	♀ : 65 ♂ : 45 Total : 110 (22 %)	♀ : 216 ♂ : 181 Total : 397 (78 %)	507 (100 %)
Atikamekw	Wemotaci	3331,0 (+ 5,6)*	♀ : 731 ♂ : 774 Total : 1505 (75 %)	♀ : 250 + 12** ♂ : 236 + 17** Total : 486 + 29 = 515 (25 %)	2020 (100 %)

Source : AANC (2019) : population inscrite à partir de décembre 2019

Notes : * Le territoire de Coucoucache est géré par le Conseil des Atikamekw de Wemotaci, mais n'est plus habité de manière permanente; ** Inscrits mais vivant dans une autre communauté; ♀ : femmes; ♂ : hommes

Dans les communautés territoriales d'Odanak et de Wôlinak, la majorité de la population se situe dans la tranche d'âge de 20-64 ans, tout comme l'ensemble du Québec (AANC, 2019). Selon les statistiques du dernier recensement de 2016, le taux de chômage était de 13 % à Odanak, alors qu'il n'y avait pas de chômage du côté de la communauté de Wôlinak (Statistique Canada, 2020b, 2020c). À titre comparatif, pour l'ensemble du Québec, ce taux était de 7,2% (AANC, 2019). Près de 30 % des Abénakis de 15 ans et plus n'avaient aucun diplôme, alors que pour l'ensemble du

Québec, ce pourcentage s'élève à 20 % (AANC, 2019). Le revenu total moyen en 2016 était de 27 494 \$ à Odanak, comparativement à 42 546 \$ pour l'ensemble du Québec (AANC, 2019). Les caractéristiques du revenu dans la communauté de Wôlinak ne sont pas disponibles.

Les Atikamekw

La nation atikamekw¹, qui signifie « mangeur de poisson blanc », c'est-à-dire le corégone, est établie dans les communautés territoriales de Manawan, d'Obedjiwan (Opitciwan en langue atikamekw) et de Wemotaci. Le territoire, appelé *Nitaskinan* (signifie « notre territoire à nous » en langue atikamekw), se situe dans la forêt boréale (Basile, Asselin, & Martin, 2017). Manawan fait partie de la région sociosanitaire de Lanaudière, donc elle ne figure pas parmi les communautés territoriales participantes au projet de recherche. De son côté, Opitciwan (Obedjiwan) est situé sur le territoire de la Mauricie et Centre-du-Québec, mais le corridor de santé est plutôt dirigé vers la région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cette communauté territoriale a donc été exclue du projet de recherche. En somme, chez la nation atikamekw, seuls les membres de la communauté territoriale de Wemotaci ont participé. Cette communauté est située dans la partie nord du bassin de la rivière Saint-Maurice (appelée *Tapiskwan sipi* en atikamekw) (Poirier, Jérôme, & Société d'histoire atikamekw, 2014). Comme indiqué au Tableau 3, la majorité des Atikamekw inscrits de Wemotaci habitent dans la communauté territoriale (75 %). La langue d'usage de la majorité est l'atikamekw, suivi du français (AANC, 2019).

¹ Tel que mentionné par la Société d'histoire atikamekw [Nehirowisiw Kitci Atisokan] (2014): « L'ethnonyme Atikamekw a été adopté dans les années 1970 afin d'éliminer la nébuleuse et péjorative appellation « Tête de Boule » [...] Nos ancêtres n'ont jamais quant à eux utilisé l'appellation atikamekw afin de se désigner ». À cet effet, le Conseil de la Nation atikamekw a officialisé en 2006 le terme « Nehirowisiw » ou « Nehirowisiwok » au pluriel qui signifie en langue atikamekw un être autonome qui entretient des relations équilibrées et respectueuses avec son milieu et son environnement (Poirier, Jérôme, & Société d'histoire atikamekw [Nehirowisiw Kitci Atisokan], 2014).

Une distance de 100 kilomètres vers le nord sépare la communauté territoriale de Wemotaci de la ville de La Tuque (AANC, 2019). Considérée comme étant située dans une zone rurale (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2000; CSSSPNQL, 2018a), l'accès à la communauté est possible grâce à des chemins forestiers ouverts à l'année et une voie ferrée. Plusieurs services usuels sont offerts sur la communauté territoriale, dont une école primaire et secondaire, un centre de santé et un service de sécurité publique et d'incendie. Aussi appelés « le peuple de l'écorce », les Atikamekw ont développé une grande expertise notamment dans la foresterie, le tourisme et l'artisanat (Clément, 2018; Le collectif Tapiskwan, 2017).

Une des caractéristiques démographiques de Wemotaci est sa jeunesse, car près de la moitié de la communauté a moins de 19 ans (AANC, 2019). En 2016, alors que le taux de chômage était de 29 %, plus de la moitié des Premières Nations de Wemotaci âgé de 25 ans et plus n'avait pas de diplômes d'études secondaires (Statistique Canada, 2020d). Le revenu total moyen en 2016 était de 20 698 \$, comparativement à 23 487 \$ en 2006 (AANC, 2019).

Les Autochtones vivant en milieux urbains

Dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, trois villes sont principalement concernées par la présence d'Autochtones en milieux urbains : Trois-Rivières, La Tuque et Shawinigan. Selon le recensement de 2016, la ville de Trois-Rivières compte 134 413 habitants et de ce nombre, un peu plus de 1600 personnes déclarent avoir une identité autochtone (Statistique Canada, 2019a). La majorité provient des Premières Nations (59 %), suivi des Métis (39 %) et des Inuit (1 %). À l'exception du rapport de Lévesque et al. (2019) qui dresse un profil démographique des Premières Nations et des Inuit dans les villes du Québec, il n'existe pas de données exhaustives sur les aspects démographiques et socioéconomiques. Cependant, le Regroupement des centres d'amitié

autochtones du Québec [RCAAQ] a réalisé en 2018 une vaste étude avec 1723 participants sur les réalités, les besoins et les préoccupations des Autochtones en milieux urbains, et ce, dans 13 villes du Québec, dont Trois-Rivières et La Tuque. Bien que les portraits locaux n'aient pas des échantillons suffisants pour que les résultats soient représentatifs, ils présentent tout de même une certaine tendance. Par exemple, dans le profil de la ville de Trois-Rivières (N = 42), plus de 80 % des Autochtones sont de la nation atikamekw (RCAAQ, 2018). Toujours selon cette même enquête), la moyenne d'âge est de 33 ans, 45 % sont sans diplôme et la plupart ont des enfants (RCAAQ, 2018). Le revenu annuel du ménage est de moins de 20 000 \$ pour près de 70 % des participants. Cette statistique peut s'expliquer par le fait que seulement 22 % sont en situation d'emploi, alors que 38 % sont aux études, 38 % autres sont sans emploi et 2 % sont retraités (RCAAQ, 2018).

Du côté de La Tuque, selon le recensement de 2016, cette ville située à 170 km de Trois-Rivières compte 11 001 habitants et de ce nombre, près de 1200 personnes déclarent une identité autochtone (Statistique Canada, 2019b). La majorité provient des Premières Nations (59 %), suivi des Métis (41 %) (Statistique Canada, 2019b). Tel que mentionné précédemment, l'étude du RCAAQ (2018) a également dressé un profil de la population autochtone de la ville de La Tuque (N = 112). Plus de 90 % des Premières Nations à La Tuque sont de la nation atikamekw (RCAAQ, 2018). La moyenne d'âge est de 37 ans, 61 % sont sans diplôme et la plupart ont des enfants (RCAAQ, 2018). Le revenu annuel du ménage est de moins de 20 000 \$ pour un peu plus de 70 % des participants. Cette dernière statistique peut s'expliquer par le fait que seulement 29 % sont en situation d'emploi, alors que 12 % sont aux études, 52 % sont sans emploi et 7 % sont retraités (RCAAQ, 2018).

Puis, du côté de la ville de Shawinigan, située à 40 km de Trois-Rivières, le recensement de 2016 indique un nombre de 38 211 habitants et de ce nombre, un peu plus de 600 personnes déclarent une identité autochtone (Statistique Canada, 2019b). La majorité provient des Premières Nations (49 %), suivi des Métis (49 %) et des Inuit (2 %) (Statistique Canada, 2019c). Selon les données du recensement de 2016, la moyenne d'âge des Autochtones de Shawinigan était de 40 ans et la langue maternelle la plus couramment parlée était l'atikamekw (Statistique Canada, 2017b). Malgré la participation de 50 participants autochtones à l'étude provinciale du RCAAQ (2018), un portrait local n'est pas disponible.

À la lumière des statistiques précédentes, il est possible qu'un nombre plus élevé des Premières Nations résident en milieux urbains, car plusieurs y transitent de manière plus ou moins prolongée (Picard, 2012). Plusieurs raisons motivent une destination vers la ville : parcours professionnel, cheminement scolaire, refuge, lieu d'exil, relais entre les communautés territoriales ou encore pour accéder à des services de soins de santé (Place, 2012). Ce phénomène de mobilité (urbaine et intercommunautaire) est documenté depuis des années et est en augmentation (Lévesque, 2003; Sirois, Poulin, & Caron, 2016). Le concept de nomadisme urbain est même évoqué, où au lieu de se déplacer en canot, plusieurs font des milliers de kilomètres en voiture pour conserver les liens communautaires (Colomb, 2012)¹. Hormis la mobilité de plusieurs Premières Nations, il existe tout de même au Québec une première génération née dans les villes, c'est-à-dire qui n'ont jamais vécu en communauté territoriale (Lévesque, Apparicio, & Cloutier, 2013). C'est le cas pour 9 % des Premières Nations de Trois-Rivières et 20 % des Premières Nations de La Tuque (RCAAQ, 2018).

¹ Propos décrits par l'Innue Constance Robertson, cité dans Colomb (2012).

En somme, plus de 5000 Autochtones habitent la région de la Mauricie et Centre-du-Québec. On y retrouve des nations établies en communautés territoriales, mais aussi des Autochtones vivant en milieux urbains. Donc, malgré une région commune, plusieurs particularités sociales, culturelles et linguistiques sont présentes.

Chapitre 1
Problématique

L'objectif de ce chapitre est de mieux saisir les enjeux autochtones nationaux et provinciaux, mais également ceux de la Mauricie et Centre-du-Québec, ceci plus particulièrement auprès des communautés abénakises, atikamekw, et celles vivant en milieux urbains.

1.1 Définitions de la santé chez les Autochtones

Depuis plus de 70 ans, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2019a). À cette définition, Charlier et al. (2017) proposent une perspective d'inclusion des Autochtones en y ajoutant la notion d'équilibre avec la nature, d'adaptation et de spiritualité. Effectivement, la notion d'équilibre est un concept central chez les Autochtones et pour le représenter, les quatre éléments de la vie (physique, mental, émotionnel et spirituel) sont imbriqués selon les quatre directions de la roue de médecine (King, Smith, & Gracey, 2009; Muise, 2019). La roue de médecine, aussi appelée cercle sacré, roue médicinale, roue de bien-être ou cercle de médecine, est un concept traditionnel autochtone utilisé depuis des millénaires (Guay, 2017; Loiselle & McKenzie, 2009). Elle représente une vision du monde, une philosophie de vie ainsi qu'un outil d'intervention, notamment en travail social (Moeke-Pickering et al., 2014). La roue de médecine est représentée sous la forme d'un cercle (voir Figure 2), qui symbolise l'unité, l'entièreté, la continuité, la perpétuité, l'interdépendance, la solidarité, le soutien, la complétude, l'inclusion, l'équilibre, la sécurité, l'égalité, la complémentarité, la mutualité, le confort et la santé (Loiselle & McKenzie, 2009). L'interprétation et l'utilisation de la roue de médecine varient d'une communauté autochtone à l'autre (Muise, 2019). Par exemple, Colomb (2012) décrit la roue de médecine en intégrant les points cardinaux, les phases de la vie de l'humain, les saisons, le temps de la journée, les temps de chasse et le mouvement des étoiles. Pour certains, les couleurs représentent les quatre couleurs de l'espèce humaine, soit le blanc, le noir, le

jaune et le rouge (Douglas, 2013). Par ailleurs, certaines communautés n'utilisent pas du tout la roue de médecine (Bousquet, 2012a; Douglas, 2013). Il importe de rappeler que les peuples autochtones ne sont pas homogènes et, comme le mentionne Douglas (2013) dans son ouvrage destiné à la santé des Autochtones, chaque individu possède ses propres valeurs.

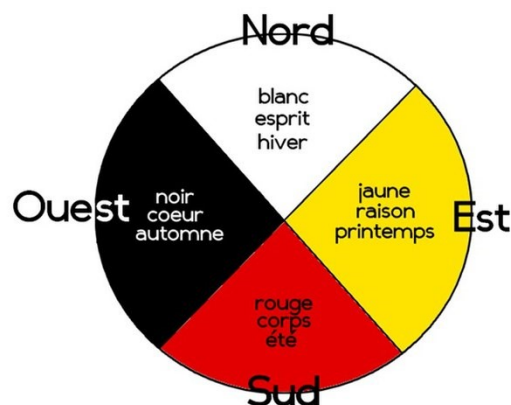


Figure 2. Exemple de roue de médecine (Wikimedia Commons, 2012).

Selon une revue des études publiées entre 2008 et 2018, dont l'objectif était de dresser un portrait actuel des croyances et perceptions de santé chez les Autochtones ($n = 9$ études), le concept de la roue de médecine demeure omniprésent (Tremblay & Leclerc, 2019)¹. La connexion avec la nature est aussi une composante récurrente pour définir la santé (Tremblay & Leclerc, 2019), tout comme le proposaient Charlier et al. (2017) dans leur définition contemporaine de la santé. Toujours selon les résultats de la revue de littérature de Tremblay et Leclerc (2019), on retrouve seulement cinq études sur neuf rapportant que la pratique d'activités physiques est associée au bien-être mental et émotionnel (Adams, Harvey, & Brown, 2008; Graham & Martin, 2016; Poudrier & Kennedy, 2008; Sasakamoose, Scerbe, Wenaus, & Scandrett, 2016; Shea, Poudrier, Chad, & Atcheynum, 2011). À cet effet, les études ne rapportent pas de liens entre l'activité physique et la

¹ Cette recension des écrits a été réalisée originalement en collaboration avec une étudiante du baccalauréat en sciences infirmières, Justine Tremblay, pour le Concours d'affiches scientifiques de l'UQTR (2018). Il a été par la suite publié sous la forme d'un texte vulgarisé dans le Cyberjournal@1 de l'Ordre des infirmières et infirmiers de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (Tremblay & Leclerc, 2019).

perte de poids ou le développement musculaire (Sasakamoose et al., 2016). En fait, selon Shea et al. (2013), la santé ne se définit pas seulement par ses bénéfices physiques, mais aussi par l'équilibre psychologique et émotionnel.

Dans les communautés des Premières Nations du Québec, l'utilisation de la médecine autochtone traditionnelle est en baisse depuis les dernières années (CSSSPNQL, 2018b). Or, chez le 25 % d'adultes qui utilisent la médecine traditionnelle, l'usage des plantes médicinales est la plus courante (76 %), suivi de la fumigation¹ (42 %), la hutte à sudation, communément appelée *sweat lodge* (35 %) et du cercle de guérison (29 %) (CSSSPNQL, 2018c). D'ailleurs, selon une revue de la littérature ($n = 21$ études) réalisée sur l'utilisation de la médecine autochtone traditionnelle auprès de patients autochtones atteints du cancer provenant de l'Australie, du Canada, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis, la combinaison de la médecine occidentale et de la médecine autochtone traditionnelle semble être pratiquée selon un pourcentage variant entre 19 et 57,7 % (Gall et al., 2018). Chez plusieurs participants des études recensées, l'usage de la médecine autochtone faisait écho à la perception holistique de la santé, en plus de conserver une connexion à leur famille et leur communauté (Gall et al., 2018).

1.2 Déterminants de la santé chez les Autochtones

Plusieurs inégalités de santé touchent les Autochtones, et ce, depuis plusieurs décennies. Or, ces disparités sont très hétérogènes entre les Premières Nations, les Métis et les Inuit et entre les communautés et/ou les diverses régions géographiques (Hajizadeh, Bombay, & Asada, 2019). Par exemple, au Canada et même au Québec, il existe encore à ce jour des communautés autochtones

¹ La fumigation est l'utilisation de la fumée de plantes sacrées afin de se purifier le corps et l'esprit (Browne et al., 2016).

isolées qui n'ont pas accès à l'eau courante (Conseil tribal de la nation algonquine Anishinabeg, 2016; Sarkar, Sarkar, Hanrahan, & Hudson, 2015). L'eau est essentielle à la vie et à la santé, car l'insuffisance ou l'absence des services d'alimentation en eau et d'assainissement exposent à des risques pour la santé (OMS, 2019b). Considérant que la grande majorité des inégalités de santé chez les Autochtones peuvent être reliées aux déterminants socioéconomiques, mais également au processus de colonisation¹, de racisme et d'inégalité d'accès aux ressources (Smylie & Firestone, 2016), les différents enjeux reliés au contexte autochtone seront présentés sous la perspective des déterminants de la santé. Ces derniers sont des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent l'état de santé (MSSS, 2012a).

Pour cette section sur les déterminants de la santé, la présentation d'un des cadres conceptuels utilisé dans cette thèse est préalablement nécessaire pour la compréhension des contextes autochtones. Il s'agit du cadre du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), portant sur la santé et ses déterminants (MSSS, 2012a). Ce cadre, qualifié de global et écosystémique, propose quatre grandes catégories de déterminants susceptibles d'influencer la santé d'une population, soit : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie et les caractéristiques individuelles. Ces quatre catégories sont présentées à la Figure 3, sous la forme de cercles concentriques, allant vers l'élément central, c'est-à-dire l'état de santé de la population. Les lignes pointillées entre les catégories (flèches) illustrent la façon dont ces dernières s'influencent entre elles, et ce, au travers le temps et l'espace. Dans les prochaines sections de ce chapitre, chacune des catégories de déterminants sera présentée et les principales sous-catégories explorées dans le cadre de ce projet de thèse seront détaillées au profit d'une meilleure compréhension de la problématique.

¹ La colonisation réfère aux processus géographiques et économiques de l'incursion, alors que le colonialisme concerne les sphères politiques, sociales et idéologiques en lien avec la colonisation (Nelson, 2011).

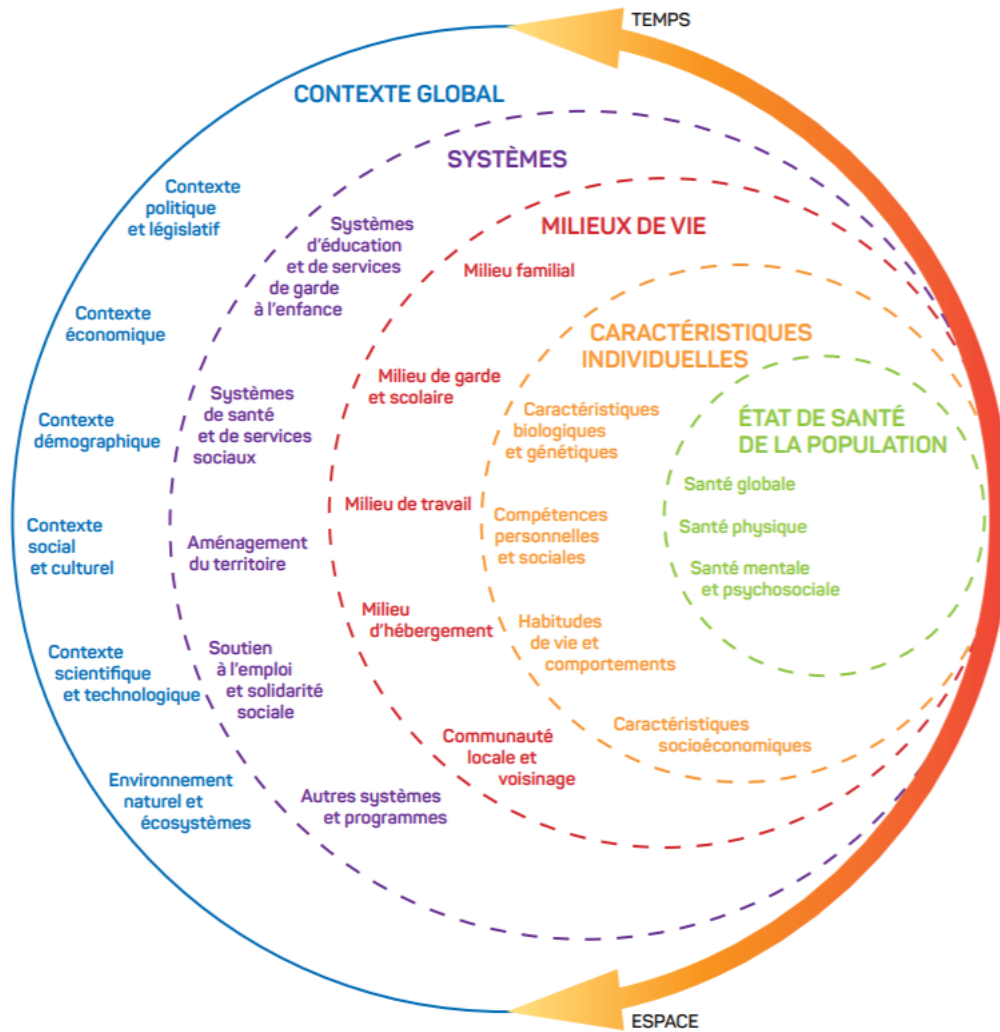


Figure 3. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (MSSS, 2016, p. 16).

1.2.1 Contexte global

La première catégorie du cadre conceptuel des déterminants de la santé est celle du contexte global et elle comprend six sous-catégories : (1) le contexte politique et législatif; (2) le contexte économique; (3) le contexte démographique; (4) le contexte social et culturel; (5) le contexte scientifique et technologique; et (6) l'environnement naturel et les écosystèmes (MSSS, 2012a). Les sous-catégories du contexte politique et législatif et du contexte démographique seront explicitées pour les fins de cette thèse.

1.2.1.1 Contexte politique et législatif. Il est reconnu dans la littérature que l’histoire coloniale des Autochtones joue un rôle sur leur état de santé actuel (McGibbon, 2019). Deux commissions nationales ont principalement documenté les effets de cette colonisation : la Commission royale sur les peuples autochtones (Dussault, & Erasmus, 1996) et la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015a). Sans reprendre ces travaux ni élaborer sur l’ensemble de l’histoire autochtone, un survol historique permettra de mieux comprendre l’évolution des soins de santé des Autochtones du Québec ainsi qu’un des principaux facteurs politiques qui a influencé (et influence encore à ce jour) la santé des Autochtones, soit celui des pensionnats autochtones (parfois appelé écoles résidentielles)¹.

L’histoire révèle que les méthodes de guérison autochtone ont été rabaissées à des actes de sorcellerie par les missionnaires chrétiens et suite à l’interdiction de la Loi sur les Indiens (1876) de faire des cérémonies, beaucoup d’anciens et de guérisseurs ont été poursuivis en justice (Dussault & Erasmus, 1996). Comme le relate le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, de la fin du 19^e siècle au milieu du 20^e siècle, les soins de santé ont été assurés par des agents des affaires indiennes, des missionnaires, des officiers de la GRC et un nombre croissant d’infirmières et médecins engagés par le gouvernement fédéral (Dussault & Erasmus, 1996). Vers les années 1950, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (ancêtre de Santé Canada) avait un réseau de postes de soins infirmiers, de centres de santé et de petits hôpitaux régionaux destinés aux Premières Nations inscrites² et aux Inuit (Dussault & Erasmus, 1996). En somme, la

¹ Il ne sera pas mention de la stérilisation forcée des femmes autochtones (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019) ni de la rafle des années 60 (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015c), mais il importe de souligner que ces événements ont eu lieu et ont une influence sur la santé actuelle des Autochtones.

² Le gouvernement du Canada utilise la terminologie « Indiens inscrits » et signifie qu’un membre d’une Première Nation est reconnu légalement selon la loi sur les Indiens et est inscrit au registre des Indiens (Gouvernement du

transition vers les soins de santé occidentaux a graduellement entraîné la perte des traditions locales et la connaissance des herbes et remèdes traditionnels. Par exemple, chez les Atikamekw, les travaux de Labrecque (1984) et Routhier (1984) ont notamment documenté la disparition du rôle de sage-femme et, par le fait même, une dépendance à l'égard des soins médicaux extérieurs.

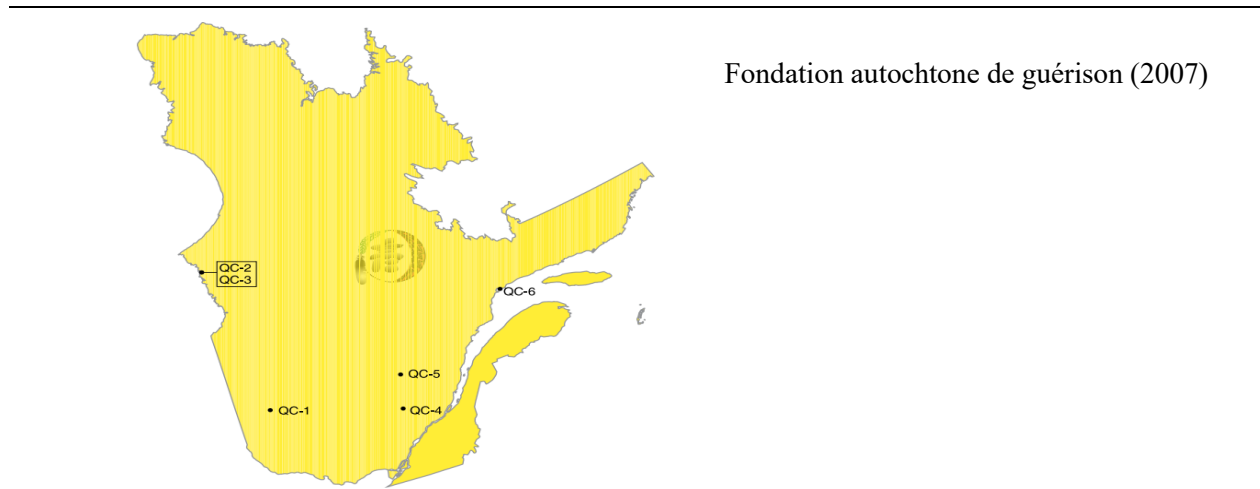
1.2.1.1.1 Pensionnats autochtones. Le modèle des pensionnats autochtones a existé au Canada, mais également aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande (Goulet, 2016). Considérés comme une politique de génocide culturel, les pensionnats ont perduré de 1831 à 1996 (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a). On estime au Canada que 150 000 jeunes autochtones ont été envoyés dans les pensionnats (Ottawa, 2010). À l'exception des pensionnats de Fort George, ouverts dans les années 1930, ce n'est que 10 ans plus tard que s'exercent les pressions (principalement de la part des pères oblates) pour ouvrir d'autres pensionnats autochtones (Goulet, 2016). Le curriculum caché des pensionnats était la perte d'identité, la honte d'être Autochtone et le fait de rendre le français obligatoire (Crytes, 2013). Les enfants autochtones y étaient envoyés dès l'âge de 5 ou 6 ans et ils étaient par le fait même séparés pendant 10 mois de leur famille (Ottawa, 2010).

Pour sa part, la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2007-2015) avait pour mandat d'examiner l'histoire des pensionnats autochtones. Son rapport révèle qu'il y aurait eu environ 139 pensionnats au Canada (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015b). De ce nombre, six étaient situés au Québec, comme présenté au Tableau 4.

Canada, 2018a). Ce statut donne accès, par exemple, aux logements dans les communautés, à l'éducation et à l'exonération des taxes et impôts (en communauté territoriale seulement). Il n'existe pas de registre pour les Inuit et les Métis au ministère des Affaires autochtones et du Nord Canada.

Tableau 4

Les pensionnats autochtones au Québec



Lieu	Nom du pensionnat	Autorité religieuse	Années de service
QC-1 Amos	Pensionnat de Saint-Marc-de-Figuery	Catholique	1955-1973 *
QC-2 Chisasibi ¹	St. Phillip's Indian Residential School	Anglicane	1934-1979
QC-3 Chisasibi	Fort George Catholic Indian Residential School	Catholique	1931-1978**
QC-4 La Tuque	Pensionnat anglican de La Tuque	Anglicane	1963-1978
QC-5 Mastheuiatsh ²	Pensionnat catholique de Pointe-Bleue au Lac-Saint-Jean	Catholique	1960-1991***
QC-6 Sept-Iles	Pensionnat Notre-Dame de Maliotenam	Catholique	1952-1971

Sources : Bousquet, 2012b; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a; Fondation autochtone de guérison, 2007; Goulet, 2016

Notes. * les années de service divergent selon les sources. La Fondation autochtone de guérison (2007) mentionne de 1948 à 1965; ** Selon Goulet (2016), le pensionnat de Fort George a ouvert ses portes en 1930, mais il a été reconnu officiellement par le département des Affaires indiennes du gouvernement fédéral qu'en 1938. La Fondation autochtone de guérison (2007) mentionne que ce pensionnat ferme en 1952; *** Les années de service divergent selon les sources. La Fondation autochtone de guérison (2007) mentionne de 1956-1965 alors que Goulet (2016) mentionne plutôt 1960-1965; ¹ Anciennement appelé Fort George; ² Anciennement appelé Pointe-Bleue.

Tel qu'indiqué dans le Tableau 4, l'existence de ces pensionnats a débuté au Québec dans les années 30 et ils étaient dirigés par des églises ou des communautés religieuses. L'objectif de ces pensionnats était l'assimilation culturelle des Autochtones (McDonough, 2013).

La publication du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015a) a révélé de graves abus, dont les agressions sexuelles. De plus, le rapport final a aussi révélé des conditions insuffisantes pour assurer une santé optimale : « Les bâtiments sont mal entretenus, les installations sanitaires sont limitées et souvent inefficaces, les mesures de sécurité contre les incendies sont ignorées et les régimes alimentaires sont inappropriés » (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a, p. 212). De manière générale, il est rapporté que l'alimentation était « maigre et de piètre qualité » (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a, p. 4). Les mets servis et la routine des repas étaient différents de ce que les élèves connaissaient dans leur communauté et plusieurs ont souffert de la faim (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a). Notamment parce que la honte et le contrôle étaient associés à la nourriture, certains survivants des pensionnats ont développé une relation négative envers l'alimentation (Howard, 2014). D'ailleurs, diverses études nutritionnelles ont aussi eu lieu dans les pensionnats (et dans les communautés territoriales) entre 1948 et 1952, par des spécialistes canadiens de la nutrition et il est même rapporté que des essais contrôlés ont été réalisés au Manitoba à l'insu de participants souffrant de malnutrition (Mosby, 2013). Malheureusement, ces expérimentations n'ont pas eu d'effets positifs à long terme sur le quotidien des participants, car peu a été fait pour modifier les conditions alimentaires de ceux-ci (Mosby, 2013). Les privations nutritionnelles subies dans les pensionnats ont eu des effets sur la croissance des enfants et pourraient être associées à des facteurs d'obésité et de maladies chroniques à l'âge adulte (Mosby & Galloway, 2017).

En ce qui concerne la pratique d'activités physiques, les activités récréatives étaient sous-financées, il n'y avait pas d'installations et parfois pas d'éducation physique au programme scolaire (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a). Or, malgré ces obstacles, le sport, plus spécifiquement le hockey, avait sa place dans les loisirs (Bousquet, 2012b). Pour plusieurs élèves, le sport les a aidés à travers leur difficile expérience du pensionnat (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a).

Au Québec, environ 13 000 enfants autochtones ont fréquenté les pensionnats (McDonough, 2013). Dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, il y a eu le pensionnat indien de La Tuque, dont l'administration fut confiée à l'Église anglicane¹ (Sioui, Mowatt-Gaudreau, & Mowatt, 2018). Or, plusieurs membres des Premières Nations de la région étaient envoyés dans d'autres régions (Sioui et al., 2018). Certains Atikamekw de Wemotaci se sont retrouvés à Amos ou à Mashteuiatsh (Sioui et al., 2018). Par exemple, en 1955, 90 élèves sur 148 du pensionnat d'Amos provenaient des communautés atikamekw d'Obejiwan, de Wemotaci et du district de Sanmaur (Goulet, 2016). Par ailleurs, en raison du nombre insuffisant d'espaces au pensionnat d'Amos, les jeunes atikamekw (surtout ceux de Wemotaci et d'Opiticiwan) ont été transférés au pensionnat de Pointe-Bleue (Mashteuiatsh) lors de son ouverture en 1960 (Goulet, 2016). Chez les Abénakis d'Odanak, il y avait une école de jour (Goulet, 2016). Officiellement, les Abénakis ne fréquentèrent pas les pensionnats, car ils étaient considérés comme sédentarisés, mais des archives du pensionnat de Sept-Iles indiquent la présence d'enfants de Wólinak (Bousquet, 2016).

¹ Moins de données sont disponibles sur les pensionnats qui étaient sous l'Église anglicane, car aucune archive n'a été conservée (Goulet, 2016).

En somme, même si le dernier pensionnat a fermé dans les années 90 en Saskatchewan, il n'en demeure pas moins que la fréquentation de ceux-ci par au moins un des parents est associée à une probabilité plus élevée d'être victime de traumatismes dans l'enfance ou de violence conjugale (Dion, Hains, Ross, & Collin-Vézina, 2016). Il apparaît que les survivants des pensionnats, ainsi que leurs descendants vivent une cascade de conséquences négatives (Dion et al., 2016; Wilk, Maltby, & Cooke, 2017). Selon une récente revue de la littérature, les conséquences des pensionnats sont une moins bonne santé générale, un taux plus élevé de maladies chroniques et infectieuses, du stress ainsi que des comportements de dépendance et suicidaires (Wilk et al., 2017). D'ailleurs, les récentes découvertes de sépultures anonymes d'enfants sur d'anciens sites de pensionnats autochtones dans l'Ouest du Canada a ravivé d'anciennes blessures chez les survivants (Radio-Canada, 2021-juin).

1.2.1.2 Contexte démographique. Tout comme l'ensemble de la population québécoise, les populations autochtones sont également confrontées au phénomène du vieillissement. En second lieu, la grande mobilité des Autochtones est un phénomène intergénérationnel, influencé par les pratiques coloniales, et qui a aujourd'hui certains impacts sur la santé (Snyder & Wilson, 2015).

1.2.1.2.1 Structure de la population. Chez les Autochtones, seulement 6 % de la population a plus de 65 ans, comparativement à 14 % chez les Allochtones (O'Donnell, Wendt, & Association nationale des centres d'amitié, 2017). Pourtant, cette hausse de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus (de 4 à 7 % en 10 ans) est cinq fois plus importante que chez les Allochtones (Statistique Canada, 2018). Cette tendance au vieillissement serait en partie attribuable à l'accroissement de l'espérance de vie et à la diminution des taux de fécondité (O'Donnell et al., 2017). Le vieillissement de la population dans les communautés autochtones laisse présager une

demande accrue des soins de santé en raison de la forte prévalence de maladies chroniques (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2010). Selon une étude de type ethnographique réalisée auprès de 13 communautés autochtones du nord-ouest de l'Ontario, les personnes âgées dans les communautés sont confrontées à plusieurs problématiques (Habjan, Prince, & Kelley, 2012). L'objectif de cette même étude était de comprendre la perspective et l'expérience des membres des Premières Nations concernant les soutiens sanitaires et sociaux pour les Aînés¹. Trois grands thèmes ont émergé des résultats de Habjan et al. (2012) : (1) le vieillissement au sein des communautés; (2) la relation entre la communauté; et (3) le système de santé et la relation entre la communauté et le gouvernement. Chacun des thèmes est davantage expliqué ci-dessous.

Tout d'abord, concernant le vieillissement au sein des communautés, l'exode des jeunes vers les milieux urbains fait en sorte qu'il y a un manque d'aidants naturels. Cette migration entraîne un changement dans les valeurs de la communauté, c'est-à-dire qu'il y a une érosion intergénérationnelle. En ce qui concerne le deuxième thème (c.-à-d., la relation entre la communauté et le système de santé), l'isolement géographique se traduit par un accès limité aux services de santé en milieux urbains et par le fait même, des soins préventifs considérés comme inexistantes (certaines communautés n'ont pas de centres de santé). La barrière de la langue entre les personnes âgées autochtones et les professionnels de la santé se manifeste par des soins non adaptés à la culture des Autochtones. Finalement, concernant le troisième thème (c.-à-d., la relation entre la communauté et le gouvernement), les participants ont déploré le manque de structures pour les Aînés ainsi que le sentiment d'impuissance envers le gouvernement.

¹ Chez les Autochtones, le terme « Aîné » fait référence aux personnes considérées comme des sages dans la communauté. Ils ne sont pas nécessairement les plus âgés au sein de la communauté, mais plutôt les détenteurs du savoir (Guay, 2017).

Les auteurs de cette étude concluent donc qu'un meilleur soutien est nécessaire envers les personnes âgées qui souhaitent vieillir en santé au sein des communautés territoriales. Au Québec, la situation est similaire, car plusieurs enjeux sont spécifiques aux soins des aînés en communauté, dont l'accès limité aux ressources d'hébergement, le financement insuffisant, la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, l'adaptation difficile des logements pour des soins de longue durée à domicile et l'absence d'équipement adapté (CSSSPNQL, 2014a; Conseil de la Nation Atikamekw, 2018). Le rapport sur les Conditions de vie des Aînés des Premières Nations du Québec relatait d'ailleurs que plusieurs Aînés devaient être logés dans des résidences à l'extérieur des communautés et souffraient notamment d'isolement, de perte de la culture et des traditions de même que de la barrière linguistique (CSSSPNQL, 2010).

1.2.1.2.1 Mouvements migratoires. La mobilité des Autochtones vers les milieux urbains apporte son lot d'effets positifs par l'intermédiaire de nouveaux défis professionnels et des meilleures conditions de vie. Il n'en demeure pas moins qu'il peut en résulter également des effets négatifs comme le stress, la marginalisation, le racisme et la solitude (Snyder & Wilson, 2015). Quatre types de trajectoires personnelles caractérisent la présence d'Autochtones dans les villes : (1) déplacements occasionnels ou transitoires (p. ex. raisons médicales, travail, achats, etc.); (2) déplacements contraints (p. ex. violence conjugale, perte d'autonomie, surpeuplement des logements, etc.); (3) déplacements involontaires (p. ex. placements d'enfants en famille d'accueil, femmes ayant perdu leur statut avant 1985¹, etc.); et (4) déplacements volontaires temporaires ou définitifs (p. ex. unions, poursuite d'études, etc.) (Lévesque & Cloutier, 2013). Le lien entre la

¹ Une femme autochtone qui épousait un allochtone perdait son statut d'autochtone ainsi que les enfants à sa charge (même s'ils étaient issus d'une union précédente avec un homme avec un statut) (Femmes autochtones du Québec inc., 2001).

mobilité et la santé s'expliqueraient selon deux types de mobilité : (1) la migration de la communauté vers la ville (pour les raisons expliquées précédemment); et (2) la mobilité résidentielle en milieu urbain (Snyder & Wilson, 2015). Ce dernier type de mobilité est souvent involontaire et associé à des facteurs négatifs, tels que les conditions de logement (p. ex. moisissures), les relations avec le propriétaire et la sécurité du quartier (Snyder & Wilson, 2015).

1.2.2 Systèmes

Dans la deuxième catégorie du cadre conceptuel des déterminants de la santé figurent les systèmes administrés par le gouvernement et ses partenaires. Ceux-ci découlent du cadre politique et des valeurs d'une société et ont un impact sur la qualité de vie des citoyens (MSSS, 2012a). On y retrouve cinq sous-catégories : (1) les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance; (2) le système de santé et de services sociaux; (3) l'aménagement du territoire; (4) le soutien à l'emploi et la solidarité sociale; et (5) les autres systèmes et programmes. Chacune de ces sous-catégories est déterminante, mais le système de santé et de services sociaux constitue un aspect central en lien avec les objectifs de la thèse, donc il sera abordé plus en profondeur. La sous-catégorie sera explorée dans cette section, selon la perspective des types de services offerts et leur accessibilité. Ensuite, la seconde sous-catégorie qui sera présentée est l'aménagement du territoire. Les aspects liés au soutien à l'emploi seront présentés à une section ultérieure, à savoir les caractéristiques socioéconomiques.

1.2.2.1 Système de santé et de services sociaux. Au Québec, la prestation des programmes des services de santé et des services sociaux est assurée par les établissements gérés par les Premières Nations et le réseau québécois (CSSSPNQL, 2018d). Que ce soit dans les communautés territoriales ou à l'extérieur, plusieurs services de santé et de services sociaux existent pour les

Premières Nations en Mauricie et Centre-du-Québec. Une description des principaux services et programmes en lien avec la santé des Autochtones est présentée ci-dessous. Un volet sur l'accessibilité à ces services sera également inclus.

1.2.2.1.1 Services offerts en milieux urbains. Le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) dessert l'ensemble du territoire du même nom. En matière de santé autochtone, le CIUSSS MCQ participe à diverses initiatives dans la région, telles que la clinique Acokan¹ à La Tuque et la présence d'une agente de liaison autochtone. Par ailleurs, la seule clinique autochtone en milieu urbain dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec est la clinique Acokan à La Tuque. Une infirmière y travaille à temps plein (32 h / semaine). Environ huit à dix Autochtones y sont vus chaque jour (CERP, 2017). Sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers du CIUSSS MCQ, l'infirmière offre des services d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de référence personnalisée (Clinique Acokan, n.d.). Elle effectue le dépistage et le suivi des maladies chroniques ainsi que les soins courants. En plus d'assurer le lien avec d'autres services de santé, elle organise également des activités de promotion et prévention de la santé (p. ex. promotion des saines habitudes de vie).

Une infirmière agente de liaison autochtone est aussi en poste depuis 2018 afin de promouvoir les contextes culturels autochtones et d'agir à titre de personne-ressource au sein du CIUSSS MCQ (Petiquay-Dufresne, 2019). Elle agit également comme personne-ressource auprès des communautés autochtones du territoire, mais aussi auprès des gestionnaires du CIUSSS MCQ. Elle collabore au développement d'ententes de partenariat, participe à l'implantation des stratégies

¹ Le nom Acokan signifie en atikamekw « pont » et se prononce « a-jou-gane » (Clinique Acokan, non disponible).

régionales, siège aux tables de concertation et participe à différents comités. Elle a pour mission d'encourager le recours systématique à la sécurisation culturelle et de permettre l'arrimage et la continuité des services au sein des communautés autochtones et du réseau de la santé et des services sociaux (Petiquay-Dufresne, 2019).

D'autres services sociaux destinés aux Autochtones sont disponibles dans la ville de La Tuque, comme le Centre de réadaptation Wapan, offert aux membres des Premières Nations pour les problématiques de dépendance (Centre de réadaptation Wapan, 2020). Le Conseil de la Nation Atikamekw offre aussi des services sociaux pour ses membres dans la ville de La Tuque, comme le Centre Asperimowin qui offre du soutien aux femmes en matière de violence conjugale ou encore le Foyer Mamo, une ressource d'hébergement en réadaptation pour les adolescents (Atikamekw Sipi, 2021a).

1.2.2.1.2 Centres de santé en communauté. Dans chacune des communautés territoriales, il y a un centre de santé : le Centre de santé Wemotaci, le Centre de santé Wôlinak et le Centre de santé Odanak. Quelques services de santé des soins médicaux et infirmiers y sont offerts. Par exemple, l'infirmière à Wôlinak offre entre autres des soins à domicile, des prises de sang, des soins de pieds, le suivi de maladies chroniques ainsi que les suivis avec le médecin (Conseil des Abénakis, n.d.). Les centres de santé sont également impliqués dans la promotion et la prévention de la santé par diverses activités : jardin communautaire, cuisine collective, activités de sensibilisation, campagnes de vaccination, etc. Par ailleurs, s'ajoutent à ces équipes différentes ressources telles que : des nutritionnistes, des kinésiologues, des intervenants sociaux, des psychologues, etc. (CSPSPNQL, 2018d). La plupart des communautés emploient un coordonnateur de transport

médical¹ et un coordonnateur du principe de Jordan² (CSSSPNQL, 2015). En appui aux communautés territoriales, la CSSSPNQL travaille sur des programmes de santé et de services sociaux culturellement adaptés pour les membres des Premières Nations (CSSSPNQL, 2019). Une foule de publications (bulletins, outils cliniques, rapports, dépliants, etc.) sont disponibles sur leur site web.

1.2.2.1.3 Accessibilité. Que ce soit dans les communautés territoriales autochtones ou dans les milieux urbains, des obstacles sont présents quant à l'accès aux soins de santé. Le récent rapport de la Commission Viens fait état des enjeux de la relation entre les Autochtones et les services publics (CERP, 2019). En ce qui concerne les services de santé et les services sociaux, le rapport rapporte quatre principaux constats. L'un des premiers constats concerne les barrières culturelles, c'est-à-dire l'écart dans la vision de la santé entre les Autochtones et les Allochtones ainsi que la présence de préjugés de la part du personnel soignant. Le second constat du rapport de la Commission Viens (CERP, 2019) concerne les problèmes d'accès aux services dans les milieux autochtones (p. ex. évacuations aéromédicales³ et soins de fin de vie) et dans les milieux urbains (p. ex. manque de suivi et soins non adaptés). Le renouvellement de la carte d'assurance-maladie est particulièrement difficile pour une population autochtone en constante mobilité ainsi que le

¹ Le coordonnateur de transport médical approuve et coordonne les déplacements vers des services de diagnostics médicaux couverts par le régime d'assurance-maladie provincial, les services remboursés par le SSNA, le traitement contre l'abus d'alcool et de drogues et les services d'un guérisseur traditionnel (CSSSPNQL, 2013a).

² Le principe de Jordan vise l'accessibilité pour les enfants des Premières Nations aux produits, services et soutien en matière de santé, services sociaux et éducation, et ce, en temps opportun (Gouvernement du Canada, 2018b). Ce principe découle de Jordan River Anderson décédé dans un contexte de conflits de compétence entre les gouvernements quant aux frais reliés à son handicap (Gouvernement du Canada, 2018b).

³ Le transport de patients par évacuations aéromédicales est un service offert pour les patients en situation d'urgence ou pour des soins ou traitements non disponibles localement (CHU de Québec, 2018). Le service aéromédical d'évaluation du Québec (ÉVAQ) dessert les régions éloignées situées à plus de 250 km des soins tertiaires offerts à Québec ou Montréal (CHU de Québec, 2018).

processus de recherche d'un médecin de famille (CERP, 2017). Le troisième constat se rapporte au partage complexe des compétences et responsabilités gouvernementales. En fait, les politiques de santé actuelles pour les Autochtones découlent de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord de 1867 et déjà à cette époque, une confusion régnait en regard des niveaux de responsabilité politique, car les services de santé étaient gérés par les provinces, alors que le ministère des Affaires autochtones était de juridiction fédérale (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011). Ainsi, pour les Premières Nations vivant en centres urbains, il peut être parfois difficile d'obtenir les indemnités des services de santé non assurés (SSNA)¹ (Ghosh & Spitzer, 2014). Finalement, le quatrième et dernier constat du rapport de la Commission Viens (CERP, 2019) porte sur la gestion difficile des ressources humaines en milieux autochtones (p. ex. recrutement dans les régions isolées, rétention des intervenants et des professionnels de la santé et des services sociaux).

Il est important de noter que les résultats concernant l'accès aux soins de santé au Québec sont similaires au reste du Canada. En effet, les résultats d'une étude portant sur l'expérience de soins chez les membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario atteints de diabète ($n = 32$; dans cinq communautés différentes) présentaient également des barrières politiques et des défis dans l'accès aux soins de santé pour cette clientèle (Jacklin et al., 2017). Par exemple, au niveau des politiques, les participants mentionnaient le manque de financement pour les services de santé dans les communautés et l'absence d'accès à un médecin (Jacklin et al., 2017). Les défis d'accès aux soins de santé portaient sur l'isolement géographique, la pénurie de médecins,

¹ Les services de santé non assurés (SSNA) couvrent pour les membres des Premières Nations les prestations non couvertes universellement par le régime d'assurance-maladie ou les régimes d'assurance privés, et ce, peu importe si le lieu de résidence est en communauté ou à l'extérieur (Gouvernement du Canada, 2019). Ce programme offre une couverture pour les soins de la vue, les soins dentaires, le counseling en santé mentale, l'équipement et les fournitures médicales, les prescriptions et médicaments en vente libre ainsi que le transport pour motif médical (Gouvernement du Canada, 2019).

le temps réservé aux rendez-vous trop courts et le manque de suivis des soins en raison de la rotation du personnel (Jacklin et al., 2017). En amont de ces barrières aux soins, il importe de mentionner que pour plusieurs participants de cette étude, les soins du diabète étaient perçus à la lumière des relations historiques traumatisantes avec le gouvernement (p. ex. pensionnats autochtones), mais aussi des relations contemporaines (p. ex. discrimination) (Jacklin et al., 2017). Or, étant donné ces expériences traumatisantes, certains participants évitent le système de santé, éprouvent de la méfiance à l'égard des médecins ou manifestent même de la résistance à l'égard des autres professionnels de la santé (Jacklin et al., 2017).

Ces résultats font écho à ceux d'une étude réalisée dans une ville de la Colombie-Britannique ($n = 65$), selon lesquels les principales barrières à l'accès aux soins de santé pour les membres des Premières Nations étaient : la qualité des soins, le temps d'attente et l'expérience du racisme et de la discrimination (Nelson & Wilson, 2018). En ce qui concerne l'accès aux soins du département de l'urgence en milieu urbain, trois éléments semblent avoir un impact chez les Autochtones ($n = 44$) : l'anticipation des préjugés de la part des professionnels de la santé, les disparités entre les besoins des patients et l'offre de traitements (notamment en ce qui concerne la gestion de la douleur), de même que la proximité géographique des services d'urgence (Browne et al., 2011). En d'autres mots, la décision de consulter au département de l'urgence pour les personnes autochtones vivant dans la pauvreté, avec des problématiques de santé mentale ou de dépendance, est influencée par des circonstances sociales complexes, telles que les expériences de soins antérieures (Browne et al., 2011). En fait, même si le département de l'urgence n'est pas conçu pour répondre aux besoins complexes requérant des suivis longitudinaux et une équipe interdisciplinaire, les patients souffrant de problématiques sociales continuent d'utiliser ce service (Browne et al., 2011). Ce phénomène s'explique également par le fait que l'accès aux soins de

santé primaire pour des soins non urgents est parfois restreint et la seule porte d'entrée dans le système de santé devient le département de l'urgence (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2017).

Lors d'hospitalisation, la relation avec le professionnel de la santé revêt une importance fondamentale pour la clientèle autochtone, car c'est ce qui déterminera si leur expérience est positive ou non (Mbuzi, Fulbrook, & Jessup, 2017). À Toronto (Ontario), parmi 836 participants autochtones, 28,5 % rapportaient une expérience de discrimination par un professionnel de la santé et cette expérience négative était associée positivement à des besoins de santé non comblés (Kitching et al., 2019). Ce résultat est inquiétant étant donné qu'au Canada, les Autochtones font partie des groupes les plus exposés à la discrimination (Siddiqi, Shahidi, Ramraj, & Williams, 2017). À cet égard, un rapport publié en 2015 fait d'ailleurs état du rôle du racisme sur la santé et le bien-être des populations autochtones du Canada (Allan & Smylie, 2015).

Ce dernier constat n'est certainement pas banal, car l'exposition fréquente à la discrimination serait associée à presque deux fois plus de risques de souffrir d'une maladie chronique (Siddiqi et al., 2017). Or, le stress chronique stimule des comportements d'adaptation au stress qui sont souvent précurseurs de maladies chroniques, tels que les mauvaises habitudes alimentaires et le tabagisme (Siddiqi et al., 2017). Selon une enquête menée par le RCAAQ auprès de 1723 Autochtones en milieux urbains, 57 % des répondants mentionnaient avoir été victimes de racisme au sein du réseau des services québécois (RCAAQ, 2018). Spécifiquement à Trois-Rivières, 53 % (N = 142) des participants de cette même étude estimaient avoir été victimes de racisme et de discrimination (RCAAQ, 2018). Par ailleurs, parmi les 70 % participants de

l'échantillon du Québec ayant eu recours au service du réseau québécois de santé et de services sociaux, 18 % de ceux-ci n'avaient pas obtenu une réponse satisfaisante à leurs besoins.

1.2.2.2 Aménagement du territoire. L'aménagement du territoire renvoie aux modifications de l'environnement naturel, comme la construction de routes, les règles sur l'habitation ou encore les différentes infrastructures (MSSS, 2012a). L'environnement physique, plus spécifiquement l'environnement bâti a le potentiel d'améliorer ou de nuire à la santé, notamment parce qu'il favorise ou non les habitudes de vie et les comportements de santé des individus (Stout, 2018; INSPQ, 2021). En ce qui concerne l'alimentation dans les communautés territoriales, il n'y a pas de données canadiennes disponibles quant aux accès aux épiceries (Stout, 2018). La présence d'une épicerie locale permet un choix plus grand d'aliments. D'ailleurs, l'expédition longue distance des aliments peut mener à la diminution de la qualité des aliments frais et périssables et mener à des coûts plus élevés (Stout, 2018). De plus, il n'y a généralement pas d'infrastructure dans les communautés territoriales pour la production ou la transformation des aliments. Du côté de l'activité physique, certains obstacles sont observés dans les communautés territoriales, comme les chiens errants, la mauvaise qualité des routes, le manque de sécurité, la prévalence de la criminalité, l'absence d'infrastructures sportives et la priorité à la circulation des véhicules motorisés (Stout, 2018). Par ailleurs, une récente synthèse des écrits scientifiques des pays de l'OCDE sur les effets des interventions en environnement bâti sur l'activité physique de loisirs rapporte que les plus prometteuses sont celles entourant la construction ou la rénovation de parcs (INSPQ, 2021). La majorité des études ($n = 25$, dont 2 au Canada) a démontré que les interventions liées à l'environnement bâti étaient notamment associées à des augmentations de la pratique d'activités physiques et au nombre d'utilisateurs des infrastructures concernées (INSPQ, 2021). En contexte

québécois, la saisonnalité est un enjeu important, tout comme la population vieillissante (INSPQ, 2021).

1.2.3 Milieux de vie

La troisième catégorie du cadre conceptuel des déterminants de la santé, soit celle des milieux de vie, compte cinq sous-catégories : (1) le milieu familial; (2) le milieu de garde et le milieu scolaire; (3) le milieu de travail; (4) les milieux d'hébergement; et (5) la communauté locale et le voisinage (MSSS, 2012a). En fait, les milieux de vie peuvent soit favoriser ou entraver le développement ainsi que la capacité d'agir des individus (MSSS, 2012a). Le milieu familial de même que la communauté locale et le voisinage représentent les deux sous-catégories explorées dans le cadre de ce projet de thèse.

1.2.3.1 Milieu familial. Le contexte familial chez les Autochtones est basé sur des liens verticaux entre les Aînés de la famille à leurs enfants et petits-enfants, mais aussi, de manière latérale, avec les autres membres de la famille élargie (frères, sœurs, cousins, conjoints) (Guay, 2015). Les enfants occupent une place prépondérante en tant que dons du Créateur et doivent être bien traités, car ils représentent l'avenir (Boulet & Badets, 2017). En ce qui concerne la constitution de la famille, 30 % des enfants des Premières Nations et 32 % des enfants inuit vivent au sein d'une famille monoparentale, ce qui est plus élevé que les enfants allochtones (19 %) (Kelly-Scott, 2016). De plus, parmi tous les enfants vivant en famille d'accueil au Québec, 15 % sont des Autochtones et la majorité sont des enfants des Premières Nations (67 %). À ce sujet, il importe de souligner que la nation Atikamekw est la première nation du Québec à gérer son propre régime de protection de la jeunesse : le système d'intervention d'autorité atikamekw (SIAA) (Atikamekw Sipi, 2021b; Josselin, 2021). D'ailleurs, les Autochtones accordent une place importante au rôle de la famille

élargie et de la communauté dans l'éducation des enfants (Guay, 2015). Il importe par ailleurs de souligner que les politiques coloniales, comme les pensionnats autochtones et la rafle des années soixante (*sixties' scoop*)¹ ont bouleversé la vie familiale et grandement contribué aux problèmes sociaux et économiques actuels (Guay, 2015).

1.2.3.2 Communauté locale et voisinage. Dans la culture autochtone, les relations sociales et communautaires priment sur l'individualisme (Reading & Halseth, 2013). Pour les Premières Nations du Québec, plusieurs caractéristiques sont reconnues comme des forces au sein des communautés, telles que les valeurs et les liens familiaux, la connaissance de la culture, la présence des Aînés, les programmes de santé communautaires et l'usage de la langue traditionnelle (CSSSPNQL, 2018e). Il importe de noter au sein des communautés la grande proximité reliée au surpeuplement des logements (Reading & Halseth, 2013). Globalement, dans les communautés autochtones du Québec, 8,9 % d'entre eux vivent dans des logements surpeuplés, comparativement à 2,5 % chez les Allochtones (Posca, 2018). Ces caractéristiques communautaires ont une influence sur le quotidien des Autochtones, notamment les comportements alimentaires et la pratique d'activités physiques.

Le nouveau guide alimentaire canadien prône notamment de prendre des repas en bonne compagnie et de cuisiner plus souvent (Santé Canada, 2019). Cet aspect social de l'alimentation prend notamment son sens pour les Autochtones dans la consommation d'aliments traditionnels. Ces aliments contribuent entre autres à la pratique d'activités physiques (p. ex. chasse, pêche), une

¹ Entre 1960 et 1990, des milliers d'enfants autochtones ont été retirés de leurs familles par des travailleurs sociaux jugeant les méthodes parentales inadéquates (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015b). Ces enfants ont été placés dans des foyers allochtones au Canada et aux États-Unis.

connexion culturelle et une fierté communautaire (Batal et al., 2021; Bergeron, Richer, Bruneau, & Laberge Gaudin, 2015). La famille et la communauté ont par ailleurs un rôle dans le maintien de la sécurité alimentaire, que ce soit par l'éducation, les services sociaux, les programmes de distribution ou l'organisation d'événements en offrant de la nourriture (Levi, 2020).

En matière d'activités physiques, l'engagement des communautés apparaît comme un facteur important de soutien social (Ahmed, Zuk, & Tsuji, 2021; Blodgett et al., 2008). L'implication des Aînés et la mise en place d'activités traditionnelles (p. ex. canot) favorisent un engagement plus soutenu des participants (Ahmed et al., 2021; Mikraszewicz & Richmond, 2019). Les jeux autochtones interbandes sont un exemple de projet organisé par les communautés territoriales du Québec qui favorise l'adoption de saines habitudes de vie pour les jeunes de 9 à 17 ans. Par ailleurs, comme ce fût le cas en 2017 dans la communauté de Wemotaci, les jeunes peuvent profiter des infrastructures sportives après la tenue des jeux pour poursuivre leur pratique d'activités physiques (Tremblay, 2017).

Cet engagement communautaire dans l'adoption de saines habitudes de vie est aussi présent en milieux urbains. Les centres d'amitié autochtones du Québec sont des ressources importantes de rassemblement. Deux centres d'amitié autochtones sont présents en Mauricie : celui de la ville de La Tuque et celui de la ville de Trois-Rivières (incluant un point de service dans la ville de Shawinigan). Plusieurs services et activités sont offerts, notamment en lien avec la culture, l'employabilité, la scolarisation (aide aux devoirs) et les saines habitudes de vie. Diverses activités sont proposées, comme des ateliers de cuisine, des activités de cuisine collectives, des sorties plein air et même des défis sportifs (p. ex. descente en canot de la rivière St-Maurice). Ces centres

contribuent notamment à la préservation des droits et intérêts des Autochtones en milieux urbains, par exemple, à la lutte contre l'intimidation (RCAAQ, 2014).

1.2.4 Caractéristiques individuelles

Selon le cadre conceptuel du MSSS (2012a), la catégorie des caractéristiques individuelles comporte quatre sous-catégories : (1) les caractéristiques biologiques et génétiques (p. ex. âge et sexe); (2) les compétences personnelles et sociales (p. ex. connaissances sur la santé et littératie); (3) les habitudes de vie et les comportements (p. ex. l'alimentation et les comportements liés à la sécurité)¹; et (4) les caractéristiques socioéconomiques (p. ex. niveau de scolarité et revenu).

En lien avec les objectifs de la thèse, qui seront présentés à la fin de ce chapitre, la sous-catégorie associée aux habitudes de vie et comportements a été davantage examinée en lien avec l'alimentation et la pratique de l'activité physique. Puis, la deuxième sous-catégorie qui sera présentée concerne les caractéristiques socioéconomiques.

1.2.4.1 Habitudes de vie et comportements. Considérant la prévalence élevée de plusieurs maladies chroniques chez les Premières Nations, et plus particulièrement l'obésité, qui est en constante augmentation (CSSSSPNQL, 2018b), il devient nécessaire de se pencher sur les comportements alimentaires et la pratique d'activités physiques en raison de leur rôle dans la prévention et la gestion de la maladie (Wharton et al., 2020). D'ailleurs, selon un sondage réalisé

¹ Le cadre conceptuel définit les habitudes de vie et les comportements comme « une façon d'être et à des façons de faire dans le cadre de diverses activités de la vie courante » (MSSS, 2012a, p. 9). Selon ce cadre, la notion de comportements réfère à ceux liés à la sécurité, comme l'utilisation d'équipement de sécurité au travail, l'utilisation du transport en commun ou encore le port du casque à vélo (MSSS, 2012a). Dans le cadre de cette thèse, l'utilisation du terme « comportement » traduit l'habitude adoptée par un individu (Gouvernement du Québec, 2020).

auprès de communautés et d'organismes autochtones, l'alimentation et la pratique d'activités physiques figurent notamment parmi les priorités de recherche des Premières Nations du Québec (CSSSPNQL, 2018f).

1.2.4.1.1 Nutrition, alimentation. Une importante transition se déroule de manière plus ou moins rapide et plus ou moins récente chez les Autochtones entre l'alimentation exclusivement dite traditionnelle et l'alimentation de type commercial (Bergeron et al., 2015; Earle, 2011; Reading & Halseth, 2013). Ceci s'explique, entre autres, par des déterminants associés au contexte global (MSSS, 2012b), comme la diminution de la disponibilité des aliments dits traditionnels (p. ex. plantes ou animaux disponibles par la chasse, la trappe, la pêche, la cueillette ou l'agriculture), les messages de santé publique concernant les risques de contamination (p. ex. mercure et pesticides), la dépendance envers les aliments commerciaux, mais également l'abandon graduel du mode de vie traditionnel (Bergeron et al., 2015; Earle, 2011; Roy et al., 2013; Tanguay, de Grosbois, & Saint-Charles, 2013). Il est pourtant reconnu que l'alimentation dite traditionnelle est notamment riche en fer, zinc et vitamines A, B, C et D (Bergeron et al., 2015).

Récemment, le rapport des résultats québécois de l'étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) a été diffusés (Chan et al., 2019) et un numéro spécial portant sur l'ensemble des résultats canadiens de l'EANEPN a aussi été publié en juin 2021 dans le *Canadian Journal of Public Health*. L'EANEPN est une vaste étude canadienne qui avait pour objectif de documenter la composition du régime alimentaire des Premières Nations vivant dans les communautés (au sud du 60^e parallèle) et la concentration de contaminants dans les

aliments traditionnels¹. Cette étude, qui a duré 10 ans, a débuté par les Premières Nations de la Colombie-Britannique (2008-2009), le Manitoba (2010), l'Ontario (2011-2012), l'Alberta (2013), la région de l'Atlantique (2014), l'Alberta (2013) et le Québec-Labrador (2016). Au Québec, l'ÉANEPN comptait 573 participants (420 femmes et 153 hommes), membres de 10 collectivités des Premières Nations. En Mauricie et Centre-du-Québec, seuls les Abénakis d'Odanak ont participé, mais leurs résultats n'ont pas été diffusés. Par ailleurs, les résultats pour l'ensemble du Québec ont révélé que 95 % des adultes déclaraient avoir consommé des aliments traditionnels dans l'année précédente (moyenne de 37g quotidiennement ou environ 2,5 cuillères à soupe) et que plus de 100 aliments traditionnels avaient pu être répertoriés. Selon les différentes classifications de ces aliments traditionnels, 84 % ont déclaré avoir consommé dans l'année précédente des mammifères terrestres (p. ex. orignal et castor), 79 % des baies et fruits sauvages (p. ex. bleuets et framboises), 76 % du poisson (p. ex. doré jaune et truites), 59 % des oiseaux sauvages (p. ex. outarde et téttras), 31 % des plantes sauvages (p. ex. thé du Labrador et têtes de violons), 30 % des produits provenant des arbres (p. ex. thé du cèdre et sirop d'érable), 17 % des aliments traditionnels cultivés (p. ex. maïs et haricots), 9 % des fruits de mer (p. ex. homard et pétoncle) et 1 % des champignons sauvages (p. ex. chaga). De plus, ces mêmes résultats généraux ont aussi révélé que, selon l'ancienne version du Guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007)², les hommes avaient seulement respecté les recommandations pour les produits céréaliers, alors que chez les femmes, aucune portion n'avait été respectée, et ce, pour les quatre groupes alimentaires (produits céréaliers, fruits et légumes, produits laitiers et viandes et substituts). Ces

¹ Willows (2005, p. S32) définit les aliments traditionnels par « des aliments culturellement acceptables, obtenus à partir des ressources naturelles locales ».

² Malgré les changements apportés au nouveau Guide alimentaire canadien en 2019, il est encore à propos d'utiliser l'ancienne version destinée aux Autochtones comme source d'information fiable sur la saine alimentation (Santé Canada, 2007).

résultats laissent présager aux auteurs de l'ÉANEPN des carences potentielles en fibres, en vitamines, en calcium et en magnésium. Dans l'ensemble, la consommation de gras saturés et de sodium était trop élevée.

Les derniers résultats de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations du Québec présentent également un portrait de la santé des Premières Nations vivant dans les communautés territoriales (CSSSPNQL, 2018a). L'ERS est une étude descriptive transversale réalisée en 2015 auprès de 3261 participants, issus de huit nations du Québec (CSSSPNQL, 2018a). Selon les résultats de cette enquête, le portrait alimentaire des communautés autochtones au Québec indique que 55 % des individus vivant en zones urbaines (p. ex. Wôlinak et Odanak) jugent avoir une alimentation quotidienne nutritive et équilibrée, comparativement à 36 % des individus habitant en zones rurale et éloignée (p. ex. Wemotaci) (CSSSPNQL, 2018e). L'accès aux aliments frais et le coût plus élevé en zone éloignée pourraient expliquer cet écart (CSSSPNQL, 2018e). Par ailleurs, en référence aux quatre groupes alimentaires de l'ancienne version du Guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2019), 66 % des répondants de l'ERS indiquaient consommer quotidiennement des légumes, 78 % des fruits, 79 % des produits céréaliers, 70 % des produits laitiers et 76 % des viandes et substituts (CSSSPNQL, 2018e).

Ceci dit, un taux élevé d'insécurité alimentaire est présent de manière globale chez les populations autochtones, c'est-à-dire qu'il existe un manque d'aliments sains et nutritionnels ou que la capacité d'acquérir des aliments par des moyens socialement acceptables est limitée ou incertaine (Blanchet & Rochette, 2011). Dans les communautés autochtones du Québec, 21 % des adultes vivent en situation d'insécurité alimentaire (CSSSPNQL, 2018g). L'ÉANEPN indique même que 36 % des ménages vivent dans un état d'insécurité alimentaire (Chan et al., 2019). Les

régions rurales comme Wemotaci et les régions difficiles d'accès (p. ex. Kawawachikamach) ont notamment des niveaux plus élevés d'insécurité alimentaire (CSSSPNQL, 2018g). Au quotidien, ceci se traduit par le fait que des membres de la famille doivent réduire leur portion ou sauter des repas en raison du manque de nourriture disponible (Rotenberg, 2016). Par ailleurs, au Canada, l'insécurité alimentaire joue un rôle dans la détresse psychologique et les comportements suicidaires chez les Autochtones ayant un faible revenu (Hajizadeh et al., 2019).

1.2.4.1.2 Mode de vie actif. Les bienfaits de l'activité physique sont largement documentés dans la littérature. La pratique de l'activité physique est notamment recommandée en prévention de l'hypertension artérielle (Rabi et al., 2020), du diabète (Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2018), de l'obésité (Wharton et al., 2020) et la dyslipidémie (Anderson et al., 2016). L'activité physique se définit par « Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique et qui augmente la fréquence cardiaque et le rythme respiratoire » (Société canadienne de physiologie de l'exercice [SCPE], 2017). Il existe quatre dimensions associées à l'activité physique : le type d'activité (p. ex. marche ou entraînement aérobique), la fréquence (p. ex. nombre de fois par semaine), la durée (p. ex. nombre de minutes) et l'intensité (p. ex. faible, modérée ou élevée) (Strath et al., 2013). La notion d'intensité réfère au niveau d'effort (OMS, 2018). Le Tableau 5 présente les trois types d'intensité de l'activité physique : faible, modérée et élevée.

Tableau 5

Intensité de l'activité physique

	MET*	Exemples
Activité physique de faible intensité : le rythme cardiaque est plus vite sans essoufflement.	Entre 1,5 et 3,0 MET	Marche lente Tâches ménagères légères (p. ex. vaisselle et cuisine)
Activité physique d'intensité modérée : le rythme cardiaque est plus vite et la respiration s'accélère (sans être à bout de souffle).	Entre 3,0 et 5,9 MET	Marche rapide Danse
Activité physique d'intensité élevée : le rythme cardiaque et la respiration sont plus élevés que l'intensité modérée.	≥ 6 MET	Course à pied Hockey

Adaptation de SCPE (2017) et OMS (2018)

Notes. * MET: Abréviation de *Metabolic Equivalent of Task*. Il correspond au niveau de dépense énergétique au repos.

Or, pour certains Autochtones, il n'existe pas de distinction entre le sport, la pratique d'activités physiques, les jeux traditionnels, les activités culturelles et la vie professionnelle (McHugh, 2011; Paraschak & Thompson, 2014; Tang & Jardine, 2016). D'ailleurs, par tradition, le sport et le jeu étaient reliés au volet spirituel, souvent intégré aux différentes célébrations autochtones (Société du sport pour la vie, 2019). D'où l'intégration des quatre dimensions de la roue de médecine (physique, mental, émotionnel et spirituel) dans la promotion et l'encadrement du sport et de l'activité physique auprès des Autochtones (Société du sport pour la vie, 2019; Lavallée & Lévesque, 2013).

Actuellement, il est recommandé pour les adultes de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée par semaine (SCPE, 2019). Selon la dernière ERS

des Premières Nations du Québec, plus de 60 % des Premières Nations vivant en communauté atteignent cette recommandation (CSSSPNQL, 2018e).

En effet, 59 % des participants de cette enquête étaient considérés comme étant actifs, 15 % comme étant modérément actifs et 27 % comme étant inactifs (CSSSPNQL, 2018e)¹. Par ailleurs, tout comme l'ensemble de la population du Québec, le niveau de pratique d'activités physiques diminue avec l'âge et les hommes des Premières Nations sont plus actifs que les femmes des Premières Nations (respectivement 67 % et 50 %) (Camirand, Traoré & Baulne, 2016; CSSSPNQL, 2018e).

Il va sans dire que la pratique de l'activité physique est influencée par l'environnement physique, que l'on peut rattacher aux déterminants de la santé de la catégorie du contexte global (MSSS, 2012b), dont les éléments naturels (p. ex. climat), les éléments bâtis et aménagés (p. ex. réseaux de transport) et les éléments technologiques (p. ex. équipements de sport) (MSSS, 2012b; Nykiforuk et al., 2018). Les environnements socioculturels (p. ex. normes et conventions), politiques (p. ex. lois et règlements) et économiques (p. ex. prix des biens et services) jouent aussi un rôle dans l'adoption des saines habitudes de vie (MSSS, 2012b). Spécifiquement dans les communautés des Premières Nations du Québec, il existe quatre principaux enjeux en matière de sports, de loisirs et d'activités physiques : (1) l'accessibilité financière et aux infrastructures

¹ Les statistiques entre Autochtones et Allochtones sont difficilement comparables en raison de méthodologies différentes. Par exemple, dans l'ERS de la CSSSPNQL (2018i) les résultats incluent l'ensemble de la population (5 à 65 ans et plus) alors que les participants de Camirand, Traoré et Baulne (2016) ont 15 ans et plus. La catégorisation des indicateurs est aussi différente. À titre indicatif seulement, selon l'enquête de Camirand et al. (2016), en ce qui concerne la pratique d'activités de loisirs, 33 % des Québécois âgés de 15 ans et plus sont actifs, 11 % sont modérément actifs, 16 % sont peu actifs et 40 % sont sédentaires (Camirand et al., 2016). En combinant la pratique d'activités de loisirs et de transport, 41 % des Québécois âgés de 15 ans et plus sont actifs, 11 % sont modérément actifs, 52 % sont peu actifs et 30 % sont sédentaires (Camirand et al., 2016).

(physique et économique); (2) l'encadrement par des ressources humaines spécialisées (socioculturel); (3) la valorisation du sport, des loisirs et de l'activité physique (socioculturel); et (4) la concertation des actions à l'échelle nationale, régionale et locale (politique) (Conseil en éducation des Premières nations & CSSSPNQL, 2013).

Dans le but d'obtenir un portrait contemporain des habitudes alimentaires et d'activité physique des Autochtones du Canada, une revue de la littérature de type « examen de la portée » a été réalisée et publiée dans le *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* (voir l'étude 1 à la fin du chapitre de la problématique).

1.2.4.2 Caractéristiques socioéconomiques. Les caractéristiques socioéconomiques ont une très grande influence sur l'état de santé de la population (MSSS, 2012a). Malgré un appel à l'action de la Commission de vérité et réconciliation sur la réduction des écarts en matière de santé entre les Autochtones et les Allochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015c), il existe encore des inégalités socioéconomiques entre les Autochtones du Québec et l'ensemble de la population allochtone (Posca, 2018). Deux aspects seront approfondis : le niveau de scolarité et le type d'emploi.

1.2.4.2.1 Niveau de scolarité. Le niveau de scolarité des Autochtones du Québec est plus faible que celui de la moyenne des Allochtones (Posca, 2018). Par exemple, le pourcentage de personnes sans certificat, diplôme ou grade est de 30,5 % chez les Premières Nations, comparativement à 13,0 % chez les Allochtones (Posca, 2018). Ces données sont stables dans le temps, car lors du recensement de 2011, 31,3 % des Premières Nations ne possédaient pas de certificat, diplôme ou grade (Kelly-Scott, 2016). Il est à noter que le pourcentage des Premières Nations sans certificat,

diplôme ou grade est plus élevé dans les communautés territoriales (46,5 %) qu'à l'extérieur de celles-ci (20,9 %) (Kelly-Scott, 2016). D'ailleurs, même si le taux d'emploi est plus faible chez les Autochtones (Posca, 2018), il n'en demeure pas moins qu'il est plus élevé chez ceux qui poursuivent leurs études (Kelly-Scott, 2016). Or, les études postsecondaires nécessitent un départ des communautés territoriales vers les milieux urbains; ce qui nécessite une certaine adaptation (RCAAQ, 2020).

Plusieurs défis sont présents dans le cheminement scolaire des Autochtones, notamment au moment des différentes transitions (p. ex. primaire-secondaire, secondaire-collégial, écoles en communauté territoriale-écoles en milieux urbains) (RCAAQ, 2016). La maîtrise de la langue française (ou anglaise) est un défi dans les travaux et lors des examens, car il s'agit pour certains Autochtones d'une deuxième et même une troisième langue (RCAAQ, 2020).

1.2.4.2.2 Type d'emploi. Globalement au Canada, en ce qui concerne le travail, les Autochtones sont moins susceptibles que les Allochtones d'exercer les « professions du savoir », qui exigent de plus hauts niveaux d'étude et ils sont plus enclins à travailler à temps partiel (Moyser, 2017). À cet effet, il est recensé que la pauvreté, les niveaux inférieurs de scolarisation, ainsi que le racisme et la discrimination sont des obstacles omniprésents à l'emploi des Autochtones (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2017). Par ailleurs, les Autochtones sont surreprésentés par rapport aux Allochtones notamment dans les secteurs des soins de santé et de l'assistance sociale, les administrations publiques et la construction (Moyser, 2017). En contrepartie, ils sont sous représentés, ce particulièrement dans les secteurs des services professionnels et scientifiques, les finances et les assurances (Moyser, 2017). Pour les communautés territoriales éloignées, les opportunités d'emploi peuvent s'avérer plus rares (Centre

de collaboration nationale de la santé autochtone, 2017). D'ailleurs, la majorité (88 %) des Premières Nations du Québec vivant en communauté territoriale travaillent au sein de leur communauté (CSSSPNQL, 2018g).

1.2.5 État de santé de la population

La dernière catégorie, illustrée au cœur de la Figure 3, est la mesure de l'état de santé de la population. Elle est composée de trois dimensions qui permettent d'avoir une vue d'ensemble : la santé globale (p. ex. perception de la santé globale et bien-être), la santé physique (p. ex. mortalité et morbidité) et la santé mentale et psychosociale (p. ex. intégration sociale et suicide). Par souci de concision, la sous-catégorie de la santé mentale et psychosociale sera intégrée dans la section portant sur la santé globale.

1.2.5.1 Santé globale.

1.2.5.1.1 Perception de la santé globale. Dans l'ensemble des communautés autochtones du Québec (tout âge confondu), le pourcentage de personnes s'autoévaluant avec une très bonne ou une excellente santé générale est de 55 % (CSSSPNQL, 2018h). À titre indicatif, cette statistique est similaire à ce qui a été rapporté auprès de la population allochtone âgée de 15 ans et plus dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, soit 56 % (CIUSSS MCQ, 2018). Du côté de la perception de l'état de santé mentale, 64 % de membres des communautés considèrent que leur santé mentale est très bonne ou excellente (CSSSPNQL, 2018c). Par ailleurs, ni l'âge ni le sexe n'influence la perception de la santé mentale, mais les membres des Premières Nations vivant en zone urbaine (p. ex. Odanak et Wôlinak) semblent avoir une perception plus favorable (69 %) que ceux vivant dans l'ensemble des zones plus éloignées (p. ex. Wemotaci) (55 %) (CSSSPNQL, 2018h). Or, l'expérience des pensionnats autochtones, décrit précédemment, est associée à la

détresse psychologique et des problématiques de dépendance (Dion et al, 2016). De plus, à la lumière des récents événements de l'actualité en lien avec la pandémie de la COVID-19, les résultats sur la perception de la santé seraient certainement différents aujourd'hui, car cette crise mondiale a accentué les conséquences reliées aux inégalités sociales et de santé des Autochtones. Par exemple, un sondage réalisé au Canada au printemps 2020 auprès de 1400 Autochtones rapportait que 60 % d'entre eux avait noté une détérioration de leur état de santé mentale (Arriagada, Hahmann, & O'Donnell, 2020).

1.2.5.2 Santé physique.

1.2.5.2.1 Mortalité, létalité. Au Canada, les Premières Nations sont deux fois plus à risque de mourir par des causes évitables¹ que les Allochtones (Park, Tjepkema, Goedhuis, & Pennock, 2015). Malgré une augmentation de l'espérance de vie chez les Autochtones dans les dernières années, elle reste toutefois plus courte que les Allochtones (Tjepkema, Bushnik, & Bougie, 2019). Il est à noter que le faible revenu ainsi que le faible niveau de scolarité sont des facteurs explicatifs importants dans ces statistiques (Park et al., 2015).

1.2.5.2.2 Comorbidité. Dans les communautés des Premières Nations du Québec, la prévalence des maladies chroniques est stable, à l'exception de l'obésité² (CSSSSPNQL, 2018b). Parmi ces problématiques de santé, les plus communes chez l'adulte sont l'obésité (44 %), les problèmes cardiovasculaires (23 %), les allergies (22 %), les problèmes musculosquelettiques

¹ La mortalité prématurée se définit comme le décès avant l'âge de 75 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2018).

² L'obésité est considérée comme une maladie chronique considérant que la gestion du poids est un processus à long terme (Obésité Canada, 2018). D'ailleurs, les nouvelles lignes directrices définissent l'obésité comme « une maladie chronique complexe caractérisée par une accumulation anormale ou excessive de graisses corporelles qui est nuisible à la santé » (Wharton et al., 2020, p. E875).

(21 %) et le diabète (17 %) (CSSLSPNQL, 2018h). En raison de leurs facteurs de risque modifiables, seuls le diabète, l'obésité et les problèmes cardiovasculaires seront détaillés ci-dessous.

1.2.5.2.2.1 Diabète. Au Canada, les Autochtones (particulièrement les Premières Nations) sont parmi les populations les plus à risque face au diabète et à ses complications (Crowshoe et al., 2018). Selon la revue de la littérature de Halseth (2019) réalisée chez les Premières Nations du Canada, le taux de diabète augmente plus rapidement comparativement à la population générale, la maladie apparaît plus tôt, la prévalence chez les enfants et les adolescents a aussi augmenté rapidement et les femmes sont davantage affectées que les hommes des Premières Nations et les femmes allochtones. La prévalence du diabète gestationnel explique en partie le fardeau du diabète chez les femmes des Premières Nations (Crowshoe et al., 2018). La prévalence du diabète de types 1 et 2 chez les adultes des Premières Nations vivant hors communauté est 1,9 fois plus élevée que la prévalence chez les Allochtones (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Comme mentionné précédemment, dans les communautés territoriales des Premières Nations du Québec, la prévalence du diabète de type 2 chez les adultes demeure relativement stable dans le temps, avec des taux de 14 % en 2002, 18 % en 2008 et 17 % en 2015 (CSSLSPNQL, 2018h). Plus récemment, le taux autodéclaré de diabète chez les adultes des Premières Nations du Québec dans l'étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) était de 25 % ($n = 48$) en 2016; 26 % chez les femmes ($n = 407$) et 19 % chez les hommes ($n = 141$) (Chan et al., 2019). Le Tableau 6 présente les taux de prévalence du diabète au Canada et au Québec.

Tableau 6

Synthèse des prévalences des maladies chroniques au Québec et au Canada

Maladies	Prévalence		
	Années	Autochtones	Allochtones
Diabète	Au Canada ¹		
	2008-2010	19,0 % PN en communauté	-
	2010-2013	12,7 % PN hors communauté	-6,8 %
	Au Québec ²⁻³⁻⁵		
	2008	17,5 % PN communauté	-
	2015	17 % PN communauté	-
	2016	25 % PN communauté	-
Obésité	Au Canada ¹		
	2008-2010	38,5 % PN en communauté	-
	2010-2013	29,4 % PN hors communauté	18 %
	Au Québec ²⁻³⁻⁵		
	2008	40,6 % PN communauté	-
	2015	44 % PN communauté	-
	2016	66 % PN communauté	-
Maladies cardiovasculaires	Au Canada ⁴		
	2007-2010	11 % PN hors communauté	14 %
	Au Québec ³		
	2008	24 % PN communauté	-
	2015	23 % PN communauté	-

Notes : PN = Premières Nations

¹ = Agence de la santé publique du Canada (2018); ² = CSSSPNQL (2013b); ³ = CSSSPNQL (2018h);

⁴ = Gionet et Roshananfshar (2013); ⁵ = Chan et al. (2019)

Le fardeau du diabète de type 2 chez les Autochtones s'explique notamment par l'interaction complexe des déterminants de la santé (Halseth, 2019). Les facteurs de risque du diabète de type 2 les plus habituels sont liés à l'âge (≥ 40 ans), aux antécédents familiaux et au diabète gestationnel, aux risques vasculaires (p. ex. hypertension artérielle, excès de poids, tabagisme) et au fait d'être

membre d'une population à risque, tel que les Autochtones (Ekoe, Goldenberg, & Katz, 2018). Selon la perspective autochtone, ancrée dans une compréhension holistique de la santé, le diabète est perçu comme étant associé aux processus de colonisation, notamment via la perte des modes de vie traditionnels et de la spiritualité, la marginalisation socioéconomique, le bouleversement socioculturel, le stress et le racisme (Halseth, 2019). Par exemple, pour certains Autochtones, l'annonce d'un diagnostic de diabète est inévitable et un lien explicatif s'articule entre le diabète, la transition alimentaire et la dépendance aux aliments occidentaux versus traditionnels (Pilon et al., 2019). D'autres ont l'impression que les professionnels de la santé leur imposent de choisir entre les traitements occidentaux ou la médecine autochtone pour le diabète (Pilon et al., 2019).

1.2.5.2.2 Obésité. Au Canada, la prévalence de l'obésité chez les Premières Nations vivant hors communauté et chez les Inuit correspond à 1,6 fois celle des Allochtones (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Même que pour l'ensemble des groupes autochtones, la prévalence de l'embonpoint ($IMC \geq 25$) et de l'obésité ($IMC \geq 30$) est à la hausse (Kolahdooz, Sadeghirad, Corriveau, & Sharma, 2017). Plusieurs variations existent entre la prévalence de l'obésité selon les groupes autochtones, le sexe et la zone géographique des membres des Premières Nations et Inuit (Batal & Decelles, 2019).

Dans les communautés des Premières Nations du Québec, l'obésité figure comme la problématique de santé chronique la plus courante, avec une prévalence à la hausse chez les adultes, allant de 35 % en 2002, à 41 % en 2008 et à 44 % en 2015 (CSSSPNQL, 2018h). D'ailleurs, les récents résultats québécois de l'EANEPN indiquent un taux d'obésité de 66 % (Chan et al., 2019). La prévalence est d'ailleurs moins élevée en milieu urbain (38 %) qu'en zones rurale et éloignée (53 %) (CSSSPNQL, 2018h). À l'échelle mondiale, les conséquences de l'obésité sur la santé et

l'économie sont largement documentées (Organisation for economic co-operation and development, 2019; World Health Organization, 2000). L'obésité prédispose les individus à des problématiques de santé comme le diabète et accroît le risque d'être atteint d'un cancer (Wharton et al., 2020).

Il y a plus de 15 ans maintenant, les travaux du chercheur québécois Bernard Roy ont mis en lumière l'acte alimentaire et son rapport au corps social et politique dans la communauté innue de Pessamit (Roy, 2002). Dans le cadre de ses recherches, le professeur Roy rapporte la transformation alimentaire des Innus dans le contexte du 20^e siècle. Un phénomène de hiérarchie alimentaire encourageait l'inclusion d'aliments associés au régime des Allochtones vivant dans la communauté. L'alimentation traditionnelle a donc diminué dans l'estime des Autochtones, au profit de l'alimentation commerciale. La force, la réussite, la beauté et même l'attrait sexuel ont été attribuées au corps enrobé (Roy et al., 2013). Contrairement à la perception des professionnels de la santé, l'obésité chez les Innus correspondait au moment de cette étude à un signe de santé. En d'autres mots, via l'alimentation, un moyen d'appartenir au groupe se développe et le rapport au corps permet d'établir une distinction entre les Autochtones et les Allochtones (Roy, Labarthe, & Petitpas, 2013).

1.2.5.2.2.3 Maladies cardiovasculaires. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, il est difficile d'établir un portrait comparatif clair. Par exemple, comme indiqué au Tableau 6, au Canada, 11 % des membres des Premières Nations vivant hors communauté sont atteints de maladies cardiovasculaires, comparativement à 14 % chez les Allochtones (Gionet & Roshananfshar, 2013). Or, comme spécifié dans le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, ces données ne peuvent être comparées directement avec les autres statistiques

canadiennes, selon lesquelles seulement 6 % des Autochtones souffrent d'une maladie cardiovasculaire (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

Au Canada, les Premières Nations vivant hors communauté ont un taux de décès par maladie cardiovasculaire plus élevé que les Autochtones (Tjepkema, Tjepkema, Wilkins, Goedhuis, & Pennock, 2012). À cet effet, le revenu et l'éducation sont les deux facteurs qui expliquent majoritairement les disparités de mortalité entre Premières Nations et Autochtones (Tjepkema et al., 2012). Or, le tabagisme est aussi un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (U.S. Department of Health and Human Services, 2014) et il importe de souligner que le taux de tabagisme chez les Premières Nations du Québec est beaucoup plus élevé que chez le reste de la population (Chan et al., 2019; CSSSPNQL, 2018i). Les femmes autochtones sont plus vulnérables, car elles ont un risque de décès associé aux maladies cardiovasculaires beaucoup plus élevé que les hommes autochtones, et même que leurs comparses féminines autochtones (Tjepkema et al., 2012). D'ailleurs, le taux de maladies cardiovasculaires chez les femmes autochtones, spécialement chez les jeunes, semble être en augmentation (Prince et al., 2018). Du côté du Québec, dans les communautés autochtones, la prévalence totale des maladies cardiovasculaires est de 23 % (CSSSPNQL, 2018h). La prévalence est d'ailleurs plus élevée en zone urbaine (20 %) qu'en zones rurales et éloignées (10 %), ce qui pourrait s'expliquer par un sous-diagnostic des problématiques cardiovasculaires en raison de difficultés d'accès aux soins et services de santé (CSSSPNQL, 2018h). L'accès aux services de santé revêt donc une importance capitale.

En somme, plusieurs inégalités de santé sont présentes au sein des communautés autochtones, que ce soit au niveau socioéconomique, de l'état de santé ou de l'accès aux soins de santé. Malgré ce sombre tableau, il existe tout de même des facteurs de protection spécifiques aux Premières

Nations, dont les facteurs identitaires (p. ex. la culture, le lien avec le territoire et l'esprit communautaire) et le soutien social, qui ont un impact positif sur leur bien-être (CSSSPNQL, 2018d; Rotenberg, 2016). D'ailleurs, les communautés territoriales ont fait preuve d'une grande résilience communautaire dans la gestion de crise de la COVID-19 (Bergeron, Désilets, Roberge, Laforest, & Direction du développement des individus et des communautés, 2020). À vrai dire, lorsque les conditions sont optimales et que les systèmes de soutien sont présents, les déterminants sociaux peuvent aussi être reliés à des impacts positifs en matière de santé pour les Premières Nations (Rotenberg, 2016).

Avant de poursuivre ce chapitre sur la problématique avec la présentation des objectifs de la thèse, les résultats de l'étude 1 seront présentés. Il s'agit d'un approfondissement de la section 1.2.4.1 sur les habitudes de vie, plus spécifiquement l'alimentation et la pratique d'activités physiques chez les Autochtones.

1.3 Étude 1 - Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada (publiée en 2019 au *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*)

L'étude 1 de la thèse est présentée sous la forme d'un article scientifique intitulé *Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada*¹. Il vise à répondre au premier objectif de la thèse, soit de dresser un portrait des comportements alimentaires et d'activités physiques des Autochtones à l'aide d'un examen de la portée. Sous la forme d'une revue de la littérature de type examen de la portée

¹ La terminologie *Indigenous* est utilisée afin d'être conforme à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, adoptée par le Canada (Statistique Canada, 2019d). Si possible, il est tout de même préférable d'utiliser spécifiquement le nom de la nation (Animikii Inc., 2017). Il est à noter que le terme *Aboriginal* est tout de même le terme juridique reconnu par la Constitution canadienne.

(*scoping review*), cet article a permis de connaître l'état des connaissances ainsi que les écarts au niveau de la recherche en lien avec les comportements alimentaires et la pratique d'activités physiques des Autochtones du Canada. Il a été publié en anglais dans la revue *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* (2019). Considérant la publication dans cette revue sur les soins infirmiers cardiovasculaires, la perspective infirmière est évoquée dans le cadre de cet article. D'ailleurs, une des priorités nationales en matière de recherche infirmière concerne justement les populations autochtones, notamment sous l'angle de la promotion de la santé et de prévention de la maladie (Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI], 2018).

Pour répondre aux exigences de cette thèse, la contribution des auteurs est détaillée à la prochaine section ainsi qu'un résumé en français de l'article. Par la suite, pour respecter les autorisations du *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, la version acceptée (communément appelée *post-print*) de l'article sera présentée¹.

1.3.1 Contribution des auteurs

La doctorante (A.-M. Leclerc) est la chercheuse principale de la recherche, de la revue de la littérature, l'analyse et la rédaction de l'article. Le second auteur (A. Busque) a collaboré à la revue de la littérature, alors que les deux directrices (P. Miquelon et M.-C. Rivard) ont appuyé la conception de la recherche, les analyses et elles ont effectué les révisions de l'article. Tous les auteurs de cet article ont autorisé sa publication dans le cadre de cette thèse.

¹ Le *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* a donné son autorisation pour la publication de la version éditée de l'article, or selon les exigences de cette thèse, les articles doivent être présentés sous la même forme que le reste du texte.

1.3.2 Résumé en français

Contexte. Les maladies cardiovasculaires sont un problème de santé de plus en plus important parmi les peuples autochtones du Canada. De plus, il semble que la modification des facteurs de risque cardiovasculaire soit insuffisante chez cette même population. **Objectif :** L'objectif de cet examen de la portée est de présenter une analyse exhaustive de la littérature portant sur l'alimentation et la pratique de l'activité physique chez les peuples autochtones du Canada au cours des dix dernières années. **Méthodes.** Cet examen de la portée a été effectué selon la méthodologie d'Arksey et O'Malley (2005). **Résultats.** Trente études portant sur les comportements alimentaires et/ou la pratique d'activité physique chez les peuples autochtones ont été incluses dans l'examen de la portée. La transition alimentaire chez les peuples autochtones se reflète par une diminution du régime alimentaire traditionnel, ce qui entraîne une baisse de la qualité nutritionnelle. Il semble que la plupart des peuples autochtones pratiquent régulièrement l'activité physique, malgré les difficultés physiques, économiques et les barrières politiques. **Conclusions.** Bien que ces résultats corroborent les résultats antérieurs, d'autres sont nécessaires pour explorer les stratégies visant la réduction des facteurs de risque cardiovasculaire chez les Autochtones du Canada.

Mots clés : habitudes de vie, Autochtones, activité physique, nutrition

**Cardiovascular Disease Prevention: A Scoping Review of Healthy Eating and Physical
Activity Among Indigenous Peoples in Canada**

Anne-Marie Leclerc, RN, MScN, PhD(c), Professor, Department of Nursing,*¹ Alexandre Busque, Kin, MSc, Research Assistant, Department of Human Kinetics,¹ Paule Miquelon, PhD, Professor, Department of Psychology,¹ Marie-Claude Rivard, PhD, Department of Human Kinetics.¹

¹ University of Quebec at Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.

*Corresponding address: Department of Nursing, University of Quebec at Trois-Rivieres, 3351 Boul. des Forges, Trois-Rivieres, Québec, G9A 5H7; Tel: (819) 376-5011 (3448); E-mail: Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

Abstract

Background. Cardiovascular disease is a growing health issue among Indigenous peoples in Canada. In addition, it appears that cardiovascular risk factor modification is lacking in this population. **Purpose.** The objective of this scoping review is to present a comprehensive analysis of the literature regarding dietary and physical activity behaviours among Indigenous Canadian peoples over the last ten years. **Methods.** This scoping review was conducted using the methodology of Arksey and O'Malley (2005). **Results.** Thirty studies examining the dietary and/or physical activity behaviours of Indigenous peoples were included in the review. The food transition among Indigenous peoples is reflected by a decrease in the traditional diet, resulting in decreased nutritional quality. It appears that most Indigenous peoples are engaged in regular physical activity, despite physical, economic, and political barriers. **Conclusions.** Although these results corroborate earlier findings, additional nursing studies are needed to explore strategies for cardiovascular risk factor reduction in Canadian Indigenous peoples.

Keywords: Lifestyle; Indigenous peoples; Physical activity; Nutrition

In Canada, over 1.6 million people self-identify as Indigenous (Statistics Canada, 2018). According to the Constitution Act (1982), the term *Indigenous* defines three distinct groups: First Nations, Inuit, and Métis (Government of Canada, 1982).¹ Health disparities between Indigenous and non-Indigenous peoples have persisted for years (Smylie & Firestone, 2016). For example, cardiovascular disease (CVD) rates are almost 50% higher among First Nations and Métis compared to the general Canadian population (Public Health Agency of Canada, 2016) and health concerns about CVD are also emerging in Inuit communities (Hu, Singh, Kenny, & Chan, 2019). Moreover, compared to non-Indigenous people, the risk of dying from CVD is 30% higher among First Nations men and 76% higher among First Nations women (Tjepkema, Wilkins, Goedhuis, & Pennock, 2012). While the social determinants of health play a crucial role in these disturbing statistics, traditional cardiovascular risk factors are also critically important (Anand et al., 2001).

Nurses play an important role in CVD prevention and advocacy; therefore, they must be prepared to deliver quality care to the Indigenous population (Lanuza, Davidson, Dunbar, Hughes, & De Geest, 2011; Tobe, Maar, Roy, & Warburton, 2015). Lifestyles, which are often grounded in the determinants of health, appear to be at the root of Indigenous Canadians' health issues. Although the overall definition of healthy lifestyles may vary, most would agree that physical activity and healthy diet are key factors in preventing CVD and its associated complications (World Health Organization, 2004). Therefore, this scoping review focuses on the existing evidence related to dietary and physical activity behaviours among Indigenous peoples in Canada.

¹ The term "Indigenous peoples" is a collective noun for First Nations, Métis and Inuit and as much as possible, the authors' use the more specific term. The term "Indigenous peoples" is not use interchangeably with First Nations. When applicable, it is noted whether referenced First Nations people are living on community (reserve) or off community.

Background

The lifestyle related CVD risk factors of physical activity and diet cannot be addressed without consideration of the related CVD risk factors and the broader context of the social determinants of health. For example, in their Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP), published in *The Lancet*, Anand et al. (2001) concluded that both CVD risk factors and social determinants of health to play a crucial role in CVD statistics.

Social Determinants of Health

To reduce CVD risk factors in Indigenous peoples, health professionals must be aware of the social determinants of health, such as income, education, employment, living conditions, housing, colonization, and access to culturally competent health services (Tobe et al., 2015). Culture also determines health because of its historical roots and link to social conditions and politics (Joncas & Roy, 2015). Nurses must take a leadership role in shaping health care and social policy and help to reduce the global burden of CVD by advocating for cardiovascular health in vulnerable communities (Lanuza et al., 2011).

Cardiovascular Risk Factors

Although the cardiovascular health of Indigenous peoples is impacted by all CVD risk factors, diabetes and obesity are closely linked to dietary patterns and physical activity. The prevalence rates for diabetes among First Nations living off-community is 1.9 times higher than non-Indigenous people (12.7% vs 6.8%) and the prevalence among Métis (9.9%) is 1.5 times higher than non-Indigenous people (Public Health Agency of Canada, 2018). A large Canadian study ($n = 2,802,845$) predicted that about 80% of First Nations peoples will be diagnosed with diabetes in their lifetime (Turin et al., 2016). The recent Diabetes Canada guidelines asserts that diabetes is

generally diagnosed at an earlier age and complications are more frequent among Indigenous peoples, hence the relevance of assessing risk factors of diabetes (e.g. unhealthy diet, obesity or inactivity) from an early age (Crowshoe et al., 2018).

Obesity (BMI \geq 30 kg/m²) is also a major problem because obesity rates are higher among First Nations living off-community (28%), Métis (24%), and Inuit (28%), compared to non-Indigenous people (16%) (Batal & Decelles, 2019). Unfortunately, the general trend among Canadians is an overall increase in obesity rates (Batal & Decelles, 2019). Furthermore, it is well documented that obesity is associated with CVD (Guh et al., 2009); therefore, interventions combining healthy diets and physical activity are recommended for CVD prevention (Tobe et al., 2015).

Diet & Physical Activity. To our knowledge, the only recent Indigenous related Canadian review of diet and physical activity focused solely on the Inuit peoples (Akande, Hendriks, Ruiters, & Kremers, 2015). Akande et al. (2015) systematically reviewed factors influencing dietary and physical activity behaviours (N = 45 articles). Age and gender were found to be factors influencing the consumption of traditional food or market food. However, regarding physical activity, the authors reported inconsistencies with assessment methodology. Young and Katzmarzyk (2007) drew the same conclusion in their review of the physical activity patterns of Indigenous Canadian peoples, the determinants of said patterns, and their consequences. Willows (2005) conducted the only published review of Canadian Indigenous peoples healthy diets, intending to provide an overview of the state of knowledge and research gaps about the determinants of healthy diet among Indigenous peoples.

To date, researchers have given little attention to six themes related to the determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada, identified by Willows (2005): (1) the relationship between food beliefs and eating practices, (2) the link between the sensory properties of traditional and market foods and food choices, (3) the impact of Indigenous values (i.e., traditions of cooperation, sharing, and reciprocity) regarding food insecurity and a validated scale for this population, (4) perceptions and body image, (5) the influence of environment on food choices, and (6) the interaction of the determinants of health relative to food. Notably, Willows (2005) did not discuss the cultural aspect of Canadian dietary guidelines. The Canadian government developed Canada's Food Guide - First Nations, Inuit, and Métis in 2010, based on *Canada's 2007 Food Guide* (Government of Canada, 2010). In 2019, the *Food Guide* was revised to include the Indigenous peoples (Health Canada, 2019). For example, it now mentions that eating traditional food improves diet quality among Indigenous peoples (Health Canada, 2019). The *Food Guide* has also been translated into many languages, including nine Indigenous languages (Government of Canada, 2019).

Canada's current *Dietary Guidelines* address the determinants of health, as well as health inequities about healthy food choices (Health Canada, 2019). The Canadian Government is also currently working with Indigenous partners to support the development of healthy eating tools (Government of Canada, 2018). Based on the lack of current evidence and the *Canadian Food Guide*, we determined that it is relevant to undertake a scoping review of the literature related to dietary behaviours in Indigenous peoples over the last ten years. Since dietary and physical activity behaviours are closely linked in CVD prevention, it is of interest to include both of these factors in the review, and also because it builds on Akande et al.'s (2015) review of the Inuit peoples.

Aim and Methods

The present study offers a review of the literature regarding the dietary and physical activity behaviours of Indigenous Canadians over the last ten years. This scoping review aims to identify research gaps in the existing literature. It is rooted in the methodological framework of Arksey and O'Malley (2005), which includes six stages: (1) identifying the research question, (2) identifying relevant studies, (3) study selection, (4) charting the data, (5) collating, summarizing and reporting the findings, and (6) consultation exercise (optional).

Stage 1: Identifying the Research Question

This scoping review addressed the following underlying research question: *What are the extent of, nature of, and gaps in the literature related to the dietary behaviours and physical activities of Indigenous Canadians?* “Dietary behaviours” refer to habitual food choices, frequency of consumption, and quantity absorbed. The Canadian Society for Exercise Physiology (2017) defines physical activity as “any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditures and increases heart rate and breathing. (par. 2)”

Stage 2: Identifying Relevant Studies

The search strategy used in a scoping review must be as rigorous as that of a systematic review (Arksey & O'Malley, 2005). Thus, we searched for relevant studies based on keywords regarding nutrition and physical activity among Indigenous Canadians. Our search included the terms (First Nations OR Aboriginal OR Native OR Indians OR Inuit OR Metis) AND (Canada OR Canadian) AND (Lifestyle OR Healthy Lifestyle) OR (Exercise) OR (Food OR Feeding Behaviours OR Diet OR Eating Habit). We then consulted the *Medline*, *Pubmed*, *PsychInfo*, *CINHAL*, and *Sport Discus* data bases using various combinations of these keywords. We also limited the search strategy to

qualitative and quantitative original studies on teenagers and adults (≥ 12 years), published in French and English, between June 2007 and June 2017. Studies completed before 2007 were not included, as they have been covered in previous literature reviews (Willows, 2005; Young & Katzmarzyk, 2007). Additional opinion pieces, reference works, and unpublished reports were also consulted. Thus, we excluded all studies on nutrition and physical activity associated with intervention, prevention, and health promotion programs, as well as studies pertaining to questionnaire validation, because they did not meet the research objective. Furthermore, articles on food insecurity, children (< 12 years), or pregnant women were also excluded because these studies involved distinct Indigenous groups and specific, well-documented issues.

Stage 3: Study Selection

This stage is an iterative process consisting of a literature search, a redefinition of search strategies, and a review of selected articles (Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010). Some have suggested that a multidisciplinary team is essential at this point to ensure a rigorous process (Levac et al., 2010). Therefore, perspectives from nursing, physical sciences, and psychology characterize this scoping review. As the flow diagram (see Figure 4) indicates, following the removal of duplicates, a total of 214 studies were selected by two team members. First, the titles of articles that did not meet the inclusion criteria were removed, reducing the sample to 155, at which point the same procedure was applied to the abstracts. At this stage, the remaining 35 articles were reviewed independently by two team members. Seven additional articles were added from these studies' references lists. The two evaluators reached an 84% agreement for all 42 potential texts. Differences in opinion were discussed as a team before arriving at a consensus. At the end of the process, 30 articles were retained.

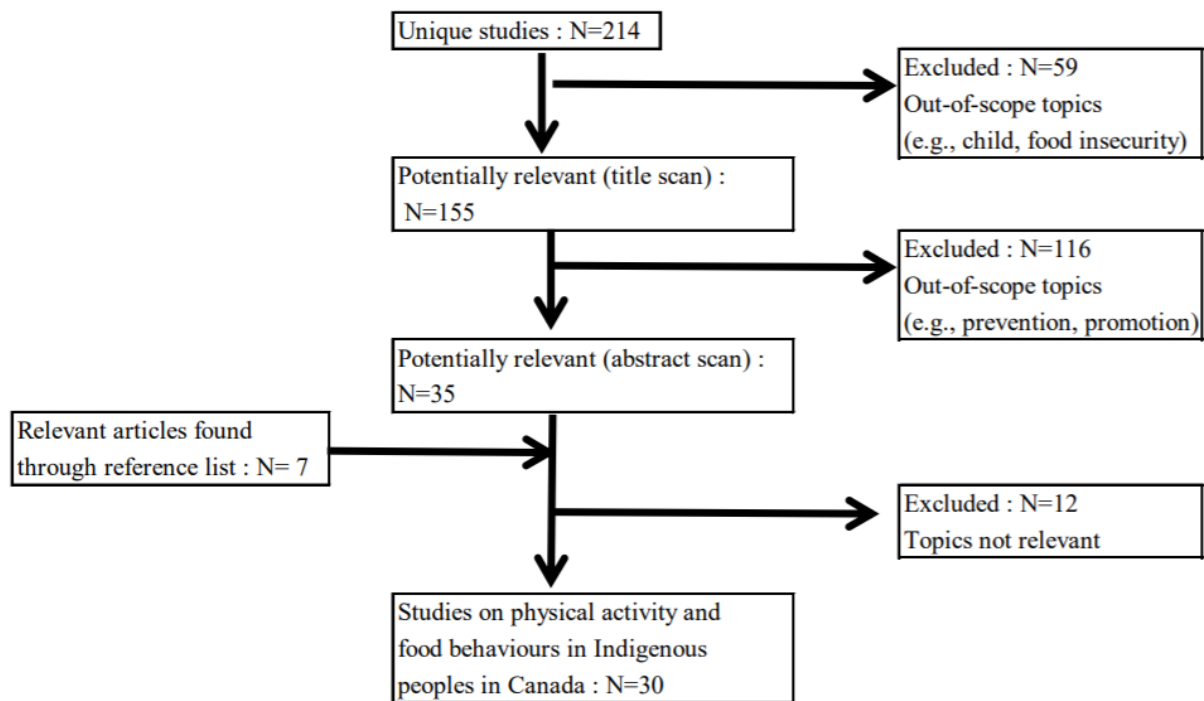


Figure 4. Flow Chart of Included and Excluded Studies.

Stage 4: Charting the Data

Data charting corresponds to data extraction during a systematic review (Arksey & O'Malley, 2005). The approach resembles that of the narrative review but involves a more global perspective. Toward this end, the researchers designed a table containing the following details: author, year of publication, sample size, method, and key findings.

Stage 5: Collating, Summarizing, and Reporting the Findings

Although the purpose of this stage involves analysing the findings, it should be noted that, unlike in a systematic review, the objective of the scoping review is neither to evaluate the quality of the studies nor to determine if their findings can be generalised (Arksey & O'Malley, 2005).

Stage 6: Consultation exercise

According to Arksey and O'Malley (2005), this stage is optional; however, according to Levac et al. (2010) it is essential. In this stage, researchers consult with stakeholders to validate the work of the scoping review and conduct a knowledge transfer. Accordingly, we discussed of dietary and physical activity behaviours with five Indigenous and non-Indigenous health professionals (i.e., four nurses and 1 nutritionist) in an Indigenous community, enabling them to validate the context of the findings. According to Levac et al. (2010), the knowledge gained from these findings can be disseminated via university nursing courses and scientific publications, as well as through popularising science and synthesis presentations among Indigenous communities. We anticipate that our findings will be of interest to decision-makers, clinicians, and other researchers.

Results

Table 7 provides an overview of the 30 articles retained for this scoping review. Ten of the 30 studies were published in 2010 and most utilized a quantitative design ($n = 25$). Four studies did not distinguish their subjects' ethnicity (i.e., First Nations, Métis, or Inuit). Three studies considered Canada as a whole, but none were specific to eastern Canada (i.e., Quebec and the Maritime provinces). A total of 23 studies examined dietary behaviours, and two of these included both dietary and physical activity behaviours. A single study focused on the Métis, seven on the First Nations, and 18 on the Inuit.

Table 7
Overall Results of Scoping Review (N = 30)

Year	First author	QUAN Design	Location	Indigenous peoples				
				FN	M	I	Diet	PA
2007	Kuhnlein	√	LA, NU, NT, YT	√	√	√	√	
2007	Sharma	√	ON	√			√	
2008	Garriguet	√	AB, BC, MB, ON, SK	√	√	√	√	
2008	Ho	√	ON	√			√	√
2009	Coble	MM	BC	√				√
2009	Sharma	√	NT			√	√	
2010	Erber (a)	√	NT			√	√	
2010	Erber (b)	√	NT			√	√	
2010	Hopping (a)	√	NT			√		√
2010	Hopping (b)	√	NU			√		√
2010	Hopping (c)	√	NU			√	√	
2010	Hopping (d)	√	NU			√	√	
2010	Mead (a)	QUAL	NU			√	√	
2010	Mead (b)	√	NU			√	√	
2010	Quadir	√	Canada	√	√	√	√	
2010	Sharma	√	NU			√	√	
2011	Findlay	√	Canada	√	√	√		√
2011	Sheikh	√	IN, NU, NUN			√	√	
2012	Foulds	√	BC	√				√
2012	Zotor	√	NT			√	√	
2013	Bruner (a)	MM	SK	√			√	

Table 7 (continued)
Overall Results of Scoping Review (N = 30)

Year	First author	QUAN Design	Location	Indigenous peoples				
				FN	M	I	Diet	PA
2013	Bruner (b)	MM	ON	√				√
2013	Sharma	√	NU			√	√	
2013	Sheehy	√	NU			√	√	
2014	Kolahdooz (a)	√	NT			√	√	
2014	Sheehy	√	NU			√	√	
2015	Akande	SR	Canada			√	√	√
2015	Sheehy	√	NU			√	√	
2017	Batal	√	BC, AB, MB, ON	√			√	
2017	Ryan	√	Canada		√			√
Total	30	25	-	11	5	23	23	9

Note. QUAN design = quantitative design; MM = mixed methods; QUAL = qualitative; SR = systematic review; PA = physical activity; FN = First Nation; M = Métis; I = Inuit.

Location: AB = Alberta; BC = British Columbia; IN = Inuvialuit; LA = Labrador; MB = Manitoba; NU = Nunavut; NUN = Nunatsiavut; ON = Ontario; SK = Saskatchewan; NT = Northwest Territories; YT = Yukon.

Tables 8 and 9 contain detailed descriptions of the 30 articles. The selected studies are divided into two sections based on subject: dietary and physical activity behaviours, or a combination. Most studies were conducted in Indigenous communities versus urban areas. With the exception of three studies, which neglected to clarify the participants' sexes, the average percentage of female participants was 73%. The mean of female participation for articles about dietary was 75% and 71% for the physical activity behaviours. Observations regarding the main findings of Tables 13 and 14 are presented in the following section.

Table 8

Descriptive Summary of Articles Meeting the Inclusion Criteria for Diet (N = 21)

First author (year)	Sample	Method	Major findings *
Kuhnlein (2007)	N = 3,329	24 h recall	Only 22% consume TFs. Consumption of fibre and vitamin E are below recommended levels.
Sharma (2007)	N = 129	24 h recall	TFs are rarely consumed. The average daily portions of dairy products and FVs are below recommended levels.
Garriguet (2008)	N = 6,224	24 h recall	Indigenous women consume significantly fewer dairy products than non-Indigenous women.
Sharma (2009)	N = 101	24 h recall	Low consumption of fibre; vitamins A, C and E; folate and calcium are reported. Women consume lower amounts of vitamin D and iron than men. FVs are eaten less than once a day.
Erber (2010a)	N = 64	24 h recall	Fibre intake is below the recommended levels. Caribou is the most consumed TF.
Erber (2010b)	N = 230	QFFQ	The daily frequency of consumption of FVs is 1.6 ± 15 . Women consume FVs 0.6 times more often than men. The mean consumption of TF is 1.6 ± 1.7 .
Hopping (2010c)	N = 211	QFFQ	Participants past the age of 50 consume a larger amount of TF. They eat market foods three times more frequently than FV and TF combined.
Hopping (2010d)	N = 75	24 h recall	The daily intake of fibre and vitamins B6, D and E is below recommended levels. Caribou is the most consumed TF.
Mead (2010a)	N = 43	Interviews	The nutrition transition is explained by the availability of foods high in fat and sugar and to changing Inuit values. The high cost of hunting equipment, lack of time and loss of traditional knowledge are all barriers to healthy eating.

Table 8 (continued)

Descriptive Summary of Articles Meeting the Inclusion Criteria for Diet (N = 21)

First author (year)	Sample	Method	Major findings *
Mead (2010b)	N = 266	AIQ	The frequency ratio of unhealthy food acquisition versus healthy foods acquisition is 2.9 (2.3) in the 30-day recall period.
Quadir (2010)	N = 35,000	FVIQ	Only 15% of the Indigenous peoples consumes ≥ 5 portions of FVs a day.
Sharma (2010)	N = 83	24 h recall	The daily intake of fibre and vitamins A, E and folate is below recommendations. Women consume less iron than men.
Sheikh (2011)	N = 4,524	24 h recall	Less TF is consumed and a rise in the consumption of market foods is reported. Women consume significantly less TF.
Zotor (2012)	N = 230	QFFQ	Market food is mainly consumed. Caribou is the only traditional meat in the list of 30 most eaten foods.
Bruner (2013a)	N = 39 QUAN + 19 QUAL	24h recall + Ethno	The portions of FVs and milk are below recommended levels, but salt, fat, sugar and oil exceed recommendations. Young people prefer market food over TF due to lack of exposure. The most consumed TF is moose meat.
Sharma (2013)	N = 211	QFFQ	Only 10% meet the recommendations for fibre consumption. Vitamin D and calcium are below recommended levels.
Sheehy (2013)	N = 211	QFFQ	Caribou is the most consumed traditional meat. Consumption of FVs is low, but almost 75% of Inuit peoples eat fruits.
Kolahdooz (2014a)	N = 213	QFFQ	Vitamin B and sodium are consumed in excess, but vitamins A, C, D and E and fibre are below recommended levels.
Sheehy (2014)	N = 175	QFFQ	Caribou is the only TF on the list of 30 most eaten foods, and there is low consumption of FVs.

Table 8 (continued)

Descriptive Summary of Articles Meeting the Inclusion Criteria for Diet (N = 21)

First author (year)	Sample	Method	Major findings *
Sheehy (2015)	N = 208	QFFQ	The quantity of TF consumed daily is 418 ± 342 grams. The average intake of vitamin E and fibre is below recommended levels. Those who do not consume TF have vitamin A, magnesium and potassium deficiencies.
Batal (2017)	N = 3,700	24h recall	Highly-processed foods account for 53.9% of calories.

Notes. TF = Traditional foods; FN = First Nation; FVs = Fruit and vegetables; QFFQ = Quantitative Food Frequency Questionnaire; AIQ = Adult Impact Questionnaire; FVIQ = Fruit and Vegetable Intake Questionnaire; QUAN = Quantitative; QUAL = Qualitative; Ethno = Ethnography.

*These findings are based on the 2007 national *Canada Food Guide*. The newly released version has reduced the four food groups to three (wholegrains, FV and proteins).

Table 9

Descriptive Summary of Articles Meeting the Inclusion Criteria for Physical Activity (N = 9)

First author (year)	Sample	Method	Major findings
Ho (2008)	N = 343	24 h recall Accelerometry	Two-thirds of the participants do not engage in daily high-intensity PA. Participants report a diet high in fat and sugar and low in fibre. In remote communities, a traditional diet completes the menu (54% vs 5%). Women are more likely to use healthy cooking methods.
Coble (2009)	N = 53 QUAN + 12 QUAL)	GLTEQ Focus group	Women are less active than men. A holistic approach involving body, spirit and community is linked to the practice of PA. More personal barriers (e.g., finances) than facilitators were evoked regarding the practice of PA. The participants want to see more PA planned around indigenous cultural aspects.
Hopping (2010a)	N = 196	IPAQ	Inuvialuit participants spend an average of $3,709 \pm 3,519$ MET-min each week walking or engaging in moderate to high intensity activities. This corresponds to the highest level of PA on the IPAQ.
Hopping (2010b)	N = 218	IPAQ	Nunavummiut participants spend an average of $3,801 \pm 2256$ MET-min each week walking or engaging in moderate to high intensity activities. This corresponds to the highest level of PA on the IPAQ.
Findlay (2011)	N = 132,908	Self-Declaration	Off-community First Nations people and the Métis are more likely than non-Indigenous peoples to be physically active in their leisure time (37% and 39% vs 30%). There is no significant difference among the Inuit.
Foulds (2012)	N = 882	HPAPQ	A significant proportion of Indigenous women have been identified as physically active compared with men. There is no major difference regarding the practice of moderate activity, although the percentage of moderately active men is almost twice that of women.
Bruner (2013b)	N = 58 QUAN + 19 QUAL	MAQ Ethnography	The youngest participants are the most active. The PAs most reported are walking and household tasks. Barriers to PA include lack of time, fatigue, lack of child care, cold weather and physical safety.

Table 9 (continued)

Descriptive Summary of Articles Meeting the Inclusion Criteria for Physical Activity (N = 9)

First author (year)	Sample	Method	Major findings
Akande (2015)	N = 45 articles	Based on PRISMA guidelines	There are many inconsistencies regarding PA. Age and gender are two key factors in the consumption of traditional and market foods. Smoking and alcohol consumption are reported as factors likely to negatively affect dietary habits and quality of nutrition.
Ryan (2017)	N = 5,810	Questionnaire	Slightly over half of the Métis engage in ≥ 3 hours of PA a week, although women are significantly less active than men. Increased age equals less PA, and those who ta part in cultural events are more active.

Note. PA = Physical activity; QUAN = Quantitative; QUAL = Qualitative; GLTEQ = Godin Leisure Time Exercise Questionnaire; IPAQ = International Physical Activity Questionnaire; MAQ = Modifiable Activity Questionnaire; HPAPQ = Healthy Physical Activity Participation Questionnaire.

Dietary Behaviour

All studies on dietary behaviours observed the emergence of the nutrition transition of the Indigenous peoples over the past decade. Nutrition transition for Indigenous peoples is defined as the balance of traditional foods to market foods related to socio-economic, cultural, and environmental dimensions (Halseth, 2015). Therefore, this section focuses on the intimately intertwined geographical, traditional food consumption, and socioeconomic factors.

First, the consumption of traditional foods (e.g., caribou, fish, etc.) varied based on the location of study. While Ho et al. (2008) reported that 54% of the respondents in remote Ontario communities complemented their diets with the products of hunting and fishing, only 5% of respondents in a semi-remote community adopted this practice. Conversely, others reported that traditional foods were rarely consumed in both remote and semi-remote Ontario communities (Sharma et al., 2007). Regarding food consumption among the Inuvialuit, traditional foods were not on the list of the ten most eaten foods (Erber et al., 2010a). Traditional foods were consumed, on average, 1.6 times a day, compared with foods of low nutritional quality, which were consumed, on average, 9.2 times a day (Erber et al., 2010b). According to a study conducted among three Indigenous people's communities in northern Canada (N = 3,329), 22% of participants consumed traditional foods (Kuhnlein, Receveur, Soueida, & Berti, 2007). Those who favoured traditional foods appeared to be older men (Akande et al., 2015; Hopping et al., 2010c; Sheikh, Egeland, Johnson-Down, & Kuhnlein, 2011). Barriers to a traditional diet included the high cost of hunting equipment, lack of time and information, loss of traditional knowledge, and an increased preference for market foods (Bruner & Chad, 2013a; Mead, Gittelsohn, Kratzmann, Roache, & Sharma, 2010a).

Results also showed that the transition from a traditional diet to a market diet impacts the nutritional well-being of Indigenous peoples. Six studies pointed to a low consumption of fruits and vegetables, often less than one portion a day (Erber et al., 2010b; Quadir & Akhtar-Danesh, 2010; Sharma et al., 2009; Sheehy, Kolahdooz, Roache, & Sharma, 2014; Sheehy, Roache, & Sharma, 2013; Zotor et al., 2012). Moreover, Garriguet (2008) reported that Indigenous men consumed significantly less dairy products than non-Indigenous men. Other findings revealed that the general consumption of the dairy food group was below recommendations (Bruner & Chad, 2013a; Sharma et al., 2007).

Researchers have also reported higher calorie consumption among Indigenous than non-Indigenous Canadians (Sharma et al., 2007; Sharma, Hopping, Roache, & Sheehy, 2013). In addition, First Nation peoples in four Canadian provinces (N = 3,700) reportedly obtained 50% of their daily calories from highly-processed foods, which provide fewer micro-nutrients, and other nutrients, such as fibre, iron, and vitamin A (Batal et al., 2017). Therefore, it is not surprising that a number of studies have indicated that micro-nutrients, and other nutrients such as fibre, vitamin E and calcium, were below recommended levels (Bruner & Chad, 2013a; Eber et al., 2010b; Hopping et al., 2010d; Kolahdooz et al., 2014a; Kuhnlein et al., 2007; Sharma et al., 2009; Sharma et al., 2013; Sheehy, Kolahdooz, Roache, & Sharma, 2015).

Finally, several researchers identified iron deficiencies in Indigenous women in Nunavut and the Northwest Territories and linked these deficiencies to women's low consumption of traditional foods in comparison to men (Sharma, Cao et al., 2010; Sharma et al., 2009). Batal et al. (2017) quantified the association between highly-processed foods and the quality of the First Nations peoples' diets and found that the reduced consumption of traditional foods was associated with

greater consumption of market foods, including highly-processed products. Thus, the nutrition transition to diet of highly-processed foods appears to offer both a higher number of calories and less nutritional value, which may have a significant impact on CVD risk.

Physical Activity Behaviour

The only study conducted specifically among the Métis peoples in Canada (N = 5,810) indicates that slightly more than half of these peoples engage in physical activity three hours or more per week (Ryan, Cooke, Kirkpatrick, Leatherdale, & Wilk, 2017). Based on two studies conducted among the Inuit in Nunavut (N = 218; Hopping, Erber, Mead, Roache, and Sharma (2010b) and the Northwest Territories (N = 196; Hopping, Erber, Beck, De Roose, and Sharma (2010a), researchers reported that most participants (89% & 89% respectively) engaged in moderate-intensity physical activity each week.

According to a study by Findlay (2011), conducted among off-community Indigenous Canadians, First Nations members and Métis were more likely to be active in their leisure time (37% and 39% respectively) than non-Indigenous people (30%). However, the percentage of active Inuit individuals (31%) was not significantly different compared with non-Indigenous people (Findlay, 2011). In all groups combined, Indigenous men appeared to be more active than Indigenous women (Coble, Rhodes, & Higgins, 2009; Ryan et al., 2017). While two studies pointed to increased age as an impediment to physical activity (Bruner & Chad, 2013b; Ryan et al., 2017), a third study found no significant link between the two (Foulds, Bredin, & Warburton, 2012). Several barriers to physical activity were also discussed, including finances, absence of infrastructure, lack of time or help for child care, fatigue, cold weather, and an unsafe environment (Bruner & Chad, 2013b; Coble et al., 2009). In summary, despite some barriers to physical activity,

Indigenous peoples appear to be relatively active. However, it is important to note that eight of the nine studies included in this review used only self-report measures of physical activity (subjective methods), where participants tend to under or overestimate their patterns of physical activity (Prince et al., 2008). Only one study used an objective method (accelerometer) (Ho et al., 2008).

Discussion

The main objective of this scoping review was to summarise the literature related to dietary and physical activity behaviours among Indigenous Canadians. The results have addressed the specific research question focused on identifying the extent, nature, and gaps in this literature. Therefore, based on these results, the following discussion includes recommendations related to improving diet and physical activity in the Indigenous population, as well as study limitations and recommendations for research and practice.

Recommendations for Dietary Behaviour

Regarding studies on dietary behaviour, findings highlight the nutrition transition of Indigenous Canadians, evidenced by the reduced consumption of traditional foods. One notable avenue for preventing CVD among Indigenous people is to stress the value of traditional foods, since these would replace less nutritional market foods at a lower cost (Mead et al., 2010a). The influence of traditional foods consumption is multifactorial, as presented in a study conducted within three Cree communities, where the individual, family, community and environment influenced the consumption of traditional foods (Gaudin, Receveur, Walz, Girard, & Potvin, 2014). In addition, Indigenous peoples place an important symbolic and identity value on traditional food; it is a means of cultural expression, an anchor to culture and personal well-being, an essential way

to promote holistic health, and a direct link between the environment and human health (Institut national de santé publique du Québec, 2015).

The Indigenous resurgence paradigm, defined as a spiritual revolution for Indigenous who can find their identity and dignity by re-establishing connections to the land (Alfred, 2015), encourages the return to traditional food (Paquet, 2016). Strategies to support this paradigm may also reduce nutrition transition. For example, in areas where hunting, fishing, and harvesting are more difficult, community garden initiatives that respect traditional food principles should be considered (Paquet, 2016). Such a proposal might encourage, most notably, the consumption of fruits and vegetables, a food group that tends to be neglected in Indigenous communities, and in Canada as a whole (Colapinto, Graham, & St-Pierre, 2018). Another intervention to re-emphasizing the value of traditional foods could be fiscal strategies (e.g., 20% discounts on healthy food), combined with nutrition education (Gwynn et al., 2019).

Recommendations for Physical Activity Behaviour

In terms of the Indigenous community's holistic view of health, the four spheres of influence (i.e., physical, emotional, mental, and spiritual) and the connection to family, community, and the land must be considered when developing strategies to increase physical activity (Dahlberg, Hamilton, Hamid, & Thompson, 2018; Sport for Life Society, 2019). The barriers to physical activity mentioned in the studies reviewed were specifically linked to environments, both physical (e.g., climate and lack of infrastructure) and economic (e.g., relative cost of services). Specific to Indigenous women, in a study of Cree women's beliefs and attitudes towards physical activity, Bruner and Chad's (2013b) findings included environmental and economic factors, but also

highlighted the importance of safety, child care, women only, and age specific programming considerations.

Strengths and Limitations

A scoping review is a strong methodology because it is flexible and considers literature of various designs. The possibility to incorporate both qualitative and quantitative studies provides a better understanding of the social meanings associated to diet and physical activity. According to O'Brien et al. (2016), scoping reviews are beneficial because they focus on the state of research activity rather than the quality of literature. In only a few decades, Indigenous lifestyles have changed, and it is important to have contemporary evidence of the current status to be able to optimize cardiovascular health promotion and disease prevention. The main limitation of this study was the focus on studies published in peer-reviewed journals and the exclusion of grey literature. As well, we may have missed some relevant studies because some Indigenous journals or organization publications are not available on the database. It is relevant to specify that 15 of the studies included in the scoping review were conducted by the same team of researchers collecting preliminary data for a nutritional intervention program titled Healthy Foods North in Canada's northern communities (Sharma, Gittelsohn, Rosol, & Beck, 2010). The project targeted women in particular, as they were considered primarily responsible for meal preparation, hence the high prevalence of women in the samples.

Recommendations for Research

Overall, most studies ($n = 25$) identified in this scoping review used a quantitative approach. Only one study used a qualitative approach; one was a systematic review; and three used a mixed approach, which provides both qualitative and quantitative data. To address Indigenous Canadians'

health inequalities, such methodology supports partnerships in the community, offers greater autonomy, and makes it possible to expose injustices (Plano Clark & Ivankova, 2016). Mixed methods results may provide a better understanding of this inequity, and triangulation may bring a more powerful argument to the results.

This picture of the last ten years highlights the evolution of the methodologies used to evaluate dietary habits. In line with this issue, the present point to the use, in 2010, of the Quantitative Food Frequency Questionnaire (QFFQ), developed specifically for the Inuit (Pakseresht & Sharma, 2010) and adapted for the Indigenous peoples of Alaska (Kolahdooz, Simeon, Ferguson, & Sharma, 2014b). Researchers must inquire about the importance of breakfast, traditional dietary behaviours in an urban context, and the number of meals consumed each day. This scoping review revealed that there is a lack of theoretical knowledge on these topics. Another promising approach would be to build on the work of Mead et al. (2010a, 2010b) exploring the motivational aspects of diet.

Studies on physical activity suggest that Indigenous peoples are relatively active. Furthermore, the findings of two studies indicate that overweight and obese participants are also engaged in high levels of physical activity (Hopping et al., 2010a, 2010b). These findings may, in part, be related to the use of self-report measures, as participants may have over-estimated their activity (Dyrstad, Hansen, Holme, & Anderssen, 2014) or perhaps BMI is not a good indicator of body composition in this population. Accordingly, Akande et al. (2015) suggest that the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) should be disregarded for the Inuit peoples. The weakness of questionnaire and physical activity diaries/logs is their need to be specific regarding the population and culture they examine (Strath et al., 2013). A more accurate measure of physical activity may be considered depending on feasibility/practicality, availability or resources, the administrations

considerations and the desired outcomes (Strath et al., 2013) Additional studies are required to determine the actual practice of physical activity among Indigenous Canadians.

Cardiovascular health research among Canadian Indigenous women is now receiving more attention (Prince et al., 2018). As seen in this review, specific women's physical activity interventions are required but it is also very relevant to include a wider gender perspective. For example, it would be interesting to examine the disparities between men and women with respect to food choices. Also, as noted in this scoping review, very little research has focused on Métis health, which would be another relevant topic for future study (Kumar, Wesche, & McGuire, 2012).

Nursing Implications

Nurses play an important role in cardiovascular health promotion and disease prevention (Canadian Council of Cardiovascular Nurses, 2015). Nurses working with the Indigenous population in the community must support initiatives that encompass the social determinants of health, strategies related to improving diet and physical activity must address the economic and environmental, as well as cultural and historical barriers, such as re-emphasizing the value of traditional foods, and encouraging activity that is culturally relevant and feasible for indigenous peoples.

In order to provide optimal care to their Indigenous patient, cardiovascular nurses must develop and maintain cultural competency. Cultural training programs must be designed specifically for nurses, with integration of local knowledge because First Nations, Métis, and Inuit populations each have their own contexts and particularities. Although the Canadian Nurses Association (2018) recently published an updated position statement on promoting cultural

competence in nursing, and many nursing programs now include related topics in their curricula, it is also the individual nurses' responsibility to ensure cultural competence and safety in the care provided to Indigenous peoples. To this end, ongoing educational opportunities related to cultural competence must be promoted, as well as accessible to nurses in hospitals, communities, and educational institutions.

Conclusion

Cardiovascular disease occurrence is higher among Indigenous peoples than among non-Indigenous peoples, and this may be explained by differences in the social determinants of health, as well as individual risk factors for CVD. This scoping review presented a comprehensive analysis of the literature pertaining to dietary and physical activity behaviours among Indigenous peoples over the last ten years. The findings suggest that the rate of consumption of traditional foods varies widely among Canadian Indigenous communities. Globally, the food transition among Indigenous peoples is reflected by a decrease in the traditional diet, resulting in decreased nutritional quality. While it seems that many Indigenous peoples are engaged in regular physical activity, the methodology has been inconsistent. This review may, therefore, serve as a cornerstone for targeting issues in dietary and physical activity behaviours among Indigenous peoples in Canada. Finally, cardiovascular nurses have an important role to play in promoting cardiovascular health among Indigenous peoples. Knowledgeable of the social and cultural context of the determinants of health will facilitate the provision of culturally competent care and contribute to reducing cardiovascular health inequalities between Indigenous and non-Indigenous Canadians.

Acknowledgements

The authors wish to thank the Groupe Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Santé (GIRAS), the Clinical Research Fund from the authors' university and the Programme MEES-Université for their financial support.

Key Highlights

- The risk of dying from CVD is higher for Indigenous peoples than for the rest of the Canadian population.
- The reduction in traditional food consumption seems to coincide with a greater consumption of unhealthy market foods.
- Studies on physical activity suggest that the Indigenous peoples are active; however, the evaluation tools are inconsistent.
- The determinants of health, including the cultural and historical context, as well as individual risk factors, must be considered in developing strategies to reduce the risk for CVD in Indigenous peoples

References

- Akande, V. O., Hendriks, A. M., Ruiters, R. A., & Kremers, S. P. (2015). Determinants of dietary behavior and physical activity among Canadian Inuit: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *12*(84). doi: 10.1186/s12966-015-0252-y
- Alfred, T. (2015). Cultural strength: Restoring the place of indigenous knowledge in practice and policy. *Australian Aboriginal Studies*, *2015*(1), 3-11.
- Anand, S. S., Yusuf, S., Jacobs, R., Davis, A. D., Yi, Q., Gerstein, H., ... Lonn, E. (2001). Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: The Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). *The Lancet*, *358*(9288), 1147-1153. doi: 10.1016/S0140-6736(01)06255-9
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Batal, M., & Decelles, S. (2019). A scoping review of obesity among Indigenous Peoples in Canada. *Journal of Obesity*, *2019*. doi: 10.1155/2019/9741090
- Batal, M., Johnson-Down, L., Moubarac, J.-C., Ing, A., Fediuk, K., Sadik, T., ... Willows, N. (2017). Quantifying associations of the dietary share of ultra-processed foods with overall diet quality in First Nations peoples in the Canadian provinces of British Columbia, Alberta, Manitoba and Ontario. *Public Health Nutrition*, *21*(1), 103-113. doi: 10.1017/S1368980017001677
- Bruner, B., & Chad, K. (2013a). Dietary practices and influences on diet intake among women in a Woodland Cree community. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *27*(s2), 220-229. doi: 10.1111/jhn.12121
- Bruner, B., & Chad, K. (2013b). Physical activity attitudes, beliefs, and practices among women in a Woodland Cree community. *Journal of Physical Activity and Health*, *10*(8), 1119-1127. doi: 10.1123/jpah.10.8.1119
- Canadian Council of Cardiovascular Nurses. (2015). *Standards for cardiovascular nursing* [online]. Retrieved from <http://www.ccn.ca/media.php?mid=1182>
- Canadian Nurses Association. (2018). *Promoting cultural competence in nursing | Position statement* [en ligne]. Retrieved from https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/position_statement_promoting_cultural_competence_in_nursing.pdf?la=en&hash=4B394DAE5C2138E7F6134D59E505DCB059754BA9
- Canadian Society for Exercise Physiology. (2017). *Canadian 24-Hour movement guidelines: Glossary of terms* [online]. Retrieved from <http://www.csep.ca/fr/directives/glossaire-2017>

- Coble, J. D., Rhodes, R. E., & Higgins, J. W. (2009). Physical activity behaviors and motivations in an adult First Nation population: A pilot study. *Ethnicity & Disease, 19*(1), 42-48.
- Colapinto, C. K., Graham, J., & St-Pierre, S. (2018). Trends and correlates of frequency of fruits and vegetable consumption, 2007 to 2014. *Health Reports, 29*(1), 9-14.
- Dahlberg, E. E., Hamilton, S. J., Hamid, F., & Thompson, S. C. (2018). Indigenous Australians perceptions' of physical activity: A qualitative systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7). doi: 10.3390/ijerph15071492
- Dyrstad, M. S., Hansen, H. B., Holme, M. I., & Anderssen, A. S. (2014). Comparison of self-reported versus accelerometer-measured physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 46*(1), 99-106. doi: 10.1249/MSS.0b013e3182a0595f
- Erber, E., Beck, L., Hopping, B. N., Sheehy, T., De Roose, E., & Sharma, S. (2010b). Food patterns and socioeconomic indicators of food consumption amongst Inuvialuit in the Canadian Arctic. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 23*(s1), 59-66. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01097.x
- Erber, E., Hopping, B. N., Beck, L., Sheehy, T., De Roose, E., & Sharma, S. (2010a). Assessment of dietary adequacy in a remote Inuvialuit population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 23*(s1), 35-42. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01098.x
- Findlay, L. (2011). Physical activity among First Nations people off reserve, Métis and Inuit. *Health Reports, 22*(1), 47-54.
- Foulds, H. J., Bredin, S. S., & Warburton, D. E. (2012). An evaluation of the physical activity and health status of British Columbian Aboriginal populations. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 37*(1), 127-137. doi: 10.1139/h11-138
- Garriguet, D. (2008). Obesity and the eating habits of the Aboriginal population. *Health Reports, 19*(1), 1-17.
- Gaudin, V. L., Receveur, O., Walz, L., Girard, F., & Potvin, L. (2014). A mixed methods inquiry into the determinants of traditional food consumption among three Cree communities of Eeyou Istchee from an ecological perspective. *International Journal of Circumpolar Health, 73*(1). doi: 10.3402/ijch.v73.24918
- Government of Canada. (1982). *Constitution Acts* [online]. Retrieved from <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/Const/page-16.html>
- Government of Canada. (2010). *Eating well with Canada's food guide - First Nations, Inuit and Métis* [online]. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/reports-publications/eating-well-canada-food-guide-first-nations-inuit-metis.html>

- Government of Canada. (2018). *Revision process for Canada's food guide* [online]. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/about/revision-process.html#a5.5>
- Government of Canada. (2019). *Food guide snapshot -Other languages* [online]. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/resources/snapshot/languages.html>
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *9*(88). doi: 10.1186/1471-2458-9-88
- Gwynn, J., Sim, K., Searle, T., Senior, A., Lee, A., & Brimblecombe, J. (2019). Effect of nutrition interventions on diet-related and health outcomes of Aboriginal and Torres Strait Islander Australians: A systematic review. *BMJ Open*, *9*(4). doi: 10.1136/bmjopen-2018-025291
- Halseth, R. (2015). *The nutritional health of the First Nations and Métis of the Northwest Territories: A review of current knowledge and gaps*. Prince George, BC: National collaborating centre for Aboriginal health.
- Health Canada. (2019). *Canada's Dietary Guidelines for health professionals and policy makers* [online]. Retrieved from <https://food-guide.canada.ca/static/assets/pdf/CDG-EN-2018.pdf>
- Ho, L., Gittelsohn, J., Sharma, S., Cao, X., Treuth, M., Rimal, R., ... Harris, S. (2008). Food-related behavior, physical activity, and dietary intake in First Nations—A population at high risk for diabetes. *Ethnicity & Health*, *13*(4), 335-349. doi: 10.1080/13557850701882936
- Hopping, B., Erber, E., Beck, L., De Roose, E., & Sharma, S. (2010a). Inuvialuit adults in the Canadian Arctic have a high body mass index and self-reported physical activity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *23*(s1), 115-119. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01103.x
- Hopping, B., Erber, E., Mead, E., Roache, C., & Sharma, S. (2010b). High levels of physical activity and obesity co-exist amongst Inuit adults in Arctic Canada. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *23*(s1), 110-114. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01096.x
- Hopping, B., Erber, E., Mead, E., Sheehy, T., Roache, C., & Sharma, S. (2010c). Socioeconomic indicators and frequency of traditional food, junk food, and fruit and vegetable consumption amongst Inuit adults in the Canadian Arctic. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *23*(s1), 51-58. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01100.x
- Hopping, B., Mead, E., Erber, E., Sheehy, C., Roache, C., & Sharma, S. (2010d). Dietary adequacy of Inuit in the Canadian Arctic. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *23*(s1), 27-34. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01099.x

- Hu, X. F., Singh, K., Kenny, T.-A., & Chan, H. M. (2019). Prevalence of heart attack and stroke and associated risk factors among Inuit in Canada: A comparison with the general Canadian population. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 222(2), 319-326. doi: 10.1016/j.ijheh.2018.12.003
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *The Diet of Québec First Nations and Inuit peoples*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Joncas, J.-A., & Roy, B. (2015). Les grossesses chez les adolescentes autochtones au Canada [Teenage pregnancy in Aboriginal population]. *Recherches amérindiennes au Québec*, 45(1), 17-27. doi: 10.7202/1035161ar
- Kolahdooz, F., Butler, L., Lupu, M., Sheehy, T., Corriveau, A., & Sharma, S. (2014a). Assessment of dietary intake among Inuvialuit in Arctic Canada using a locally developed quantitative food frequency questionnaire. *Journal of the American College of Nutrition*, 33(2), 147-154. doi: 10.1080/07315724.2013.874890
- Kolahdooz, F., Simeon, D., Ferguson, G., & Sharma, S. (2014b). Development of a quantitative Food Frequency Questionnaire for use among the Yup'ik People of Western Alaska. *PLoS ONE*, 9(6), 1-5. doi: 10.1371/journal.pone.0100412
- Kuhnlein, H. V., Receveur, O., Soueida, R., & Berti, P. R. (2007). Unique patterns of dietary adequacy in three cultures of Canadian Arctic indigenous peoples. *Public Health Nutrition*, 11(4), 349-360. doi: 10.1017/S1368980007000353
- Kumar, M., Wesche, S., & McGuire, C. (2012). Trends in Métis-related Health Research (1980–2009): Identification of Research Gaps. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), 23-28. doi: 10.1007/BF03404064
- Lanuza, D. M., Davidson, P. M., Dunbar, S. B., Hughes, S., & De Geest, S. (2011). Preparing nurses for leadership roles in cardiovascular disease prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(s2), S51-S57. doi: 10.1016/S1474-5151(11)00116-2
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69). doi: 10.1186/1748-5908-5-69
- Mead, E., Gittelsohn, J., Kratzmann, M., Roache, C., & Sharma, S. (2010a). Impact of the changing food environment on dietary practices of an Inuit population in Arctic Canada. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(s1), 18-26. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01102.x
- Mead, E., Gittelsohn, J., Roache, C., & Sharma, S. (2010b). Healthy food intentions and higher socioeconomic status are associated with healthier food choices in an Inuit population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(s1), 83-91. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01094.x

- O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Baxter, L., Tricco, A. C., Straus, S., ... O'Malley, L. (2016). Advancing scoping study methodology: A web-based survey and consultation of perceptions on terminology, definition and methodological steps. *BMC Health Services Research, 16*(305). doi: 10.1186/s12913-016-1579-z
- Pakseresht, M., & Sharma, S. (2010). Validation of a quantitative food frequency questionnaire for Inuit population in Nunavut, Canada. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 23*(S1), 67-74. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01104.x
- Paquet, N. (2016). La résurgence autochtone, un passage nécessaire vers une réconciliation : l'exemple de l'alimentation traditionnelle [The Indigenous resurgence, a necessary step to a reconciliation : the example of traditional food]. *Cahiers du CIÉRA, 13*, 79-99.
- Plano Clark, V., & Ivankova, N. (2016). *Mixed methods research: A guide to the field*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Prince, S. A., Adamo, K., Hamel, M. E., Hardt, J., Gorber, S. C., & Tremblay, M. (2008). A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5*(56). doi: 10.1186/1479-5868-5-56
- Prince, S. A., McDonnell, L. A., Turek, M. A., Visintini, S., Nahwegahbow, A., Kandasamy, S., ... Coutinho, T. (2018). The state of affairs for cardiovascular health research in Indigenous women in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Cardiology, 34*(4). doi: 10.1016/j.cjca.2017.11.019
- Public Health Agency of Canada. (2016). *Health status of Canadians 2016: A report of the chief public health officer*. Ottawa, ON: Minister of Health.
- Public Health Agency of Canada. (2018). *Key health inequalities in Canada: A national portrait*. Ottawa, ON: Author.
- Quadir, T., & Akhtar-Danesh, N. (2010). Fruit and vegetable intake in Canadian ethnic populations. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, 71*(1), 11-16. doi: 10.3148/71.1.2010.11
- Ryan, C. J., Cooke, M., Kirkpatrick, S. I., Leatherdale, S. T., & Wilk, P. (2017). The correlates of physical activity among adult Métis. *Ethnicity & Health, 23*(6), 1-20. doi: 10.1080/13557858.2017.1294655
- Sharma, S., Cao, X., Gittelsohn, J., Ho, L. S., Ford, E., Rosecrans, A., ... Zinman, B. (2007). Dietary intake and development of a quantitative food-frequency questionnaire for a lifestyle intervention to reduce the risk of chronic diseases in Canadian First Nations in north-western Ontario. *Public Health Nutrition, 11*(8), 831-840. doi: 10.1017/S1368980007001218

- Sharma, S., Cao, X., Roache, C., Buchan, A., Reid, R., & Gittelsohn, J. (2010). Assessing dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: The Arctic Inuit in Nunavut, Canada. *British Journal of Nutrition*, 103(5), 749-759. doi: 10.1017/S0007114509992224
- Sharma, S., De Roose, E., Cao, X., Pokiak, A., Gittelsohn, J., & Corriveau, A. (2009). Dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: The Inuvialuit in the Northwest Territories of Arctic Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 100(6), 442-448.
- Sharma, S., Gittelsohn, J., Rosol, R., & Beck, L. (2010). Addressing the public health burden caused by the nutrition transition through the Healthy Foods North nutrition and lifestyle intervention programme. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(s1), 120-127. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01107.x
- Sharma, S., Hopping, B., Roache, C., & Sheehy, T. (2013). Nutrient intakes, major food sources and dietary inadequacies of Inuit adults living in three remote communities in Nunavut, Canada. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(6), 578-586. doi: 10.1111/jhn.12091
- Sheehy, T., Kolahdooz, F., Roache, C., & Sharma, S. (2014). Changing dietary patterns in the Canadian Arctic: Frequency of consumption of foods and beverages by Inuit in three Nunavut communities. *Food and Nutrition Bulletin*, 35(2), 244-252. doi: 10.1177/156482651403500211
- Sheehy, T., Kolahdooz, F., Roache, C., & Sharma, S. (2015). Traditional food consumption is associated with better diet quality and adequacy among Inuit adults in Nunavut, Canada. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 66(4), 445-451. doi: 10.3109/09637486.2015.1035232
- Sheehy, T., Roache, C., & Sharma, S. (2013). Eating habits of a population undergoing a rapid dietary transition: Portion sizes of traditional and non-traditional foods and beverages consumed by Inuit adults in Nunavut, Canada. *Nutrition Journal*, 12(70). doi: 10.1186/1475-2891-12-70
- Sheikh, N., Egeland, G. M., Johnson-Down, L., & Kuhnlein, H. V. (2011). Changing dietary patterns and body mass index over time in Canadian Inuit communities. *International Journal of Circumpolar Health*, 70(5), 511-519. doi: 10.3402/ijch.v70i5.17863
- Smylie, J., & Firestone, M. (2016). The health of Indigenous peoples. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3th ed., pp. 434-466). Toronto, ON: Canadian Scholars.
- Sport for Life Society. (2019). *Indigenous long-term participant development pathway 1.2 resource* [online]. Retrieved from https://sportforlife.ca/wp-content/uploads/2019/09/ILTPD_Sept2019_EN_web.pdf

- Statistics Canada. (2018). *First Nations peoples, Métis and Inuit in Canada: Diverse and growing populations* [online]. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-659-x/89-659-x2018001-eng.pdf>
- Strath, J. S., Kaminsky, A. L., Ainsworth, E. B., Ekelund, S. U., Freedson, A. P., Gary, R. R., ... Swartz, M. A. (2013). Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications. *Circulation*, *128*(20), 2259-2279. doi: 10.1161/01.cir.0000435708.67487.da
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2012). Cardiovascular disease mortality among First Nations people in Canada, 1991-2001. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, *32*(4), 200-207. doi: 10.1017/S1431927612012615
- Tobe, S. W., Maar, M., Roy, M. A., & Warburton, D. E. R. (2015). Preventing cardiovascular and renal disease in Canada's aboriginal populations. *Canadian Journal of Cardiology*, *31*(9), 1124-1129. doi: 10.1016/j.cjca.2015.05.024
- Turin, T. C., Saad, N., Jun, M., Tonelli, M., Ma, Z., Barnabe, C. C. M., ... Hemmelgarn, B. (2016). Lifetime risk of diabetes among First Nations and non-First Nations people. *Canadian Medical Association Journal*, *188*(16), 1147-1153. doi: 10.1503/cmaj.150787
- Willows, N. D. (2005). Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada: The current state of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health*, *96*(S3), S32-S36.
- World Health Organization. (2004). *Obesity : preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation* [online]. Retrieved from https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- Young, T. K., & Katzmarzyk, P. T. (2007). Physical activity of Aboriginal people in Canada. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, *32*(S2F), S165-S178. doi: 10.1139/H07-164
- Zotor, F., Sheehy, T., Lupu, M., Kolahdooz, F., Corriveau, A., & Sharma, S. (2012). Frequency of consumption of foods and beverages by Inuvialuit adults in Northwest Territories, Arctic Canada. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, *63*(7), 782-789.

1.4 Pertinence scientifique de la recherche

À la lumière de ce chapitre, il est possible d'avoir un aperçu des déterminants qui influencent la santé des Autochtones et plus spécifiquement, en ce qui concerne les habitudes de vie (alimentation et activités physiques). Les comportements alimentaires sains et la pratique régulière d'activités physiques jouent un rôle important dans l'état de santé de la population autochtone, dont le diabète, l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Comme présenté à travers les résultats de l'étude 1 (examen de la portée), la transition nutritionnelle des Autochtones du Canada est très variable d'un milieu à l'autre, mais entraîne néanmoins des conséquences sur la qualité nutritionnelle. Puis, il semble que le portrait de la pratique d'activités physiques, qui représente une population active, soit biaisé par le type d'outil de collecte de données. Aucune étude sur le sujet n'a été publiée spécifiquement sur les Autochtones du Québec entre 2007-2017 et seulement deux études sur 30 abordaient à la fois les comportements alimentaires et d'activités physiques. À partir de ces constats, il y a une pertinence d'approfondir la recherche concernant ces deux habitudes de vie et encore plus de se pencher sur des données plus régionales, auprès des membres des Premières Nations. Les études en santé s'intéressant à la fois aux Autochtones en milieu urbain et en communauté territoriale sont rares, ce qui témoigne l'innovation de cette thèse, mais aussi du bien-fondé de mieux connaître les divers contextes autochtones existants au sein d'une même région sociosanitaire.

Aussi, l'étude 1 a permis d'entrevoir l'importance du rôle de l'infirmière dans la promotion d'une saine alimentation et la pratique d'activités physiques. Tel que mentionné précédemment, le rapport de la Commission Viens fait état d'un écart entre la vision de la santé des Autochtones et des Allochtones. Il importe donc d'explorer cette perspective de santé des Autochtones et d'examiner son influence sur l'adoption de saines habitudes de vie. Par ailleurs, l'accès aux soins

de santé représente également une problématique majeure pour plusieurs Autochtones; la récente Commission Viens a d'ailleurs exposé dans son rapport la relation des Autochtones avec les services publics québécois, dont les services sociaux et de santé (CERP, 2019). La question de l'accessibilité aux soins par les Autochtones repose sur l'accès, mais également sur le volet des soins culturellement adaptés à cette clientèle. D'ailleurs, le récent décès de Joyce Echaquan rappelle cruellement l'importance de cet aspect. Par conséquent, il devient hautement pertinent de se pencher sur les défis auxquels les infirmières sont confrontées dans la prestation de soins offerts aux Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec.

Cette thèse montre une pertinence à la fois scientifique et sociale. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) comportent 13 instituts liés à des domaines prioritaires de recherche, dont un dédié spécifiquement à la santé des Autochtones (IRSC, 2015). À l'instar des IRSC, la recherche sur la santé des Autochtones est une priorité pour plusieurs instances à l'échelle nationale, provinciale et régionale (ACESI, 2018; CIUSSS MCQ, 2019; CSSSPNQL, 2018f; Gouvernement du Québec, 2017). L'importance de la recherche portant sur la santé des Autochtones fait écho aux différentes préoccupations sociales. Que ce soit en lien avec les événements récents (p. ex. décès de Joyce Echaquan) ou encore les enquêtes sur les réalités autochtones (p. ex. Commission de vérité et réconciliation, Commission Viens), la recherche a un rôle essentiel à jouer. Bref, en plus d'être un sujet d'actualité, ce projet de recherche doctoral s'enracine au cœur même des enjeux locaux et des priorités de recherche des Autochtones.

1.5 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cette thèse est d'examiner les habitudes de vie et les services de santé offerts aux Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec. Afin d'y répondre, le projet de thèse est subdivisé en trois sous-objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Dresser un portrait des comportements alimentaires et d'activités physiques des Autochtones à l'aide d'un examen de la portée (étude 1);

Objectif 2 : Explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques des personnes issues des Premières Nations et les significations qui y sont associées (études 2a et 2b);

Objectif 3 : Examiner l'autoperception de la compétence culturelle des infirmières travaillant auprès de la clientèle autochtone (étude 3).

Enfin, trois hypothèses principales sous-tendent ce projet de thèse :

Hypothèse 1 : Les Autochtones adoptent des comportements alimentaires et d'activités physiques comparables à ceux et celles des Allochtones;

Hypothèse 2 : La vision holistique de la santé des personnes issues des Premières Nations influence leurs comportements alimentaires et d'activités physiques;

Hypothèse 3 : Les infirmières font face à des défis dans la prestation de soins culturellement adaptés à la clientèle autochtone.

Chapitre 2
Cadre de recherche

2.1 Cadre conceptuel

Le cadre de recherche peut être conceptuel ou théorique, il donne une direction à la recherche et sert de base pour l'analyse et l'interprétation des données (Fortin & Gagnon, 2016). Trois concepts seront abordés dans cette section : les déterminants de la santé, l'approche à double perspective (utilisation simultanée de paradigmes autochtones et allochtones) et la sécurisation culturelle.

2.1.1 Déterminants de la santé

Comme mentionné dans la section précédente, le cadre conceptuel qui appuie ce projet doctoral au plan théorique est celui du ministère de la Santé et des Services sociaux portant sur la santé et ses déterminants (MSSS, 2012a). Ce cadre conceptuel a été choisi pour sa représentation globale (ou holistique) de la santé, afin de favoriser l'exploration des déterminants de santé des Autochtones. Considérant la complexité de l'état de santé de cette clientèle, le cadre conceptuel devait faire état de cette dynamique entre les différents déterminants de la santé. Comme illustré à la Figure 3, sa représentation graphique démontre bien l'interaction constante entre l'individu et son milieu. En somme, le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants est suffisamment concis pour permettre l'exploration de chacune des quatre catégories dans le contexte de la thèse, et assez vaste pour permettre de cibler, ce qui était le plus pertinent pour la clientèle autochtone.

Il importe de clarifier que ce cadre conceptuel n'est pas spécifique aux Autochtones. Parmi tous les modèles autochtones sur les déterminants de la santé, celui qui correspondait aux objectifs de la thèse était celui du modèle des déterminants sociaux et la santé des peuples autochtones de Reading et Wien (2009). Le contenu est similaire au cadre du MSSS (2012a), à l'exception de la présentation distincte entre les déterminants proximaux (p. ex. comportements individuels,

éducation), intermédiaires (p. ex. système de santé et d'éducation) et distaux (p. ex. colonialisme, racisme). Malgré sa récente traduction et adaptation en français (CSSSPNQL, 2018d), il n'y avait pas, à notre connaissance, suffisamment d'assises théoriques pour expliciter la dynamique de ce modèle autochtone. En conséquence, le modèle des déterminants sociaux et la santé des peuples autochtones de Reading et Wien (2009) a servi de complément, notamment pour la compréhension des déterminants distaux et le volet des soins culturellement approprié dans la catégorie du système de santé.

À cet effet, il semble que les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir un effet cumulatif. À l'image d'un cercle vicieux, les facteurs individuels, sociaux, économiques ou encore environnementaux influencent un état de santé, qui à son tour influence un autre déterminant de la santé (Reading & Wien, 2009). Le cadre conceptuel du MSSS (2012a) permet de connaître l'étendue des déterminants et leurs interrelations afin de susciter l'action intersectorielle favorable à la santé. Ceci signifie que l'interaction de plusieurs secteurs (p. ex. éducation, emploi et sécurité publique) et l'implication de divers acteurs (p. ex. membres de ministères, milieux municipaux et d'organismes communautaires) de la société sont nécessaires pour améliorer la santé (MSSS, 2017). Le choix de ce cadre conceptuel visait à répondre aux objectifs de la thèse, présentés à la section précédente.

2.1.2 Approche à double perspective

Le choix du cadre conceptuel et l'ensemble de la démarche de thèse s'est instinctivement orientée vers une approche à double perspective (communément appelé en anglais *Two-eyed seeing* ou *Etuaptmumk*), qui consiste à travailler à la fois avec les forces des connaissances autochtones (une vision) et avec les forces des connaissances allochtones (autre vision). L'objectif est de réunir

les deux visions, d'où son appellation en anglais (Marshall, Marshall, & Bartlett, 2018). Cette approche, introduite par deux Aînés micmacs de la Nouvelle-Écosse, Albert et Murdena Marshall, englobe les apports des modes de connaissances (visions du monde) autochtones et occidentaux (Bartlett, Marshall, & Marshall, 2012). L'utilisation des perspectives autochtones et allochtones ne signifie pas que la compréhension est optimale et définitive, mais plutôt qu'une nouvelle manière de voir le monde est présente (Martin, 2012). En d'autres mots, il s'agit de créer une compréhension hybride par l'utilisation de leurs forces, et ce, dans le respect des perspectives autochtones et allochtones (Lavallée & Lévesque, 2013). En ce sens, parmi les quatre priorités stratégiques de l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC (2019-2024) figure la contribution à améliorer « la santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis par l'utilisation simultanée de paradigmes autochtones et non autochtone dans la recherche et l'innovation » (IRSC, 2019a, p. 4). Afin de pouvoir adhérer à cette approche, deux collaborateurs autochtones (aussi appelés patients-partenaires dans d'autres contextes) ont été sollicités pour collaborer au processus de recherche. Il en sera question dans la section sur les considérations éthiques. Un contact étroit avec les partenaires de recherche a aussi permis d'avoir une compréhension à double perspective du projet de thèse.

2.1.3 Sécurisation culturelle

La sécurisation culturelle est un concept développé dans les années 80 par une infirmière maorie de la Nouvelle-Zélande (Ramsden, 2002). Ce concept a été développé en réponse au racisme et aux disparités de santé entre les Maories et le reste de la population néo-zélandaise (Ramsden, 2002). Au fil des années, le concept de la sécurisation culturelle a été exporté dans d'autres pays (p. ex. Australie, Canada), dans d'autres disciplines en santé (p. ex. médecine, ergothérapie) et même sa définition s'est vue modifiée au fil des années (Blanchet Garneau &

Pepin, 2012). Tel que présenté dans une revue de littérature sur le sujet ($n = 59$ articles), une vingtaine de définitions de la sécurisation culturelle existe (Curtis, Jones, Tipene-Leach, Walker, Loring, Paine & Reid, 2019). Certains voient la sécurisation culturelle comme un continuum du développement de la compétence culturelle (voir Figure 5) et d'autres la conceptualise comme un changement de paradigme vers la sensibilité culturelle (Curtis et al., 2019).

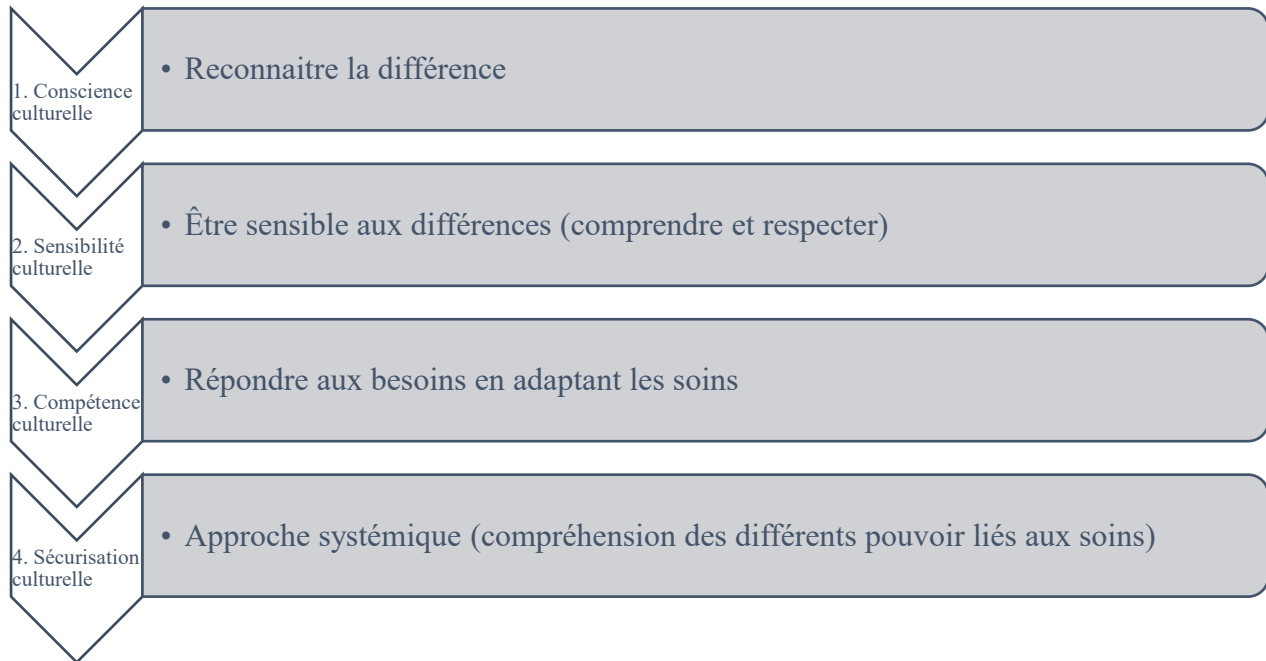


Figure 5. Continuum de la sécurisation culturelle, adapté de Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2013).

À partir du travail de recension des écrits de Curtis et al. (2019), cette même équipe de chercheurs proposent la définition suivante de la sécurisation culturelle :

Cultural safety requires healthcare professionals and their associated healthcare organisations to examine themselves and the potential impact of their own culture on clinical interactions and healthcare service delivery. This requires individual healthcare professionals and healthcare organisations to acknowledge and address their own biases, attitudes, assumptions, stereotypes, prejudices, structures and characteristics that may affect the quality of care provided. In doing so, cultural safety encompasses a critical consciousness where healthcare professionals and healthcare organisations engage in ongoing self-reflection and self-awareness and hold themselves accountable for providing culturally safe care, as defined by the patient and their communities, and as measured

through progress towards achieving health equity. Cultural safety requires healthcare professionals and their associated healthcare organisations to influence healthcare to reduce bias and achieve equity within the workforce and working environment. (Curtis et al., 2019, p. 14)

En d'autres mots, il s'agit de comprendre le déséquilibre de pouvoirs à travers les contextes sociaux, politiques et historiques des Autochtones (IRSC, 2019b). La sécurisation culturelle exige une introspection quant à l'influence que peuvent exercer les préjugés systémiques et personnels, les rapports d'autorité, les privilèges et l'histoire territoriale (IRSC, 2019b). Comme le concluent Blanchet Garneau et Pepin (2012, p. 31) dans leur analyse du concept de la sécurisation culturelle ($n = 68$ documents), ce concept « devra être développé et intégré dans un contexte théorique afin d'atteindre une clarté conceptuelle et de faciliter son opérationnalisation ». Dans le cadre de la présente thèse, le concept de la sécurisation culturelle a été le guide de l'ensemble du processus de recherche.

Avant de conclure cette section sur le cadre théorique, il importe d'annoncer que deux autres modèles sont utilisés dans cette thèse : la théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci (1985, 2000) et le *Cultural Competence Confidence* proposé par Jeffreys (2016a, 2016b). Ceux-ci ne transcendent pas la thèse, donc ils seront respectivement présentés dans les études 2b et 3.

Chapitre 3
Méthodologie

Ce chapitre porte sur la méthodologie utilisée dans le cadre de cette thèse doctorale. Au préalable, les considérations éthiques sont abordées. Ensuite, les grandes lignes du devis (volets qualitatif, quantitatif et mixte) sont présentées en fonction de leurs avantages, leurs défis ainsi que leurs critères de scientificité. Pour terminer ce chapitre portant sur la méthodologie, les spécifications de chacune des études de la recherche doctorale sont explicitées.

3.1 Considérations éthiques

En vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR, toute recherche impliquant des êtres humains doit être approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (2015). Dans le cadre de ce projet de thèse, un certificat a été émis pour chacune des études. Il est à noter que les recensions des écrits ne nécessitent pas d'approbation éthique. Les autorisations des communautés autochtones participantes (Odanak, Wemotaci et Wôlinak) se retrouvent à l'Annexe B. Les copies des autorisations éthiques de l'UQTR et du CIUSSS MCQ pour les études 2a, 2b et 3 sont disponibles à l'Annexe C.

Pour l'obtention des certificats éthiques et la conduite de la recherche en contexte autochtone, deux principaux documents ont guidé les démarches : l'Énoncé de politique des trois Conseils, en particulier le Chapitre neuf (2018) et le Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador (APNQL, 2014). Des lignes directrices pour la recherche en contexte autochtone ont aussi été considérées, soit celles de la Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone (Réseau DIALOG, Université du Québec en Outaouais, Université du Québec en Abitibi-Témiscaminque, & CSSSPNQL, 2018).

3.1.1 Énoncé de politique des trois Conseils

Au Canada, le Chapitre neuf de l'énoncé de politique des trois Conseils est entièrement dédié à la recherche impliquant les Autochtones (Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & IRSC, 2018). L'objectif de ces lignes directrices est d'assurer des rapports plus équilibrés entre les chercheurs et les communautés autochtones, et ce, dans le respect des coutumes et pratiques de recherche. Les trois principes directeurs (le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice) s'interprètent dans une vision holistique et collective de la recherche. Ce chapitre dédié à la recherche en contexte autochtone aborde notamment une reconnaissance du rôle des Aînés et autres détenteurs du savoir ainsi qu'un appel à ce que les chercheurs travaillent en collaboration lors des différentes étapes de la recherche, c'est-à-dire de son élaboration à sa diffusion. Grâce à la collaboration des partenaires des centres de santé, quelques Aînés ont participé au projet de recherche. De plus, la participation de la doctorante au forum sur la transmission des savoirs autochtones par les solidarités entre les générations, organisé en 2019 par l'équipe de chercheurs de la professeure Chantal Viscogliosi de l'Université de Sherbrooke, a permis des rencontres privilégiées avec plusieurs Aînés autochtones du Québec. D'ailleurs, deux collaborateurs autochtones (aussi appelés patients-partenaires dans d'autres contextes) ont été recrutés au printemps 2018 au sein des membres du projet de recherche « Plateforme stratégique pour faciliter l'engagement dans la recherche de patients autochtones vivant avec le diabète » de l'Université Laval. Il s'agit d'une initiative de la professeure Marie-Claude Tremblay pour implanter un noyau de patients partenaires autochtones. La doctorante a participé à ce projet à titre de partenaire organisationnelle. Le principe sous-jacent au partenariat avec des collaborateurs repose sur le savoir expérientiel qui constitue une richesse inestimable, et ce, à toutes les étapes du processus de recherche (Pomey et al., 2015). Dans le cadre de la thèse,

l'implication d'un collaborateur autochtone a surtout été dans la révision du questionnaire de l'étude 2b. Il en sera question dans une section subséquente de ce chapitre.

Il importe de clarifier que les savoirs autochtones comprennent les connaissances, les savoir-faire, les croyances et les philosophies développées au fil des siècles par les peuples autochtones, en interaction avec leur environnement (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2016). Castellano (2000) identifie trois principales sources des connaissances autochtones : la connaissance traditionnelle (p. ex. enseignements par un Aîné), la connaissance empirique (p. ex. observation) et la connaissance révélée (p. ex. rêves et intuition). Qualifiés d'holistiques, les savoirs autochtones s'imprègnent du territoire, de la culture et de la langue, ils se transmettent d'une génération à l'autre et ils s'enracinent entre autres dans les histoires, les cérémonies, les traditions, les idéologies, les médicaments, les danses et les arts (Ellison, 2014). Bref, les savoirs sont généralement d'appartenance collective et ce sont les Aînés qui jouent un rôle capital dans la transmission de ceux-ci (APNQL, 2014).

Toujours selon le Chapitre neuf de l'énoncé de politique des trois Conseils, le recours à une méthode de recherche collaborative ou à la recherche participative (aussi appelé recherche-action) est encouragé en contexte de recherche autochtone (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018). Par contre, malgré le potentiel des approches de recherche participatives, celles-ci peuvent prendre beaucoup plus de temps, notamment pour la création des liens de confiance et, en raison de la flexibilité de son approche (p. ex. choix des méthodes de collecte de données), la recherche est sujette à des aléas hors du contrôle du chercheur (Larivière, Gauthier-Boudreault, Briand, & Corbière, 2020). D'ailleurs, peu d'études se sont penchées sur l'utilisation et les résultats de la recherche participative au niveau doctoral (Stevahn, Anderson, & Hasart, 2016). Ceci dit,

considérant les délais exigés pour le dépôt d'une thèse, une approche de collaboration a été favorisée tout au long du processus de recherche. À l'amorce du projet (janvier 2015), la présentation des grandes lignes de la recherche a permis d'établir sa pertinence et d'amorcer une collaboration avec des intervenants du Centre de santé d'Odanak¹. Le personnel du Centre de santé de Wemotaci et de Wôlinak a aussi été rencontré quelques mois plus tard (respectivement en juin 2015 et avril 2016). À chacune des étapes du processus de recherche, des actions ont été prises pour tendre le plus possible vers une recherche participative (p. ex. suivis réguliers sur l'évolution du projet, collaboration aux phases de recrutement, possibilité de réviser l'article 2a et présentation des résultats).

3.1.2 Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador

Au Québec, il existe le Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador (APNQL, 2014). Ce protocole repose sur trois valeurs fondamentales : le respect, l'équité et la réciprocité. La notion de respect se traduit par la reconnaissance et l'appréciation des différences. L'équité s'exprime par la reconnaissance des besoins respectifs des partenaires de la recherche, le pouvoir partagé entre les Premières Nations et les chercheurs et le partage des retombées et des bénéfices de la recherche. L'idée est que la participation à la recherche serve à la communauté, d'où la première consultation avec chacun des centres de santé des communautés territoriales, afin d'échanger sur les enjeux et besoins spécifiques. Pour sa part, la notion de réciprocité signifie que chacun donne autant qu'il reçoit (APNQL, 2014).

¹ Le comité W8banaki de coordination de la recherche n'existait pas à ce moment, il a été implanté en janvier 2019 (Bernard, 2021).

Les principes d'actions sous-jacents au Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador (APNQL, 2014) sont ceux du PCAP[®] (propriété, contrôle, accès et possession). L'acronyme PCAP[®] signifie Propriété (les informations sont de propriété collective), Contrôle (droit de contrôler les aspects de la recherche), Accès (accès à l'information et aux données) et Possession (affirmation de la propriété et sa protection) (Centre des Premières Nations [CPN], 2007; Le centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2020). Dans la foulée de la volonté d'autodétermination et d'autorégulation des populations autochtones, les principes PCAP[®] sont apparus en 1998 avec l'objectif d'établir des règles pour la collecte de données, la protection, l'utilisation et le partage des données autochtones (CPN, 2007; CGIPN, 2020). Son utilisation vise donc à faire respecter les droits autochtones. Dans le contexte de la thèse, ces principes ont été discutés brièvement avec les partenaires, mais aucune entente formelle n'a été signée quant aux principes du PCAP[®]. Par défaut, les informations ont été conservées par la doctorante, et ce, dans un esprit que celles-ci appartiennent aux communautés territoriales participantes. En 2017, la doctorante a d'ailleurs suivi la formation en ligne *The fundamentals of OCAP[®]*, d'une durée de six heures, offerte par le Algonquin College sur les notions entourant ces principes.

3.1.3 Lignes directrices pour la recherche en contextes autochtones

L'ouvrage intitulé « Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, équité, réciprocité, collaboration et culture » est une référence importante concernant les enjeux de l'éthique de recherche (Réseau DIALOG et al., 2018). Par exemple, un chapitre est dédié à des lignes directrices sur les méthodes de recherche en milieux autochtones. Dans la première édition de l'ouvrage, l'auteur Herman (2015) y propose neuf lignes directrices basées sur les principes de l'intégrité, la responsabilité et la réciprocité : (1) la consultation

ouverte : il est important d'établir des relations avec les communautés et de prendre le temps de présenter le projet de recherche à la communauté ou ses représentants; (2) les valeurs des peuples autochtones : il s'agit de les reconnaître, les respecter et si possible les intégrer au processus de recherche; (3) le respect de la communauté : cet aspect implique également, au sens large, les ancêtres, la terre, les autres nations et les générations à venir; (4) le consentement : une attention particulière doit être portée pour les enregistrements et il est fortement recommandé que les participants puissent vérifier l'exactitude des transcriptions; (5) la confidentialité : l'anonymat et la reconnaissance doivent être discutés; (6) la protection : le chercheur ne devient jamais le propriétaire des connaissances autochtones et il doit assurer la protection des participants et des ressources autochtones impliquées; (7) le partenariat : le chercheur assume la responsabilité du partage et du co-développement d'aptitudes de recherche avec les participants; (8) l'examen : les participants à la recherche, les détenteurs du savoir autochtone et les juridictions doivent avoir la possibilité d'examiner les résultats et conclusions de l'étude; et 9) le partage des avantages : la recherche doit contribuer positivement aux peuples autochtones. En somme, le chercheur doit :

Réaliser une recherche qui : a) est éclairée par les points de vue des peuples autochtones participant à une discussion ouverte; b) profite à la communauté; et c) produit des résultats qui sont partagés avec la communauté et dans lesquels la participation de la communauté est clairement soulignée. (Herman, 2015 p. 108)

Selon la première ligne directrice de Herman (2015), il est recommandé de tisser des liens avec les partenaires autochtones. Pour la doctorante du projet actuel, cet engagement s'est décliné par la participation à des activités organisées par les communautés territoriales (p. ex. activités sportives et culturelles) et une implication régulière aux diverses activités sociales et culturelles du Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières. Pour les éléments 2 et 3, le projet a été mené au meilleur de la doctorante dans le respect des communautés participantes et des valeurs de celles-ci. En ce qui concerne la notion de consentement, celle-ci a été respectée, mais certains éléments

auraient pu être bonifiés, tels que la relecture des transcriptions. Il en sera question dans la section des limites. Pour les lignes directrices 5 et 6, la confidentialité a été assurée pour tous les participants. Une attention particulière a été portée à l'anonymisation des données, pour éviter de révéler des informations permettant de reconnaître les participants. Un engagement à la confidentialité a d'ailleurs été signé par tous les membres de l'équipe de recherche. La notion de partenariat et d'examen s'est concrétisée notamment par l'embauche prioritaire d'étudiants autochtones, le partenariat avec un collaborateur autochtone et la diffusion des résultats de recherche auprès des participants et partenaires. En terminant, le partage des avantages est l'essence même de cette thèse et il est aussi le leitmotiv à poursuivre.

3.2 Devis de recherche

Cette section traitera de l'ensemble du processus de recherche qui permettra de répondre aux objectifs de la thèse. Globalement, celle-ci vise à explorer les habitudes de vie (alimentation et pratique d'activités physiques) et les services de santé offerts aux Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec. Un devis mixte a été utilisé, car il favorise une recherche plus approfondie des données de même qu'une ouverture aux différents points de vue, ce qui encourage le respect de l'épistémologie et l'axiologie autochtones (Hutchinson et al., 2014). L'utilisation des méthodes mixtes dans un paradigme transformationnel permet notamment de mieux saisir la complexité de la réalité d'une personne et d'être plus flexible dans une stratégie de collecte de données culturellement pertinente (Cram & Mertens, 2016). Rappelons que les objectifs spécifiques du projet doctoral visent à :

Objectif 1 : Dresser un portrait des comportements alimentaires et d'activités physiques des Autochtones à l'aide d'un examen de la portée (étude 1);

Objectif 2 : Explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques des personnes issues des Premières Nations et les significations qui y sont associées (études 2a et 2b);

Objectif 3 : Examiner l'autoperception de la compétence culturelle des infirmières travaillant auprès de la clientèle autochtone (étude 3).

Dans les prochaines sections, les spécifications méthodologiques de chacune des études seront détaillées. Pour mieux comprendre les devis utilisés dans les trois études, le Tableau 10 illustre l'ensemble du projet de thèse.

Tableau 10

Sommaire méthodologique des études

Études / représentation graphique du devis	Procédures
<p>Étude 1 - <i>Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada</i> (article)</p> <p>Examen de la portée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de littérature ($n = 30$ études)
<p>Étude 2a - <i>Pilot-Project on Eating Behaviors and Physical Activity of First Nations Peoples: A Mixed-Methods Approach</i> (article)</p> <p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 5px;">QUAN</div> <div style="margin: 0 5px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 10px; margin-right: 5px;">QUAL</div> </div> </p> <p>Devis mixte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire ($n = 15$) • Entretien individuel ($n = 6$)
<p>Étude 2b - <i>First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area: A mixed-methods approach</i> (affiche scientifique)</p> <p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 5px;">QUAN</div> <div style="margin: 0 5px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 10px; margin-right: 5px;">QUAL</div> </div> </p> <p>Devis mixte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire ($n = 32$) • Entretien individuel ($n = 14$)
<p>Étude 3 - <i>Transcultural health practice of emergency nurses working with Indigenous population: A descriptive study</i> (article)</p> <p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px; margin-right: 5px;">QUAN</div> </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire ($n = 30$)

3.3 Spécifications méthodologiques des études du projet doctoral

Dans les prochaines sections, chaque étude sera détaillée en fonction du devis de recherche, du processus de recrutement, des caractéristiques des participants, de même que des outils de mesure et des stratégies d'analyse utilisées.

3.3.1 Étude 1 - *Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada*

L'étude 1 est une revue de la littérature de type examen de la portée (« *scoping review* ») portant sur l'alimentation et la pratique de l'activité physique chez les peuples autochtones du Canada au cours des dix dernières années. Comme présenté dans le Chapitre 1, cette étude répond au premier objectif de la thèse, qui est de dresser un portrait des comportements alimentaires et la pratique d'activités physiques des Autochtones. L'examen de la portée est une approche encore relativement nouvelle et il n'existe pas de définition universelle (Pham et al., 2014). Or, selon Pham et al. (2014), la définition la plus pertinente d'un examen de la portée est celle-ci :

Vise à dresser un portrait de la littérature sur un sujet ou un domaine de recherche particulier et permet d'identifier les concepts clés, les lacunes de la recherche, ainsi que les types et les sources de données probantes pour éclairer la pratique, l'élaboration des politiques et recherche. Traduction libre de Daudt, van Mossel & Scott (2013, p. 8)

Le choix de ce type de synthèse des connaissances s'est appuyé sur le besoin d'examiner l'étendue, la portée et la nature des articles publiés en lien avec l'alimentation et la pratique de l'activité physique des Autochtones. Ce type d'étude permet également d'identifier les lacunes de la recherche dans la littérature existante et d'aiguiller de futures recherches (Arksey & O'Malley, 2005; Mazaniello-Chézol & Corbière, 2020). La limite principale de l'examen de la portée se rapportent au fait qu'il n'y a pas nécessairement d'évaluation de la qualité des études incluses (Mazaniello-Chézol & Corbière, 2020).

3.3.1.1 Cadre méthodologique. Le cadre méthodologique sélectionné pour l'examen de la portée est celui de Arksey et O'Malley (2005). Ce cadre propose six étapes : (1) identifier la question de recherche; (2) identifier les études pertinentes; (3) sélectionner des études;

(4) cartographier les données; (5) rassembler, résumer et rapporter les résultats; et (6) procéder à une consultation. Le détail de chacune de ces étapes est présenté dans l'étude 1, au Chapitre 1.

3.3.2 Étude 2a - *Pilot-Project on Eating Behaviours and Physical Activity of First Nations Peoples: A Mixed-Methods Approach*

L'étude 2a consiste en un projet-pilote ayant pour objectif d'explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques des personnes membres des Premières Nations vivant en communauté en Mauricie et Centre-du-Québec. Cette étude se rattache au second objectif de la thèse : explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques des personnes issues des Premières Nations et les significations qui y sont associées. Par définition, un projet-pilote est une étude réalisée à petite échelle dans le but de préparer une étude de plus grande envergure et d'évaluer la faisabilité (Woo, 2019). Comme illustré au Tableau 10, le devis retenu dans le cadre du projet-pilote utilise une méthode mixte de type convergent, c'est-à-dire qu'il combine de manière concomitante¹ les résultats d'une analyse qualitative et quantitative durant les étapes de la collecte de données et de l'analyse afin de pouvoir les comparer ou les combiner (Creswell & Plano Clark, 2018; Vedel et al., 2019). Ce choix repose sur la possibilité d'obtenir une compréhension plus complète du sujet d'étude, d'une certaine façon d'enrichir les résultats quantitatifs avec les résultats qualitatifs (Creswell & Plano Clark, 2018). Dans le cadre de ce projet de thèse, le devis utilisé pour le volet quantitatif est descriptif et l'approche utilisée pour le volet qualitatif est la phénoménologie.

Bien que la fusion des données qualitatives et quantitatives existe depuis près de 40 ans, les premiers écrits sur le sujet ont débuté à la fin des années 90 (Creswell & Plano Clark, 2018). La

¹ La notion de concomitance n'est pas une mesure exacte où les données sont collectées nécessairement au même moment, mais plutôt reliée à une intention du devis de recherche (Meixner & Hatcoat, 2019).

définition classique des méthodes mixtes est celle de Johnson, Onwuegbuzie et Turner (2007), basées sur 19 définitions d'experts :

La recherche par les méthodes mixtes est un type de recherche dans lequel un chercheur ou une équipe de chercheurs associe des éléments issus des méthodes qualitatives et quantitatives (par exemple, l'utilisation de points de vue, de collectes de données, d'analyse de données, de techniques d'inférences qualitatifs et quantitatifs) dans le but d'une meilleure compréhension. Traduction de Guével & Pommier (2012, p. 27)

D'entrée de jeu, peu d'études en contexte autochtone ont été réalisées avec une méthode mixte. Par exemple, dans l'examen de la portée (étude 1), il y en a que trois études sur un total de 30 (Bruner & Chad, 2013a, 2013b; Coble, Rhodes, & Higgins, 2009). Chilisa et Tsheko (2014) proposent même des méthodes mixtes autochtones, qui intègrent plusieurs modes de connaissances et visions du monde. La suspicion quant aux méthodologies quantitatives serait compréhensible chez les participants membres des Premières Nations, considérant l'historique de recherche en contexte autochtone (Walter & Andersen, 2013). Il semble d'ailleurs que les recherches qualitatives comprenant notamment des entretiens sont davantage compatibles avec la culture autochtone (Saini, 2012). Malgré tout, les méthodes de recherche quantitatives sont considérées bénéfiques pour les communautés autochtones si elles sont menées en collaboration avec celles-ci (Saini, 2012). Plusieurs raisons peuvent justifier l'utilisation des méthodes mixtes, telles que le besoin d'obtenir des résultats plus complets, le besoin d'expliquer des résultats initiaux ou encore de développer, d'implanter et d'évaluer un programme (Creswell & Plano Clark, 2018). Une des forces des méthodes mixtes est de se mettre au service de la question de recherche, en offrant la possibilité d'avoir à la fois des méthodologies qualitatives et quantitatives (Briand & Larivière, 2020).

3.3.2.1 Population et recrutement. La population totale des Premières Nations au Québec habitant dans les communautés territoriales se chiffre à 62 991 personnes et de ce nombre, 1876 sont sur le territoire de la Mauricie et Centre-du-Québec, plus spécifiquement à Odanak, Wôlinak et Wemotaci (SAA, 2021). Considérant les critères d'inclusion de l'étude qui était d'être âgé de 18 ans et plus et d'habiter dans la communauté territoriale, la population accessible se situe autour¹ de 1155 personnes (AANC, 2019). Il n'y avait pas de critères d'exclusion. Considérant la nature de l'étude 2a, soit d'être un projet-pilote, un nombre maximal de 35 participants était visé. Cette cible a été déterminée en fixant l'objectif à 30 % de répondants sur la centaine de personnes sollicitées par les centres de santé des communautés territoriales.

Le type d'échantillonnage associé aux deux volets de l'étude est de type non probabiliste. L'échantillonnage accidentel (de convenance) était prévu (Fortin & Gagnon, 2016). L'avantage de cette méthode est son accessibilité, mais elle réduit la possibilité de généraliser les résultats (Beaud, 2016), ce qui n'était pas l'objectif souhaité pour l'étude 2a. La stratégie de recrutement initiale était que les participants puissent être approchés par les intervenants des centres de santé. Une lettre explicative du projet a été préparée pour les intervenants, un signet informatif pour les participants ainsi qu'une affiche publicitaire. Ces documents de recrutement sont disponibles à l'Annexe D. Pour le volet quantitatif, plusieurs questionnaires étaient disponibles dans les centres de santé et une enveloppe préaffranchie était à la disposition des participants pour le retour des questionnaires. Pour le volet qualitatif, le participant devait contacter la doctorante pour planifier l'entretien. Malgré l'incitatif d'un tirage d'une carte-cadeaux de 25 \$ dans chaque des trois communautés territoriales, d'autres stratégies ont été nécessaires, grâce à la collaboration des partenaires des

¹ La classification de la population inscrite dans les communautés territoriales débute à partir de 19 ans, et non 18 ans.

centres de santé : affichage à différents endroits (p. ex. bureaux de poste et centres d'entraînement), publicité dans une brochure locale et diffusion sur la page Facebook des centres de santé. La doctorante a aussi été invitée à venir recruter lors d'événements locaux (p. ex. dîner des Aînés, campagne de vaccination, assemblée générale).

La période de recrutement de l'étude 2a a débuté en mars 2016 et s'est terminée en janvier 2018. Le total de participants est de 15 pour le questionnaire et six participants pour les entretiens. La description des participants figure au Chapitre 4 de la thèse. Après environ deux ans de sollicitation, le recrutement a été arrêté, même si le nombre souhaité n'a pas été atteint. Un des désavantages du questionnaire consiste justement en un faible taux de réponse (25-40 %), un taux potentiellement élevé de données manquantes et l'impossibilité de guider les répondants au regard de certains énoncés (Fortin & Gagnon, 2016; Grove & Gray, 2019). Par ailleurs, il existe peu d'écrits sur le nombre de participants requis pour un projet-pilote (Feeley & Cossette, 2016), mais un nombre variant entre 10 et 15 participants peut être suffisant pour le volet quantitatif (Hertzog, 2008). L'objectif du projet-pilote étant d'explorer les habitudes alimentaires et d'activités physiques, il a été convenu que le nombre de 15 participants était approprié pour le volet quantitatif. Pour le volet qualitatif, le nombre de six participants a été fixé considérant les écrits de O'Cathain et al. (2015) rapportant que la taille des échantillons pour la recherche qualitative dans les études de faisabilité est généralement faible, soit un nombre entre 5 et 20 participants). En fait, la diversité de l'échantillon est plus importante que le nombre de participants pour identifier les problématiques de l'étude (O'Cathain et al., 2015). À titre indicatif, Coble et al. (2009) ont aussi réalisé un projet-pilote, faisant appel à un devis mixte, sur la pratique d'activités physiques avec la communauté Westbank First Nation en Colombie-Britannique. Un total de 53 participants a répondu à un questionnaire envoyé par la poste, sur un ensemble de 340 envois (ce qui correspond à un taux de

réponse de 16 %). Du côté qualitatif, 12 personnes ont participé au groupe de discussion. Les résultats de cette étude sont présentés au Tableau 9 de l'étude 1.

3.3.2.2 Outils. Deux outils ont été utilisés dans le cadre de l'étude 2a, soit le questionnaire et l'entretien semi-dirigé. En complément des détails présentés au Chapitre 4, le processus de développement de ces outils sera explicité ci-dessous.

3.3.2.2.1 Questionnaire. Le questionnaire est la méthode de collecte de données la plus utilisée en recherche et a l'avantage d'être un moyen rapide et abordable de recueillir des données et est flexible quant à la structure, la forme et le moyen de recueillir les informations (Fortin & Gagnon, 2016). Le questionnaire portait sur les habitudes de vie (alimentation et activités physiques)¹. Il a été bâti à partir d'un ensemble d'outils de mesure préexistant, présenté au Tableau 11. Pour mesurer la pratique hebdomadaire d'activités physiques, l'outil utilisé est le *Godin Leisure Time Exercise Questionnaire* (Godin & Shephard, 1985). Le nombre de fois par semaine et le nombre de minutes d'activités physiques d'intensité faible, modérée et élevée étaient demandés. Cet outil a l'avantage d'être fiable, validé et rapide à compléter. Rappelons de l'étude 1 que le *Godin Leisure Time Exercise Questionnaire* a déjà été utilisé avec des participants autochtones par Coble et al. (2009).

¹ Il est à noter que d'autres variables ont été utilisées dans le questionnaire. Certaines seront présentées dans l'étude 2b et d'autres feront l'objet d'analyses en vue de publications ultérieures.

Tableau 11

Variables et outils de l'étude 1 (volet quantitatif)

Sections	Variabes	Nom des outils	Références
Section 1	Pratique hebdomadaire de l'AP	<i>Godin Leisure Time Exercise Questionnaire</i>	Godin et Shephard (1985)
Section 2	Portrait alimentaire	Guide alimentaire canadien	Santé Canada (2007)

Note. AP = activité physique

Pour obtenir le portrait alimentaire, les questions ont été inspirées du questionnaire de l'Étude sur le mieux-être communautaire (Centre de santé Odanak & Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations, 2011), utilisées à Odanak. Par exemple, « Combien de portions par jour, en moyenne, consommez-vous les groupes alimentaires suivants (fruits et légumes, produits céréaliers, lait et substituts et viandes et substituts)? ». Certaines règles ont été observées afin d'offrir une série de questions pertinentes et ordonnées en lien avec l'objectif de recherche et la littérature récente. Par exemple, une lettre d'explication permettait l'introduction au questionnaire et une attention a été portée aux phrases d'introduction pour bien camper le contexte des différentes sections du questionnaire (Waltz, Strickland, & Lenz, 2017). Le plus possible, les énoncés devaient être courts, mais clairement explicités (Waltz et al., 2017). Considérant la nature du projet-pilote, des espaces étaient réservés à la fin de chaque section afin de permettre aux participants d'exprimer leurs commentaires.

Tel que présenté à l'Annexe E, le questionnaire (version papier) utilisé dans l'étude 2a compte 10 questions, divisé en deux sections : (1) portrait de la pratique de l'activité physique; et (2) portrait alimentaire. Le questionnaire était complété à un seul moment par les participants et sa durée de passation était d'environ 10 minutes. Une section sociodémographique était remplie par

les participants pour recueillir de l'information sur leur âge, leur état civil, leur niveau de scolarité et leur revenu. En somme, à titre de projet-pilote, la planification, l'opérationnalisation et la validation de ce questionnaire a permis de bonifier l'outil de mesure utilisé dans le cadre de l'étude 2b, pour explorer davantage les habitudes de vie des participants.

3.3.2.2 Entretien. L'essence des recherches qualitatives est de donner un sens aux mots et d'en reconnaître les schémas afin d'en construire un portrait significatif (Leung, 2015). Pour ce faire, l'entretien semi-dirigé a pour objectif de recueillir de l'information en vue de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par le participant (Fortin & Gagnon, 2016). Dans le cadre de cette thèse, le terme « signification » se définit comme le sens ou l'interprétation donnée (Office québécois de la langue française, 2012). Il s'agit en fait de rendre explicite l'univers de l'autre de même que de comprendre et d'apprendre à propos du monde de l'autre (Savoie-Zajc, 2021).

Les forces de cette méthode de collecte de données sont la flexibilité dans le déroulement de l'entretien et l'accès direct à l'expérience des interviewés (Savoie-Zajc, 2021). Pour l'interviewé, l'entretien semi-dirigé permet d'organiser et de structurer sa pensée et peut même avoir une fonction d'émancipation, car il y a l'enclenchement de réflexions qui peuvent stimuler les prises de conscience et la transformation (Brinkmann & Kvale, 2015; Savoie-Zajc, 2021). Par contre, cette méthode exige un temps considérable pour la réalisation, la transcription et l'analyse (Fortin & Gagnon, 2016). La doctorante a mené tous les entretiens ($n = 20$ pour les études 2a et 2b) et réalisé l'entièreté des analyses s'y rattachant. Toutefois, l'ampleur du travail de transcription a été facilité grâce au soutien de deux assistantes de recherche. Aussi, des biais sont principalement liés au contenu et à la forme des questions, à la relation entre l'intervieweur et l'interviewé et au

contexte de l'étude, d'où l'importance de la formation de l'intervieweur, de la qualité du guide d'entretien et d'une rigoureuse planification de l'entretien (Boutin, 2018). L'expérience antérieure et la mise à jour à partir de la lecture de l'ouvrage de Boutin (2018) a permis à la doctorante d'organiser avec rigueur la tenue des entretiens, que ce soit au niveau technique (p. ex. préparation du matériel nécessaire à l'entretien, conception d'un guide lors du contact téléphonique entre la doctorante et les participants) que relationnel (p. ex. établissement de la relation, respect des silences). De plus, le biais de désirabilité de la part de l'interviewé ou le contexte « ici et maintenant » de l'expérience peuvent s'avérer des limites à la crédibilité des informations recueillies (Savoie-Zajc, 2021).

La construction du guide d'entretien s'est inspirée des prémisses du modèle conceptuel de santé et de ses déterminants du MSSS (2012a). Son objectif était d'explorer les habitudes de vie (alimentation et activités physiques) des participants et d'offrir un regard microscopique et macroscopique de leur état de santé. La construction du guide d'entretien s'est déroulée en six étapes principales : (1) déterminer les informations à rechercher; (2) développer les questions ou les items; (3) déterminer la séquence des questions ou des items; (4) établir le plan des entretiens; (5) prétester le canevas d'entretien; et (6) administrer et coder les entretiens (Waltz et al., 2017).

En premier lieu, les informations qui devaient être recherchées ont été déterminées. Cette étape correspond à la création du canevas des thèmes en lien avec le cadre conceptuel et la littérature. La deuxième étape consistait à développer les questions en tant que telles. À cette étape, une attention particulière a été portée au fait de présenter des phrases simples et compréhensibles à l'interviewé. Par la suite, l'ordre des questions a été déterminé, en fonction de la logique de présentation (questions regroupées en lien avec la logique du cadre conceptuel) et du degré de sensibilité des

questions (placé davantage vers le milieu-fin de l'entretien). En quatrième lieu, un plan d'entretien a été planifié. Le déroulement de la rencontre était le suivant : présentation, signature du consentement, début de l'entretien avec le génogramme, suite de l'entretien, partage des faits saillants à la fin, passation du questionnaire sociodémographique et remerciements. La cinquième étape associée à la construction de ce guide d'entretien a été le pré-test de l'entretien, afin d'expérimenter le canevas et d'y apporter les corrections nécessaires.

Le génogramme est un outil qui a été intégré au canevas d'entretien. Il servait de brise-glace à l'entretien et permettait de connaître la structure de la famille, comme l'âge des membres de la famille et leur genre. L'état de santé de l'ensemble des membres de la famille était également questionné, ce qui permet de constater certaines récurrences de problèmes de santé. Le génogramme a été utilisé antérieurement en recherche dans le cadre d'études portant sur les croyances (Gervais & de Montigny, 2010; Leclerc, 2013) et par la doctorante. Il est à noter que les résultats issus du génogramme ne sont pas présentés afin de préserver l'anonymat des participants.

Un seul entretien a servi de pré-test et considérant le bon déroulement de celui-ci, aucune correction n'a été nécessaire et l'entretien réalisé a été inclus dans l'échantillon. Dans la visée de tester les outils, la doctorante notait au fur et à mesure les questions qui étaient moins claires pour les participants et demandait une rétroaction à la fin de l'entretien. Il importe de mentionner que le canevas global de ce guide d'entretien a été élaboré à partir de travaux antérieurs de la doctorante (Leclerc, 2013). Finalement, la dernière étape suggérée est la passation de l'entretien et la codification des données (Waltz et al., 2017). Afin d'assurer la fiabilité et la crédibilité des entretiens, ceux-ci ont été transcrits rapidement, afin de s'assurer de la précision des données transcrites. Puis, le codage a été effectué conjointement par la doctorante et une assistante de

recherche. Il est à noter que Waltz et al. (2017) proposent aussi une étape sur la formation des intervieweurs. Or, tous les entretiens ont été menés par la doctorante et dans ce cas, son parcours académique et professionnel (à titre de professionnelle de recherche) lui a été utile, puisqu'il incluait une solide formation quant aux entretiens de type clinique¹. En conclusion, l'entretien est un instrument clé pour plusieurs types de recherche qualitative et la rigueur a été de mise durant les diverses étapes de la construction du guide d'entretien (Waltz et al., 2017).

Tel que présenté à l'Annexe E, le guide d'entretien compte cinq sections divisées selon le cadre conceptuel de la santé et ses déterminants (MSSS, 2012a) : l'état de santé de la population (ici du participant), les caractéristiques individuelles, les milieux de vie et enfin, les systèmes et le contexte global. D'une durée d'environ 60 minutes, les entretiens enregistrés ont eu lieu à domicile ou dans un local étant disponible dans les centres de santé de chacune des communautés territoriales.

3.3.2.3 Stratégies d'analyse. Creswell et Plano Clark (2018) proposent six étapes générales pour l'analyse des données mixtes : (1) la préparation des données pour l'analyse; (2) l'exploration des données; (3) l'analyse des données; (4) la représentation de l'analyse de données; (5) l'interprétation des résultats; et (6) la validation des données et des résultats. Le Tableau 12 présente une synthèse du processus d'analyse des données quantitatives et qualitatives.

¹ L'entretien de type clinique se réfère dans le cas présent à ce qui s'apparente à une approche thérapeutique (Boutin, 2018). Ce type d'entretien de recherche « s'intéresse aux motivations, aux sentiments généraux à la base de l'expérience des individus et au déroulement de ces expériences [...] » (Boutin, 2018 p. 31).

Tableau 12

Processus général d'analyse des données quantitatives et qualitatives dans un devis mixte

Étapes	Données quantitatives	Données qualitatives
1. Préparation des données pour l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> Définition des variables avec le logiciel SPSS (assignation des valeurs numériques, vérification des erreurs, ajout de nouvelles variables, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Transcription des entretiens
2. Exploration des données	<ul style="list-style-type: none"> Visualisation de la distribution normale des valeurs et gestion des données manquantes Analyse descriptive pour les données principales et évaluation de la fiabilité et la validité des mesures 	<ul style="list-style-type: none"> Lecture des données (et relecture) Prise de notes sur les premières impressions
3. Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Analyse de l'ensemble des données avec le logiciel SPSS 	<ul style="list-style-type: none"> Codage des données avec le logiciel NVivo
4. Représentation de l'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Préparation des résultats sous forme de tableaux et figures 	<ul style="list-style-type: none"> Représentation des résultats sous forme de catégories de thèmes Sélection de verbatim significatifs
5. Interprétation des données	<ul style="list-style-type: none"> Résumé des principaux résultats Identification des limites de l'étude 	<ul style="list-style-type: none"> Résumé des principaux résultats Identification des limites de l'étude
6. Validation des données et des résultats	<ul style="list-style-type: none"> Vérification des critères de scientificité 	<ul style="list-style-type: none"> Vérification des critères de scientificité

Adapté de Creswell & Plano Clark (2018)

Pour le volet quantitatif, des analyses descriptives (fréquences, moyennes et écart-types), de fidélité et de validité ont été menées à l'aide du logiciel SPSS (version 24). Pour le volet qualitatif, l'analyse des données a été réalisée avec le logiciel NVivo (version 11) à partir de la méthode de

Giorgi, inspirée du courant de pensée de la philosophie de Husserl (Giorgi, 1997). Cette méthode comporte cinq grandes étapes : (1) la cueillette des données verbales; (2) la lecture des données; (3) la division des données en unités significatives; (4) l'organisation et l'énonciation des données selon une perspective disciplinaire; et (5) la synthèse des données à des fins de communication à la communauté scientifique.

3.3.2.3.1 Cueillette des données verbales. La première étape de la méthode de Giorgi (1997) est la collecte des données verbales. Celle-ci peut s'effectuer à partir de simple description ou d'un entretien, comme dans le cas présent. L'objectif est d'obtenir une description concrète et détaillée de l'expérience du participant. Pour ce faire, les questions larges et ouvertes sont une méthode qui laisse la place au discours du participant. Afin d'en obtenir un portrait authentique, les entretiens ont tous été enregistrés avec le consentement des participants, puis transcrits intégralement en verbatim. Tel que mentionné précédemment, le travail de transcription a été réalisé avec le soutien de deux assistantes de recherche. Pour assurer la transcription intégrale des verbatim, une formation a été assurée par la doctorante, notamment quant à la tâche de transcription, mais également quant au contexte autochtone. Puis, en concordance avec le protocole de transcription de Boutin (2018), les assistantes de recherche ont été informées des objectifs de la recherche et des grandes lignes de la démarche et elles ont pu expérimenter le travail de transcription avec la doctorante. Le guide de formation à la transcription proposé par Vachon, Plamondon et de Montigny (2012) a servi de modèle pour les règles de transcription (p. ex. mots inaudibles, tics du langage, format du document). Le logiciel *Express Scribe* a été utilisé.

3.3.2.3.2 Lecture des données. La deuxième étape de la méthode de Giorgi (1997) concerne la lecture des données, où celles-ci doivent être lues et relues, afin de dégager la signification

globale de chaque entretien. À cette étape, il est indiqué d'avoir fait une lecture globale des données avant de les analyser (Giorgi, 1997). À cette étape, une première lecture « flottante » a permis de se remémorer le contenu de l'entretien. Par la suite, il y a eu une seconde lecture plus active, avec l'annotation d'idées ou éléments de réflexion.

3.3.2.3.3 Division des données en unités significatives. La troisième étape de la méthode de Giorgi (1997) réfère à la division des données en unités de signification, c'est-à-dire qu'avec une relecture lente des verbatim, une certaine signification émerge. L'unité de signification débute et se termine lorsqu'un changement de sens est perçu dans le discours. À cette étape, une attitude de neutralité est primordiale, pour laisser des significations imprévues se dégager. Cette étape a été réalisée directement dans le logiciel NVIVO (version 11). La lecture du verbatim permettait de classer facilement les unités de signification dans des catégories prédéterminées selon le cadre conceptuel du MSSS (2012a).

3.3.2.3.4 Organisation des données brutes dans le langage de la discipline. Une fois les unités de signification constituées, elles sont examinées, explorées puis analysées selon leur importance pour la discipline du chercheur (Giorgi, 1997). Certaines sont regroupées et d'autres sont identifiées comme étant clairement distinctes. Dans le cas présent, le langage disciplinaire est celui des sciences de la santé (avec la contribution plus spécifique des sciences infirmières, sciences de l'activité physique et psychologie). À travers le cadre de référence des déterminants de la santé, chacune des disciplines a été mise à contribution a étayé l'organisation des données.

3.3.2.3.5 Synthèse des données. La dernière étape de la méthode de Giorgi (1997) est la synthèse des résultats, c'est-à-dire qu'une fois les étapes subséquentes réalisées, un choix des unités

de signification les plus pertinentes est fait et celles-ci sont regroupées sous différents thèmes selon le cadre conceptuel des déterminants de la santé du MSSS (2012a). Cette étape permet d'avoir accès à la structure des différentes essences du phénomène étudié.

À la lumière de la présentation distincte des stratégies d'analyse quantitative et qualitative, il importe de rappeler que cette étude est mixte. Considérant l'interdépendance des volets quantitatifs et qualitatifs des études 2a et 2b, la comparaison des résultats a été privilégiée étant donné que celle-ci vise l'évaluation comparative des similarités et des différences des résultats quantitatifs et qualitatifs (Pluye, Bengoechea, Granikov, Kaur, & Tang, 2018). C'est-à-dire que les méthodes de collecte de données et d'analyse sont séparées, puis les résultats sont combinés dans un processus de comparaison (Pluye et al., 2018). Cette juxtaposition génère une tension créatrice menant à la découverte et l'innovation (Pluye et al., 2018). Par la suite, les similarités, les différences et même les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont expliquées dans la discussion. Ces résultats de l'étude 2a sont présentés au Chapitre 4.

3.3.3 Étude 2b - First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area: A mixed-methods approach

L'étude 2b consiste en l'extension des résultats de l'étude 2a (projet-pilote), qui portait sur les habitudes alimentaires et d'activités physiques chez des membres des Premières Nations en Mauricie et Centre-du-Québec. Cette étude vise à répondre à l'objectif de la thèse : Explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques des personnes issues des Premières Nations et les significations qui y sont associées. Parallèlement au projet-pilote qui a été réalisé exclusivement dans les communautés territoriales, cette deuxième étude s'est déroulée principalement auprès d'Autochtones vivant en milieux urbains. Les modifications entre l'étude 2a

et 2b seront documentés au fur et à mesure des spécifications méthodologiques du projet. Un encadré synthèse sera présenté à la fin de la section.

Sans vouloir reprendre la théorie sur les méthodes mixtes présentée à l'étude 2a, une synthèse des avantages et des défis des méthodes mixtes sera présenté dans cette section. Tout d'abord, un des principaux avantages des méthodes de recherche mixtes est la complémentarité du volet qualitatif et du volet quantitatif, en plus de créer un pont entre les deux courants de recherche (Creswell & Plano Clark, 2018). En d'autres mots, il s'agit d'utiliser les forces de l'un pour pallier les faiblesses de l'autre. Par exemple, dans les études 2a et 2b, le volet qualitatif a permis d'explorer davantage le vécu en lien avec les comportements alimentaires et la pratique d'activités physiques, alors que le volet quantitatif offrait un portrait de ces mêmes habitudes de vie. La complémentarité des deux perspectives offre une compréhension plus approfondie. D'un côté, les résultats qualitatifs seuls ne permettaient pas de quantifier ou d'évaluer plus globalement, par exemple, l'adhésion aux lignes directrices en matière de pratique d'activités physiques. De l'autre côté, les résultats quantitatifs seuls ne pouvaient informer sur la réalité quotidienne de l'intégration de ces habitudes de vie et de leurs significations. Pour d'autres, la recherche mixte permet la description de concepts peu étudiés, en plus de retombées concrètes (Bourgault, Gallagher, Michaud, & St-Cyr Tribble, 2010; Pluye, 2012). En somme, les méthodes mixtes offrent un résultat global qui est plus grand que la somme de ses parties (Hutchinson et al., 2014).

D'un autre côté, plusieurs défis sont associés à l'utilisation des méthodes mixtes, notamment en ce qui concerne les habiletés requises en recherche et le besoin de ressources supplémentaires (Creswell & Plano Clark, 2018). Il est d'ailleurs fortement suggéré d'acquérir d'abord de l'expérience indépendante en recherche quantitative et qualitative avant d'amorcer une étude mixte

(Creswell & Plano Clark, 2018), ce qui n'était pas le cas de la doctorante en ce qui concerne le volet quantitatif. L'ajout d'un cours portant sur la recherche quantitative au cursus doctoral a permis de pallier cette inexpérience. Il est aussi reconnu que l'utilisation des méthodes mixtes exige plus de temps considérant la collecte de plusieurs types de données et l'analyse de plus d'informations qu'une étude uniquement quantitative ou qualitative (Creswell & Plano Clark, 2018). D'ailleurs, les défis rencontrés et anticipés en lien avec l'utilisation des méthodes mixtes dans le cadre de ce projet de recherche doctoral ont déjà fait l'objet d'un chapitre collectif, publié dans les Cahiers scientifiques de l'ACFAS avec trois autres doctorantes (Regragui, Leclerc, & Roch, 2018). Ce chapitre nommait par exemple la rareté des formations sur les méthodes mixtes, les défis lors du passage à l'éthique et les enjeux d'analyse, d'intégration et de publication des données (Regragui et al., 2018). Effectivement, aucun cours de recherche n'était inclus dans le programme de 3^e cycle de la doctorante. Par conséquent, une autoformation sur les méthodes mixtes a été nécessaire (p. ex. lectures, consultation des outils du site Méthodes mixtes francophonie). De plus, pour les études 2a et 2b, les participants étaient davantage intéressés à la partie qualitative (entretien) que quantitative (questionnaire). Il était souhaité, mais non obligatoire, que la complétion du questionnaire suive l'entretien. Or, plusieurs n'ont pas honoré leur intention de le faire. Donc, d'autres stratégies de recrutement ont été nécessaires. Comme anticipé, la publication de données mixtes s'est avéré un défi en raison des restrictions de mots. Par exemple, le journal ciblé pour la publication de l'étude 2a exigeait pour les articles soumis par des étudiants une longueur maximale de 3500 mots, pour tout type de recherche¹. La demande à l'éditeur d'une flexibilité quant au nombre de mots pour les études mixtes n'a pas porté fruit. Cet article a été refusé, avec le commentaire que plusieurs informations étaient manquantes dans la section

¹ Ce journal a été sélectionné en raison de sa vocation pour la santé des Autochtones. Malgré la restriction quant au nombre de mots, il s'agissait du choix le plus approprié pour la publication de l'étude 2a.

méthodologie. En terminant, il est non négligeable de mentionner que les devis de recherche mixtes sont plus onéreux (Rajotte, Lira-Gonzales, & Grégoire, 2017). L'obtention de subventions par la doctorante a permis de compenser cette limite.

3.3.3.1 Population et recrutement. En plus de la population décrite à l'étude 2a s'ajoute la population autochtone vivant en milieux urbains. Le nombre de Premières Nations dans les principales villes en Mauricie et Centre-du-Québec (Trois-Rivières, Shawinigan et La Tuque), ce chiffre s'élève à 2000 (Statistique Canada, 2019b, 2019c, 2019e). De ce nombre, il n'est pas possible de circonscrire ceux âgés de 18 ans et plus, tel que spécifié dans les critères d'inclusion de l'étude 2b. Tout comme l'étude 2a, il n'y avait pas de critères d'exclusion. Considérant l'expérience de recrutement de l'étude 2a, un nombre de 100 participants était visé pour le volet quantitatif et de 15 participants pour le volet qualitatif.

Tout comme l'étude 2a, le type d'échantillonnage associé aux deux volets de l'étude est de type non probabiliste, soit l'échantillonnage accidentel. Considérant la durée de la période de recrutement nécessaire à la réalisation l'étude 2a, plusieurs stratégies de recrutement ont été mises de l'avant. La première concerne la mise en ligne du questionnaire via la banque interactive de questions (BIQ) de l'UQTR. Cette innovation a permis de diffuser de l'information sur le projet de recherche via le média social Facebook. À cet effet, une page professionnelle Facebook, intitulée « Projet de recherche sur la santé des populations autochtones », concernant l'avancement des travaux de la doctorante a été alimentée tout au long du processus et plusieurs nouvelles d'actualité en lien avec la santé des Autochtones du Canada ont été partagées. Tous les partenaires du projet de thèse étaient invités à s'abonner, tout comme les participants. Depuis sa création, près de 150 personnes ont suivi cette page, ce qui a grandement contribué au recrutement. Avec la

collaboration des écoles Saint-Pie-X et Curé-Chamberland de Trois-Rivières, une lettre destinée aux familles autochtones a été envoyée à l'automne 2018. L'information a aussi été partagée aux partenaires des centres de santé des communautés territoriales d'Odanak et Wemotaci, L'équipe du centre de santé de Wôlinak était à ce moment en transition de direction et les partenaires de l'étude 2a n'était plus en fonction au moment de la relance courriel. Des dépliants ont aussi été distribués à l'UQTR, au Centre d'amitié de Trois-Rivières et de La Tuque, ainsi qu'aux participants du volet qualitatif. Ces documents sont disponibles à l'Annexe D. La participation aux deux volets de recherche (entrevues et questionnaire) n'était pas obligatoire, mais les participants étaient sollicités pour y prendre part. Malgré une compensation monétaire de 10 \$ remise à tous les participants aux entretiens et d'un tirage d'une carte-cadeaux de 50 \$ parmi tous les participants du questionnaire en ligne, d'autres démarches ont été nécessaires avec la collaboration des centres d'amitié autochtones. Deux journées d'entretiens ont été organisées respectivement au CAALT et au CAATR. Par la publicité sur Facebook, les participants étaient invités à venir rencontrer la doctorante directement dans les locaux du CAALT et CAATR. À cet effet, considérant les deux vagues de recrutement pour le volet quantitatif, un deuxième tirage a été ajouté à ce qui était initialement prévu. Les tirages se sont déroulés à l'UQTR et ont été filmés en présence d'un témoin. La captation a été déposée sur la page professionnelle Facebook de la doctorante.

La période de recrutement de l'étude 2b s'est déroulée de l'automne 2018 à l'automne 2019. Le total de participants est de 32 pour le questionnaire et de 14 participants pour les entretiens. La description des participants figure au Chapitre 5 de la thèse. Après un an de sollicitation, le recrutement a été arrêté, même si le nombre souhaité pour le volet quantitatif n'a pas été atteint. Lors de la deuxième phase de recrutement, il était plutôt visé d'atteindre le nombre de 30, soit la limite inférieure pour mener des analyses paramétriques (Field, 2018). Plusieurs raisons ont motivé

le recrutement de participants autochtones à l'extérieur des communautés territoriales. Tout d'abord, l'expérience du projet-pilote a permis de constater que les Autochtones dans les communautés sont passablement sollicités pour diverses collectes de données (Asselin & Basile, 2012; Bernard, 2021). En conséquence, l'objectif d'inclure dans l'échantillon des Autochtones vivant en milieux urbains était de faciliter le recrutement et par le fait même, de diminuer la pression dans les communautés afin d'atteindre un nombre suffisant de participants. De plus, considérant la mobilité des Autochtones (Statistique Canada, 2015), il s'avérait justifié de recruter également les participants à l'extérieur des communautés territoriales. Par exemple, plusieurs étudiants habitent en milieu urbain pendant les études, mais résident dans la communauté territoriale les fins de semaine et l'été. Cette suggestion provient principalement des intervenants du centre de santé de Wemotaci, lors de la passation du projet-pilote, pour s'adapter à leurs réalités. Ainsi, l'inclusion de participants autochtones vivant à l'extérieur des communautés territoriales permet d'avoir un portrait plus complet de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

3.3.3.2 Outils. Les deux outils de mesure utilisés dans l'étude 2a (ou projet-pilote), soit le questionnaire et l'entretien semi-dirigé, ont été bonifiés et réutilisés dans le cadre de l'étude 2b. En complément des détails mentionnés pour l'étude 2a, le processus d'informatisation du questionnaire sera explicité ci-dessous, de même que les modifications qui y ont été apportées.

3.3.3.2.1 Questionnaire. Le questionnaire utilisé lors du projet pilote a été bonifié et utilisé pour réaliser l'étude 2b. Comme mentionné précédemment, ce même questionnaire a d'abord été informatisé et testé par plusieurs collaborateurs, soit deux spécialistes du logiciel pour vérifier son fonctionnement informatique, deux personnes allochtones pour valider la compréhension du texte et l'apparence du site web et enfin, les deux directrices de thèse pour la validité de contenu. La

collecte de données en ligne permet de joindre un plus grand nombre de participants (Karsenti, Komis, Depover, Collin, & Bugmann, 2018). Par la suite, tel que mentionné précédemment dans la section sur l'approche à double perspective, deux collaborateurs autochtones (aussi appelé patients partenaires dans d'autres contextes) ont été invités à participer à la révision du questionnaire. Au final, en raison des ressources technologiques limitées et des problématiques de santé, un seul collaborateur a pu participer à la révision du questionnaire en ligne.

Les assises du questionnaire sont restées les mêmes que celles du questionnaire de l'étude 2a, à l'exception que les aspects motivationnels ont été ajoutés. Les assises théoriques seront présentées au Chapitre 5. Le nombre total de questions a augmenté à 68 (excluant les données sociodémographiques). Un aperçu du questionnaire est présenté à l'Annexe E. Le temps de passation a été estimé à 20 minutes. Pour des considérations esthétiques et de faisabilité, le questionnaire a été divisé en 12 sections qui se regroupent en six thématiques : (1) le portrait des habitudes d'activités physiques; (2) l'attitude face à l'activité physique; (3) le portrait de l'alimentation; (4) l'attitude face à l'alimentation; (5) questionnaire sociodémographique; et (6) la conclusion.

1. **Le portrait des habitudes d'activités physiques (sections 1, 2, 3 et 4 du questionnaire en ligne).** Les trois premières sections sont identiques à l'étude 2a : le nombre de fois par semaine et le nombre de minutes d'activités physiques d'intensité faible, modérée et élevée était demandé, en concordance avec le *Godin Leisure Time Exercise Questionnaire* (Godin & Shephard, 1985). Par contre, pour faciliter la compréhension des intensités d'activités physiques, d'autres exemples ont été ajoutés (p. ex. jardinage léger, chasse et cueillette traditionnelles). Ensuite, un ajout à l'étude 2a, trois questions permettaient

d'évaluer l'accès aux trois types d'activités précédentes sur une échelle de Likert de 1 (*Pas vrai du tout*) à 7 (*Complètement vrai*) (Castonguay, Miquelon, & Michaud, 2015).

2. **L'attitude face à l'activité physique (sections 5 et 6 du questionnaire en ligne).** Le questionnaire utilisé pour mesurer les différents types de motivation à pratiquer l'activité physique est le *Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire-2* [BREQ-2] (Markland & Tobin, 2004). Il est basé sur la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985, 2000). Le questionnaire contient 19 énoncés divisés selon les types de motivation : la motivation intrinsèque (engagement volontaire, intériorisation des valeurs), la régulation identifiée (associée aux bénéfices), la régulation introjectée (évitement des émotions négatives comme la culpabilité), la régulation externe (associée aux pressions externes ou pour recevoir une récompense externe) et l'amotivation (absence complète de motivation). Quatre énoncés mesurent la *motivation intrinsèque* (« Parce que j'aime l'activité physique », « Parce que j'apprécie l'activité physique », « Parce que je trouve que l'activité physique est une activité agréable » et « Parce que cela m'apporte plaisir et satisfaction »). Quatre autres énoncés mesurent la *régulation identifiée* (« Parce que j'apprécie les avantages que l'activité physique peut m'apporter », « Parce que j'estime qu'il est important de pratiquer régulièrement l'activité physique », « Parce que j'estime qu'il est important de faire un effort pour pratiquer régulièrement l'activité physique » et « Parce que je me sens nerveux si je ne fais pas régulièrement de l'activité physique »). Trois énoncés mesurent la *régulation introjectée* (« Parce que je me sentirais coupable de ne pas le faire », « Parce que j'ai honte de moi lorsque je ne fais pas d'activité physique » et « Parce que je me sens minable lorsque je ne fais pas d'activité physique pendant un certain temps »). Quatre énoncés mesurent la *régulation externe* (« Parce que les autres estiment que je dois le faire », « Parce que mes amis, mes enfants et mon conjoint estiment

que je dois le faire », « Parce que les autres n'apprécieront pas que je ne le fasse pas » et « Parce que mes amis, mes enfants et mon conjoint font pression sur moi pour que je le fasse »). Puis finalement, quatre énoncés mesurent l'*amotivation* (« Je ne sais pas et honnêtement je ne vois pas pourquoi je devrais le faire », « Je ne sais pas et honnêtement je ne vois pas pourquoi je devrais prendre la peine de le faire », « Je ne sais pas, je ne vois pas l'utilité de pratiquer l'activité physique » et « Je ne sais pas, je trouve que l'activité physique est une perte de temps »). Les participants indiquent dans quelle mesure ils sont en accord avec les énoncés (0 = *Pas vrai du tout* et 4 = *Complètement vrai*). Pour conclure cette section sur les attitudes face à l'activité physique, trois questions issues de la théorie du comportement planifié de Ajzen (1991) ont été utilisées pour mesurer l'intention de pratiquer l'activité physique dans les trois prochains mois (Boudreau & Godin, 2009). Les participants devaient indiquer leur intention au cours des trois prochains mois : « J'ai l'intention de pratiquer régulièrement une ou des activités physiques durant mes temps libres » (1 = *Très improbable* et 7 = *Très probable*), « Présentement, mes plans sont de pratiquer régulièrement une ou des activités physiques durant mes temps libres » (1 = *Très en désaccord* et 7 = *Très en accord*) et « J'évalue que mes chances de pratiquer régulièrement une ou des activités physiques durant mes temps libres » (1 = *Extrêmement faibles* et 7 = *Extrêmement bonnes*).

3. **Le portrait de l'alimentation (sections 7 et 8 du questionnaire en ligne).** Tout comme pour l'étude 2a, le guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis a servi de référence pour questionner les habitudes alimentaires en fonction des groupes alimentaires. Ensuite, le *Healthy Eating Habits Scale* a servi à mesurer les choix alimentaires inspiré du guide alimentaire canadien (Otis & Pelletier, 2008). Cette échelle contient huit énoncés et est divisée en deux sous-échelles. La première correspond aux

aliments santé (« Je mange des légumes, des fruits et des grains entiers », « Je mange des aliments faibles en gras, gras saturé et cholestérol », « Je mange une variété d'aliments de chacun des quatre groupes alimentaires recommandés par le guide alimentaire canadien » et « Je bois de l'eau ») Le deuxième correspond aux aliments à consommer modérément (« J'utilise du sucre blanc », « J'utilise du sel », « Je mange des aliments tels des chips, chocolats et bonbons » et « Je mange des aliments frits »). Les participants indiquent dans quelle mesure les habitudes alimentaires correspondent à leur réalité (1 = *Pas du tout* et 5 = *Tout le temps*).

4. **L'attitude face à l'alimentation (sections 9 et 10 du questionnaire en ligne).** L'échelle *The Regulation of Eating Behaviours Scale* (REBS) mesure cinq différents styles de régulation selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985) : la motivation intrinsèque, la régulation intégrée, la régulation identifiée, la régulation introjectée, la régulation externe et l'amotivation (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004). Cette échelle contient six sous-échelles composées de quatre énoncés, pour un total de 24 énoncés. Quatre énoncés mesurent la *motivation intrinsèque* (« Parce que je prends plaisir à me préparer des repas sains », « Parce que c'est plaisant de créer des repas qui sont bons pour ma santé », « Parce que manger sainement me procure de la satisfaction », « Parce que j'aime trouver de nouvelles façons de créer des repas qui sont bons pour la santé »). Quatre énoncés mesurent la *régulation intégrée* (« Parce que manger sainement fait partie intégrante de mon style de vie », « Parce que manger sainement fait partie de la voie que j'ai choisie de vivre ma vie », « Parce que réguler mon comportement alimentaire est devenu une partie fondamentale de qui je suis » et « Parce que manger sainement est congruent avec d'autres aspects importants de moi-même »). Quatre éléments mesurent la *régulation identifiée* (« Parce que je crois que ceci pourrait éventuellement me

permettre de me sentir mieux », « Parce que je crois que c'est une bonne chose que je peux faire pour me sentir mieux avec moi-même en général », « Parce que je pense que c'est une bonne idée d'essayer de réguler mon comportement alimentaire » et « Parce que manger sainement est une façon de s'assurer des bénéfices à long terme au plan de la santé »). Quatre énoncés mesurent la *régulation introjectée* (« Parce que je ne veux pas avoir honte de ce que j'ai l'air », « Parce que je sens que je dois absolument être mince », « Parce que j'aurais honte de moi si je ne mangeais pas sainement » et « Parce que je me serais humiliée si les gens pensaient que je ne contrôle pas mes comportements alimentaires »). Quatre énoncés mesurent la *régulation externe* (« Parce que c'est ce qu'on attend de moi », « Parce que d'autres personnes insistent pour que je le fasse », « Parce que d'autres personnes autour de moi (p. ex. conjoint ou parents) seraient contrariées si je ne le faisais pas » et « Parce que les gens autour de moi me mettent de la pression pour que je le fasse »). Puis, quatre énoncés mesurent l'*amotivation* (« Je ne sais pas pourquoi je m'en donnerais la peine », « Je ne sais pas. Je ne vois pas comment mes efforts pour manger sainement aident à ma santé », « Honnêtement, je ne le sais pas. Je ne peux pas voir ce que je retirerais de ça » et « Je ne sais pas vraiment. J'ai vraiment l'impression que je perds mon temps en essayant de réguler mon comportement alimentaire »). Chacun d'eux représente les possibles raisons qui influencent les personnes à réguler leurs comportements alimentaires. Les participants indiquent dans quelle mesure ils sont en accord avec les énoncés (1 = *Ne correspond pas du tout* et 7 = *Correspond exactement*).

5. **Questionnaire sociodémographique.** Les mêmes informations qu'à l'étude 2a ont été demandées, en plus du sexe, du lieu de résidence et de la nation d'appartenance qui ont été ajoutés.

6. **Conclusion.** Cette section permettait de recueillir les coordonnées pour le tirage de la carte-cadeaux de 50 \$, pour la réception des résultats de recherche et pour l'intérêt de participer au volet qualitatif. Les participants étaient remerciés pour leur participation et les coordonnées de la doctorante étaient inscrites.

3.3.3.2 Entretien. Le canevas d'entretien de l'étude 2b a été élaboré et validé antérieurement au niveau de son contenu dans le cadre de l'étude 2a (projet-pilote), auprès de six participants autochtones. Or, aucune modification n'a été apportée au canevas qui était divisé en cinq principales catégories inspirées du cadre conceptuel du MSSS (2012a) : (1) l'état de santé de la population, ici les participants autochtones; (2) les caractéristiques individuelles; (3) les milieux de vie; (4) les systèmes et le contexte global; et (5) conclusion et bilan. Par contre, à partir des entretiens réalisés à l'étude 2a, une attention particulière était portée quant à la consommation d'aliments traditionnels. Un total de 15 entretiens individuels semi-dirigés d'environ 60 minutes chacun ont été menés dans un local des établissements des Centres d'amitié autochtones de La Tuque et de Trois-Rivières. Avant de poursuivre avec les stratégies d'analyse, il importe de présenter la recherche phénoménologique, qui est l'approche privilégiée pour le volet qualitatif des études 2a et 2b.

La phénoménologie est l'étude du monde expérientiel d'un individu et son objectif est de comprendre un phénomène et saisir l'expérience telle que vécue par les participants (Fortin & Gagnon, 2016; Giorgi, 2010). Dans les études 2a et 2b de la thèse, la phénoménologie husserlienne (descriptive) a été utilisée pour permettre une description minutieuse de l'expérience consciente et ordinaire du quotidien. C'est à-dire qu'il était souhaité de recueillir la signification (essence) des personnes issues des Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec quant à leurs

comportements alimentaires et d'activités physiques, et ce, dans le spectre des déterminants de la santé du MSSS (2012a).

La philosophie de la phénoménologie selon Husserl (1859-1938) repose sur trois étapes imbriquées : la réduction phénoménologique, la description et la recherche d'essence (Giorgi, 1997). La première étape, la réduction phénoménologique, exige de mettre de côté les connaissances passées sur le phénomène étudié afin d'être totalement présent dans la situation concrète (Giorgi, 1997). Pour ce faire, un effort d'objectivité est nécessaire (aussi appelé le *bracketing*), c'est-à-dire de mettre de côté ses préconceptions, ses valeurs et croyances, afin de ne pas porter préjudice à la description du phénomène (Nelms, 2014). Outre la définition présentée de la réduction phénoménologique, il existe aussi deux autres niveaux : la réduction eidétique (réduction des objets à leur essence) et la réduction phénoménologique transcendantale (mettre entre parenthèses le sujet empirique et le monde) (Giorgi, 1997). La deuxième étape de Husserl, citée dans Giorgi (1997), est la description. L'objectif est de communiquer et d'apporter à la description écrite et verbale des éléments distincts et critiques du phénomène (Carpenter, 2011). Puis, la dernière étape est la recherche d'essence (Giorgi, 1997). L'approche husserlienne suggère d'utiliser la méthode de la variation libre et imaginaire, c'est-à-dire de modifier un aspect du phénomène et de voir si celui-ci demeure identifiable (Giorgi, 1997). Les forces de la phénoménologie sont de recueillir la perspective des personnes vivant le phénomène et d'en obtenir une description rigoureuse de la signification (O'Reilly & Cara, 2020). À l'opposé, le nombre de participants restreint est un inconvénient tout comme une transférabilité des résultats plus limitée (O'Reilly & Cara, 2020).

3.3.3.3 Stratégies d'analyse. Les stratégies d'analyse demeurent les mêmes que celles utilisées dans le cadre de l'étude 2a, c'est-à-dire que pour le volet quantitatif, des analyses descriptives (fréquences, moyennes et écart-types), de fidélité et de validité ont été menées à l'aide du logiciel SPSS (version 25). Pour le volet qualitatif, l'analyse des données a été réalisée avec le logiciel NVivo (version 12) à partir de la méthode de Giorgi (1997).

Pour conclure la section sur l'étude 2b, voici un encadré synthèse des modifications apportées à partir de l'étude 2a.

<p>Contexte de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none">• Recrutement auprès de l'ensemble des communautés autochtones de la Mauricie et Centre-du-Québec (communautés territoriales ET milieu urbain)• Mise en ligne du questionnaire• Mise en place de stratégies de recrutement différentes (p. ex. compensation monétaire plus élevée, utilisation des réseaux sociaux pour la publicité) <p>Questionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ajout de variables sur la motivation (BREQ-2, REBS)• Ajout d'exemples quant aux types d'intensité des activités pour le <i>Godin Leisure Time Exercise Questionnaire (GLTEQ)</i>• Ajout de trois questions pour évaluer l'accès aux trois types d'activités du GLTEQ <p>Entretien :</p> <ul style="list-style-type: none">• Encourager la discussion sur la consommation d'aliments traditionnels

3.3.4 Étude 3 - *Transcultural health practice of emergency nurses working with Indigenous population: A descriptive study*

Pour sa part, la troisième étude de ce projet doctoral s'intéressait à la perception de la compétence culturelle des infirmières travaillant auprès de la clientèle autochtone. Tel qu'illustré au Tableau 12, il s'agit d'une étude quantitative descriptive, dans laquelle des questionnaires ont été distribués aux participants. La recherche quantitative est associée à la description, l'explication,

la prédiction et le contrôle dans un contexte de mesure et d'analyse de données numériques (Fortin & Gagnon, 2016; Grove & Gray, 2019). Ce type de devis vise notamment à découvrir de nouvelles connaissances et à décrire des phénomènes existants (Fortin & Gagnon, 2016; Grove & Gray, 2019). En d'autres mots, son but est de définir les caractéristiques d'une population et d'en dresser un portrait général (Fortin & Gagnon, 2016). La recherche descriptive quantitative a donc permis de décrire les caractéristiques reliées à la compétence culturelle des infirmières.

3.3.4.1 Population et recrutement. En Mauricie et Centre-du-Québec, il y a 4639 infirmières inscrites comme active au sein du tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2020). De ce nombre, 413 infirmières sont dans le secteur des soins d'urgence (OIIQ, 2020). Considérant les critères d'inclusion qui étaient d'être une infirmière depuis plus de six mois et d'avoir été en contact avec une clientèle autochtone dans le cadre du travail, l'évaluation exacte de la population accessible s'avère impossible. Le critère d'exclusion était d'avoir une identité autochtone, ce qui ne permet pas non plus d'évaluer le nombre d'infirmières pouvant correspondre au critère d'inclusion. Le nombre de participants visé était de 100 sur une possibilité de 165 infirmières (deux départements d'urgence), ce qui représentait un taux de réponse de 61 %.

L'échantillonnage associé était de type non probabiliste, soit un échantillonnage accidentel (de convenance). Deux urgences de la région étaient initialement ciblées pour le recrutement des infirmières en raison de leur position privilégiée de premier accès aux services de santé et de la fréquentation plus élevée d'Autochtones au sein de leurs services. La principale stratégie de recrutement était une présentation du projet auprès des infirmières sur l'ensemble des quarts de travail. En soutien, des affiches de recrutement (voir Annexe D) ont été placardées et à la fin de la période de recrutement, il y avait un tirage de deux cartes-cadeaux de 25 \$ à chacun des sites. Les

gestionnaires ont assuré le suivi de l'information auprès du personnel et ont recueilli les enveloppes de retour scellées contenant les questionnaires et les formulaires de consentement.

Comme expliqué au Chapitre 6, le recrutement des infirmières s'est déroulé entre septembre 2017 et mai 2018. L'étude 3 comporte un total de 30 participants. La description des participants est davantage détaillée au Chapitre 6 de la thèse. Au départ, la taille de l'échantillon visé était de 100 infirmières, mais il s'est soldé à un total de 30 infirmières, et ce, malgré l'ajout d'un troisième site pour le recrutement. En effet, bien qu'il y ait eu une présentation de la doctorante auprès des infirmières et des rappels de la part des gestionnaires, le recrutement n'a pas été aussi fructueux que prévu. Les démarches pour un troisième site de recrutement visaient à rejoindre au minimum un total de 30 participants (potentiel de 50 infirmières), soit la limite inférieure pour mener des analyses paramétriques (Field, 2018). Effectivement, il semble que l'obtention de taux de réponse satisfaisants aux sondages chez les infirmières soit chose ardue, notamment en raison des nombreuses sollicitations (Corner & Lemonde, 2019). L'hypothèse de la surcharge de travail des infirmières est aussi plausible.

3.3.4.2 Outils. Deux questionnaires ont été distribués aux infirmières. Au total, le temps de passation de ces questionnaires était estimé à 15 minutes. Le premier était un questionnaire sociodémographique et le deuxième portait sur l'autoefficacité transculturelle et la compétence culturelle clinique des infirmières. Ils sont disponibles à l'Annexe E.

3.3.4.2.1 Questionnaire sociodémographique. Un premier questionnaire portant sur les données sociodémographiques a été complété par les participants. Ce dernier avait pour objectif de décrire les caractéristiques professionnelles et académiques de ceux-ci.

3.3.4.2.2 *Questionnaire sur l'expérience des infirmières*. Le deuxième questionnaire portait sur l'autoefficacité transculturelle et la compétence culturelle clinique des infirmières. Ce modèle s'articule autour de la profession infirmière, mais s'adresse également aux autres professionnels de la santé (Jeffreys, 2016b). La Figure 6 illustre ce modèle visant à mettre en relation des concepts qui expliquent, décrivent et/ou prédisent le phénomène de l'apprentissage du développement de la compétence culturelle (Jeffreys, 2016a).

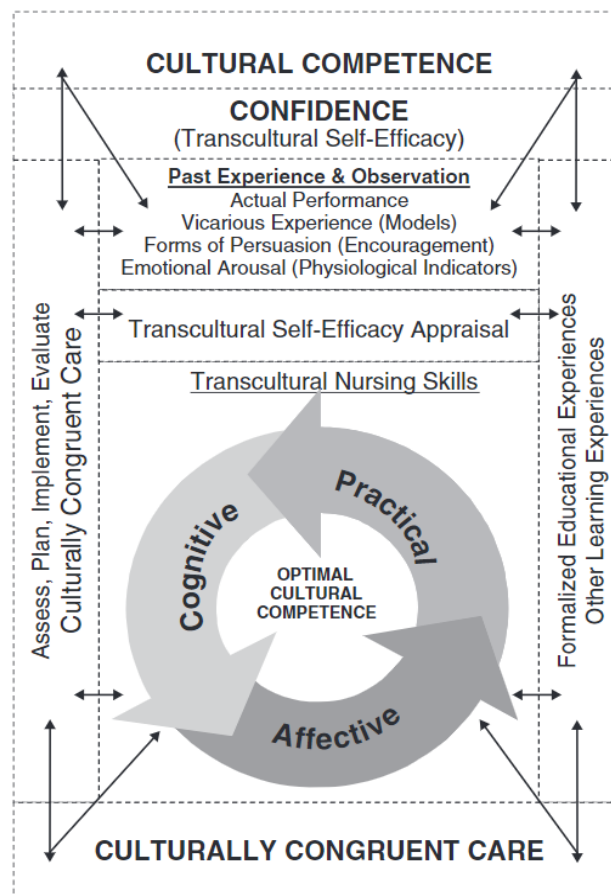


Figure 6. Cultural competence and confidence model (Jeffreys, 2016b, p. 69).

Comme illustré au cœur de la figure, le processus d'apprentissage repose sur les dimensions cognitives (les connaissances et les habiletés intellectuelles), pratiques (habiletés motrices et application pratique des habiletés -la communication) et affectives (attitudes, valeurs et croyances)

des habiletés transculturelles des infirmières (Jeffreys, 2016b). Le modèle suggère que la construction de l'autoefficacité (confiance) est un facteur d'influence dynamique qui peut changer avec le temps. L'évaluation de l'autoefficacité est un processus individualisé influencé par quatre sources d'information : les performances réelles (les plus puissantes), les expériences indirectes (observation des modèles de rôle), les formes de persuasion (encouragement par les autres) et l'éveil émotionnel (Jeffreys (2019, [traduction libre])). Outre sa pertinence pour les professionnels de la santé et son ancrage avec la théorie de l'autoefficacité de Bandura (1986), le choix de ce modèle repose sur la validation de ses postulats et de son questionnaire qui en découle. L'intérêt d'utiliser ce modèle est aussi de pouvoir mettre en évidence les forces et difficultés des infirmières en matière de compétences culturelles (Jeffreys, 2016b). En somme, grâce à leur proximité avec les patients, les infirmières ont une position privilégiée et en ce sens, une amélioration de leur compétence culturelle peut mener à une réduction des inégalités de santé et à une amélioration de la qualité des soins (Osmancevic, Schoberer, Lohrmann, & Großschädl, 2021).

La première échelle de mesure utilisée dans le cadre de ce questionnaire était celle de l'autoefficacité transculturelle, validée par Jeffreys (2016a, 2016b), laquelle est la version française du *Transcultural Self-Efficacy Tool* (TSET). Il s'agit d'une échelle de 83 items évaluant le degré de confiance de l'infirmière dans la prestation de ses soins envers une culture différente de la sienne. Les résultats sont calculés en divisant la somme totale de chaque item par le nombre d'items de la sous-échelle (Jeffreys, 2016a). Les données psychométriques de cette échelle sont décrites au Chapitre 6 de cette thèse. La deuxième échelle de mesure utilisée dans le cadre de ce questionnaire était celle de la compétence culturelle clinique, également validée par Jeffreys (2016a, 2016b), laquelle est la version française du *Cultural Competence Clinical Evaluation tool – Employee version* (CCET-EV). Il s'agit d'une échelle de 25 items évaluant également le degré de confiance

de l'infirmière dans la prestation de ses soins envers une culture différente de la sienne, mais en tenant cette fois compte de l'aspect spécifique des soins. Les résultats sont calculés par des statistiques descriptives (Jeffreys, 2016a). Les données psychométriques de cette échelle sont aussi décrites au Chapitre 6 de cette thèse.

Parmi les nombreuses recherches pour trouver un outil de mesure adapté à répondre à la question de recherche, notamment dans le « Handbook of multicultural measures » de Gamst, Der-Karabetian et Liang (2011), aucun n'était adapté spécifiquement aux réalités autochtones. Même une récente revue systématique sur les outils pour mesurer la compétence culturelle des infirmières ne fait pas allusion à cette clientèle (Osmancevic et al., 2021). D'ailleurs, considérant la grande disponibilité de ce type d'outils, Osmancevic et al. (2021) concluent leur étude en ne recommandant pas le développement de nouveaux outils de mesure auto-administré. Or, parmi le choix de 21 outils, cette même étude recommande le TSET en raison de la qualité de ses propriétés psychométriques (Osmancevic et al., 2021). Toujours dans le processus de recherche d'un questionnaire approprié, après discussions avec deux auteurs américains, il a été trouvé qu'une équipe de la Suisse était en train de traduire le TSET et de CCCET-EV de Jeffreys (2016a, 2016b). La traduction de l'outil de l'anglais au français est documentée dans les mémoires de Stanic (2016) et de Dzemaili (2016) et a été testé auprès d'infirmiers en psychiatrie.

Pour une question de droits d'auteurs et d'autorisations, le questionnaire sur l'autoefficacité transculturelle et la compétence culturelle clinique des infirmières a été utilisé tel que partagé par l'équipe de la Suisse. Il a été convenu avec les directrices de thèse qu'une adaptation au contexte québécois n'était pas nécessaire, car les questions étaient adéquates. Un lexique de quelques mots a été inséré pour faciliter la compréhension (disponible à l'Annexe E de la thèse). Ces termes sont

utilisés au Québec, mais plus spécialisés (p. ex. acculturation, ethnocentrique). La doctorante était également sur place pour répondre aux questions des infirmières.

3.3.4.3 Stratégies d'analyse. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS (version 24). Des analyses descriptives (fréquences, moyennes et écart-types) ont principalement été réalisées. Ces analyses étaient suffisantes pour répondre aux objectifs (examiner l'autoperception de la compétence culturelle des infirmières travaillant auprès de la clientèle autochtone) et aux hypothèses de recherche (les infirmières font face à des défis lorsque vient le temps de soigner la clientèle autochtone), et donc d'autres analyses plus approfondies, telles que des corrélations ou des régressions multiples n'ont pas été nécessaires (mais auraient pu être possibles avec un nombre plus élevé de participantes).

3.4 Critères de scientificité

Les critères de scientificité associés aux méthodes mixtes réfèrent aux critères spécifiques des études quantitatives et qualitatives. Les quatre critères largement utilisés en recherche quantitative sont la validité de construit (l'instrument mesure bien ce qu'il doit mesurer), validité interne (les résultats reflètent bien la réalité), la validité externe (les résultats peuvent être généralisés à d'autres contextes et populations) et la validité de conclusions statistiques (les conclusions statistiques sont cohérentes avec la réalité) (Grove & Gray, 2019). Du côté qualitatif, l'appellation des critères de scientificité diffère quelque peu, il relève plutôt de la fiabilité (fidélité), la confirmabilité (objectivité), la crédibilité (validité interne) et la transférabilité (validité externe) (Lincoln & Guba, 1985; Savoie-Zajc, 2018).

La fiabilité des données qualitatives correspond à la stabilité et l'uniformité des données au fil du temps (Fortin & Gagnon, 2016), c'est-à-dire la cohérence avec les questions posées au début de la recherche et l'évolution du projet (Savoie-Zajc, 2018). Le critère de la fiabilité est notamment induit par la triangulation et les notes réflexives (Fortin & Gagnon, 2016). La triangulation est une approche qui utilise la combinaison de plus d'une stratégie de recherche dans une même étude, comme la triangulation des données, la triangulation des chercheurs, la triangulation théorique ou encore la triangulation méthodologique (Carpenter, 2011). Pour les études 2a et 2b, la principale technique utilisée a été la triangulation des chercheurs, par le recul possible lors des discussions avec les deux directrices de thèse. Des notes réflexives ont aussi été rédigées tout au long de la thèse. D'ailleurs, un tableau synthèse avec l'objectif général, les sous-objectifs, les hypothèses de recherche, la taille des échantillons visée, les outils et le lieu de publication de chacune des études a graduellement été mis à jour régulièrement pour s'assurer de la cohérence du projet. Ce document a toujours été annexé au cadre conceptuel des déterminants de la santé du MSSS (2012a).

Le second critère, soit la confirmabilité, réfère à l'objectivité des données et leur interprétation (Fortin & Gagnon, 2016). Il s'agit du processus d'objectivation mis en œuvre pendant et après la recherche, où les données doivent être cueillies et analysées de manière rigoureuse (Savoie-Zajc, 2018). Ce critère implique la transparence du chercheur dans son positionnement et son contexte (Proulx, Deschenaux, & Royer, 2019). La justification des instruments de collecte de données et la triangulation sont deux techniques proposées pour assurer la confirmabilité (Fortin & Gagnon, 2016; Savoie-Zajc, 2018). Pour les études 2a et 2b, la triangulation des chercheurs avec les directrices de thèse a servi de moyen pour s'assurer de la rigueur du processus de recherche. L'intercodage avec une assistante de recherche a également contribué à la confirmabilité.

Pour sa part, la crédibilité se rapporte à la précision de la description du phénomène à l'étude, soit l'accord entre les données et la réalité (Fortin & Gagnon, 2016; Proulx et al., 2019). Parmi les techniques utilisées pour accroître le critère de crédibilité, notons l'engagement prolongé sur le terrain, l'observation soutenue, la triangulation, la recherche d'explications divergentes et la vérification externe (Fortin & Gagnon, 2016; Lincoln & Guba, 1985). La présentation des résultats de l'étude 2a auprès de l'équipe d'un centre de santé ayant participé au projet de recherche était un moyen de s'assurer de la concordance entre les données et leur réalité. L'engagement prolongé de la doctorante s'est déployé notamment par la participation à des événements culturels dans les communautés territoriales ainsi qu'au CAATR. La participation à d'autres projets de recherche avec des partenaires autochtones (p. ex. projet de ski de fond et évaluation des besoins en santé et services sociaux en milieu urbain) a aussi permis d'affiner la compréhension des dynamiques.

Enfin, la transférabilité s'apparente à la généralisation, c'est-à-dire que l'exactitude de la description sert à juger de la similarité avec d'autres situations dans le but de transférer les résultats (Fortin & Gagnon, 2016). Pour ce faire, il est proposé de rédiger des notes réflexives et de présenter une description dense et détaillée du contexte de l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Le contexte régional de la thèse a permis de bien connaître le milieu de l'étude et de pouvoir en faire une description suffisamment éclairante. Malgré les circonstances restrictives de la publication des résultats des études 2a (article) et 2b (affiche scientifique), une description plus exhaustive a pu être insérée dans la thèse. Pour Morse (2015), la description dense et riche des données passe également par le nombre de participants. Cet élément s'adresse particulièrement pour l'étude 2b, où 15 entretiens d'environ une heure ont été réalisés. Pour conclure cette section sur les critères de scientificité, le Tableau 13 est une synthèse des techniques utilisées dans les études 2a, 2b et 3 de ce projet doctoral pour répondre aux critères de rigueur.

Tableau 13

Résumé des techniques utilisées pour assurer la rigueur et la qualité du projet doctoral

Volet quantitatif (études 2a, 2b et 3)		Volet qualitatif (études 2a et 2b)	
Critères de rigueur	Techniques utilisées	Critères de qualité	Techniques utilisées
Fidélité	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la qualité psychométrique des instruments de mesure • Prétest des questionnaires 	Fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Triangulation et des chercheurs • Notes réflexives
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure de traitement des données clairement définie 	Confirmabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Triangulation des chercheurs • Inter codage
Validité interne	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la qualité psychométrique des instruments de mesure • Analyses statistiques cohérentes avec les objectifs de recherche 	Crédibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des résultats aux participants • Engagement prolongé de la doctorante
Validité externe	<ul style="list-style-type: none"> • Description détaillée de la procédure de recherche 	Transférabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Description détaillée des contextes de recherche et résultats de recherche

En somme, ce chapitre portant sur la méthodologie de la thèse avait pour objectif de faire un survol des assises de la recherche quantitative, qualitative et mixte de même que de présenter les spécifications méthodologiques associées aux études réalisées dans le cadre du projet doctoral. Les trois prochains chapitres de la thèse porteront sur les résultats de ces études, présentées sous la forme d'articles scientifiques (et d'affiche scientifique pour l'étude 2b).

Chapitre 4

Résultats de l'Étude 2a – Pilot Project on Eating and Physical Activity Behaviors of First Nations Peoples:
A Mixed-Methods Approach
(à soumettre)

La promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé figurent parmi les priorités de recherche énoncées par les Premières Nations du Québec (CSSLSPNQL, 2018f). En réponse à cette préoccupation, un projet-pilote a été mené en lien avec l'objectif 2 de la thèse, qui vise à explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques des personnes issues des Premières Nations et les significations qui y sont associées. Cet article a été refusé lors de sa dernière soumission en juillet 2021; il sera soumis à nouveau après la publication de la thèse. Afin de répondre aux exigences de cette thèse, la contribution des auteures est détaillée à la prochaine section ainsi qu'un résumé en français de l'article.

4.1 Contribution des auteurs

La doctorante (A.-M. Leclerc) est la chercheuse principale de la recherche, de la revue de la littérature, l'analyse et la rédaction de l'article. La seconde auteure (M. Boulanger) a collaboré à l'analyse des données et à la révision de l'article, alors que les deux directrices (P. Miquelon et M.-C. Rivard) ont appuyé la conception de la recherche, les analyses et elles ont effectué les révisions de l'article. Toutes les auteures de cet article ont autorisé sa publication dans le cadre de cette thèse.

4.2 Résumé en français

Contexte. La transition alimentaire entre les aliments traditionnels et les aliments commerciaux, tout comme la diminution de la pratique d'activités physiques ont un impact sur la santé des Premières Nations du Québec (Canada). Plusieurs sont confrontés à de multiples maladies chroniques. **Objectifs.** Cette étude vise à explorer les habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques des nations abénakises et atikamekw, et les significations qui y sont associées. **Méthodes.** Une méthode mixte, comprenant un questionnaire ($n = 15$) et un entretien semi-structuré ($n = 6$), a été utilisée pour explorer les habitudes de vie et les significations de la santé des participants. Le questionnaire évaluait l'alimentation et l'activité physique. L'entretien a permis d'examiner les significations concernant l'alimentation et l'activité physique en se basant sur les cinq environnements du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. **Résultats.** Les participants considéraient la santé dans une perspective holistique. D'une part, des écarts importants subsistent entre les recommandations du Guide alimentaire canadien et la réalité des participants. Aucun des participants ne se conforme aux recommandations gouvernementales, notamment en ce qui concerne la consommation de fruits et légumes. D'autre part, 60 % des participants ne respectent pas les recommandations canadiennes concernant l'activité physique. Ces écarts s'expliquent par certaines barrières environnementales. **Conclusions.** Les résultats de ce projet-pilote ont permis de préparer la prochaine étape de cette recherche en termes de stratégies de recrutement et d'ajustement des outils de mesure.

Pilot project on eating and physical activity behaviors of First Nations peoples: A mixed-methods approach

Authors:

- 1) Anne-Marie Leclerc, RN, MScN, PhD (c)
Department of Nursing, University of Quebec at Trois-Rivières
- 2) Maude Boulanger, PhD (c)
Department of Human Kinetics, Department of psychology, University of Quebec at Trois-Rivières
- 3) Paule Miquelon, PhD
Department of Psychology, University of Quebec at Trois-Rivières
- 4) Marie-Claude Rivard, PhD
Department of Human Kinetics, University of Quebec at Trois-Rivières

Corresponding author

Anne-Marie Leclerc
Department of Nursing, University of Québec at Trois-Rivières
3351 Boul. des Forges, Trois-Rivières, Qc, G9A 5H7
Tel : 819-376-5011, ext. 3448,
E-mail: Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

Authorship statement and original submission statement

All authors of this article have participated in the work, have reviewed, and agree with the content of the article. The paper is not under consideration elsewhere, none of the paper's contents has been published previously and all authors have read and approved the manuscript. This is an original research.

Acknowledgements

The authors wish to thank the participants and their communities. This research was supported by the Groupe Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Santé (GIRAS), the clinical research fund from the author's university and the Programme MEES-Université.

Abstract

Background. The dietary transition from traditional to commercial foods and a decrease in physical activity have had an impact on the health of the First Nations people of Québec (Canada). Many are faced with multiple chronic diseases. **Objectives.** The purpose of this study was to explore a questionnaire on the eating and physical activity (PA) behaviors of Abenaki and Atikamekw Nations members and the meanings associated with these behaviors. **Methods.** A mixed- methods approach, including a questionnaire ($n = 15$) and a semi-structured interview ($n = 6$), was used to explore the participants' lifestyle profiles and health experience. The questionnaire assessed diet and PA. The interviews examined health views regarding diet and PA based on the five environments in the conceptual framework of health and its determinants. **Results.** The participants viewed health from a holistic perspective. However, important gaps remained between the recommendations of Canada's Food Guide and the participants' realities. None of the participants complied with government recommendations, particularly with regard to fruit and vegetable consumption. Moreover, 60% of the participants did not meet Canada's PA recommendations. **Conclusions.** This pilot project helped prepare the next stage of this research in terms of recruitment strategies and the adjustment of measurement tools.

Introduction

In Canada, almost 5% of the total population self-identify as Indigenous (First Nations, Métis and Inuit), and in the Province of Québec the figure is close to 2% (Statistics Canada, 2018). Similar to Indigenous communities in other Canadian provinces, they demonstrate significant health differences when compared with the population of Québec as a whole. A survey on health and well-being among Québec First Nations people living in a community was published in 2018 (First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission [FNQLHSSC], 2018). It was found that the majority of First Nations adults aged and older (59%) suffered from multiple chronic health conditions. The prevalence of most of these chronic diseases was stable, with the exception of obesity, which had increased sharply in adults, jumping 9% since 2002. This means that two out of five First Nations adults suffer from obesity. In fact, 80% of adults are obese or overweight. Diet and physical activity (PA) have a profound influence on an individual's health and well-being, and they are related to several chronic diseases (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2019). Accordingly, diet and PA were the lifestyle factors examined in the present article.

Diet and PA among First Nations people

Among the Indigenous populations of Canada and Québec, there has been a dramatic increase in chronic diseases due to changes in lifestyle (INSPQ, 2015). It appears that the current eating behaviors of First Nations people in Québec-Labrador fail to meet Canadian recommendations regarding the consumption of saturated fat, fiber, sodium, magnesium (men and women aged 31–70), vitamins A, B6 (among women), C (among men and older women and smokers), and D, and calcium (among women and older men) (Chan et al., 2019). Indigenous communities in Québec have undergone a transition from a diet based on hunting, fishing, trapping, and berry-picking to a

market-oriented diet, and this has had major health consequences (INSPQ, 2015). Traditional foods contain protein, vitamins D and B12, niacin, riboflavin, iron, and zinc (Chan et al., 2019). The consumption of traditional foods varies depending on the geographical location of the nation (INSPQ, 2015). In the First Nations Food, Nutrition & Environment Study (FNFNES), in 2016, 95% of adults reported eating traditional food in the year preceding the study (Chan et al., 2019). The main barriers to consuming traditional food are lack of time, hunters, equipment, and transportation (Chan et al., 2019). A study conducted on the Cree of northern Québec associated high traditional food consumption with participants between 40 and 90 years of age who were active (walking 30 minutes or more each day) and self-identified as hunters (Gaudin, Receveur, Walz, Girard, & Potvin, 2014).

Another reason for the rise in chronic diseases is the increasingly sedentary lifestyle in Indigenous communities, largely due to reduced PA (First Nations Education Council & First Nations of Québec and Labrador Health and Social Services Commission, 2013; National Collaborating Centre for Aboriginal Health (FNQLHSSC, 2013). Researchers estimate that only about one-sixth of First Nations members in Québec are active during their leisure time (FNQLHSSC, 2018). According to a scoping review published in 2019 on nutrition and PA among Indigenous Canadian peoples over the 10 years prior, the barriers to PA have been specifically linked to environmental causes, both physical (e.g., climate and lack of infrastructures) and economic (e.g., relative cost of services) (Leclerc, Busque, Miquelon, & Rivard, 2019).

Context of the Study

This study was conducted among members of two First Nations populations in Québec that differ in terms of culture and geography: the Abenaki and the Atikamekw. Despite the distinctions

between these two nations, they are located in the same health and social services supply territory, commonly referred to as ‘integrated university health and social services centers’. Although primary health services are available in their communities (Canada’s jurisdiction), First Nations people must use provincial health services for specialized care (Québec’s jurisdiction).

The Abenaki are Algonquian people located in semi-urban areas and include over 400 members (Secrétariat aux affaires autochtones du Québec, 2021). The Atikamekw are part of the great Algonquian family and include over 6,000 members (Secrétariat aux affaires autochtones du Québec, 2021). Their communities are located in rural areas 100 km or more from the nearest city.

The objective of this study was to explore the eating behaviors and PA of the Abenaki and Atikamekw populations and their associated health meanings.

Methods

A concurrent mixed-methods study (QUAN-QUAL) was used due to of the complementary nature of quantitative and qualitative data (Plano Clark & Ivankova, 2016). The results of the questionnaire (QUAN) offer a portrait of diet and PA practice, while the results of the interviews (QUAL) enable the exploration of the health meanings of these two lifestyle habits across the different environments of the conceptual framework. A convergent design was selected to collect different but complementary data (Creswell & Plano Clark, 2018), on eating behavior and PA. For a pilot study in particular, this design can be helpful in terms of validation. Mixed-methods research promotes the use of multiple worldviews or paradigms (Creswell & Plano Clark, 2018), which is consistent with First Nations participants.

A convenient sampling method was used, with a focus on obtaining an equal number of participants from the Abenaki and Atikamekw Nations. Selected participants were First Nations community members aged 18 or over. Recruiting was done between March 2016 and January 2018 via the health centers in each community in the study. Health center staff assisted in the recruitment (e.g. distribution of questionnaires, publicity) and facilitated the participation of Elders in the project.

Two methods of data collection were used to fulfill the objectives of this study: a questionnaire and individual interviews. Questions dealing with the participants' sociodemographic information were compiled for each method.

Questionnaire

Fifteen participants completed the questionnaire, which took about 10 minutes to complete. It included 10 questions divided into two sections: diet and PA. To obtain a dietary profile, questions from Canada's Food Guide—First Nations, Inuit, and Métis—were used to learn the daily recommendations for the four food groups (Health Canada, 2007). The questions were inspired by a local questionnaire used in the Abenaki community. An example question was: 'How many servings per day, on average, do you eat from the following food groups (fruits and vegetables, cereal products, dairy products, meat and alternatives)?' For females, the Food Guide recommends 7–8 servings per day of vegetables and Fruit, 6–7 servings of grain products, two servings of milk and alternatives (three for those aged 51 and older), and two servings of meat and alternatives (Health Canada, 2007). For males, the Food Guide recommends 7–10 servings per day of vegetables and Fruit, 7–8 servings of grain products, two servings of milk and alternatives (three for those aged 51 and older), and three servings of meat and alternatives (Health Canada, 2007).

All descriptive analyses (mean [M] and standard deviations [SD]) were conducted using SPSS software (version 24). For a portrait of PA practices, a questionnaire developed by Godin and Shephard (1985), the *Godin Leisure Time Exercise Questionnaire (GLTEQ)*, evaluated the duration (minutes per week) and frequency of PA described as low-intensity (e.g. slow walking), moderate-intensity (e.g. walking) or high-intensity (e.g. running). The GLTEQ is easy to use and reliable (Godin & Shephard, 1985). This questionnaire has been used with Indigenous participants in the past (Coble, Rhodes, & Higgings, 2009; Ironside, Ferguson, Katapally, & Foulds, 2020; Kirby, Lévesque, Wabano, & Robertson-Wilson, 2007). Given the nature of the pilot project, space was reserved at the end of each section for the participants to make their comments.

Semi-directed Interview

The interview guide contained 20 questions grouped according to the five environmental factors (population's state of health, individual characteristics, living environments, systems and global context) in the conceptual framework of the Ministry of Health and Social Services of Québec (MHSSQ, 2012) with respect to eating habits and PA. This framework, described as global and ecosystemic, encourages an in-depth exploration of the meanings associated with eating behaviors and PA. The interview guide was based on the conceptual framework, literature, and previous work on health meanings (Leclerc, de Montigny, & Cloutier, 2013). The interviews, lasting 60 minutes on average, were conducted with six participants from the Abenaki ($n = 4$) and Atikamekw ($n = 2$) nations, at home or in a room available in the health centers of each territorial community. Considering the objective of the pilot project, the interviewer noted questions that were less clear to the participants and feedback was requested at the end of the interview.

Giorgi (1997) phenomenological research methodology, inspired by Husserl's philosophical thought, guided the collection and analysis of qualitative data. Data analysis was performed based on the conceptual framework and the scientific literature. NVIVO software (version 11) was used to perform these analyses. To validate the categorization process, two interviews were selected for codification by an outside judge. Inter-rater agreement was 90% for the entire corpus analyzed.

Ethical Considerations

This research project was approved by the ethics committee of the associated university (CER-15-219-07.17) and the local authorities in each of the communities. Each individual participant completed a consent form. To thank the participants, each community held a random draw for two gift cards. That respected the OCAP® principles (ownership, control, access, and possession) of the First Nations people (The First Nations Information Governance Centre, 2014). This study is part of a larger research project and from the beginning of the project, relevance was discussed with the Indigenous collaborators, and a collaborative process was maintained. The study's findings were forwarded to the involved participants in the form of an abridged written report and a presentation–discussion with the health Center teams.

Results

A complementary inference technique was used to present the results. Qualitative and quantitative results were discussed separately, followed by their respective contributions (Pluye, Bengoechea, Granikov, Kaur, & Tang, 2018).

Results of the Questionnaire (QUAN)

A total of 15 participants ($W = 11$; $M = 4$) completed the questionnaire. The age of the participants varied widely, from 25 to 89 years ($M = 55.5$; $ET \pm 18.6$). Eleven participants were Abenaki, and four were Atikamekw. Regarding marital status, the majority were in a relationship or married (67%). Most were employed (46.7%) or retired (33.3%). Regarding level of education, the percentage of those who had not completed secondary school (26.7%) was equal to the percentage of those with a university degree (26.7%). The participants' annual incomes mainly fell into the categories of \$20,000–39,999 (26.7%) and \$60,000 and over (26.6%).

Dietary Profile. Table 14 presents the number of participants who adhered to Canada's Food Guide—First Nations, Inuit, and Métis guidelines based on their age and gender (Health Canada, 2007). None of the 15 participants consumed the recommended daily portions of fruit and vegetables. The second part of the table presents the average daily portions consumed from the four food groups by the 15 participants. Only the portions of dairy products (among individuals aged 19 to 50) and meat and alternatives (among women) met government recommendations. In the questionnaire, none of the participants left comments in the space reserved at the end of this section.

Table 14

Compliance with Canada's daily recommendations and average daily consumption for each of the four food groups (portions; N = 15)

Compliance with Canada's daily recommendations (based on age and gender of participants)	N
Fruits and vegetables	0
Grain products	1
Milk and alternatives	7
Meat and alternatives	8
Food groups (recommendations)*	M (SD)
Fruits and vegetables (7–10 portions)	2.7 (1.6)
Grain products (6–8 portions)	2.5 (1.7)
Milk and alternatives (2–3 portions)	2.6 (2.0)
Meat and alternatives (2–3 portions)	2.5 (1.96)

Note. * The recommendations in Canada's Food Guide differ for adults 19–50 years, adults 51 over, and for men and women.

Profile of PA. Table 15 presents the average weekly duration in minutes of PA based on intensity level (low, moderate, and high).

Table 15

Average weekly duration (minutes) of physical activity (PA) practice (N = 15)

Weekly PA practice in leisure time according to intensity of PA	Weekly M in minutes (SD)	Weekly Min-Max in minutes
Low-intensity PA	140 (228)	0-840
Moderate-intensity PA	85 (75)	0-240
High-intensity PA	36 (71)	0-240

Low-intensity PA was by far the most frequent among participants. Combining the weekly averages of moderate- and high-intensity PA allowed evaluation of whether participants met the 150-minute Canadian recommendation (Canadian Society for Exercise Physiology, 2019). Only 40% of the participants observed this norm ($n = 6$). This is because 40% of the participants practiced no moderate-intensity PA, and close to 70% practiced no high-intensity PA. For this section, in the space reserved at the end, some participants questioned the classification of their type of PA (specifically between low and moderate intensity).

Results of the Semi-directed Interviews (QUAL)

The interviews were intended to fulfil the second objective of this research: to explore health representations associated with diet and PA practice. Note that the codification process was carried out based on the fields in the MHSSQ framework (2012). Thus, the themes and sub-themes are as follows: (1) population's state of health (definition of health), (2) individual characteristics (lifestyle habits and behaviours: diet and PA), (3) living environments (family and community support), and (4) systems (support from health professionals). The sociodemographic data of the participants are provided below.

Four of the participants were Abenaki, and two were Atikamekw; they included four women and two men. It is important to specify that these six participants were not all drawn from the sample questionnaire, as some declined to participate in the quantitative portion of the study. The age of the participants varied significantly from 43 to 70 years of age ($M = 60.6$, $ÉT \pm 11.6$). The majority were married or in a common-law relationship. Two were retired, and the other four worked within the community. Their most recent education levels varied, ranging from not having completed secondary school to having attended university. Their annual incomes varied from \$20,000 to over \$80,000.

Population's State of Health.

Perception of health. It appears that the notion of heredity is closely linked to the perception of health vulnerability. Participants were particularly sensitive to the health status of their family, as the following excerpt presents:

"I told my dad, his mom had diabetes. There's an uncle who died of untreated diabetes. And there's another one too, brothers of my father's, now he's on medication for diabetes. So I know that I have to be careful with that."

Participant 2

Definition of health. The participants had different definitions for the state of health, but a concept consistently mentioned was the medicine wheel, which is rooted in a holistic perspective of health. Without defining it in detail, almost all participants described health as a balance between mental, physical, emotional and spiritual realities. One participant illustrated this position:

"Before anything else, a healthy adult has to have inner balance, emotionally, spiritually, mentally, everything. Finding balance is hard, that's for sure, but it can be done, because I think the pillar of health in general comes from that [balance]."

Participant 6

The definition was also approached in a positive way through humor, happiness and *joie de vivre*. Other participants stressed the notion of resilience, freedom from disease, and consequently, liberty.

Individual Characteristics.

Diet. Their comments revealed that a traditional diet, including wild meats, berries and fish, continued to be very important for participants. For example, one participant said, “*Yes, I’d say an average of one to two meals a week. I have deer, goose sausages. Net or barbell fishing starts in Spring. Last week, we ate fish I caught last summer. We had haddock*” (Participant 2). Overall, a traditional diet is an integral part of the lifestyles of over half of the participants.

Some pointed out that, in terms of healthy eating, there should be a balance between the recommendations of Canada’s Food Guide—First Nations, Inuit, and Métis, and their reality:

“But it’s for sure that if I go see the dietician, she’ll tell me about four portions of fruits and vegetables and all that...I try to bring home as many as possible, but I don’t obsess over it. And if one day I feel like eating junk... But I keep trying. I try to include vegetables as much as possible.”
Participant 2

Despite the gap between the participants’ actual eating habits and the portions proposed by Canada’s Food Guide for Indigenous populations, they made efforts to restrict the consumption of unhealthy foods in favour of foods with good nutritional value. Other efforts included drinking more water and cutting back on red meat. Some participants also said that they read the nutritional labels on packaging. Moreover, as the following excerpt shows, these efforts served to set an example for children: “*I try to do my best to get my kids to try something new, not always the same*

recipes or the same things they eat." (Participant 5). While diet is often linked to body image, only two participants noted challenges in terms of weight management.

Physical Activity. Motivation to be physically active varied widely among participants. Motivation can be intrinsic (benefits, enjoyment) or extrinsic (incentives). The following excerpt addresses intrinsic factors:

"I try to walk as often as I can, even if I have a hard time. Not that I have trouble walking, but I have my nerve [sciatic nerve], my little nerve that gets on my nerves, and sometimes it prevents me from walking. But I still walk, and the next day I sit down. I like to walk."
Participant 1

Other participants mentioned a lack of personal discipline, time, and motivation.

"I realize I'm excessively lazy in this area. [...] For me it's a terrible effort. Maybe someday it'll get easier, it'll become a habit. But I'm not active; I'm not an athletic type. I'm very sedentary, but I make an effort."
Participant 3

Living Environments and Lifestyle Habits.

Obstacles to healthy eating. The participants mentioned a major obstacle in connection with their eating habits: the availability of healthy foods. The unavailability of fresh foods appeared to discourage the purchase of certain healthy foods:

"It's just that our food's not fresh like in the city because for us, it leaves one place, then stops at another place, then at another place, before it gets here. So, it's not fresh anymore. Maybe the meat's fresher, because it's like...it freezes."
Participant 5

Obstacles to PA. The participants highlighted the presence of unfavorable environments, characterized, for the most part, by the absence of installations and infrastructure conducive to PA.

Often, even when such infrastructures were present, there was a the lack of qualified personnel to supervise the PA: *“Lately in the community they've been able to bring in some fitness gear, but there's not really an instructor that can help them with their fitness development.”* (Participant 5). Other barriers mentioned included judgment by others in the community, discrimination against sports teams, the presence of stray dogs, and cold weather.

Family support. Family support can be a positive force supporting the adoption of healthy lifestyles due to the ripple effect. Because their families were nearby, participants assisted elderly members, performing, indifferent tasks (useful PA), which resulted in socializing at the same time: *“We have 12 cords of wood coming this weekend. But we decided we're not doing this anymore. The kids come with the grandkids, and they're grown now. And everybody stacks the wood. In two hours, the job's done.”* (Participant 3). However, the ripple effect can also be negative. There are times when health issues in one's entourage and family proximity can lead to conflicts, a sense of being controlled or rejection. The presence of 'picky eaters' in the family discourages the purchase and cooking of healthy foods. The majority of the participants said that such reluctance is related to taste, texture and a willingness to try new foods. Judging by the participants' comments, 'picky eaters' eschew fruits and vegetables in particular. Participant 1 provided an example of this pickiness:

“Last week we ate three or four meals of fish during the week. As many vegetables as possible. Sometimes it's not easy with my daughter. She eats zero vegetables, except potatoes. And you know with the other kids too, it's not easy.”

Community support. In Indigenous communities, many workshops and programs, such as collective kitchens or organized sports events, are available to promote healthy lifestyles. Participant 3 described some of these opportunities: *“There are a lot of programs on diet and*

physical activity at the health Center. There are a whole, whole lot of programs. So, you see, I signed up for a healthy program. And there are workshops for cooking or different aspects of diseases, diabetes.”

Systems.

Support from health professionals. The participants indicated that they were satisfied with the support they received from health professionals, which was characterized by the proximity of such professionals and a relationship of trust.

“I’ve had that doctor for, I think, 25 years. She knows me and I know her. We have really good chemistry. It’s so good that sometimes she talks about herself, her role as a grandmother, as a mother. [...] Yes, I have a good relationship.”

Participant 3

Discussion

This study’s objective—to explore habits and PA—was achieved. The results of the interviews, for their part, enabled an exploration of the associated health meanings. The discussion focuses on diet and PA practice, regardless of the instrument.

Diet

In terms of eating habits, the questionnaire and interview results indicate that there was a discrepancy between the practice of First Nations and the recommendations of Canada’s Food Guide - First Nations, Inuit, and Métis. Despite the availability of a food guide adapted to Indigenous people (in French and English), it appeared that the participants had not incorporated the recommendations into their day-to-day lives. In order to better guide the participants, Canada’s Food Guide was available on site. Fruit and vegetable consumption was particularly low, although this observation was not typically associated with the First Nations. The results of the current study

reflect an average daily consumption of fewer than three portions, whereas the average for Canada is 4.7 portions a day (Colapinto, Graham, & St-Pierre, 2018). Low fruit and vegetable consumption is also underscored in the results of FNQLHSSC (2018).

According to the qualitative results, traditional foods constituted a large part of the diet of the participants in the study. Although they did not elaborate on this point specifically, the consumption of traditional foods contributes to better nutritional quality (Blanchet, Willows, Johnson, Okanagan Nation salmon reintroduction initiatives, & Batal, 2020). The quantitative component did not have any specific questions on this aspect. This behavior goes well beyond the simple act of eating. For example, being a hunter indicates social status, cultural values and possession of certain skills and knowledge (Gaudin et al., 2014).

Geographical remoteness also appears to hinder the adoption of healthy eating habits (INSPQ, 2015). This situation was observed for the Abenaki participants, but more markedly for the Atikamekw participants who, it should be noted, live far from urban centers. The lack of availability of fresh foods is not an isolated problem in Québec; a recent study conducted in Ontario reported the same obstacles to a healthy diet (McGregor, Toulouse, Maar, & Young, 2018).

Physical Activity

Over half of the participants failed to meet the recommendations concerning PA (moderate to vigorous aerobic physical activities such that there is an accumulation of at least 150 minutes per week) and close to 70% of them practiced no high-intensity PA at all. Participants' age or understanding of the question could explain these results. They indicated that several obstacles related to finances, accessibility, and human resources contributed to sedentary behaviors, which is

confirmed in the literature (First Nations Education Council & First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission, 2013). The non-Indigenous approach used to quantify the intensity levels of PA is a hypothesis. Some questions may have been misinterpreted. For example, the standard deviation for the practice of low-intensity PA was fairly high, as certain participants said they did not engage in any such activity, whereas others said they practiced 120 minutes, seven times a week. According to Paraschak and Thompson (2014) and McHugh (2011), Indigenous peoples do not distinguish between sports, PA, traditional games and working life. However, the *GLTEQ* has previously been used for Indigenous peoples (Coble et al., 2009; Ironside et al., 2020; Kirby et al., 2007). Some First Nations people even maintain that the definition of PA includes cultural activity (Tang & Jardine, 2016). Moreover, cultural connectedness is a protective factor of PA for First Nations people (Ironside et al., 2020).

Family support varied among the participants, and the fact remains that it plays a significant role in matters of diet and PA practice. According to the Sport for Life Society and Aboriginal Sport Circle (2019), support from family, friends, instructors, volunteers and coaches is necessary from playground to podium. Clearly, family support plays a role in the concept of physical literacy, which is the motivation, confidence, physical competence, knowledge and understanding to be active in life (Physical Literacy, 2019). Further, all participants in the study maintained that local health centers promoted health through both curative and preventive treatments. Many activities that encourage healthy eating and PA practice were available. In essence, family and community support are invaluable resources for First Nations people, insofar as challenges are perceived as collective rather than individual, emphasizing the importance of remaining sensitive to a mobilization that involves both the family and the community.

Limitations

One limitation of this study concerns social desirability (Savoie-Zajc, 2021) and interviewing a person can alter their behaviour. To mitigate this possibility, the participants were told that there were no right or wrong answers regarding the questionnaire or interview. A halo effect, however, is always possible when the interviewer plays a role in the results analysis (Savoie-Zajc, 2021). To counter this bias, an outside member corroborated a process for codifying the qualitative data. Seasonality of diet was also a limitation of the study because data collection took place in the fall and winter, the period when access to fresh produce is more difficult. The question indicated the average number of servings per day (considering a typical day), but questions with a categorization of frequency by season could counter this limitation (e.g., very rarely = < 1 day/month or 2 days/season), as Chan et al. (2019) did with the Traditional food frequency questionnaire. Finally, despite the various recruitment strategies, the number of participants was small. Some participants were more interested in the qualitative part (interview) than in the quantitative part (questionnaire). It was desired, but not required, that the completion of the questionnaire follow the interview.

Conclusions

The use of a mixed-method inquiry enabled an improved understanding of health from the perspectives of the Abenaki and Atikamekw people. At the outset of this project, there was no picture of modern First Nations diets in Canada (Adams, 2021), and the picture of PA participation was poorly documented (Leclerc et al., 2019). This pilot project made it possible to explore eating behaviors and PA practice. In terms of diet, Canada's Food Guide (even adapted for Indigenous communities) is an object of indifference rather than an effective clinical tool. In 2019, the Food Guide was revised to include Indigenous peoples (Health Canada, 2019). Health Canada is currently working with Indigenous partners to support the development of new tools, but in the

meantime, the 2007 version (First Nations, Inuit and Métis) is still a trustworthy source of information.

Consistent with the innovative approach proposed in the new version of Canada's Food Guide (2019), work must be done to implement specific new interventions among Indigenous peoples, particularly regarding the common aversion to fruits and vegetables. It is important to continue to promote a traditional diet within the communities. A recent study described the traditional food systems of First Nations in Canada and reported that adults in communities would like to have a more frequent intake of traditional foods (Batal et al., 2021). Many projects have already been initiated in the communities included in this study, such as collective kitchens, recipes books, and community gardens. Other initiatives are needed for urban Indigenous people. Toward this end, knowledge of the factors that motivate healthy eating and regular PA practices should be compiled to ensure the continuity of community initiatives. Individual motivation has an impact on initiating and maintaining a particular behavior. The follow-up to this pilot project aims, specifically, to quantitatively and qualitatively evaluate these motivational factors. The results of this pilot project will be useful for improving the next stage of the research in terms of recruitment strategies and adjustment of measurement tools.

References

- Adams, E. (2021). Can scientists and knowledge keepers sit comfortably together? An Indigenous physician's reflections on a decade of participatory research into First Nations nutrition, environment and health. *Canadian Journal of Public Health, 112*, 3-7. doi: 10.17269/s41997-021-00543-2
- Batal, M., Chan, H. M., Fediuk, K., Ing, A., Berti, P., Sadik, T., Johnson-Down, L. (2021). Importance of the traditional food systems for First Nations adults living on reserves in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 112*(suppl 1), 20-28. doi: 10.17269/s41997-020-00353-y
- Blanchet, R., Willows, N., Johnson, S., Okanagan Nation salmon reintroduction initiatives, & Batal, M. (2020). Traditional food, health, and diet quality in Syilx Okanagan adults in British Columbia, Canada. *Nutrients, 12*(4), 927. doi: 10.3390/nu12040927
- Canadian Society for Exercise Physiology. (2019). *Canadian physical activity guidelines for adults (18-64 years)* [online]. Retrieved from <https://csepguidelines.ca/adults-18-64/>
- Chan, L., Batal, M., Receveur, O., Sadik, T., Schwartz, H., Ing, A., ... Lindhorst, K. (2019). *First Nations food, nutrition and environment study (FNFNES): Results from Quebec (2016)* [en ligne]. Ottawa, ON: Université d'Ottawa. Retrieved from http://www.fnfnes.ca/docs/FNFNES_Quebec_Regional_Report_ENGLISH_2019-06-18.pdf
- Coble, J. D., Rhodes, R. E., & Higgins, J. W. (2009). Physical activity behaviors and motivations in an adult First Nation population: A pilot study. *Ethnicity & Disease, 19*(1), 42-48.
- Colapinto, C. K., Graham, J., & St-Pierre, S. (2018). Trends and correlates of frequency of fruit and vegetable consumption, 2007 to 2014. *Health Reports, 29*(1), 9-14.
- Creswell, J., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- First Nations Education Council & First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission. (FNQLHSSC, 2013). *First nations sports, recreation and physical activities: Between tradition and performance* [online]. Retrieved from <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/m%C3%A9moire-sports-loisirs-cssspnql.pdf?sfvrsn=2>
- First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission. (FNQLHSSC, 2018). *RHS Quebec First Nations Regional Health Survey / Main findings of the 2015 RHS* [online]. Retrieved from http://cssspnql.com/docs/default-source/ERS-2015/faits_saillants_ers_eng_web.pdf?sfvrsn=2

- Gaudin, V. L., Receveur, O., Walz, L., Girard, F., & Potvin, L. (2014). A mixed methods inquiry into the determinants of traditional food consumption among three Cree communities of Eeyou Istchee from an ecological perspective. *International Journal of Circumpolar Health*, 73(1). doi: 10.3402/ijch.v73.24918
- Giorgi, A. (1997). From the phenomenological method used as a qualitative research mode in human sciences: Theory, practice and evaluation. In Jean Poupart (Ed.), *Qualitative research: Epistemological and methodological issues* (pp. 341-364). Boucherville, QC : Gaétan Morin.
- Godin, G., & Shephard, R. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10(3), 141-146.
- Health Canada. (2007). *Eating well with Canada's Food Guide - First Nations, Inuit and Métis* [online]. Retrieved from https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/fnim-pnim/2007_fnim-pnim_food-guide-aliment-eng.pdf
- Health Canada. (2019). *Canada's dietary guidelines for health professionals and policy makers* [online]. Retrieved from <https://food-guide.canada.ca/sites/default/files/artifact-pdf/CDG-EN-2018.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2015). *The Diet of Québec First Nations and Inuit peoples* [online]. Retrieved from https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2065_diet_first_nations_inuits.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2019). *Nutrition, activité physique et problèmes liés au poids [Diet, physical activity and weight issues]* [online]. Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/nutrition-activite-physique-et-problemes-lies-au-poids>
- Ironside, A., Ferguson, L. J., Katapally, T. R., & Foulds, H. J. A. (2020). Cultural connectedness as a determinant of physical activity among indigenous adults in Saskatchewan. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 45(9), 937-947. doi: 10.1139/apnm-2019-0793
- Kirby, A. M., Lévesque, L., Wabano, V., & Robertson-Wilson, J. (2007). Perceived community environment and physical activity involvement in a northern-rural aboriginal community. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 63-63. doi: 10.1186/1479-5868-4-63
- Leclerc, A.-M., Busque, A., Miquelon, P., & Rivard, M.-C. (2019). Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada, *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(3), 26-37.
- Leclerc, A.-M., de Montigny, F., & Cloutier, L. (2015). L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 29-35.

- McGregor, L., Toulouse, P., Maar, M., & Young, N. (2018). Caregivers' perspectives on the determinants of dietary decisions in Six First Nation communities. *International Journal of Indigenous Health*, 13(1), 122-139. doi: 10.18357/ijih.v13i1.30306
- McHugh, T.-L. F. (2011). Physical activity experiences of aboriginal youth. *Native Studies Review*, 20(1), 7-26.
- Ministry of Health and Social Services of Quebec. (2012). *Health's determinants: Better understanding for better acting* [online]. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2013). *Physical activity fact sheet* [online]. Retrieved from <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/health/FS-Physical%20Activity-EN.pdf>
- Paraschak, V., & Thompson, K. (2014). Finding strength (s): Insights on Aboriginal physical cultural practices in Canada. *Sport in Society*, 17(8), 1046-1060.
- Physical Literacy. (2019). *What is physical literacy* [online]. Retrieved from <http://physicalliteracy.ca/physical-literacy/>
- Plano Clark, V., & Ivankova, N. (2016). *Mixed methods research: A guide to the field*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pluye, P., Bengoechea, E. G., Granikov, V., Kaur, N., & Tang, D. (2018). A world of possibilities in mixed methods: Review of the combinations of strategies used to integrate the phases, results, and qualitative and quantitative data. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 10(1), 41-56.
- Savoie-Zajc, L. (2021). Semi-structured in-depth interviews. In B. Gauthier & I. Bourgeois (Eds), *Social research: Problematic to data collection* (6th ed., pp. 273-296). Quebec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Secrétariat aux affaires autochtones du Québec. (2021). *About the Nations* [online]. Retrieved from <https://www.quebec.ca/en/government/quebec-at-a-glance/first-nations-and-inuit/profile-of-the-nations/about-nations>
- Sport for Life Society, & Aboriginal Sport Circle. (2019). *Indigenous sport for life | Long-term participant development pathway 1.2* [online]. Retrieved from https://sportforlife.ca/wp-content/uploads/2019/09/ILTPD_Sept2019_EN_web.pdf
- Statistics Canada. (2018). *First nations peoples, Métis and Inuit in Canada: Diverse and growing populations* [online]. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-659-x/89-659-x2018001-eng.pdf>
- Tang, K., & Jardine, C. G. (2016). Our way of life: Importance of indigenous culture and tradition to physical activity practices. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 211-227. doi: 10.18357/ijih11201616018

The First Nations Information Governance Centre. (2014). *Ownership, Control, Access and Possession (OCAP): The path to first nations information governance* [online]. Retrieved from https://achh.ca/wp-content/uploads/2018/07/OCAP_FNIGC.pdf

Chapitre 5

Résultats de l'Étude 2b - First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area:
A mixed-methods approach

L'étude 2b intitulée « Pilot-Project on Eating and Physical Activity Behaviours of First Nations Peoples: A Mixed-Methods Approach » et présentée dans le cadre de ce chapitre fait suite à l'étude 2a. L'étude pilote 2a visait à explorer les comportements alimentaires et d'activités physiques auprès des nations abénaquises et atikamekw, de même que les significations qui y sont associées. L'étude 2b est donc le déploiement de l'étude 2a. Les résultats sont rapportés sous la forme d'une affiche scientifique, celle-ci ayant été présentée au congrès virtuel de la *Indigenous Health Conference*, tenu du 3 au 5 décembre 2020¹. Pour répondre aux exigences de cette thèse, la contribution des auteures est détaillée à la prochaine section et un résumé en français de l'affiche sera présenté.

5.1 Contribution des auteurs

La doctorante (A.-M. Leclerc) est la chercheuse principale de l'étude, incluant l'entière collecte de données, la revue de la littérature, l'analyse et la préparation de l'affiche scientifique. La seconde auteure (M. Boulanger) a collaboré à l'analyse des données, alors que les deux directrices (P. Miquelon et M.-C. Rivard) ont appuyé la conception de la recherche, les analyses et ont effectué les révisions de l'affiche scientifique. Toutes les auteures de cette affiche ont autorisé sa publication dans le cadre de cette thèse.

¹ Ce congrès était organisé par l'Université de Toronto. Il devait initialement se tenir en présentiel à Niagara Falls en mai 2020. En raison du contexte de la pandémie de la COVID-19, le congrès a été reporté en décembre 2020 et est devenu entièrement virtuel.

5.2 Résumé en français

Contexte et but/objectifs : Dans la province de Québec, une majorité d'adultes autochtones souffrent de multiples maladies chroniques. Le régime alimentaire et l'activité physique ont une influence importante sur la santé et le bien-être, et sont liés à plusieurs maladies chroniques. Afin de mieux comprendre les perceptions et les croyances qui sous-tendent ces statistiques, cette étude a deux objectifs : (1) examiner les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique (AP) chez des membres des Premières nations; et (2) explorer les représentations de la santé qui y sont associées. **Méthodologie** : Une méthode mixte, comprenant un questionnaire ($n = 32$) et un entretien semi-structuré ($n = 14$), a été utilisée pour explorer les profils de mode de vie et les représentations de la santé des participants. Le questionnaire s'est concentré sur les comportements alimentaires et d'AP ainsi que sur leurs motivations sous-jacentes. L'entretien a permis d'étudier les points de vue des participants sur l'alimentation et les comportements en matière d'AP en se basant sur le cadre conceptuel de la santé et ses déterminants. **Résultats** : Les membres des Premières Nations vivant en zone urbaine ont été échantillonnés. Les participants ont considéré la santé comme l'autonomie de vivre sans douleur, comme un équilibre entre l'aspect physique et psychologique, ainsi qu'entre bien manger et faire de l'exercice. La famille et le travail influencent l'AP et les comportements alimentaires des participants, et près de 40 % d'entre eux adhèrent aux recommandations canadiennes concernant l'AP. **Conclusions et discussion** : Ces conclusions présentent la réalité de membres des Premières Nations vivant en zone urbaine et les professionnels de la santé devraient les encourager à maintenir un mode de vie sain malgré les multiples maladies chroniques. L'exploration des croyances et des perceptions de ces personnes ainsi que la motivation qui sous-tend leurs comportements en matière de santé pourrait contribuer à créer la sécurisation culturelle.

Mots clés : Premières Nations; mode de vie; comportement en matière de santé

Abstract

Background and Purpose/Objectives: In the Quebec Province, a majority of Indigenous adults suffer of multiple chronic health conditions. Diet and physical activity have a significant influence on health and well-being, and they are related to several chronic diseases. In order to gain a better understanding of the perceptions and beliefs underlying these statistics, this study has two objectives: (1) to examine eating and physical activity (PA) behaviours among First Nations peoples, and (2) to explore the associated health representations. **Methodology:** A mixed method, including a questionnaire ($n = 32$) and a semi-structured interview ($n = 14$), was used to explore participants' lifestyle profiles and health representations. The questionnaire focused on eating and PA behaviours as well as their underlying motivations. The interview investigated health views of diet and PA behaviours based on the conceptual framework of health and its determinants. **Results:** First Nations people from urban area were sampled. Participants considered health as the autonomy to live without pain, as a balance between physical and psychological aspect, as well as between eating well and doing exercise. Family and work influence participants' PA and eating behaviours, and almost 40% adhere to the Canadian recommendations concerning PA. **Conclusions and Discussion:** These findings present the reality of First Nations peoples living in urban area and health professionals should encourage them to maintain a healthy lifestyle despite multiple chronic health conditions. Exploring these people's beliefs and perceptions as well as the motivation underlying their health behaviours could help to create cultural safety.

Keywords: First Nations peoples; lifestyle; health behaviour

First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area : A mixed-methods approach



Leclerc, A.-M., Boulanger, M., Miquelon, P. & Rivard, M.-C.
 Université du Québec à Trois-Rivières



Introduction

- First Nations peoples represent less than 2 % of Quebec province population¹.
- Data describing First Nations people's health condition residing in urban area are sparse², but a majority of those residing in communities suffer from multiple chronic health conditions³.
- Diet and physical activity (PA) have a significant influence on health and well-being, and they are related to several chronic diseases⁴⁻⁷.

Objectives

- Examine eating and PA behaviours among First Nations peoples residing in urban area and explore associated health representations.

Design and Method

- A mixed method (convergent design), including:
 - online questionnaire (surveying eating and PA behaviours and their underlying motivations)
 - semi-structured interview (about participants' lifestyle profiles and health representations)
- Conceptual framework of health and its determinants⁸.

Discussion

- The lack of motivation for PA is mentioned in qualitative results and the global portrait of motivation shows moderate results. But, almost 40% of participants adhere to the Canadian recommendations concerning PA compared to 15 % (measured by accelerometer) in Canadian adults¹².
- There is a discrepancy between the reality of First Nations peoples and the recommendations of the Canada's Food Guide – First Nations, Inuit and Métis (2010). But, the profile of the participant about motivation to adopt healthy eating is reflect by a self-determined motivation ($M = 5.04$).

Results

- First Nations people from urban areas were sampled : $n = 32 / \varphi = 78\% / M 40$ years old (online questionnaire) and $n = 14 / \varphi = 50\% / M 44$ years old (interview).

Physical activity (PA)

- The most popular PA among participants ($n=14$) is walking. Many reported about its physical, psychological and spiritual benefits.
- However, many challenges are omnipresent in the practice of PA, such as lack of time, lack of motivation and physical problems.

"When I started working, I neglected that sport, that practice, that way of life and then quietly well, the other things came on board. The children were born. " Participant 13

- The result of the weekly PA practice indicates that 12 participants ($n=32$) follow the Canadian weekly recommendations of ≥ 150 minutes.

Table 1. Portrait of motivation toward PA behaviour (N=32)

Type of motivation	α	M	SD
1. Intrinsic motivation	0.94	3.16	0.90
2. Identified motivation	0.61	2.89	0.67
3. Introjected motivation	0.70	1.69	1.17
4. External motivation	0.86	0.95	0.93
5. Amotivated	0.48	0.48	0.59
Autonomous motivation (#1 and 2)	0.89	3.29	0.80
Controlled motivation (#3 and 4)	0.82	1.29	0.86

Eating behaviours

- All participants ($n=14$) used strategies to promote healthier eating. The accessibility of food and the high cost of fruits and vegetables are mentioned by many participants.
- Several participants verbalized the supportive role that the family plays in the adoption of healthy lifestyles. Sometimes the family influence is negative because there are some picky eaters in the family or there are gaps in culinary skills.

"We are in the process of doing more collective kitchens. We invite people to come. They will see that it's better than stay home and do nothing. " Participant 2

- The results of daily consumption for each of the 4 food groups indicate that 11 participants ($n=32$) follow the Canadian daily recommendation of fruits and vegetables, 4 participants of cereal products, 26 participants of dairy products and 29 of meat and alternatives.

Table 2. Portrait of motivation toward eating behaviour (N=32)

Type of motivation	α	M	SD
1. Intrinsic motivation	0.84	4.89	1.56
2. Identified motivation	0.86	5.70	1.20
3. Introjected motivation	0.73	2.94	1.41
4. External motivation	0.79	2.61	1.51
5. Amotivated	0.76	1.91	1.06
Autonomous motivation (#1 and 2)	0.79	5.29	1.27
Controlled motivation (#3 and 4)	0.79	2.77	1.21

Conclusions

- These findings present the reality of First Nations peoples living in urban area. A better access to fresh food (e.g., fruit and vegetables, traditional foods) needs to be considered to respond to urban realities.
- Exploring First Nations people's beliefs and perceptions as well as the motivation underlying their health is a way to support the adoption of healthier behaviours.

Mains references 8. Ministry of Health and Social Services of Quebec. (2012). *Health's determinants: Better understanding for better acting* [online]. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf> 9. Colapinto, C., J. Graham, and S. St-Pierre. *Trends and correlates of frequency of fruit and vegetable consumption, 2007 to 2014*. Health Reports, 2018. 29(1): p. 9-14. 11. Thompson, C., et al., *What does it mean to be a 'picky eater'? A qualitative study of food related identities and practices*. Appetite, 2015. 84: p. 235-239. 12. Colley, R., et al., *Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey*. Health Reports, 2018. 22(2).

5.3 Annexes de l'étude 2b

5.3.1 Caractéristiques démographiques

Le Tableau 16 présente l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des participants de l'étude 2b, soit ceux qui ont répondu au questionnaire et qui ont pris part à l'entretien. Ce tableau n'a pu être inséré dans l'affiche scientifique étant donné le manque d'espace.

Tableau 16

Caractéristiques démographiques des participants (questionnaire en ligne et entretien)

Caractéristiques	Questionnaire (N = 32)	Entretien (N = 14)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Âge (années)		
Moins de 30	11 (34,3)	5 (35,7)
Entre 31 et 40	6 (18,8)	1 (7,1)
Entre 41 et 50	8 (25,0)	4 (28,6)
Plus de 50	7 (21,9)	4 (28,6)
Sexe		
Femme	25 (78,1)	7 (50,0)
Homme	7 (21,9)	7 (50,0)
État civil		
Célibataire (séparé, divorcé ou veuf)	14 (43,8)	9 (64,3)
En couple (conjoint de fait ou marié)	18 (56,2)	5 (35,7)
Niveau d'études atteint		
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	7 (21,9)	2 (14,3)
Diplôme d'études secondaires	9 (28,1)	2 (14,3)
Diplôme d'études collégiales / universitaires	16 (50,0)	10 (71,4)

Tableau 16 (suite)

Caractéristiques démographiques des participants (questionnaire en ligne et entretien)

Caractéristiques	Questionnaire	Entretien
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Revenu familial (\$)		
< 20 000	13 (40,6)	7 (50,0)
20 000-39 999	8 (25,0)	1 (7,1)
40 000-59 999	3 (9,4)	4 (28,6)
60 000-79 999	1 (3,1)	1 (7,1)
80 000 et plus	5 (15,6)	1 (7,1)
Préfère ne pas répondre	2 (6,3)	-
Nombre d'enfants		
Aucun	10 (31,2)	4 (28,6)
1-2	10 (31,2)	6 (42,8)
3-4	7 (21,9)	2 (14,3)
Plus de 4	5 (15,6)	2 (14,3)
Occupation		
Sans emploi (congé de maladie ou de maternité, retraite)	7 (21,9)	5 (35,7)
Étudiant	4 (12,5)	1 (7,1)
Employé	21 (65,6)	8 (57,1)
Nation d'appartenance		
Abénakis	6 (18,8)	2 (14,3)
Algonquien	4 (12,5)	-
Atikamekw	18 (56,2)	8 (57,1)
Cris	1 (3,1)	-
Innu	3 (9,4)	4 (28,6)

Pour le volet quantitatif faisant appel au questionnaire en ligne (N = 32), la majorité des participants est âgé entre 31 et 50 ans, d'où la moyenne d'âge de 40 ans (min. 20 ans et max. 70 ans). Près de 80 % des participants sont des femmes. La majorité est en couple, que ce soit conjoint de fait ou marié (56,2 %). Du côté du dernier niveau d'études atteint, c'est très variable.

La moitié des participants n'a pas de diplôme secondaire ou a un diplôme d'études secondaires, alors que la seconde moitié des participants détient un diplôme d'études collégiales ou universitaires. Le revenu familial est tout aussi variable (dont deux participants qui ont refusé de répondre), mais il est à noter que 40 % des participants ont un revenu annuel de moins de 20 000 \$. Finalement, la majorité des participants ont des enfants (près de 70 %), sont employé travaillant dans différents secteurs comme la santé, l'éducation et l'administration (65,6 %) et sont de la nation Atikamekw (56,2 %).

Pour le volet qualitatif utilisant l'entretien (N = 14), la majorité des participants est âgé de plus de 41 ans. La moyenne d'âge est de 44 ans. Il y a une parité entre le nombre de participant de sexe féminin et masculin. La plupart est célibataire (64,3 %) et a un diplôme d'études collégiales ou universitaires (71,4 %). Le revenu familial est variable, car 50 % des participants ont moins de 20 000 \$ annuellement et l'autre 50 % gagne plus de 20 000 \$ (ce qui inclus 80 000 \$ et plus). Finalement, la majorité des participants ont des enfants (plus de 70 %), sont employé (57,1 %) et sont de la nation Atikamekw (57,1 %).

5.3.2 La théorie de l'autodétermination

Bien que plusieurs théories aient été proposées pour étudier la motivation sous-jacente aux comportements (Ryan, 2012), dont notamment les comportements de santé, l'une des plus utilisées et des plus éprouvées au cours des dernières années est sans aucun doute la théorie de l'autodétermination (TAD; Deci & Ryan, 1985, 2000). Cette théorie utilise une approche multidimensionnelle de la motivation, s'attardant à la fois à la quantité et à la qualité de celle-ci (Deci & Ryan, 2008). Selon la TAD, il existe différents types de motivation — que l'on peut classer

en deux principales catégories, soit la motivation autonome et contrôlée — se regroupant sur un continuum.

Allant respectivement du niveau le plus élevé d'autodétermination au niveau le plus bas, on peut regrouper les motivations associées à l'adoption d'un comportement, telles que la pratique de l'activité physique ou l'adoption d'une saine alimentation, en cinq catégories : (1) la motivation intrinsèque; (2) la régulation identifiée; (3) la régulation introjectée; (4) la régulation externe; et (5) l'amotivation. La motivation intrinsèque est considérée comme le plus haut niveau de motivation autonome que peut atteindre un individu. Elle implique qu'il pratique une activité parce qu'il en retire du plaisir et une certaine satisfaction (Deci & Ryan, 2000). Par exemple, une personne qui fait du vélo parce qu'elle aime le sentiment de liberté que lui procure cette activité est intrinsèquement motivée. Au deuxième niveau, on trouve la régulation identifiée. Ce type de motivation implique que la personne commence à prendre conscience de l'intérêt qu'elle porte à une activité. Non seulement elle la valorise, mais elle trouve également important de la pratiquer. Par exemple, une personne pourrait décider de pratiquer la natation pour les bénéfices à long terme que cette activité lui procure au niveau de sa santé. Au troisième niveau d'autodétermination, on retrouve la régulation introjectée. Ce type de motivation implique que l'individu commence à intérioriser ce qui influence ses comportements et ses actions. La régulation introjectée permet l'intériorisation de contraintes qui étaient auparavant extérieures à l'individu, mais elle sous-tend qu'il ressent de la culpabilité ou de la pression interne s'il n'adopte pas le comportement. Par exemple, une personne pourrait décider de marcher parce qu'elle se sent coupable si elle ne le fait pas et parce qu'elle craint le jugement des autres. Au quatrième niveau, on retrouve la motivation extrinsèque qui se définit par le fait que l'individu est motivé par des sources de contrôle externes, dont des récompenses matérielles ou des punitions. Par exemple, une personne pourrait décider de

pratiquer la marche rapide par obligation, puisque son médecin lui a fortement recommandé de le faire. Au cinquième niveau, l'amotivation se définit par l'absence de motivations extrinsèques et intrinsèques. Par exemple, une personne pourrait décider de faire de la marche rapide, mais n'en éprouver aucun plaisir et n'en retirer aucun bénéfice (Deci & Ryan, 1985, 2000).

Tel que rapporté par une revue systématique de la littérature incluant 66 études menées auprès de plusieurs types de populations, y compris des populations atteintes d'une maladie chronique, un très grand nombre de recherches supportent l'existence d'une relation positive entre la motivation autonome (c'est-à-dire la motivation intrinsèque et identifiée) et la pratique d'activités physiques (Teixeira, Carraça, Markland, Silva, & Ryan, 2012). En effet, les études présentées dans le cadre de cette recension systématique des écrits montrent que plus la motivation est de nature autonome, plus la fréquence autorapportée de la pratique de l'AP est élevée. À l'inverse, ces mêmes résultats révèlent que la motivation contrôlée (c'est-à-dire la motivation introjectée et externe) présente une relation qui est soit négative ou non significative, avec la fréquence autorapportée de pratique de l'AP. Par ailleurs, les chercheurs ont obtenu des résultats très similaires dans le domaine de l'alimentation. En effet, il semble que la théorie de l'autodétermination soit un facteur important à considérer dans la régulation des comportements alimentaires (Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste, & Teixeira (2012). À titre d'exemple, les résultats ont montré que le profil motivationnel autonome est associé positivement à l'adoption de saines habitudes de vie et à l'adoption de stratégies favorisant le succès de la régulation de la prise alimentaire (Gropper et al., 2014; Otis & Pelletier, 2008; Pelletier et al., 2004).

5.3.3 Résultats quantitatifs supplémentaires (présenté partiellement sur l’affiche scientifique)

Dans les Tableaux 1 et 2 de l’affiche scientifique, on retrouve les différents types de motivation sous-jacents à la pratique d’activités physiques et aux comportements alimentaires, avec leur alpha de Cronbach, moyennes et écarts-types respectifs.

Le Tableau 1 de l’affiche scientifique, portant sur la pratique d’activités physiques, présente les résultats découlant du *Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire-2* [BREQ-2] (Markland et Tobin (2004), un questionnaire qui s’appuie sur la théorie de l’autodétermination (Deci & Ryan, 1985, 2000). Dans ce tableau, les alphas de Cronbach réfèrent à la cohérence interne de chacune des sous-échelles du BREQ-2 (séparées en fonction de chaque type de motivation). Il est à noter que deux sous-échelles possèdent une moins bonne cohérence interne, considérant que la valeur de référence est généralement de 0,70 (Field, 2018). En effet, le construit de la motivation identifiée possède un alpha de Cronbach de 0,61, et le construit de l’amotivation présente un alpha de Cronbach à 0,48. Les moyennes indiquées au Tableau 1 sont celles correspondant à chaque type de motivation du questionnaire du BREQ-2. Dans ce questionnaire, les participants indiquaient dans quelle mesure ils étaient en accord chacun des énoncés à l’aide d’une échelle de Likert allant de 0 (*Pas vrai du tout*) à 4 (*Complètement vrai*). La moyenne la plus élevée est celle de la motivation intrinsèque ($M = 3,16$, $É.-T. = 0,90$). Il est à noter que la motivation intrinsèque (p. ex. je pratique l’activité physique pour le plaisir que ça me procure) est une forme de motivation autonome.

Pour sa part, le Tableau 2 de l’affiche scientifique, portant sur les comportements alimentaires, présente les résultats obtenu à l’aide du questionnaire *The Regulation of Eating Behaviours Scale* (REBS), s’appuyant aussi sur la théorie de l’autodétermination (Deci & Ryan, 1985, 2000). Les

moyennes indiquées au Tableau 2 correspondent à chacun des types de motivation du questionnaire du REBS. Les participants indiquaient dans quelle mesure ils étaient en accord chacun des énoncés du REBS à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (*Ne correspond pas du tout*) à 7 (*Correspond exactement*). La moyenne la plus élevée était celle de la motivation identifiée ($M = 5,70$, $É.-T. = 1,20$), aussi considérée comme une forme de motivation autonome. Pour les fins de l'étude 2b, la sous-échelle mesurant la régulation intégrée n'a pas été utilisée dans les analyses considérant sa grande similarité avec la sous-échelle de la régulation identifiée.

À la lumière des résultats des Tableaux 1 et 2, il est possible de suggérer qu'en général, les participants de l'étude 2b pratiquent l'activité physique et adoptent de saines habitudes alimentaires pour le plaisir et la satisfaction qu'ils en retirent ou encore parce qu'ils estiment que c'est important de le faire.

Outre les résultats de l'affiche scientifique sur la pratique d'activités physiques, il est important de mentionner que seulement 38 % des participants respectaient les recommandations canadiennes en matière de pratique de l'activité physique, c'est-à-dire pratiquer au moins 150 minutes d'activités physiques d'intensité modérée à élevée par semaine. Le Tableau 17 détaille la moyenne hebdomadaire de la durée de la pratique d'activités physiques selon son niveau d'intensité. Trois questions permettaient également d'évaluer l'accès aux trois d'intensité d'activités (faible, modérée et élevée) à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (*Pas vrai du tout*) à 7 (*Complètement vrai*) (Castonguay, Miquelon, & Michaud, 2015). Les moyennes associées à chacune de ces questions sont indiquées dans la colonne de droite du Tableau 17.

Tableau 17

Moyenne hebdomadaire de la durée de la pratique d'activités physiques (minutes) et d'accessibilité (N = 32)

Pratique hebdomadaire d'AP durant les loisirs selon le niveau d'intensité	Moyenne hebdomadaire en minutes (<i>É.-T.</i>)	Moyenne de l'accessibilité aux trois types d'activité physique (<i>É.-T.</i>)
Intensité faible d'AP	258 (579)	6,6 (0,98)
Intensité modérée d'AP	104 (154)	5,3 (1,69)
Intensité élevée d'AP	46 (79)	4,3 (2,18)

En ce qui concerne les valeurs minimales et maximales associées à chacun des types d'intensité la durée la plus basse était de zéro (ce pour les trois types d'intensité), alors que pour l'intensité faible, le maximum correspondait à 3360 minutes (56h), à 840 minutes (14h) pour l'intensité modérée et à 300 minutes (5h) pour l'intensité élevée. L'activité physique d'intensité élevée est donc le niveau d'intensité le moins pratiquée par les participants ($M = 46$, $\acute{E}.-T. = 79$), en plus d'être également la moins accessible des trois ($M = 4,3$, $\acute{E}.-T. = 2,18$).

Ceci dit, trois questions issues de la théorie du comportement planifié de Ajzen (1991) ont été utilisées pour mesurer l'intention de pratiquer l'activité physique dans les trois prochains mois (Boudreau & Godin, 2009). Les participants répondaient aux énoncés portant sur l'intention de pratiquer l'activité physique à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (*Très improbable*) à 7 (*Très probable*). Pour la pratique d'activités d'intensité faible, la moyenne de l'intention était de 5,69 ($\acute{E}.-T. = 1,6$), de 6,0 ($\acute{E}.-T. = 1,2$) pour la pratique d'activités d'intensité modérée et de 5,3 ($\acute{E}.-T. = 1,4$) pour la pratique d'activités physiques élevée.

Par ailleurs, pour compléter les résultats de l’affiche scientifique, le Tableau 18 indique le nombre de participants adhérant aux recommandations du Guide alimentaire canadien ainsi que la consommation quotidienne (moyenne) pour chacun des quatre groupes alimentaires.

Tableau 18

Adhésion aux recommandations du Guide alimentaire canadien et consommation quotidienne des quatre groupes alimentaires (portions) (N = 32)

Adhésion aux recommandations du Guide alimentaire canadien	N
Fruits et légumes	11
Produits céréaliers	4
Produits laitiers	26
Viandes et substituts	29
Groupe alimentaire (recommandations quotidiennes)*	M (É.-T.)
Fruits et légumes (7–10 portions)	6,25 (2,4)
Produits céréaliers (6–8 portions)	3,9 (1,9)
Produits laitiers (2–3 portions)	3,0 (1,4)
Viandes et substituts (2–3 portions)	3,2 (1,2)

Note. *Les recommandations du Guide alimentaire canadien diffèrent pour les adultes de 19 à 50 ans, les adultes de 51 ans et plus ainsi que pour les hommes et les femmes.

En résumé, les résultats du Tableau 18 suggèrent que l’adhésion aux recommandations du Guide alimentaires canadien semble plus favorable chez les participants de l’étude 2b que chez les participants de l’étude 2a et même que chez les participants de l’étude EANEPN (Chan et al., 2019). Toutefois, cette comparaison doit être interprétée avec précaution étant donné que les participants de l’étude 2b sont principalement issus des Premières Nations vivant en milieu urbain.

5.3.4 Résultats qualitatifs supplémentaires (présenté partiellement sur l’affiche scientifique)

Le processus d’analyse qualitatif était basé sur les principales catégories issues du cadre conceptuel du MSSS (2012a) soit : (1) l’état de santé de la population (définition de la santé); (2) les caractéristiques individuelles (habitudes de vie et comportements); (3) les milieux de vie (famille et communauté); (4) les systèmes et le contexte global (système de santé).

(1) État de santé de la population

Perception de sa santé. Plusieurs pathologies physiques et psychologiques sont présentes chez les participants, telles que le diabète, l’anxiété ou encore des douleurs chroniques. Toutefois, celles-ci n’influencent pas nécessairement négativement la perception de leur état de santé. Les deux extraits suivants démontrent la divergence de perception des participants lorsqu’on leur demande spontanément à combien ils évaluent leur santé sur une échelle de zéro à dix, une gradation allant d’une perception de mauvaise santé à une perception d’excellente santé :

« À trois (sur une échelle de dix) en ce moment. Oui, ce n’est pas fameux. À cause que je travaille beaucoup, je ne fais pas beaucoup d’activités physiques. Puis là, je ne dors pas beaucoup parce que je travaille tout le temps. »

Participant 2

« Je dirais 9,5 (sur une échelle de dix). [...] je suis très disciplinée. Je me lève à 5h le matin pour m’entraîner puis je travaille de 8h le matin à 5h le soir. Ma planification de repas de la semaine est toujours faite le week-end, on prépare des repas d’avance, pour avoir le moins d’écarts [alimentaires] possible. »

Participant 1

Définition de la santé. Pour la majorité des participants interrogés, la santé se définit comme un équilibre entre les aspects physiques de la santé (p. ex. alimentation saine et pratique d’activités physiques), mais également psychologique (p. ex. santé mentale). Quelques-uns ont aussi discuté de la spiritualité et de l’aspect émotionnel (p. ex. réseau social), en lien avec la roue de médecine. D’autres participants ont souligné qu’il est possible d’être en santé malgré la présence de maladies

ou de facteurs de risque (p. ex. anxiété ou surplus de poids), à condition que cette personne prenne soin d'elle. Le participant suivant explique notamment l'importance de l'équilibre et de la modération :

« Quelqu'un qui est en santé, c'est quelqu'un qui prend soin de lui, psychologique et physiquement, qui fait attention à tout, qui ne touche jamais à la drogue, ou bien qui fume peut-être de temps en temps une cigarette. L'alcool, peut-être des fois, mais pas trop, pas trop exagéré, avec modération comme on dit. »

Participant 8

(2) Caractéristiques individuelles

L'alimentation. Tous les participants utilisent des stratégies pour favoriser une alimentation plus saine, tels que la planification des repas à l'avance, le partage des tâches culinaires, l'achat de produits en rabais, la variation des aliments afin d'avoir un équilibre alimentaire, la consommation d'eau et la nécessité de prendre le temps de manger avec l'entourage. Le participant suivant partage son expérience familiale en regard de l'alimentation :

« Depuis que ma femme est malade, j'y apprends des choses, à ne pas manger trop de poutine parce qu'elle a tendance à vouloir tout le temps appeler dans les restos. Je lui dis : « Tu peux manger des frites une fois de temps en temps, mais pas à tous les jours ». « J'amène soit des fruits ou des légumes. J'y conseille de manger des choses avec nous autres. De manger ensemble puis de parler de notre journée. »

Participant 3

Du côté des défis à surmonter, cinq participants ont avoué ne pas prendre le temps de déjeuner le matin. Il faut mentionner que trois participants avaient des conditions physiques nuisibles à l'appétit (p. ex. douleur dentaire ou médication avec effet secondaire sur l'appétit). L'accessibilité des aliments et le coût élevé des fruits et légumes sont des défis mentionnés par plusieurs. Il est aussi indiqué par les participants qu'en milieu urbain, il est plus difficile d'avoir accès à l'alimentation traditionnelle (p. ex. orignal ou castor), mais la présence de membres de la famille

résidant dans les communautés favorise le partage environ une fois par année. Le manque de compétence culinaire est aussi une barrière à l'intégration d'aliments méconnus.

La pratique d'activités physiques. L'activité physique pratiquée la plus populaire parmi les participants est la marche. Plusieurs ont rapporté ses bienfaits physiques (p. ex. meilleure gestion du taux de glycémie pour une personne atteinte de diabète), psychologiques (p. ex. offre un temps de réflexion) et spirituels (p. ex. aide à passer au travers les difficultés familiales). Or, plusieurs défis sont omniprésents face à la pratique d'activités physiques, tels que le manque de temps, le manque de motivation et les problématiques physiques. D'ailleurs, comme le participant suivant le soulève, la discrimination dans le sport à l'égard des Autochtones est aussi présente :

« Mais, quand j'ai commencé à travailler, j'ai négligé ce sport-là, cette pratique-là, ce mode de vie là puis tranquillement bien, les autres choses ont embarqué. Les enfants sont nés. [...] Souvent quand on voyait, je le sentais pareil, veut veut pas, tu vis des préjugés aussi. Quand j'allais au camp d'entraînement puis tu vois arriver le p'tit Indien avec son sac d'équipement, là tout le monde te regarde. »

Participant 13

(3) Milieux de vie

Milieu familial. Plusieurs participants ont verbalisé le rôle de soutien que joue la famille dans l'adoption des saines habitudes de vie. En plus de la possibilité de partager les tâches au sein de la famille, les membres de celle-ci s'influencent, se motivent, s'encouragent et servent de modèle les uns et les autres. L'extrait du participant suivant illustre ce soutien familial, dans le cadre de sa pratique du hockey :

« Ma mère [...] est là souvent dans mes parties (de hockey). Elle me dit des trucs comme de lancer quand c'est le bon temps. [...] Tu sais elle m'encourage souvent. Mon frère m'encourage trop aussi, genre il m'encourage vraiment, vraiment, vraiment. J'adore tout ce qu'il me dit. Il m'inspire en fait. C'est une source d'inspiration pour moi de ne pas lâcher le hockey. »

Participant 8

Parfois, surtout en matière d'alimentation, l'influence familiale est négative, car il y a certains « mangeurs difficiles » dans la famille où il y a des lacunes dans les compétences culinaires :

« Puis aussi, ça ne fait pas beaucoup la cuisine. On dirait qu'ils ne l'ont pas vraiment appris, parce que [...] mes tantes, c'étaient pas des exemples. Quand arrive le premier du mois, ça commande du restaurant, ça mange du surgelé, mettons des Pogos, des pizzas pochettes, tout le temps. »

Participant 2

Communauté locale et voisinage. Tel qu'expliqué par les participants, l'accès aux connaissances culturelles autochtones est plus facile à transmettre et à recevoir dans les communautés (p. ex. chasse). Par contre, les conditions de vie y sont difficiles (p. ex. violence, peu d'emploi), tout comme l'accès au logement. En milieux urbains, le sentiment d'appartenance à l'identité autochtone est notamment véhiculé par les centres d'amitié autochtones. Plusieurs activités culturelles y sont organisées, mais également des initiatives en lien avec les saines habitudes de vie (p. ex. cuisines collectives). Cependant, le taux de participation semble parfois faible, comme le rapporte cette participante :

« On est en train de faire plus de cuisines collectives. Puis inviter vraiment les gens à y aller. Le monde y voit ça puis y préfère rester chez eux à ne rien faire. Peut-être, faire plus de publicité là-dessus. Avec les centres d'amitié autochtones, comme ici il y a eu une marche de santé d'organisée. Il y a juste eu deux participants. »

Participant 2

Milieu de travail. Certains milieux de travail présentés par les participants ont une influence réelle sur l'adoption d'une alimentation plus saine et d'une plus grande pratique d'activités physiques. La participante suivante discute de ses découvertes culinaires dans le cadre de son milieu de travail :

« Il y a des fois que des personnes ici font la cuisine. Puis c'est vraiment des légumes que je ne connais, que je n'ai pas mangés encore. Puis c'est bon quand on y goute pareil. Ça sent bon puis c'est ça. »

Participant 6

Certains pratiquent des activités physiques sur l'heure du repas, car des installations et incitatifs sont mis en place. D'autres employeurs sont aussi sensibles au bien-être de leurs employés et contribuent à leur équilibre personnel. Par contre, d'autres efforts pourraient être mis de l'avant par les employeurs, comme favoriser l'accès aux installations ou offrir des incitatifs financiers. De plus, les mauvaises habitudes de certains collègues influencent parfois les autres à consommer davantage de nourriture préparée par la restauration rapide.

(4) Systèmes

Le système de santé. Les participants qui ont un accès à un médecin de famille ou à une infirmière dans une clinique ont un lien de confiance avec ce professionnel de la santé. Un participant a même mentionné pouvoir rejoindre son médecin directement par le biais d'une application mobile. D'autres n'ont pas cette chance d'être suivis par un médecin et témoignent de la complexité du système de santé fédéral et provincial. Le participant suivant compare d'ailleurs les communautés autochtones à des enclos où la gestion des soins diffère selon le lieu de domiciliation :

« Si tu tombes malade à l'intérieur de l'enclos (en communauté), le gouvernement va prendre en charge, ou va te soigner, ou va t'héberger, on va te transporter vers un centre hospitalier. Mais si tu tombes malade à l'extérieur de l'enclos, tu dois te débrouiller dans un autre système québécois [...]. Ça fait que tu deviens un peu la patate chaude du gouvernement. »

Participant 13

Certains participants ont d'ailleurs mentionné leur méfiance à l'égard des médicaments et préfère utiliser la médecine traditionnelle, comme le bouleau, le chaga ou encore la tente à sudation (communément appelé *sweat lodge*).

L'aménagement du territoire. Autant pour l'alimentation que pour la pratique d'activités physiques, l'accessibilité demeure un enjeu majeur. Que ce soit en termes de coûts (p. ex. prix des fruits et légumes élevés ou inscription au hockey), de connaissance des ressources (p. ex. recherche de club sportif) ou encore de sécurité (p. ex. routes dangereuses pour les piétons). L'extrait suivant démontre bien cette notion de sécurité en milieu urbain :

« *Oui, bien c'est sûr qu'il y a beaucoup de secteurs ici qui font peur. Comme moi mettons, le secteur où ce que je vis chez nous, moi je ne sors pas après huit heures [...]. Moi mon secteur, c'est comme une zone plus sombre de la ville, parce qu'ils disent souvent qu'y a beaucoup de vendeurs de drogues puis il n'y a pas beaucoup de lumières [...]* »

Participant 14

5.3.5 Références complètes de l'affiche scientifique

1. Lévesque, C., et al., [Demographic Profile of the First Nations and Inuit Population in Quebec Cities, 2001 to 2016] *Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001 à 2016*. 2019, Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec : Montréal, Qc. p. 98.
2. Place, J., *The health of Aboriginal People residing in urban areas*. 2012, National Collaborating Centre for Aboriginal health: Prince George, BC.
3. First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission. (2018). *First Nations Regional Health Survey / Health status and chronic health conditions* [online]. Retrieved from https://cssspnql.com/docs/default-source/ers-phase-3/sante-maladie_chronique_ers_phase-3_eng.pdf?sfvrsn=2
4. Wharton, S., et al., *Obesity in adults: A clinical practice guideline*. CMAJ, 2020. **192**(31): p. E875-E891.
5. Rabi, D. M., et al., *Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children*. The Canadian Journal of Cardiology, 2020. **36**(5): p. 596-624.
6. Anderson, T. J., et al., *2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult*. The Canadian Journal of Cardiology, 2016. **32**(11): p. 1263-1282.
7. Diabetes Canada Clinical Practices Guidelines Expert Committee, *Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada*. Canadian Journal of Diabetes, 2018. **42**: p. S1-S325.

8. Ministry of Health and Social Services of Quebec. (2012). *Health's determinants: Better understanding for better acting* [online]. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
9. Colapinto, C., J. Graham, and S. St-Pierre, *Trends and correlates of frequency of fruit and vegetable consumption, 2007 to 2014*. Health Reports, 2018. **29**(1): p. 9-14.
10. McGregor, L., et al., *Caregivers' Perspectives on the Determinants of Dietary Decisions in Six First Nation Communities*. International Journal of Indigenous Health, 2018. **13**(1): p. 122-139.
11. Thompson, C., et al., *What does it mean to be a 'picky eater'? A qualitative study of food related identities and practices*. Appetite, 2015. **84**: p. 235-239.
12. Colley, R., et al., *Physical activity of Canadian adults: Accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey*. Health Reports, 2018. **22**(2).

Chapitre 6

Résultats de l'Étude 3 - Transcultural health practice of emergency nurses working with
Indigenous population: A descriptive study
(publiée en 2020 au *Journal of Emergency Nursing*)

Le Chapitre 6 présente les résultats associés à l'objectif 3 de la thèse, c'est-à-dire examiner l'autoperception de la compétence culturelle des infirmières travaillant auprès de la clientèle autochtone¹. À cet effet, l'adaptation culturelle des soins de santé hors communauté figure parmi une priorité de recherche des Premières Nations du Québec (CSSSPNQL, 2018f). Les résultats de l'étude 3 sont présentés sous la forme d'un article scientifique publié en mars 2020 dans le *Journal of Emergency Nursing*. La version présentée est celle acceptée (communément appelée *post-print*)². Pour répondre aux exigences de cette thèse, la contribution des auteures est détaillée à la prochaine section ainsi qu'un résumé en français de l'article.

6.1 Contribution des auteurs

La doctorante (A.-M. Leclerc) est la chercheuse principale de la recherche, de l'entière collecte de données, de la revue de la littérature, l'analyse et la rédaction de l'article. Les deux directrices (P. Miquelon et M.-C. Rivard) ont appuyé la conception de la recherche, les analyses et elles ont effectué les révisions de l'article. Toutes les auteures de cet article ont autorisé sa publication dans le cadre de cette thèse.

¹ Il est à noter que la formulation de l'objectif de l'article est quelque peu différente de la thèse. Des correctifs ont été apportés depuis le dépôt initial de la thèse. Il est d'ailleurs question dans l'article d'un projet plus large qui s'intéresse au « health trajectory of Indigenous peoples ». Il s'agit de l'ancien titre de la thèse.

² Selon les exigences du programme doctoral, les articles doivent être présentés sous la même forme que le reste du texte, mais cette version de l'article a été révisée par les pairs et accepté pour publication.

6.2 Résumé en français

Introduction. Pendant des décennies, les inégalités en matière de santé ont persisté pour les populations autochtones. Alors que la population autochtone augmente dans les villes, la prestation des soins de santé dans les milieux urbains peut représenter un défi. Les infirmières d'urgence sont souvent le premier contact dans le système de santé et elles jouent un rôle clé dans l'expérience du patient. Cette étude visait à décrire les pratiques de santé transculturelles des infirmières d'urgence canadiennes qui travaillent avec les peuples autochtones. **Méthodes.** Une étude descriptive a été menée auprès de 30 infirmières d'urgence. **Résultats.** Environ 90 % des infirmières qui ont participé à l'étude n'avaient pas reçu de formation spécifique sur la santé autochtone. Le type de soins culturellement appropriés le plus courant était l'examen clinique ($M = 7,22$). Les soins associés à la sexualité étaient les moins fréquents ($M = 5,47$). Les infirmières avaient moins confiance en leur capacité d'interroger les peuples autochtones sur l'importance des remèdes maison et de la médecine populaire ($M = 5,38$). **Discussion.** En résumé, les infirmières des services d'urgence avaient davantage confiance en leur capacité de fournir des soins techniques qu'en leurs connaissances des aspects culturels de la prestation des soins. Les populations autochtones font face à des défis concernant l'accès aux soins de santé. Par conséquent, des interventions spécifiques devraient être mises en œuvre pour soutenir l'amélioration des soins culturels dispensés par les infirmières des services d'urgence.

Mots clés : Autoefficacité transculturelle; Compétence culturelle; Soins infirmiers d'urgence; Peuples autochtones

Transcultural Health Practices of Emergency Nurses Working with Indigenous Peoples: A Descriptive Study

This is a post-print of an article accepted for publication in *Journal of Emergency Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.10.018>

Authors:

Anne-Marie Leclerc, RN, MSc, PhD (c), Assistant professor
Department of Nursing¹
E-mail: Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

Paule Miquelon, Ph.D, Professor
Department of Psychology¹

Marie-Claude Rivard, Ph.D, Professor
Department of Human Kinetics¹

¹ University of Quebec at Trois-Rivières, QC (Canada)

Corresponding author:

Anne-Marie Leclerc, RN, MSc, PhD (c)
Department of Nursing, University of Quebec at Trois-Rivières
3351 Boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec, Canada, G8Z 4M3
Phone : 819-376-5011, extension 3448
E-mail: Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

Acknowledgments

The authors wish to thank the emergency nurses for their participation. This research was supported by the *Clinical research fund* from the author's university. The authors report no conflict of interest.

Contribution to Emergency Nursing Practice

- The current literature on transcultural health practices of health professionals indicates some discomfort related to knowledge and skills associated with Indigenous peoples' health care.
- This article contributes the finding that emergency nurses do not receive specific training about Indigenous health. Altogether, nurses are less confident with their communication skills with Indigenous peoples.
- Key implications for emergency nursing practice found in this article are the need for education of emergency nurses regarding disparities in care and the development of strategies to promote self-efficacy for Indigenous cultural care.

Abstract

Introduction: For decades, health inequalities have persisted for Indigenous populations. As the Indigenous population is growing in the cities, health care delivery in urban areas can be challenging. Emergency nurses are often the first contact in the health system, and they play a key role in the patient's experience. This study aims to describe the transcultural health practices of Canadian emergency nurses working with Indigenous peoples. **Methods:** A descriptive study was conducted among 30 emergency nurses. **Results:** Approximately 90% of the nurses who participated in the study had not received specific training about Indigenous health. The most commonly occurring type of culturally appropriate nursing care was clinical examination (mean = 7.22) and sexuality care was the least frequent (mean = 5.47). The nurses were less confidence in their ability to interview Indigenous peoples about the importance of home remedies and folk medicine (*mean* = 5.38). **Discussion:** In summary, emergency nurses had more confidence in their ability to provide technical care than in their knowledge regarding the cultural aspects of providing care. As Indigenous populations face challenges regarding access to health care, specific interventions should be implemented to support better-quality cultural care from emergency nurses.

Keywords: Indigenous peoples; Emergency nursing; Cultural competence; Transcultural self-efficacy

Introduction

In Canada, more than 1.6 million people self-identify as being Indigenous, which refers to First Nations, the Inuit, and the Métis (Statistics Canada, 2018). The Indigenous population is growing and is seen mainly in the cities (Cooke & Wilk, 2018; Statistics Canada, 2018). Education and employment opportunities remain the principal motivations for urban migration; however, access to health care services also plays a role (Cooke & Wilk, 2018). Furthermore, the number of older adults in the Indigenous population is growing. Despite the persistent health disparities between Indigenous and non-Indigenous peoples and the high rate of chronic diseases, the evidence does not indicate a higher use of health care services by Indigenous peoples (Cooke & Wilk, 2018; Smylie & Firestone, 2016).

Health care delivery in urban areas can be challenging. For Indigenous people living off-reserve, the likelihood of experiencing difficulties in accessing first-contact services is significantly higher (Clarke, 2016). The predominance of the biomedical model that tends to treat only the disease and the infirmity seems to run counter to Indigenous peoples' holistic views on health (physical, mental, emotional, and spiritual well-being (Howell, Auger, Gomes, Brown, & Young Leon, 2016). Thus, urban Indigenous populations could experience racism and judgement from health professionals, or they could feel that their needs are not understood (Allan & Smylie, 2015; Kitching et al., 2019). In Canada, data obtained from 2013 Canadian Community Health Survey ($n = 16,836$) indicated that 48.4% of Indigenous peoples reported experiencing discrimination and this discrimination is a determinant of chronic disease (Siddiqi, Shahidi, Ramraj, & Williams, 2017).

In a large study conducted with an urban Indigenous population in the Province of Quebec (N = 1,723), 57% of the participants felt that they had been victims of racism and discrimination by the government services provided by the province (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec [RCAAQ], 2018). Of the participants who had used government health and social services (70%), 18% reported that their needs had not been met. In the same study, 22% of the participants indicated that they did not have accurate information about health and social services or that the government services did not meet the needs of the urban Indigenous population (RCAAQ, 2018). Because of events regarding possible discriminatory practices in the delivery of public services in Quebec province, the government created the Public Inquiry Commission to examine the relationships between public service providers and Indigenous peoples (Public inquiry commission on relations between Indigenous peoples and certain public services, 2017).

Health leaders and professionals play a key role in patients' experiences (McGibbon, 2019). Seven of the recommendations in the Canadian Truth and Reconciliation Commission's Calls to Action (2015) are related to the health of Indigenous peoples. These recommendations include the availability of appropriate health services and the need for cultural competency training for all health care professionals. Over more than 25 years, efforts have been made to incorporate the cultural competence for working with vulnerable populations into the nursing and healthcare curricula (Purnell, 2016). It is even recommended that cultural competence should be an entry-to-practice level requirement (Canadian Nurses Association, 2018). In the context of working with indigenous peoples, cultural competency and cultural safety should be rooted in an awareness of the impacts of colonialism (Hunt, 2015). However, the cultural safety training for health professionals who address the issue of social injustice and unequal power relation, still presents challenges (Yaphe, Richer, & Martin, 2019). The application of the cultural safety, by creating a

culturally competent environment (Canadian Nurses Association, creates some discomfort for health professionals in relation to their lack of practical knowledge (Wilson, Magarey, Jones, O'Donnell, & Kelly, 2015). In the emergency department, health professionals are continuously dealing with patients who present with acute pain, anger, hunger, tiredness, confusion, or intoxication. Thus, as Johnson and Withers (2018) stressed, blaming the patient, which leads to the loss of empathy, can be tempting.

To explore the sensitive topic of cultural competence in relation to health care for Indigenous populations, this study used a self-evaluation approach that is based on Jeffreys' cultural competence and confidence (CCC) model (2016a). A review of the literature indicates that few instruments have been validated in French. More important, none has been designed specifically for Indigenous populations. On the basis of the issues outlined above, this study aimed to describe the transcultural health practices of emergency nurses who work with indigenous peoples.

Conceptual Framework

Jeffreys' CCC model provided the framework for this study (2016a). The CCC integrates the concepts that explain, describe, influence, and/or predict the phenomenon of learning cultural competencies. It also incorporates the construct of transcultural self-efficacy as a major influencing factor. According to Jeffreys' CCC model, "cultural competence is a multidimensional learning process that integrates transcultural skills in all three dimensions (cognitive, practical, and affective), involves transcultural self-efficacy (confidence) as a major influencing factor, and aims to achieve culturally congruent care" (Jeffreys, 2016a).

The cognitive learning dimension includes knowledge, intellectual abilities, and skills (Jeffreys, 2016a). In the present study, this dimension refers to the knowledge and comprehension of the cultural factors that could influence nursing care for Indigenous peoples. The practical learning dimension focuses on the development or practical application of motor skills (Jeffreys, 2016a). In the present study, it refers to the verbal and nonverbal communication skills needed for interviewing indigenous peoples about their values and beliefs. The affective learning dimension concerns attitudes, values, and beliefs (Jeffreys, 2016a). It includes self-awareness, awareness of cultural gaps, acceptance, appreciation, recognition, and advocacy (Jeffreys, 2000). According to the CCC model, transcultural self-efficacy is the perception of confidence to perform or to learn transcultural nursing skills. The transcultural self-efficacy concept is based on Bandura's self-efficacy theory (1986).

Methods

A descriptive and quantitative study was conducted. The study was nested in a larger project to examine the health trajectory of Indigenous peoples with regard to health determinants and perspectives. This paper specifically evaluated the nurse perspective.

The eligible population was nurses working in emergency departments in three hospitals in Quebec province (N = 233). Using volunteer sampling, 30 nurses were included in the sample (13% of the total sample). Meetings were held with all the nurses to explain the project. The following were the three inclusion criteria: (1) being a nurse for ≥ 6 months, (2) not being Indigenous, and (3) having been exposed to care for Indigenous populations. The questionnaires were left to the assistant head nurses. The completed questionnaires were returned to them in sealed

envelopes. To thank the participants, each emergency department held a random drawing for a gift card. The data were collected between September 2017 and May 2018.

Instruments

Three questionnaires that could be completed within 20 minutes were distributed to the nurses. The first examined the nurses' transcultural self-efficacy and the second the nurses' cultural competence clinical evaluation. The third evaluated their sociodemographic characteristics.

Transcultural self-efficacy tool. The transcultural self-efficacy tool (TSET) contains 83 items that evaluate nurses' confidence in their ability to care for individuals from different cultures (Jeffreys, 2016a, 2016b). It contains three subscales: cognitive (25 items), practical (28 items), and affective (30 items) (Jeffreys, 2016a). The cognitive subscale measures confidence regarding the knowledge of the possible influence of cultural factors on nursing care. The practical subscale measures the confidence to interview patients of different backgrounds to learn about their values and beliefs. The affective subscale measures attitudes, values, and beliefs. The questionnaire uses a 10-point Likert scale (1 = *not confident* to 10 = *totally confident*). The process for the development and validation of this scale has been published (Jeffreys & Dogan, 2010). A Cronbach's alpha of 0.97 was obtained for all of the subscales with the French version of the questionnaire (Dzemaili, 2016; Stanic, 2016). In the present study, the Cronbach's alpha values for the three scales were: 0.93, 0.92, and 0.98, respectively.

Cultural competence clinical evaluation tool—employee version. The cultural competence clinical evaluation tool—employee version (CCCET—EV) is adapted from the TSET. It comprises 83 items that assess the dimensions of cultural competence in clinical behaviors

(Jeffreys, 2016a, 2016b). The CCCET—EV contains three subscales: (1) culture-specific care (25 items), (2) cultural assessment (28 items), and (3) cultural sensitivity (30 items) (Jeffreys, 2016a). However, only the first subscale, the extent of culture-specific care, was used in the present study. This subscale evaluated the nurses' confidence in their ability to care for individuals from different cultures. It included items about physical examinations, patient education, illness prevention, and diagnostic testing. The tool used a 10-point Likert scale (1 = *not confident* to 10 = *totally confident*). In addition, the respondents had the option of selecting "A" ([clinical] area not available) or "B" (diverse clients not available). The development and validation of this scale have been previously examined (Jeffreys & Dogan, 2010). A Cronbach's alpha of 0.94 was previously reported for the French version of the subscale (Dzemaili, 2016; Stanic, 2016). In the present study, the Cronbach's alpha value was 0.92.

Sociodemographic questionnaire. The sociodemographic questionnaire was used in the present research to assess the nurses' personal characteristics (age, gender, and Indigenous identity), academic journeys (education level and training about indigenous health), and nursing journeys (hospital setting, nursing experience, employment status, schedule, and experience in indigenous communities).

IBM SPSS Statistics for Windows Version 24.0 (Armonk, NY) was used for the analyses. Descriptive analyses were performed; thus, means, frequencies, and percentages were calculated. This study was approved by the research ethics committees of the university and hospitals concerned. All participants were informed of the nature of the study and provide written informed consent.

Results

A total of 30 non-Indigenous nurses from 3 Quebec province emergency departments participated in the study. A majority were women (80%) aged between 31 and 50, with an average of 16 years of experience (see Table 19). Most of the nurses had undergraduate diplomas, and 90% indicated that they had never received training about Indigenous health.

Transcultural Self-Efficacy

The TSET was used to assess the nurses' confidence in their ability to use transcultural nursing skills to serve Indigenous populations. Table 20 presents the results from the 3 transcultural self-efficacy questionnaire subscales: cognitive, practical, and affective. The mean for the cognitive subscale was 6.19.

Table 19

Results from the sociodemographic questionnaire (N = 30)

Variables	<i>n</i> (%)
Age (years)	
Younger than 30	5 (16.7)
Between 31 and 40	10 (33.3)
Between 41 and 50	9 (30.0)
Older than 50	6 (20.0)
Gender	
Women	24 (80.0)
Men	6 (20.0)
Education	
College training	11 (36.6)
Undergraduate	16 (53.3)
Master	3 (10.0)
Training on indigenous health	
Yes	3 (10.0)
No	27 (90.0)
Nursing experience (years)	Mean (<i>SD</i>)
	15.93 (8,76)

Table 20

Results from the transcultural self-efficacy questionnaire

	Mean (SD)
<i>Cognitive subscale</i>	6.19 (1.22)
Five items with the highest means	
1. Diagnostic tests	6.93 (1.9)
2. Blood tests	6.93 (2.0)
3. Comfort and pain relief	6.89 (1.8)
4. Rest and sleep	6.86 (2.2)
5. Informed consent	6.79 (1.9)
Five items with the lowest means	
1. Growth and development	5.31 (1.9)
2. Birth	5.39 (2.3)
3. Sexuality	5.50 (2.4)
4. Anxiety and stress reduction	5.66 (1.8)
5. Diet and nutrition	5.67 (2.1)
<i>Practical subscale</i>	5.48 (1.26)
Two items with the highest means	
1. Level of French comprehension	6.38 (2.4)
2. Role of elders	6.10 (2.1)
Two items with the lowest means	
1. Acculturation	4.34 (1.9)
2. Worldview (philosophy of life)	4.46 (1.8)
<i>Affective subscale</i>	7.06 (1.19)
Two items with the highest means	
1. Acceptance of similarities among cultural groups	8.41 (1.7)
2. Acceptance of differences among cultural groups	8.38 (1.7)
Two items with the lowest means	
1. Recognition of inadequacies in the nation's health care system	5.00 (3.2)
2. Recognition of importance of home remedies and folk medicine	5.38 (2.4)

The 5 items presenting the highest means were diagnostic tests (6.93), blood tests (6.93), comfort and pain relief (6.89), rest and sleep (6.86), and informed consent (6.79). The five items presenting the lowest means were growth and development (5.31), birth (5.39), sexuality (5.50), anxiety and stress reduction (5.66), and diet and nutrition (5.67).

The mean for the practice subscale was 5.48. The 2 items presenting the highest means were level of French comprehension (6.38) and role of elders (6.10). The two items presenting the lowest means were acculturation (4.34) and worldview | philosophy of life (4.46). Finally, the mean for the affective subscale was 7.06. The 2 items presenting the highest means were acceptance of similarities among cultural groups (8.41) and acceptance of differences among cultural groups (8.38). The 2 items presenting the lowest means were recognition of the inadequacies in the nation's health care system (5.00) and recognition of the importance of home remedies and folk medicine (5.38).

Cultural Competence Clinical Evaluation

The CCCET—EV was used to gather data about the nurses' provision of culture-specific care to Indigenous populations. Table 21 presents the results obtained from the cultural competence clinical evaluation. The overall mean of the subscale was 6.25. The 5 items presenting the highest means were physical examination (7.22), comfort and pain relief (7.20), diagnostic tests (7.08), blood tests (6.92), and pregnancy (6.89). The 5 items presenting the lowest means were sexuality (5.47), hygiene (5.52), illness prevention (5.62), health history and interviews (5.64), and anxiety and stress reduction (5.65).

Table 21

Results from the Cultural Competence Clinical Evaluation questionnaire

	Mean (SD)
<i>Culture-specific care</i>	6.25 (1.9)
Five items with the highest means	
1. Physical examination	7.22 (2.1)
2. Comfort and pain relief	7.20 (2.4)
3. Diagnostic tests	7.08 (2.6)
4. Blood tests	6.92 (2.6)
5. Pregnancy	6.89 (2.8)
Five items with the lowest means	
1. Sexuality	5.47 (2.7)
2. Hygiene	5.52 (2.5)
3. Illness prevention	5.62 (2.8)
4. Health history and interview	5.64 (2.3)
5. Anxiety and stress reduction	5.65 (2.5)

Discussion

As was previously outlined, the cognitive subscale of the TSET refers to knowledge (Jeffreys, 2016a). On the one hand, the results showed that the emergency department nurses had more confidence regarding their knowledge of the technical aspects, such as diagnostic and blood tests, of the care they provided to the indigenous population. On the other hand, the results demonstrated that the nurses had less confidence regarding the care associated with birth, growth, and development. Such care is less frequent and has a lower priority in emergency departments. The item with the lowest mean was found in the practical subscale, which refers to communication skills. The nurses had more confidence in their ability to interview Indigenous people about their

French comprehension and the role of elders. French is the first or the second language spoken by most Indigenous people living near the study setting. However, the results regarding the comprehension of the term “elders” should be interpreted with caution. Indeed, for aboriginal communities, elders are bearers of knowledge. Thus, these individuals are not necessarily the oldest in the community (Guay, 2017). The nurses did not have a great deal of confidence regarding the subject of worldview or acculturation. Of course, trust needs to be built before such subjects can be discussed. In other words, emergency departments might not be the best place to discuss cultural values. It is important to outline the Quebec province context. More specifically, because the access to first-line services is relatively difficult, health care providers in the emergency departments deal with a heavy workload (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2016). As such, almost 60% of the patients admitted to emergency rooms worldwide could have been treated by primary care physicians because they were not in critical condition or in need of urgent care (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2017). Moreover, the number of visits to the Quebec emergency departments has been increasing, and there is a correlation with the growth of the elderly population (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2017). Finally, since 2015, Quebec’s health system has been reformed and several organizational changes have taken place (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

As was reported in a recent study, the affective subscale had the highest means (Farber, 2019). This result suggests that nurses feel confident about their own cultures, attitudes, and beliefs. However, they did not have the confidence regarding the importance of home remedies and folk medicine. Similar results were reported in Ontario (Canada). The health care workers in that study lacked a knowledge and understanding of indigenous issues, cultures, and medicinal practices (Wylie & McConkey, 2019). Moreover, the same Ontarian qualitative study reported ambivalence

about the need for culturally appropriate versus universal care. Such an analysis was not possible with the quantitative methodology used in the present study.

The results obtained from the CCCET—EV indicated that the nurses had more confidence in their ability to provide the specific types of care that are typical of emergency departments (physical examinations, comfort, and pain relief). In such situations, it is possible to apply good techniques without having cultural competency. Health care professionals are expected to provide care in a culturally appropriate manner but clients are the only ones to determine if the care are culturally appropriate or not (Canadian Nurses Association, 2018).

An assumption of the CCC model is that the acquisition of culturally appropriate nursing skills is influenced by nurses' perceived self-efficacy and their exposure to transcultural nursing care concepts and skills throughout their formal education (Jeffreys & Dogan, 2010). The fact that 90% of nurses had never received training about Indigenous health may have influenced our results. This same fact can explain the lower mean found for the practical subscale. It indicates that the nurses had less confidence in their ability to interview Indigenous peoples (practical subscale). For instance, in United States, there is a 90-minute training session grounded in cultural competency and decolonialism for mental health professionals to increase their knowledge, awareness, and skills regarding the care of Indigenous peoples (Lewis, Hartwell, & Myhra, 2018). In sum, recognizing the effects of complex intergenerational traumas on health and access to health services is critical for the ability to provide cultural safety care to Indigenous peoples in emergency department (Dell, Firestone, Smylie, & Vaillancourt (2016).

Limitations

The main limitations of this study are related to the questionnaires that were used. The French versions of the TSET and the CCCET—EV showed good reliability; however, the European terminology could have led to some confusion for the Quebecer nurses. Because the questionnaire required self-evaluation, the nurses might have rated themselves lower on skills. A low sense of self-efficacy can affect cultural competence development and assessments but on the other side overly confident nurses may overestimate their cultural abilities (Jeffreys, 2000). Indeed, this questionnaire is usually used with migrant populations, thus its relevance for Indigenous populations. A review of the literature indicates that the present study represents the first use of these questionnaires in relation to Indigenous populations. However, it must be noted that migrant and indigenous populations do not share the same history in Canada. Indigenous peoples have been and are still being affected by the legacy of colonialism (e.g., the Indian Act and residential schools) (Smylie & Firestone, 2016). Another limitation is the small number of participants. Despite various efforts for the recruitment, the response rate was 13%, but it is not unusual to encounter response rates as low as 15% (Waltz, Strickland, & Lenz, 2017). The small sample presents difficulties for generalizing the findings to other emergency departments.

Conclusions and Implications for Emergency Nurses

The study found that emergency nurses had more confidence in their ability to provide technical care than in their knowledge about the cultural aspects of care. Most of the nurses recruited for this study had never received training about Indigenous health; thus, the development of strategies to promote self-efficacy in cultural care would be relevant. There is emergent training on cultural safety in Canada (Rand, Sheppard, Jamal, & Kewayosh, 2019; Yaphe et al., 2019). However, a training program design specially for emergency nurses with integration of local

knowledge is required (Berg et al., 2019). Training that includes observation and clinical case studies could be an option. Because culture is not static, continuing education would be required. Others research should consider using a pre-post cultural educational intervention. In addition, giving that emergency departments are structured to provide urgent and acute care, it could also be relevant to measure the impact of having a cultural support staff (Berg et al., 2019). Quebec just received the Public Inquiry Commission's recommendations on the relationships between the indigenous populations and specific public services departments (Public Inquiry Commission on relations between Indigenous peoples and certain public services in Quebec, 2019). A total of 142 calls to action aim to reestablish the trust between Quebec and Indigenous peoples. Nursing schools should continue to incorporate the government action plan in order to create service continuums for the Indigenous populations. Examples are training in Indigenous communities, smaller classes for Indigenous students, participation in local meetings for health services accessibility, the extension of Indigenous liaison services to urban settings, and training focused on Indigenous realities and cultural safety (Secrétariat aux affaires autochtones du Québec, 2017).

References

- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *Firts Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada*. Toronto, ON: Wellesley Institute.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Berg, K., McLane, P., Eshkakogan, N., Mantha, J., Lee, T., Crowshoe, C., & Phillips A. (2019). Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 43, 133-140. doi: 10.1016/j.ienj.2019.01.004
- Canadian Nurses Association. (2018). *Promoting cultural competence in nursing | Position statement* [en ligne]. Retrieved from https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/position_statement_promoting_cultural_competence_in_nursing.pdf?la=en&hash=4B394DAE5C2138E7F6134D59E505DCB059754BA9
- Clarke, J. (2016). *Difficulty accessing health care services in Canada*. *Health at a Glance* [online]. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2016001/article/14683-eng.htm>
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2016). *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec [Learn from the best : comparative study of Quebec emergency]* [online]. Retrieved from https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2017). *Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec [Use of emergency department in mental health and physical health in Quebec province]* [online]. Retrieved from https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2017.pdf
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics [Public inquiry commission on relations between Indigenous peoples and certain public services]. (2017). *The Commission* [online]. Retrieved from <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=3&L=1>
- Cooke, M., & Wilk, P. (2018). Health and health service needs in urban Indigenous communities. In A. A. Arya & T. Piggott (Eds), *Under-served: Health determinants of Indigenous, inner-city, and migrant population in Canada* (pp. 67-81). Toronto, ON: Canadian Scholars.
- Dell, E. M., Firestone, M., Smylie, J., & Vaillancourt, S. (2016). Cultural safety and providing care to aboriginal patients in the emergency department. *CJEM*, 18(4), 301-305. doi: 10.1017/cem.2015.100.

- Dzemaili, S. (2016). *Autoefficacité et soins culturellement spécifiques des infirmiers/ères en milieu psychiatrique : une étude corrélacionnelle prédictive [Self-efficacy and culture-specific care from psychiatric nurses: a predictive correlational study]* (Unpublished master dissertation), Université de Lausanne et Haute école spécialisée de suisse occidentale, Suisse.
- Farber, J. E. (2019). Cultural competence of baccalaureate nurse faculty: Relationship to cultural experiences. *Journal of Professional Nursing*, 35(2), 81-88. doi: 10.1016/j.profnurs.2018.09.005
- Guay, C. (2017). *Le savoir autochtone dans tous ses états : regards sur la pratique singulière des intervenants sociaux innus d'Uashat mak Mani-Utenam [Indigenous knowledge in all its states: Perspectives on the singular practice of Uashat mak Mani-Utenam's Innu social actors]*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Howell, T., Auger, M., Gomes, T., Brown, L., & Young Leon., A. (2016). Sharing our wisdom: A holistic aboriginal health initiative. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 111-132. doi: 10.18357/ijih111201616015
- Hunt, S. (2015). *Review of core competencies for public health: An Aboriginal public health perspective*. Prince George, CB: National Collaborating Centre for Aboriginal Health [online]. Retrieved from <https://www.nccah-ccnsa.ca/docs/context/RPT-Core-CompetenciesHealth-Hunt-EN.pdf>
- Jeffreys, M. (2000). Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool: A synthesis of findings. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(2), 127-136. doi: 10.1177/104365960001100207
- Jeffreys, M. (2016a). *Teaching cultural competence in nursing and health care: Inquiry, action and innovation*. New York, NJ: Springer Publishing Company.
- Jeffreys, M. (2016b). *Cultural competence education resource toolkit*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Jeffreys, M., & Dogan, E. (2010). Factor analysis of the transcultural self-efficacy tool (TSET). *Journal of Nursing Measurement*, 18(2), 120-139.
- Johnson, R., & Withers, M. (2018). Cultural competence in the emergency department: Clinicians as cultural learners. *Emergency Medicine Australasia*, 30(6), 854-856. doi: 10.1111/1742-6723.13197
- Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., ... Smylie J. (2019). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111, 1-10. doi: 10.17269/s41997-019-00242-z.

- Lewis, M. E., Hartwell, E. E., & Myhra, L. L. (2018). Decolonizing mental health services for indigenous clients: A training program for mental health professionals. *American Journal of Community Psychology*, 62(3-4), 330-339. doi: 10.1002/ajcp.12288
- McGibbon, E. (2019). Truth and reconciliation: Healthcare organizational leadership. *Healthcare Management Forum*, 32(1), 20-24. doi: 10.1177/0840470418803379
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 [Strategic plan of Health and Social services Minister 2015-2020]* [online]. Retrieved from https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/admin/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_17-717-01W_MSSS.pdf
- Public Inquiry Commission on relations between Indigenous Peoples and certain public services in Quebec. (2019). *Public Inquiry Commission on relations between Indigenous peoples and certain public services in Quebec: Listening, reconciliation and progress. Final report*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Purnell, L. (2016). Are we really measuring cultural competence? *Nursing Science Quarterly*, 29(2), 124-127. doi: 10.1177/0894318416630100
- Rand, M., Sheppard, A., Jamal, S., & Mashford-Pringle, A. (2019). Evaluation of the Indigenous relationship and cultural safety courses among a sample of Indigenous Services Canada nurses. *International Journal of Indigenous Health*, 14(1), 29-41. doi: 10.32799/ijih.v14i1.31967
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (RCAAQ, 2018). *Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics. Portrait de la situation au Québec [Urban Indigenous communities and access to public services. Portrait of Quebec situation]* [online]. Retrieved from https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-192.pdf
- Secrétariat aux affaires autochtones du Québec. (2017). *Do more, do better | Government Action Plan for the Social and Cultural Development of the First Nations and Inuit* [online]. Retrieved from https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/admin/min/conseil-executif/publications-adm/saa/administratives/plan_action/en/plan-action-social-en.pdf?1605704493
- Siddiqi, A., Shahidi, F. V., Ramraj, C., & Williams, D. R. (2017). Associations between race, discrimination and risk for chronic disease in a population-based sample from Canada. *Social Science & Medicine*, 194, 135-141. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.009
- Smylie, J., & Firestone, M. (2016). The health of Indigenous peoples. In D. Raphael (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (3th ed., pp. 434-466). Toronto, ON: Canadian Scholars.

- Stanic, J. (2016). *Facteurs sociodémographiques, autoefficacité et soins culturels des infirmiers/ères en milieu psychiatrique : une étude corrélacionnelle prédictive [Sociodemographic factors, self-efficacy and cultural care of psychiatric nurses: A predictive correlational study]* (Unpublished master dissertation), Université de Lausanne & Haute école spécialisée de suisse occidentale, Suisse.
- Statistics Canada. (2018). *First Nations peoples, Métis and Inuit in Canada: Diverse and growing populations* [online]. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-659-x/89-659-x2018001-eng.pdf>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action* [online]. Retrieved from http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_English2.pdf
- Waltz, C. F., Strickland, O., & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in nursing and health research* (5th ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Wilson, A. M., Magarey, A. M., Jones, M., O'Donnell, K., & Kelly, J. (2015). Attitudes and characteristics of health professionals working in Aboriginal health. *Rural and Remote Health, 15*(1). Retrieved from http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2739.pdf
- Wylie, L., & McConkey, S. (2019). Insiders' insight: Discrimination against Indigenous Peoples through the eyes of health care professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 6*(1), 37-45. doi: 10.1007/s40615-018-0495-9
- Yaphe, S., Richer, F., & Martin, C. (2019). Cultural safety training for health professionals working with Indigenous populations in Montreal, Quebec. *International Journal of Indigenous Health, 14*(1), 60-84. doi: 10.32799/ijih.v14i1.30861

Chapitre 7
Discussion générale

Les résultats présentés dans les chapitres précédents ont été publiés séparément, mais il n'en demeure pas moins qu'ils sont liés l'un à l'autre. Les études 1, 2a et 2b ont permis de connaître l'état des connaissances à l'échelle canadienne et de dresser le portrait des habitudes alimentaires et d'activités physiques d'Autochtones habitant en Mauricie et Centre-du-Québec. Ensuite, il y a eu la description des services de santé offerts pour la clientèle autochtone et l'exploration de l'autoperception de la compétence culturelle des infirmières. Rappelons que l'objectif général de cette thèse était d'explorer les habitudes de vie et les services de santé offerts aux Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec, et ce, à partir de la perspective du cadre conceptuel, les principaux étant celui des déterminants de la santé du MSSS (2012a), de l'approche à double perspective et de la sécurisation culturelle. Dans le cadre de ce chapitre portant sur la discussion générale, les principaux résultats de la thèse sont discutés de manière globale, et ce, au-delà des discussions des études incluses dans cette thèse. En lien avec les études 1 et 2a et 2b, les résultats relevant du portrait des comportements alimentaires puis de la pratique d'activités physiques des Autochtones seront discutés, suivis des aspects motivationnels qui y sont associés. Ensuite, résultant de l'étude 3, viendra la discussion sur les services de santé. Les forces et limites des études seront ensuite présentées, suivies des retombées et de l'implication des résultats selon des pistes d'action cliniques et théoriques.

7.1 Portrait des comportements alimentaires des Autochtones

Un premier élément de discussion concerne la transition alimentaire des Autochtones. À travers les études 1 (examen de la portée), 2a (projet-pilote) et 2b (déploiement du projet-pilote), un aperçu des pratiques alimentaires d'Autochtones a été dressé. Dans l'étude 1, il était question pour l'ensemble du Canada d'une transition alimentaire chez les Autochtones, c'est-à-dire une diminution de l'alimentation traditionnelle au profit d'aliments commerciaux ayant une moins

bonne qualité nutritionnelle et un apport plus élevé en calories (Leclerc, Miquelon, & Rivard, 2019). Cette transition est variable en fonction des régions, car selon les résultats recensés dans l'étude 1 (études publiées entre 2007 et 2017), le pourcentage de répondants qui consommait des aliments traditionnels variait de 5 à 54 % (Leclerc et al., 2019). Contre toute attente, dans l'étude pancanadienne sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN), réalisée entre 2008 et 2016, presque tous les adultes ($n = 6\ 487$) ont déclaré consommer des aliments traditionnels (Chan et al., 2019). Pour l'évaluer, les chercheurs de cette étude ont rédigé un questionnaire sur la fréquence de l'alimentation traditionnelle pour mesurer les fréquences de consommation de tous les aliments traditionnels. En complément, une liste des aliments traditionnels a été réalisée, de même qu'une catégorisation de la fréquence de consommation (p. ex. très rarement = < 1 jour par mois ou 2 jours par saison; presque tous les jours = 5 à 7 jours par semaine ou 72 jours par saison). Outre les différences méthodologiques entre les 23 études portant sur l'alimentation présentées dans l'étude 1 et l'EANEPN, il faut aussi souligner les différences identitaires des participants, c'est-à-dire majoritairement Inuit pour les études incluses dans l'examen de la portée et strictement Premières Nations pour l'ENAEPN. Parallèlement, dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, les participants des entretiens individuels des études 2a et b rapportent aussi que l'alimentation traditionnelle occupe une place importante. Or, cet aspect n'a pas été examiné spécifiquement dans le volet quantitatif. À posteriori, l'outil mesurant la fréquence de l'alimentation traditionnelle, présenté en 2019 dans les résultats de l'ENENPN, aurait été pertinent à insérer dans les études 2a et 2b, si celui-ci avait été disponible.

Alors que les bénéfices de l'alimentation traditionnelle sont nombreux, plusieurs obstacles sont aussi existants. Tel que rapporté dans l'étude 1 de cette thèse, plusieurs facteurs sont en lien avec la diminution de la consommation d'aliments traditionnels, tels que le manque de temps, de

connaissances ou d'équipements pour la chasse, le trappage, la pêche, la cueillette ou la récolte (Leclerc et al., 2019). Par exemple, selon une étude réalisée sur les choix alimentaires des Atikamekw de Manawan et Opitciwan, les jeunes n'apprécient pas nécessairement la nourriture « sauvage » et ils n'ont pas acquis tous les savoirs nécessaires pour détecter si la viande est propre à la consommation (Tanguay et al., 2013). Cet obstacle relaté par Tanguay et al. (2013) n'a pas été abordé par les participants des volets qualitatifs des études 2a et 2b. Pourtant, les préférences alimentaires sont aussi à considérer dans le phénomène de transition alimentaire. Dans les études 2a et 2b de cette thèse, la présence d'un « mangeur difficile »¹ au sein de la famille a été rapportée comme étant un obstacle à une saine alimentation. Cette réticence n'était pas dirigée vers l'alimentation traditionnelle, mais plutôt vers les fruits et les légumes. En concordance avec la littérature sur le sujet, la préparation des repas devient un défi lorsqu'un deuxième repas doit être préparé ou qu'un changement de menu est requis pour répondre aux besoins du « mangeur difficile » (Trofholz, Schulte, & Berge, 2017). Malheureusement, les répercussions sociales et cliniques des « mangeurs difficiles » sont encore peu explorées, surtout chez la clientèle adulte (Thompson, Cummins, Brown, & Kyle, 2015) et, à notre connaissance, aucunement chez les Autochtones. Par ailleurs, la relation négative envers l'alimentation chez les survivants des pensionnats décrite au Chapitre 1 de la thèse n'a pas été spontanément abordée par les participants des études 2a et 2b; bien que cet aspect des pensionnats n'était pas un volet inclus dans le projet et certains participants sont trop jeunes pour être des survivants des pensionnats.

¹ Plusieurs définitions existent pour définir les « mangeurs difficiles » et celle retenue concerne la réticence à manger des aliments familiers ou à essayer de nouveaux aliments ainsi que la préférence marquée pour certains aliments (Taylor, Wenimont, Northstone, & Emmett, 2015).

Toujours en lien avec les barrières à l'alimentation traditionnelle, les résultats qualitatifs des études 2a et 2b de cette thèse n'ont pas fait émerger de préoccupations environnementales (contaminants, changements climatiques, développement hydroélectrique et exploitation forestière). Il est possible que celles-ci soient moins d'actualité pour les Premières Nations de la région. Il s'agit tout de même d'une limite des études 2a et 2b, car le volet quantitatif n'abordait pas cette thématique. Il en a pourtant été question dans une étude réalisée antérieurement chez les Atikamekw (Tanguay et al., 2013) et il s'agissait d'une des variables de l'ÉANEPN (Chan et al., 2019). Même si ces deux études concluent que les aliments traditionnels sont sains et peuvent être consommés sans danger, il importe de tenir compte des préoccupations environnementales pour les futures recherches portant sur l'alimentation chez les Autochtones.

Outre l'alimentation traditionnelle, il semble important de discuter de l'adhésion des Autochtones aux lignes directrices canadiennes en matière alimentaire. Les résultats de cette thèse révèlent que, même si la faible consommation de fruits et de légumes est une problématique connue pour l'ensemble des Canadiens (Colapinto, Graham, & St-Pierre, 2018), elle s'avère néanmoins plus importante chez les Autochtones (Leclerc et al., 2019). Par exemple, selon les résultats de l'étude 2a de cette thèse, aucun des participants ne respectait les recommandations du Guide alimentaire canadien - Premières Nations, Inuit et Métis (Santé Canada, 2007) quant à la consommation de fruits et de légumes. En contrepartie, les résultats de l'étude 2b sont plus nuancés, car sur les 32 participants, 11 d'entre eux respectent les recommandations pour les fruits et légumes. Il importe de rappeler que le nombre de participants est plus élevé dans l'étude 2b et ces derniers habitent majoritairement en milieux urbains. Or, il est plausible d'avancer que l'accessibilité aux fruits et légumes est plus facile en contexte urbain. Tel que mentionné par l'ÉANEPN (2019), la consommation de fruits et de légumes pourrait être associée aux revenus

disponibles pour se les procurer. Les produits céréaliers étaient aussi un groupe alimentaire moins consommé selon les résultats de l'étude 2a (un participant sur 15 suivait les recommandations), alors qu'ils étaient quatre participants sur 32 dans l'étude 2b à suivre les recommandations du Guide alimentaire canadien - Premières Nations, Inuit et Métis. Bien que les résultats de l'étude 1 n'en faisaient pas état, l'étude EANEPN mentionne de son côté que seuls les participants masculins avaient respecté le nombre de portions recommandé (Chan et al., 2019). En ce qui concerne le groupe alimentaire de la viande et substituts, un peu plus de la moitié des participants de l'étude 2a respectaient les recommandations comparativement à 29 participants sur 32 dans l'étude 2b. Il n'y avait pas de particularités notées dans l'étude 1 à cet effet, mais il importe de mentionner que pour les participants de l'étude EANEPN, tous les participants avaient consommé une portion de plus que recommandé (Chan et al., 2019). Concernant les produits laitiers et substituts, qui étaient aussi consommés en faible quantité par les Autochtones du Canada (Leclerc et al., 2019), ce groupe alimentaire a été retiré du nouveau Guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2019). Évidemment, la publication de ces nouvelles lignes directrices présente une version plus contemporaine de l'alimentation. Il serait utile de revoir les résultats à la lumière de cette nouvelle version. Par conséquent, les futures recherches devront porter sur les proportions alimentaires, et non les portions, et elles apporteront un éclairage davantage actuel et réaliste des pratiques alimentaires des Autochtones. Ces constats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse 1 de la thèse, que les Autochtones ont des comportements alimentaires comparables aux Allochtones.

Ceci dit, le nouveau Guide alimentaire canadien se veut inclusif des Autochtones (Santé Canada, 2019). Les nouvelles recommandations visent la promotion de la saine alimentation, c'est-à-dire de consommer des aliments protéinés ainsi que des fruits et des légumes en abondance, de boire de l'eau et de choisir des aliments à grains entiers (Santé Canada, 2019). L'amélioration de

l'environnement alimentaire est aussi encouragée par le fait de savourer ses aliments, de prendre ses repas en bonne compagnie, de cuisiner plus souvent, d'utiliser les étiquettes des aliments et de limiter la consommation d'aliments élevés en sodium, en sucre ou en gras saturés (Santé Canada, 2019). En fait, cet environnement alimentaire est l'ensemble des facteurs sociaux et physiques qui influencent la disponibilité et l'accès des aliments. D'ailleurs, dans la problématique de la thèse, plusieurs liens ont été tissés entre l'alimentation et l'ensemble des déterminants de la santé, qui vont au-delà de la perspective unique de l'individu. Pour n'en citer que deux, rappelons la disponibilité des aliments traditionnels qui se retrouvent notamment en forêt et les différents messages de santé publique concernant l'alimentation. Ensuite, dans les résultats des études 2a et 2b de la thèse, l'accès à des aliments frais est une problématique décriée, et ce, autant en zones plus urbaines que rurales. Il a été rapporté que les aliments vendus n'étaient pas nécessairement frais et intéressants à acheter, en plus d'être parfois dispendieux.

Un autre élément de discussion concerne les compétences alimentaires, présenté dans les résultats qualitatifs de l'étude 2b. Le dernier Guide alimentaire canadien promeut l'importance des compétences alimentaires qui sont nécessaires à la préparation de repas sécuritaires, nutritifs et culturellement acceptables pour les besoins de la maisonnée (Santé Canada, 2019). Or, le développement de ces compétences doit considérer le contexte social, culturel et historique des Autochtones. On peut penser à la relation négative développée dans les pensionnats autochtones face à l'alimentation. En fait, les diverses initiatives menées dans les communautés territoriales et les centres d'amitié autochtones, telles que les cuisines collectives ou les ateliers de cuisine sont déjà ancrées dans cette perspective. Il importe donc de former les professionnels de la santé qui seront capables de soutenir adéquatement le développement des compétences alimentaires nécessaires à la préparation de repas sécuritaires, nutritifs et culturellement acceptables, et de

développer des outils sensibles aux particularités nutritionnelles des Premières Nations (p. ex. inclusion d'images représentatives, information sur le mode de conservation des aliments traditionnels).

7.2 Portait de la pratique d'activités physiques des Autochtones

En regard des résultats de cette thèse, il importe de revenir sur le questionnement de Pelletier, Smith-Forrester et Klassen-Ross (2017) quant à la pertinence et l'applicabilité des recommandations canadiennes sur la pratique de l'activité physique chez les Autochtones. À cet effet, l'étude 1 (examen de la portée) présente des taux de pratique d'activités physiques similaires à la moyenne canadienne, bien que la conclusion de certaines études avance que la qualité de certains outils d'évaluation soit discutable (Leclerc et al., 2019). Par exemple, les études de Hopping, Erber, Beck, De Roose et Sharma (2010) et Hopping, Erber, Mead, Roache et Sharma (2010) rapportaient toutes deux que 89 % des participants (N = 196 et N = 218) avaient une pratique d'activités physiques d'intensité modérée à élevée. Ces études avaient utilisé l'*International Physical Activity questionnaire* (IPAQ), un outil qui a plus tard été déconseillé d'utilisation auprès des Inuit, car il n'était pas adapté aux réalités de cette clientèle (Akande, Hendriks, Ruiters, & Kremers, 2015). Effectivement, il semble que l'utilisation de mesure autorapportée ait possiblement pu mener à une surévaluation de la pratique d'activités physiques (Dyrstad, Hansen, Holme, & Anderssen, 2014). Or, un outil de mesure doit être spécifique à chaque culture et population (Strath et al., 2013). Lors de l'étude 2a, le *Godin Leisure Time Exercise Questionnaire* a été utilisé. Cet outil avait été recensé dans l'étude 1 (examen de la portée) et n'avait pas fait l'objet de critique quant à son utilisation avec une clientèle autochtone. Puis, lors de son utilisation dans le cadre de l'étude 2a (projet-pilote), il était simple d'utilisation. Pour la suite avec l'étude 2b, une attention particulière a été portée aux exemples mentionnés dans le questionnaire

pour chaque type d'intensité associée à la pratique d'activités physiques, afin de faciliter la compréhension des intensités d'activités physiques. D'ailleurs, 60 % des participants de l'étude 2a (projet-pilote) ne respectaient pas les recommandations canadiennes en matière d'activités physiques, alors que pour l'étude 2b, ce pourcentage s'élevait à 63 %. Considérant qu'environ 38 % des participants des études 2a et 2b pratiquent 150 minutes et plus d'activités physiques d'intensité modérée à élevée, ces statistiques s'alignent avec l'hypothèse 1 de la thèse, c'est-à-dire que les Autochtones ont une pratique d'activités physiques comparable aux Allochtones, à savoir que 33 % des 15 ans et plus sont actifs (Camirand et al., 2016). Ces derniers constats soulignent l'importance d'une vigilance pour les recherches futures quant aux aspects culturels des outils d'évaluation de la pratique d'activités physiques chez les Autochtones, ceci dans le but de dresser le portrait réel de leur pratique et d'implanter des interventions culturellement pertinentes (p. ex. intégration d'aspects holistiques de la santé reliés au physique, mental, émotionnel et spirituel) et d'en évaluer leur efficacité.

Les barrières à la pratique d'activités physiques chez les Autochtones sont bien documentées dans l'étude 1 de la thèse et dans la littérature, autant au Canada qu'en Australie, qu'elles soient reliées à l'absence d'installations, au manque de motivation ou aux coûts qui y sont associés (Dahlberg, Hamilton, Hamid, & Thompson, 2018; Leclerc et al., 2019). À ces exemples s'ajoutent la notion de sentiment de sécurité de pratiquer des activités physiques en public (ne pas se sentir jugé) et les responsabilités parentales, qui figurent comme des barrières à la pratique d'activités physiques chez les femmes autochtones (Dahlberg et al., 2018; Kirby, Lévesque, & Wabano, 2007; Leclerc et al., 2019; Wicklum et al., 2019). En Australie, certaines femmes autochtones se sentent même coupables de pratiquer une activité individuelle à la place d'être avec leur famille (Stronach, Maxwell, & Taylor, 2016). Ce sentiment de culpabilité n'a pas été recensé auprès d'études

autochtones canadiennes, mais il pourrait être pertinent de le soulever considérant les valeurs collectives véhiculées chez les Autochtones. Par ailleurs, un programme de huit semaines portant sur la santé et la pratique d'activités physiques, appelé *Women Warriors*, a été spécialement développé pour les femmes autochtones de l'Alberta (Wicklum et al., 2019). La motivation première de ces femmes était reliée à leurs rôles de mère ou de grand-mère, bien qu'il s'agissait parfois d'une barrière à leur assiduité. Ces barrières associées à la notion de sécurité et aux responsabilités parentales chez les femmes autochtones pourraient notamment expliquer les résultats de l'étude 1 de cette thèse, lesquels révèlent que les femmes autochtones sont moins actives que les hommes (Leclerc et al., 2019).

Un dernier élément de discussion concerne les croyances et perceptions des Autochtones liées à la pratique d'activités physiques. À cet égard, l'analyse des résultats qualitatifs des études 2a et 2b de cette thèse a amplement permis de répondre à l'objectif 2 de la thèse, qui était d'explorer les significations associées aux comportements alimentaires et à la pratique d'activités physiques. En revanche, ces résultats n'ont pas permis de mettre en lumière des distinctions entre les hommes et les femmes autochtones quant à leurs croyances et perceptions relatives à la pratique d'activités physiques. Il n'y avait pas de particularités dans les analyses entre participants masculins et féminins. Pourtant, selon une revue systématique qualitative australienne, une différence est présente (Dahlberg et al., 2018); d'un côté, les hommes associent la pratique de l'activité physique au sport (p. ex. la musculation), alors que du côté des femmes, elle est plutôt liée aux tâches ménagères (p. ex. la lessive) (Dahlberg et al., 2018). En effet, il y a quatre grandes catégories d'activités physiques : les activités domestiques, les activités liées au travail, les activités de loisirs et celles liées aux déplacements (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020). Même si toutes ces activités procurent des effets bénéfiques différents, il semble y avoir une différence selon le genre

qui serait intéressant d'explorer, puisqu'elles semblent peu documentées pour le moment du côté canadien.

7.3 Aspects motivationnels des comportements alimentaires et de la pratique d'activités physiques

Un autre volet de discussion concerne les aspects motivationnels sous-jacents aux comportements alimentaires et de la pratique d'activités physiques. À cet égard, il est important de mentionner que deux études présentées dans l'étude 1 (examen de la portée) de la thèse abordaient la question de la motivation associée aux comportements alimentaires (Coble et al., 2009; Mead, Gittelsohn, Roache, & Sharma, 2010). Les résultats de l'étude pilote mixte de Coble et al. (2009) soutiennent partiellement l'utilité de la théorie du comportement planifié de Ajzen (1991) pour prédire la pratique d'activités physiques pour les membres de la communauté de *Westbank First Nation*, en Colombie-Britannique (N = 53 participants pour le volet quantitatif). L'intention de pratiquer des activités physiques explique de manière significative 16 % de la variance du comportement. Il s'agissait de la première étude à utiliser cette théorie. Quant à l'étude de Mead et al., la théorie sociale cognitive de Bandura (1986) et la théorie du comportement planifié de Ajzen (1991) ont été utilisées pour évaluer le niveau de connaissance sur les bonnes pratiques alimentaires, le niveau d'autoefficacité et l'intention d'adopter des saines habitudes alimentaires dans le futur (N = 266 participants inuit). Le niveau de connaissance sur les bonnes pratiques alimentaires était modéré, alors que le sentiment d'autoefficacité était élevé et l'intention pour les adopter, modérée. Il s'agissait des premiers résultats portant sur l'association entre des facteurs psychosociaux sur l'alimentation et l'impact sur les comportements alimentaires des Inuit. Par contre, mis à part ces deux publications, il semble qu'aucune autre étude n'a exploré la motivation sous-jacente à l'adoption d'une saine alimentation et la pratique régulière d'activités physiques

chez les Autochtones. Or, tel que décrit précédemment, l'étude 2b de la thèse (déploiement du projet-pilote) a pu intégrer des variables motivationnelles au questionnaire, celles-ci étant basées sur la théorie de l'autodétermination (Ryan & Deci, 1985, 2000). Il s'agit donc d'une perspective différente des deux études citées précédemment. La tendance indique que plus la motivation semble de nature autonome, meilleure semble d'adoption de saines habitudes alimentaires et d'activités physiques. Le type de motivation démontré par les participants de l'étude 2b quant à ces deux habitudes de vie est principalement de nature autonome. Il s'agit d'un levier intéressant pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie. Bien que l'étude 2b soit actuellement publiée seulement par affiche scientifique, elle fera éventuellement l'objet d'un article scientifique. L'ajout des variables motivationnelles à l'étude 2b offre donc une conception novatrice des comportements et contribue à une meilleure compréhension des aspects motivationnels des Autochtones.

7.4 Services de santé

Les résultats de l'étude 3 de la présente thèse ont permis de confirmer partiellement l'hypothèse 3 de la thèse, selon laquelle plusieurs infirmières travaillant dans une urgence de la Mauricie et Centre-du-Québec font effectivement face à des défis lorsque vient le temps de mettre en application leurs compétences culturelles auprès de la clientèle autochtone. À cet égard, il appert que peu de ressources sont offertes pour soutenir les infirmières (toutes spécialités confondues) dans l'application ou la mise à jour de leurs compétences culturelles. À preuve, un bottin des ressources autochtones a été créé en 2020 par la doctorante et l'équipe du CAATR pour répondre à un besoin exprimé par les membres Autochtones, mais également par divers professionnels en éducation et en santé de la région (Leclerc et al., 2020)¹. De plus, il semble y avoir un manque

¹ Le bottin présente brièvement 22 ressources de la région. On y retrouve les coordonnées des services de santé et services sociaux (en milieux urbains et en communautés territoriales), les centres d'amitié autochtones, les services

d'activités de formation, car 90 % des participants de la troisième étude n'avaient pas reçu de formation en lien avec la santé des Autochtones. À cet effet, selon l'étude de Yaphe, Richer et Martin (2019) portant sur la formation des professionnels de la santé quant à la sécurisation culturelle, il apparaît que le Québec accuse un certain retard dans l'offre de formation. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario ont déjà développé leurs programmes de formation sur la sécurisation culturelle pour les professionnels de la santé (Yaphe et al., 2019). Il faut toutefois préciser que depuis le décès de Joyce Echaquan, l'offre de formations sur les réalités des Autochtones est grandissante. Le gouvernement annonçait en novembre 2020 un investissement pour offrir une formation obligatoire à tout le personnel du réseau de la santé sur la culture autochtone (Lévesque, 2020).

Actuellement, la configuration de l'accès aux soins de santé rend le premier contact avec le système plus difficile pour les populations vulnérables (Boisvert & Bush, 2019) et le département de l'urgence devient souvent une porte d'entrée pour des soins non urgents (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2017). À l'exception des services disponibles dans les communautés territoriales, les autres ressources sont principalement situées dans les villes de Trois-Rivières et de La Tuque. D'ailleurs, pour répondre aux besoins des Autochtones, un nouveau point de service du Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières a vu le jour dans la ville de Shawinigan (Tremblay, 2021). Rappelons que seule la ville de La Tuque a une offre de services de santé dédiée à la clientèle autochtone, avec la clinique Acokan. Au moment de la rédaction de cette thèse, les services de santé et psychosociaux offerts aux Autochtones de la région ne sont pas nécessairement intégrés à

sociaux et services de garde, les secteurs de l'éducation et de l'hébergement, les services culturels ainsi que les programmes nationaux spécifiques à la clientèle autochtone. Le bottin des ressources autochtones a été imprimé en plus de 500 exemplaires et distribués par le CAATR auprès de leurs partenaires.

ceux disponibles pour l'ensemble de la population. Il s'agit de services distincts et personnalisés pour la clientèle autochtone, dans lesquels des services du CIUSSS MCQ sont parfois intégrés aux ressources autochtones. Par exemple, deux intervenants des services de réadaptation en dépendance du CIUSSS MCQ viennent offrir des services directement au Centre d'amitié autochtone de La Tuque et de Trois-Rivières (Lamothe, 2020).

7.5 Forces et limites des études de cette thèse

Chacune des études réalisées dans le cadre de cette thèse comporte des forces et des limites. Sans reprendre à nouveau les éléments présentés dans les sections des résultats associés à chacune de ces études, le sujet sera abordé d'une manière globale dans la prochaine section.

D'abord, une des principales forces de cette thèse repose sur l'utilisation d'un devis mixte, qui permet d'obtenir des résultats plus riches. La complémentarité des volets quantitatif et qualitatif génère une analyse plus approfondie des données, et ceci, tout en respectant les méthodologies autochtones. Par exemple, les entretiens ont permis de mieux comprendre les résultats du questionnaire notamment en ce qui concerne les barrières et éléments facilitateurs à l'adoption d'une saine alimentation et la pratique d'activités physiques.

Une autre force de cette thèse concerne ses résultats, qui mettent en lumière pour une première fois au Québec des habitudes de vie et des services de santé offerts aux Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec. La circonscription du territoire examiné, et en occurrence l'échantillon évalué, était plutôt audacieux considérant l'hétérogénéité des populations autochtones ainsi que les démarches et autorisations nécessaires. Rappelons que trois communautés autochtones issues de deux nations différentes ont participé à la recherche ainsi que deux centres d'amitié

autochtones en milieux urbains. Au travers cette thèse, pour le volet qualitatif seulement, on y retrouve tout de même la « voix » de 20 participants membres des Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec. Il s'agit certainement d'une force notable du projet doctoral, permettant d'être à l'écoute des opinions des Autochtones de la région.

Une troisième force de cette thèse est la participation de collaborateurs autochtones. En effet, un collaborateur autochtone a participé à la révision de l'étude 2b. D'ailleurs, étant donné qu'ils sont ancrés dans le processus de recherche axée sur le patient, les objectifs et les priorités de recherche de cette thèse ont été partagés avec les communautés autochtones dès l'amorce du projet. Par exemple, avant sa soumission, l'article issu de l'étude 2a de la thèse a été diffusé auprès des partenaires clés des communautés afin d'assurer un processus transparent et d'y apporter les nuances nécessaires. De plus, les résultats ont été diffusés aux communautés sous forme de rapports abrégés. Enfin, les articles publiés ont été partagés aux partenaires des communautés participantes.

Finalement, une dernière force de cette thèse concerne l'actualisation du projet. À cet égard, et ce, depuis l'amorce de la thèse, plusieurs événements de l'actualité sont survenus et les questions autochtones ont été un sujet omniprésent dans les médias. Par exemple, rappelons que l'annonce de la Commission Viens (CERP, 2019) a modifié un des objectifs initiaux de la thèse en raison des chevauchements. Le Guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2007) a aussi été modifié au début de l'année 2019. Puis, le décès de Joyce Echaquan a mis en lumière plusieurs aspects de la réalité des Autochtones au sein des services de santé. En conséquence, la recension initiale des écrits a été presque entièrement remise à jour et les pistes d'action proposées dans cette discussion générale sont cohérentes avec les nouvelles lignes directrices et les différents rapports et plans d'action publiés récemment par les instances fédérales et provinciales.

Nonobstant ces forces, cette thèse comporte aussi des limites importantes. Tout d'abord, l'ensemble du projet de recherche doctoral présente un portrait descriptif des populations autochtones en Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que leurs déterminants de santé. Même s'il est désormais encouragé de reconsidérer la recherche interventionnelle pour les études portant sur la santé des Autochtones au Canada (Lafontaine, 2018), il s'avère que l'étape descriptive du projet actuel était nécessaire puisqu'aucune étude existante ne permettait au départ de globalement comprendre les déterminants de santé des Abénakis, des Atikamekw et des Premières Nations en milieux urbains. Certainement, une recherche participative aurait pu amener d'autres types de retombées. Néanmoins, les efforts consentis pour la collaboration dans le cadre des études de la présente thèse s'approchent, jusqu'à un certain point, d'une recherche participative, et ce, tout en respectant les exigences académiques de la thèse. Dans le même ordre d'idées, un meilleur ancrage aux épistémologies autochtones aurait pu permettre l'utilisation de méthodologies autochtones, tel que le cercle de partage ou le récit, si le projet avait été entièrement participatif. Par ailleurs, la recherche d'outils francophones validés auprès d'une clientèle autochtone s'est avérée ardue et constitue également une limite de la présente thèse, considérant le choix très restreint des outils disponibles. Ceci dit, les choix méthodologiques effectués dans le cadre de cette thèse avaient le souci d'être rigoureux et pertinents pour les Autochtones.

Une autre limite de cette thèse concerne l'identification au statut d'Autochtone. Il s'agit d'une question délicate, car d'un côté, le Québec ne reconnaît pas les Métis sur son territoire (Gagnon, 2019) et, de l'autre, il y a des revendications à cet égard, en Mauricie (Recherches amérindiennes au Québec, Hubert, & Savard, 2006). Récemment, les médias québécois ont d'ailleurs rapporté le cas de personnes se disant autochtones et qui utilisaient cette fausse identité pour l'obtention de postes, privilèges ou de bourses destinées spécifiquement aux Autochtones (Hachey, 2018, 2019a, 2019b;

Niosi, 2019, 2020; Panasuk, 2019). Pour le reste du Canada, peu d'études sont réalisées spécifiquement sur la santé des Métis (Kumar, Wesche, & McGuire, 2012). En fait, les sources de données sur la santé des Autochtones ont aussi leurs limites en regard de l'identification autochtone et la représentativité des collectivités est parfois partielle, si on pense notamment à l'exclusion des Autochtones en milieux urbains (Smylie & Firestone, 2015). Par exemple, il aurait été intéressant d'avoir accès aux statistiques quant au nombre de consultations des Premières Nations au département d'urgence. Or, il ne s'agit pas de données administratives recueillies par le CIUSSS MCQ. D'ailleurs, le Québec est exclu des dernières statistiques sur les taux d'hospitalisation chez les Autochtones du Canada, car la province ne soumet pas ses données à la Base de données sur les congés des patients (Bougie, 2021). Bref, la question de l'identification constitue une limite de la thèse, car lors du recrutement, il n'y avait pas de processus de vérification du statut. Par contre, dans les questions sociodémographiques, la nation d'appartenance était demandée. Pour les études 2a et 2b, les participants québécois sans identité autochtone ont été retirés des échantillons.

Enfin, une troisième limite de cette thèse porte sur la transférabilité des résultats dans le temps et à d'autres régions sociosanitaires. Le décès très médiatisé de l'atikamekw Joyce Echaquan a mobilisé l'ensemble des acteurs et partenaires autochtones et allochtones. Il y a actuellement un vent de mobilisation et plusieurs initiatives émergent en Mauricie et Centre-du-Québec pouvant avoir un impact sur les déterminants de santé des Premières Nations du Québec. Par exemple, le gouvernement du Canada a annoncé en février 2021 un octroi de 2 millions de dollars pour concrétiser le Principe de Joyce (Marin, 2021, en ligne), qui garantit « à tous les Autochtones le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services de santé et de services sociaux, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale » (Conseil des Atikamekw de Manawan & Conseil de la Nation Atikamekw, 2020).

7.6 Retombées générales des études de cette thèse

La plus éloquente des retombées de cette thèse est la sensibilisation à la thématique de la santé des Autochtones en Mauricie et Centre-du-Québec. La présentation du projet au sein de l'UQTR et au CIUSSS MCQ a certainement suscité un éveil aux contextes autochtones. Aussi, hormis les études présentées dans la thèse, plusieurs publications ont été diffusées tout au long du parcours doctoral, que ce soit sous forme d'articles et d'affiches scientifiques, de présentations orales, d'articles professionnels, d'un chapitre de livre, de rapports abrégés, d'entrevues accordées dans la presse écrite, soit Radio-Canada et le Nouvelliste (Montembeault, 2020; Trahan, 2020), à la radio régionale et du grand Montréal (Radio-Canada 2020-septembre et 2021-mars), à la chaîne de télévision régionale (Radio-Canada, 2020-novembre) et de résumés scientifiques ou vulgarisés. Ces différents modes de diffusion ont permis de rejoindre un public plus large que celui rejoint par la voie unique des articles scientifiques. L'injustice quant aux écarts de santé entre Autochtones et Allochtones était un message à rappeler, tout comme l'importance de documenter, en français, le concept de la sécurisation culturelle. Les résultats contribuent évidemment à l'avancement des connaissances au sein de la communauté scientifique, en ce qui concerne le portrait des habitudes alimentaires et d'activités physiques chez les Autochtones et les compétences culturelles des infirmières. D'autant plus que certaines thématiques (p. ex. importance du déjeuner) sont encore peu documentés pour les Autochtones tel que démontré dans les résultats de l'étude 1.

La seconde retombée du projet, et non la moindre, concerne les participants autochtones et infirmières allochtones, pour qui le projet peut avoir eu des effets bénéfiques. Par exemple, les entretiens peuvent avoir stimulé des prises de conscience chez les participants autochtones, voire une transformation quant à leur santé (Brinkmann & Kvale, 2015; Savoie-Zajc, 2021). Il en est de même pour le questionnaire, c'est-à-dire que le fait de documenter les comportements alimentaires

et la pratique d'activités physiques a pu induire chez les participants une réflexion sur la saine gestion de leurs habitudes de vie. Ces retombées sont potentiellement similaires chez les infirmières de l'étude 3, où la réflexion portant sur leurs compétences culturelles a pu permettre un certain cheminement vers la sécurisation culturelle (MSSS, 2021).

Finalement, l'étude descriptive présentée dans le cadre de cette thèse prépare le terrain à une foule de projets et collaborations dans la région. En effet, les résultats de la thèse permettent d'outiller à la fois les milieux de santé autochtones et allochtones. En d'autres mots, une meilleure connaissance des services, des besoins, des croyances et des perceptions de santé pourrait permettre une offre de soins plus personnalisée. En somme, ce projet de thèse représente une fondation importante pour de futures recherches collaboratives.

7.7 Implication des résultats de cette thèse

Les résultats de cette thèse contribuent à l'avancement des connaissances en matière de santé des Autochtones et permettent d'établir de nouveaux jalons. À la lumière des résultats obtenus, plusieurs implications cliniques et théoriques peuvent être proposées. Par conséquent, et en regard des résultats obtenus dans le cadre de cette thèse, la prochaine section présente, d'une part, des implications cliniques et, d'autre part, des implications théoriques et des avenues de recherche futures.

7.7.1 Pistes d'actions cliniques

En cohérence avec les thématiques principales de la thèse, trois principales pistes d'actions cliniques seront présentées en lien avec l'alimentation, la pratique d'activités physiques et les compétences culturelles des infirmières.

7.7.1.1 Piste 1 : Intervenir pour une alimentation plus saine. À la lumière des résultats des études 1, 2a et 2b, une priorité peut être accordée à augmenter la consommation de fruits et de légumes chez les Autochtones. L'accessibilité à ceux-ci peut s'avérer une barrière importante. Les jardins communautaires sont des solutions déjà implantées dans les communautés territoriales. Cette idée pourrait être bénéfique également pour les Autochtones en milieux urbains. Une subvention pour l'achat de fruits et de légumes est aussi une stratégie prometteuse. À cet effet, l'INSPQ (2019) a fait une étude de faisabilité et d'acceptabilité sur les interventions économiques pour augmenter la consommation de fruits et de légumes, et ce, pour l'ensemble de la population québécoise. De plus, en concordance avec le Guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2019), il est encouragé pour les Autochtones de s'alimenter avec des aliments traditionnels. Les résultats présentés dans la thèse ne permettent pas de présenter un portrait clair en ce qui concerne la consommation d'aliments traditionnels, mais les résultats des volets qualitatifs des études 2a et 2b ont permis de mettre en lumière son importance pour les participants. Bergeron et al. (2015) ont dressé une liste d'initiatives visant l'amélioration de l'alimentation et parmi celles-ci, on retrouve, en ce qui concerne l'alimentation traditionnelle, l'organisation d'activités d'éducation, de cuisine, des repas communautaires et même la possibilité de manger de la viande traditionnelle à l'hôpital de Chisasibi. En fait, plusieurs hôpitaux du Canada offrent depuis longtemps des plats traditionnels à la clientèle autochtone (Jung, 2021). D'autres initiatives sont en cours de réflexion dans des centres hospitaliers de Montréal et de Québec (Jung, 2021) et pourront certainement inspirer d'autres régions du Québec. Toujours en lien avec le Guide alimentaire canadien, les professionnels de la santé doivent connaître et adhérer à ces lignes directrices et, par le fait même, considérer les contextes sociaux, culturels et historiques des Autochtones. Certaines communautés territoriales autochtones ont développé leur propre version du guide alimentaire (CSSLNQL, 2009). Une plus grande diffusion de ces outils pourrait être profitable pour les professionnels de la santé en milieux

urbains souhaitant les utiliser auprès de leur clientèle autochtone. Ensuite, tout comme l'ont fait les Abénakis d'Odanak (Collectif, 2017), les livres de recettes autochtones sont des moyens efficaces pour favoriser la résurgence des connaissances culinaires traditionnelles (Bodirsky, Johnson, Cooke, & Rabinovitch, 2008).

7.7.1.2 Piste 2 : Intervenir pour une pratique accrue d'activités physiques. Bien que les résultats de cette thèse n'offrent pas un portrait clair de la pratique d'activités physiques chez les Autochtones, cette piste d'action s'appuie sur les effets bénéfiques individuels (p. ex. espérance de vie, prévention primaire de plusieurs maladies) et collectifs (p. ex. coûts liés aux soins de santé, absentéisme) de la pratique d'activités physiques. Les dernières recommandations du comité scientifique de Kino-Québec (2020) pour l'ensemble de la population québécoise sont d'augmenter le niveau d'activité physique et de les diversifier. Il est également recommandé de réduire les barrières et de faciliter la pratique quotidienne d'activités physiques pour tous, peu importe l'âge, le sexe, le genre, le revenu, les capacités ou la culture. De manière plus personnalisée à la clientèle autochtone, quelques initiatives existent déjà en matière de pratique d'activités physiques, comme Kirano (CSSSPNQL, 2014b) ou encore le programme Jeunes Cœurs rythmés^{MC} de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2020). Il est donc encouragé de réutiliser les canevas de programmes qui ont été testés avec succès auprès de la clientèle autochtone. Par exemple, il existe le programme *Women Warriors* conçu pour les femmes autochtones et qui vise une plus grande pratique d'activités physiques (Wicklum et al., 2019). Bien que les impacts de ce programme soient modestes sur le plan physiologique, à savoir en termes de poids corporel, d'indice de masse corporelle et de valeurs de pression artérielle, près de 60 % des participantes ont atteint leur objectif de pratique d'activités physiques (Wicklum et al., 2019). La moyenne de pas hebdomadaire a augmenté entre les semaines 1 et 8 du programme ($p = 0,001$). Même si les

résultats à long terme n'ont pas été mesurés, ceux-ci sont tout de même encourageants en regard d'une augmentation de la pratique d'activités physiques chez les participantes, l'acquisition d'habiletés nutritionnelles, une meilleure confiance en soi et une augmentation de la consommation de fruits et de légumes (Wicklum et al., 2019). La collaboration d'un Aîné a permis d'introduire une perspective culturelle au programme par l'enseignement de la roue de la médecine (Wicklum et al., 2019). Bref, ce programme constitue une initiative sensible au genre et à la culture, ce qui contribue à briser la triple stigmatisation (femme, autochtone et parfois en surplus de poids) dont les femmes autochtones sont trop souvent victimes.

7.7.1.3 Piste 3 : Soutenir les compétences culturelles des infirmières. Les infirmières, jouent un rôle dans le système de santé, car elles sont l'interface entre les soins biomédicaux et les Autochtones, qui ne partagent pas nécessairement les mêmes valeurs et visions du monde (Douglas, 2013). En conséquence, comme tous les professionnels de la santé, elles doivent offrir un environnement dans lequel la clientèle se sent physiquement et culturellement en sécurité (Douglas, 2013). Cette démarche est la sécurisation culturelle. Rappelons que la démarche de sécurisation culturelle sous-tend globalement : « la considération des effets de la colonisation et des traumatismes qui en découlent; la reconnaissance et le respect des différences culturelles et sociales; une compréhension des enjeux auxquels sont confrontés les Autochtones; la volonté de collaborer avec les Autochtones dans le développement, la prestation et l'évaluation de services ou d'initiatives qui leur sont destinés; l'engagement à adopter des modèles de déploiement de services et des pratiques qui tiennent compte des valeurs, des cultures et des réalités des Autochtones et; une volonté collective, voire institutionnelle, de transformer nos façons de voir et de faire dans une perspective de justice et d'innovations sociales » (CAPRES, 2018). Afin de concrétiser la démarche de la sécurisation culturelle, il est tout d'abord recommandé de former les infirmières et

autres professionnels de la santé à cette approche. Certaines universités canadiennes ont rendu obligatoire une formation sur les questions autochtones (Radio-Canada, 2015), mais il ne s'agit pas d'initiatives généralisées. Par exemple, au département des sciences infirmières de l'UQTR, bien que la thématique de la santé des Autochtones (incluant la sécurisation culturelle) soit abordée par certains enseignants, elle ne figure explicitement dans aucun descriptif de cours (UQTR, n.d.). Pourtant, la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015c) demandait d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé et elle demandait également aux écoles de médecine et de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur la santé des Autochtones. Tel que rappelé par l'ACESI (2020) : « il est essentiel pour les étudiantes en sciences infirmières d'acquérir une bonne compréhension de l'histoire des peuples autochtones au Canada, de leurs systèmes de connaissances et de leurs conceptions culturelles ». (p. 10). Pour pallier cette lacune au sein du département des sciences infirmières de l'UQTR, la doctorante amorcera à l'automne 2021 le projet *Pratique infirmière en santé communautaire : modèle participatif sur la pédagogie reliée à la santé des Autochtones*. En résumé, ce projet consiste à l'intégration de stratégies pédagogiques et de contenus autochtones dans les cours associés à la santé communautaire offerts dans la formation de baccalauréat en sciences infirmières.

Au Canada, de plus en plus de formations sur le sujet sont offertes aux professionnels de la santé, même si l'évaluation de la qualité des contenus et des retombées pour la clientèle autochtone reste à faire pour identifier les formules et les contenus les plus efficaces (Churchill et al., 2017). Au Québec, les efforts consentis pour l'implantation des formations sur la sécurisation culturelle doivent se poursuivre, et ce, en alliance avec les experts de la culture locale (Jongen, McCalman, & Bainbridge, 2018; Yaphe et al., 2019). La doctorante a publié un article professionnel, en 2018,

destiné aux infirmières et infirmiers du Québec, afin de définir le concept de sécurisation culturelle et de proposer des pistes d'action (Leclerc, Vézeau-Beaulieu, Rivard, & Miquelon, 2018). Considérant le peu de documentation francophone sur la sécurisation culturelle, cet article professionnel comble un vide et vise la sensibilisation des infirmières à ce concept encore méconnu, afin qu'elles puissent se mobiliser à la mise en place d'interventions concrètes et sécuritaires pour la clientèle autochtone. Comme l'implantation de la sécurisation culturelle ne repose pas uniquement sur la formation (Curtis et al., 2019), quelques pistes d'action ont été proposées dans cet article professionnel en regard de l'enseignement, mais aussi pour les volets de la recherche et de la pratique clinique. En voici quelques exemples : favoriser l'inclusion et l'intégration des Autochtones dans les programmes des secteurs de la santé, intégrer les principes PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession) aux projets de recherche et favoriser la présence d'agents de liaison autochtone (Leclerc et al., 2018). Au-delà de ces propositions plus individuelles, les établissements de santé et de services sociaux ont également un rôle à jouer dans la sécurisation culturelle. Le MSSS (2021) a récemment publié un document sur le sujet, destiné aux membres de conseils d'administration, hautes directions et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. La doctorante a d'ailleurs été invitée à réviser le document. Le modèle proposé s'articule autour de trois niveaux : (1) l'environnement, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre par l'établissement; (2) l'organisation, qui correspond aux pratiques et conditions organisationnelles au sein de l'établissement et; (3) les soins et services, soit le point de rencontre entre les Premières Nations et les Inuit et les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Pour le premier niveau, l'environnement, il est notamment proposé d'établir des liens avec les organisations des Premières Nations et des Inuit (p. ex. interagir fréquemment et maintenir la collaboration au-delà des projets particuliers) et de favoriser un continuum de soins et de services pour cette clientèle (p. ex. faire connaître les soins et les services). Au niveau organisationnel, il est suggéré entre autres

de favoriser une représentation des Premières Nations et des Inuit au sein de l'établissement (p. ex. embaucher du personnel des Premières Nations et des Inuit) et d'adapter les règles, les procédures et les politiques internes de l'établissement (p. ex. permettre l'accès aux équipements pour cuisiner de la nourriture traditionnelle). Puis, au troisième niveau, portant sur les soins et services sociaux, il est proposé de faire la promotion d'un dialogue respectueux (p. ex. prévoir du temps, accueillir les silences) et de préconiser une approche personnalisée (p. ex. permettre à la personne de partager sa vision des choses). En somme, malgré les efforts consentis, la sécurisation culturelle reste encore un concept complexe à concrétiser et il n'existe pas à ce jour d'outil validé pour évaluer la qualité des interventions (Tremblay et al., 2020).

7.7.2 Implications théoriques et pistes de recherche futures

Pour cette dernière section du chapitre de la discussion, trois principales implications théoriques seront présentées en lien avec des pistes de recherche futures : adapter les outils de recherche au contexte autochtone, réaménager l'environnement et préparer les chercheurs aux contextes autochtones.

7.7.2.1 Piste 1 : Adapter les outils de recherche au contexte autochtone. Les résultats de cette thèse rappellent l'importance d'utiliser des outils culturellement adaptés et pertinents en contexte autochtone. Cette recommandation va au-delà de la validation transculturelle, qui consiste à obtenir l'équivalence culturelle d'un instrument traduit et validé (Fortin & Gagnon, 2016). Par exemple, dans l'article 1 de cette thèse, il apparaît que l'indice de masse corporelle et les questionnaires autorapportés pour évaluer la pratique d'activités physiques chez les Autochtones n'étaient pas des plus adéquats. D'ailleurs, l'étude 2a (projet-pilote) a permis de préparer le déploiement de l'étude 2b. Il n'y a pas eu de modifications aux outils utilisés, mais plutôt dans

l'approche entourant l'utilisation de ceux-ci. Par exemple, le questionnaire a été converti en ligne pour rejoindre le plus de participants possibles et un collaborateur autochtone a pu soutenir la révision du processus. Puis, dans l'article 3, l'une des limites de l'étude concerne l'utilisation de l'outil par des infirmières soignant une clientèle autochtone, alors que cet outil n'avait jamais été utilisé auparavant auprès d'Autochtones. Il est à noter que l'idée de personnaliser les outils de collecte de données a aussi été mentionnée par l'équipe de Lavigne-Robichaud et al. (2018), qui a utilisé le *Alternative-Healthy Eating Index 2010* (aHEI-2010) chez les Cris (Eeyou Istchee) de la Baie James au Québec. Malgré le fait que l'aHEI-2010 ait été bâti à partir d'études épidémiologiques, celui-ci n'avait jamais été validé auprès des Autochtones et il s'est avéré inadéquat pour les spécificités des communautés. À la lumière de ce bilan, il est proposé de personnaliser les outils de collecte de données (ou de les créer s'ils n'existent pas) au contexte autochtone et de faire appel à un comité consultatif autochtone pour les co-construire et ensuite de valider leur pertinence culturelle. En ce sens, les résultats de la thèse contribuent aux connaissances quant à l'utilisation francophones des outils de mesure (*Godin Leisure Time Exercise Questionnaire*, *Transcultural Self-Efficacy Tool* et *Cultural Competence Clinical Evaluation tool – Employee version*) en contextes autochtones. Pour les recherches futures, le *Godin Leisure Time Exercise Questionnaire* offre un aperçu fiable de la pratique d'activités physiques, mais il importe d'offrir des exemples culturellement pertinents pour bien saisir les différents types d'intensité. En ce qui concerne l'évaluation des compétences culturelles, un questionnaire ancré dans une perspective de sécurisation culturelle serait plus adéquat à l'égard de la clientèle autochtone, maintenant que ce concept est mieux connu au Québec. Un tel outil a été développé notamment du côté de l'Australie pour évaluer la satisfaction des usagers autochtones en contexte hospitalier (Elvidge, Paradies, Aldrich, & Holder, 2020). Encore faut-il le traduire, le valider et surtout l'adapter au contexte autochtone d'ici. Bref, la première piste d'implication théorique est d'utiliser

des outils de recherche fiables et valides et de s'assurer d'une application flexible qui puisse correspondre aux réalités des Autochtones.

7.7.2.2 Piste 2 : Réaménager l'environnement. À partir des constats émergents de la première section de la discussion, plusieurs éléments concernent le réaménagement de l'environnement alimentaire, mais aussi celui de l'environnement physique. Cet élément concerne davantage les politiques municipales, mais il importe de souligner le rôle d'influenceur que chacun peut jouer pour favoriser de meilleurs environnements dans les espaces publics. Le MSSS (2012b) propose d'ailleurs un document avec sa vision des environnements favorables à l'alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids. Bien qu'il ne soit pas spécifique aux Autochtones, ce guide, présenté brièvement au Chapitre 1, inclut les environnements physique, socioculturel, économique et politique et offre un cadre d'analyse pour chacun de ces environnements. En matière de comportements alimentaires, une piste intéressante de recherche concerne l'adhésion des communautés autochtones au nouveau Guide alimentaire canadien (Santé Canada, 2019), où justement l'environnement alimentaire est un concept clé. Du côté de la pratique d'activités physiques, comme Stout (2018) le mentionne, l'environnement physique, tels que les éléments bâtis, pour les communautés autochtones en milieux urbains sont encore peu explorés par les chercheurs. En somme, il s'agit de deux pistes de recherches futures qui permettront approfondir la question des comportements alimentaires et la pratique d'activités physiques. Cette deuxième piste d'action théorique propose de soutenir le réaménagement de l'environnement en documentant l'état de la situation pour les Autochtones.

7.7.2.3 Piste 3 : Préparer les chercheurs aux contextes autochtones. La recherche en milieu autochtone nécessite une préparation, notamment en ce qui concerne les aspects éthiques,

épistémologiques et historiques, les méthodologies ou encore le savoir-être. À titre plus personnel, l'expérience de la doctorante tout au long de son parcours doctoral en contexte autochtone a été extrêmement enrichissante, bien que parsemée d'embûches. Comme plusieurs étudiants aux cycles supérieurs, le syndrome de l'imposteur a été présent, surtout quant au fait d'être allochtone et de faire un projet en contextes autochtones. D'ailleurs, malgré la préparation de la doctorante avant l'amorce du projet, plusieurs apprentissages ont été réalisés de manière autodidacte, car aucune formation sur la recherche en contexte autochtone n'existait à ce moment. Il y avait à ce moment peu de visibilité pour la recherche en contextes autochtones au sein de l'université d'attache. Les défis de recrutement ont aussi ralenti l'échéancier initial. Comme le souligne Kovach (2018), les recherches avec les communautés autochtones sont « relationnelles » et elles demandent du temps. Il était crucial pour la doctorante de prendre le temps de créer des liens avec les membres des trois communautés territoriales impliquées dans le projet et les deux centres d'amitié autochtones.

Actuellement, il est fortement encouragé de faire de la recherche participative en contexte autochtone (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018). En conséquence, un soutien est nécessaire pour la mise en place de ce type de recherche, car il requiert souvent plus de temps et de ressources (Larivière et al., 2020). Il devient donc crucial au niveau théorique de documenter cette double particularité (contexte autochtone et recherche participative), et ce, plus spécifiquement dans un contexte de cycles supérieurs. Pour toutes ces raisons, les exigences universitaires et de la recherche sont parfois difficilement conciliables. Par exemple, certains éditeurs scientifiques exigent maintenant la contribution de collaborateurs autochtones parmi les auteurs d'un article découlant d'une recherche impliquant des Autochtones (Rural and Remote Health, n.d.; Smylie et al., 2020). Cette démarche est tout à fait justifiée et fait état d'un nouveau paradigme de recherche en contexte autochtone. Il importe de former les étudiants en ce sens. Bref,

cette piste d'action met en évidence l'importance de la préparation, mais également de la présence de certaines embûches vécues au cours de ce projet doctoral. Pour conclure, cette piste théorique encourage le soutien des étudiants et jeunes chercheurs par une formation théorique sur les différents enjeux sociaux et de recherche en contexte autochtone.

Conclusion générale

Malgré l'ampleur du travail réalisé dans le cadre de cette thèse, plusieurs aspects de la santé des Autochtones restent à comprendre aux niveaux régional, provincial, national et même international. Que ce soit au niveau canadien avec le dépôt du rapport de la Commission de vérité et réconciliation sur les pensionnats autochtones (2015) ou encore plus près de nous au Québec avec le rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (2019), ces deux importants rapports soutiennent la pertinence sociale de cette thèse. Par ailleurs, l'imminent rapport de l'enquête publique sur le décès de Joyce Echaquan viendra certainement mettre en lumière certains constats présentés dans ce projet doctoral. De plus, les nombreux autres événements de l'actualité dans les dernières années concernant les Autochtones (p. ex. enquête sur les femmes autochtones disparues et assassinées, découverte de sépultures anonymes d'enfants autochtones) ont soulevé une forte mobilisation citoyenne dans la quête d'une meilleure compréhension des enjeux sociaux et politiques de cette population encore aujourd'hui stigmatisée.

Dans le cadre de cette thèse, le portrait des déterminants de la santé des Autochtones a permis de mettre en lumière les inégalités de santé à travers les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global. L'exploration des comportements alimentaires et de pratique d'activités physiques chez les Autochtones a par ailleurs soulevé des distinctions importantes à considérer, notamment quant à l'alimentation traditionnelle, la consommation des fruits et légumes ainsi que le moyen pour mesurer la pratique d'activités physiques. Alors que le rapport de la CERP (2019) a reconnu les difficultés d'accès aux soins, les résultats de la thèse confirment partiellement les défis des infirmières quant à certains soins à offrir à cette clientèle.

Face à ces constats, une mobilisation s'impose pour soutenir une alimentation plus saine pour les Autochtones (p. ex. subvention pour l'achat de fruits et de légumes), favoriser une pratique accrue d'activités physiques (p. ex. programme Kirano) et soutenir les compétences culturelles des infirmières (p. ex. formation sur la sécurisation culturelle).

L'originalité de cette thèse repose sur sa perspective régionale, sa méthodologie mixte et l'hétérogénéité des Premières Nations qui occupent le territoire de la Mauricie et Centre-du-Québec. Ses retombées sont positives pour la région et elles ont permis la naissance d'une expertise locale des enjeux de santé des Premières Nations au sein de l'UQTR. Les travaux issus de cette thèse ont permis une sensibilisation, un rayonnement et un réseautage sur la thématique autochtone dans la région et au cœur même de l'université d'attache. Les pistes d'action proposées suite aux résultats obtenus dans le cadre des études de cette thèse sont concrètes pour la Mauricie et Centre-du-Québec et pourront certainement influencer des changements pérennes vers une meilleure équité en matière de santé pour les Autochtones.

Références générales

- Adams, A. K., Harvey, H., & Brown, D. (2008). Constructs of health and environment inform child obesity prevention in American Indian communities. *Obesity*, 16(2), 311-317. doi: 10.1038/oby.2007.71
- Affaires Autochtones et du Nord Canada. (AANC, 2019). *Profils des Premières Nations* [en ligne]. Repéré à <https://fnp-ppn.aadnc-aandc.gc.ca/fnp/Main/Index.aspx?lang=fra>
- Affaires indiennes et du Nord Canada. (2000). *Manuel de la classification des bandes* [en ligne]. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/R22-1-2000F.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *État de santé des Canadiens 2016 : rapport de l'administrateur en chef de la santé publique* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/healthy-canadians/migration/publications/departement-ministere/state-public-health-status-2016-etat-sante-publique-statut/alt/pdf-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-full-report-fra.pdf>
- Ahmed, F., Zuk, A. M., & Tsuji, L. J. S. (2021). The impact of land-based physical activity interventions on self-reported health and well-being of indigenous adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, Article 7099. doi: 10.3390/ijerph18137099
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Akande, V. O., Hendriks, A. M., Ruiters, R. A., & Kremers, S. P. (2015). Determinants of dietary behavior and physical activity among Canadian Inuit: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(84). doi: 10.1186/s12966-015-0252-y
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada* [en ligne]. Toronto, ON: Wellesley Institute. Repéré à <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Anderson, T. J., Grégoire, J., Pearson, G. J., Barry, A. R., Couture, P., Dawes, M., ... Ward, R. (2016). 2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(11), 1263-1283. doi: 10.1016/j.cjca.2016.07.510
- Animikii Inc. (2017). *Why we use « Indigenous » instead of « Aboriginal »* [en ligne]. Repéré à <https://www.animikii.com/news/why-we-use-indigenous-instead-of-aboriginal>

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Arriagada, P., Hahmann, T., & O'Donnell, V. (2020). *Les Autochtones et la santé mentale durant la pandémie de COVID-19* [en ligne]. Statistique Canada, Ottawa, ON: Statistique Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00035-fra.pdf?st=VWAjQTVP>
- Asselin, H., & Basile, S. (2012). Éthique de la recherche avec les peuples autochtones : qu'en pensent les principaux intéressés? *Éthique publique*, 14(1). doi: 10.4000/ethiquepublique.959
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. (APNQL, 2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador* [en ligne]. Repéré à <https://cerpe.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/29/2016/08/Protocole-de-recherche-des-Premieres-Nations-au-Quebec-Labrador-2014.pdf>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (ACESI, 2018). *Priorités nationales en matière de recherche infirmière* [en ligne]. Repéré à <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2018/12/Research-Priorities-2018-FR.pdf>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (ACESI, 2020). *Cadre stratégique en matière de formation infirmière, en réponse aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada* [en ligne]. Repéré à <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2020/11/FR-TRC-RESPONSE-STRATEGIES-FOR-NURSING-EDUCATIONTRC-Discussion-Paper-Revised-date-Final.pdf>
- Atikamekw Sipi, (2021a). *Services* [en ligne]. Repéré à <https://www.atikamekwsipi.com/fr/services>
- Atikamekw Sipi, (2021b). *Système d'intervention d'autorité Atikamekw (SIAA)* [en ligne]. Repéré à <https://www.atikamekwsipi.com/fr/services/service-sociaux-atikamekw-onikam/services/systeme-dintervention-dautorite-atikamekw-siaa>
- Bacon, J. (2018). *Uiesh - Quelque part*. Montréal, QC : Mémoire d'encrier.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A. (2012). Two-Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2(4), 331-340. doi: 10.1007/s13412-012-0086-8
- Basile, S., Asselin, H., & Martin, T. (2017). Le territoire comme lieu privilégié de transmission des savoirs et des valeurs des femmes Atikamekw. *Recherches féministes*, 30(1), 61-80, 270-271, 276, 281. doi: 10.7202/1040975ar

- Batal, M., & Decelles, S. (2019). A scoping review of obesity among Indigenous Peoples in Canada. *Journal of Obesity*, 2019. doi: 10.1155/2019/9741090
- Batal, M., Chan, H. M., Fedluk, K., Ing, A., Berti, P., Sadik, T., & Johnson-Down, L. (2021). Importance of the traditional food systems for First Nations adults living on reserves in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 112(suppl.1), S20-S28. doi: 10.17269/s41997-020-00353-y
- Beaud, J.P. (2016). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier & I. Bourgeois (Éds), *Recherche sociale | De la problématique à la collecte des données* (6^e éd., pp. 250-286). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Bergeron, O., Désilets, G., Roberge, M.-C., Laforest J., & Direction du développement des individus et des communautés. (2020). *COVID-19 : la résilience des Autochtones, un levier à soutenir* [en ligne]. Québec, QC : Institut national de santé publique. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3075-resilience-autochtones-covid19.pdf>
- Bergeron, O., Richer, F., Bruneau, S., & Laberge Gaudin, V. (2015). *L'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec* [en ligne]. Québec, QC : Institut national de santé publique. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2054_alimentation_premieres_nations_inuits.pdf
- Bernard, D. (2021). La création du Comité w8banaki de coordination de la recherche. Dans C. Delamour, J. A. Joncas, D. Bernard, B. Éthier, & F. Croce (Éds), *Kasalokada ta lagwosada / Réalités et enjeux de la recherche collaborative en milieux autochtones* (pp. 123-155). Sherbrooke, QC : Éditions Peisaj.
- Blanchet, C., & Rochette, L. (2011). *Sécurité et insécurité alimentaire chez les Québécois : une analyse de la situation en lien avec leurs habitudes alimentaires* [en ligne]. Québec, QC : Institut national de santé publique. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1333_SecurtieAlimentQucAnalSituationHabAliment.pdf
- Blanchet Garneau, A. & Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35. doi: 10.3917/rsi.111.0022
- Blodgett, A. T., Schinke, R. J., Fisher, L. A., George, C. W., Peltier, D., Ritchie, S., & Pickard, P. (2008). From practice to praxis community-based strategies for Aboriginal youth sport. *Journal of Sport & Social Issues*, 32(4), 393-414. doi: 10.1177/0193723508323701
- Bodirsky, M., Johnson, J., Cooke, N., & Rabinovitch, L. (2008). Decolonizing diet: Healing by reclaiming traditional Indigenous foodways. *Cuisine*, 1(1). doi: 10.7202/019373ar
- Boisvert, I., & Bush, P. L. (2019). *Mécanismes d'accès aux services de proximité* [en ligne]. Québec, QC : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Mecanismes-acces-services-proximite.pdf

- Boudreau, F., & Godin, G. (2009). Understanding physical activity intentions among French Canadians with type 2 diabetes: An extension of Ajzen's theory of planned behaviour. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, doi: 10.1186/1479-5868-6-35
- Bougie, E. (2021). Hospitalisations en soins de courte durée chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : résultats des Cohortes santé et environnemet des recensements du Canada de 2006 et de 2011. *Rapport sur la santé*, 32(7), 12-27. doi: 10.25318/82-003-x202100700002-fra
- Boulet, V., & Badets, N. (2017). La maternité hâtive chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, les Métisses et les Inuites. *Statistique Canada*, 75-006-X. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2017001/article/54877-fra.pdf?st=ZAaZvHzm>
- Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C., & St-Cyr Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherche en soins infirmiers*, 103(4), 20-28. doi: 10.3917/rsi.103.0020
- Bousquet, M.-P. (2012a). De la pensée holistique à l'Indian Time : dix stéréotypes à éviter sur les Amérindiens. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), 204-226. doi: 10.7202/1016356ar
- Bousquet, M.-P. (2012b). Êtres libres ou sauvages à civiliser? *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, (14), 162-192. doi: 10.4000/rhei.3415
- Bousquet, M.-P. (2016). L'histoire scolaire des autochtones du Québec : un chantier à défricher. *Recherches amérindiennes au Québec*, 46(2-3), 117-123. doi: 10.4000/rhei.3415
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique* (2^e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Bresee, L. C., Knudtson, M. L., Zhang, J., Crowshoe, L. L., Ahmed, S. B., Tonelli, M., ... Hemmelgarn, B. R. (2014). Likelihood of coronary angiography among First Nations patients with acute myocardial infarction. *Canadian Medical Association Journal*, 186(10), E372-E380. doi: 10.1503/cmaj.131667
- Briand, C., & Larivière, N. (2020). Les méthodes de recherche mixtes : illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique, Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., pp. 775-801). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Browne, A. J., Smye, V. L., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B., & O'Neil, J. (2011). Access to primary care from the perspective of aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*, 21(3), 333-348. doi: 10.1177/1049732310385824

- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., ... Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(544). doi: 10.1186/s12913-016-1707-9
- Bruner, B., & Chad, K. (2013a). Dietary practices and influences on diet intake among women in a Woodland Cree community. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(s2), 220-229. doi: 10.1111/jhn.12121
- Bruner, B., & Chad, K. (2013b). Physical activity attitudes, beliefs, and practices among women in a Woodland Cree community. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(8), 1119-1127. doi: 10.1123/jpah.10.8.1119
- Camirand, H., Traoré, I., & Baulne, J. (2016). *L'enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Québec, QC : Institut de la statistique du Québec.
- CAPRES. (2018). *Étudiants des Premiers Peuples en enseignement supérieur* [en ligne]. Repéré à http://www.capres.ca/wp-content/uploads/2018/12/Dossier_CAPRES_Notion_Cle.pdf
- Carpenter, D. R. (2011). Triangulation as a qualitative research strategy. Dans H. J. Streubert & D. R. Carpenter (Éds), *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5^e éd., pp. 349-360). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Castellano, M. B. (2000). Updating aboriginal traditions of knowledge. Dans G. J. Sefa Dei, B. L. Hall, & D. G. Rosenberg (Éds), *Indigenous knowledges in global contexts: Multiple readings of our world* (pp. 21-36). London, ON: University of Toronto Press.
- Castonguay, A., Miquelon, P., & Michaud, M. (2015). Access to physical activity possibilities improves the frequency of its practice: Effect of level of motivation. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(2), 170-171. doi: 10.1016/j.cjcd.2015.01.284
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2011). *Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada* [en ligne]. Repéré à <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/FS-HealthLegislationPolicy-Lavoie-Gervais-Toner-Bergeron-Thomas-FR.pdf>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Vers la sécurité culturelle des Métis : une introduction destinée aux intervenants de la santé* [en ligne]. Repéré à <https://www.ccnsa.ca/docs/emerging/FS-CulturalSafetyMetis-MetisCentre-FR.pdf>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2017). *L'emploi : un déterminant social de la santé des Premières Nations, Inuits et Métis* [en ligne]. Repéré à <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-Employment-SDOH-2017-FR.pdf>
- Centre de réadaptation Wapan. (2020). *Centre de réadaptation des dépendances pour les Premières Nations francophones du Québec* [en ligne]. Repéré à <https://www.centrewapan.com/>

- Centre de santé Odanak & Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations. (2011). *Étude sur le mieux-être communautaire*. Odanak, QC : Auteur.
- Centre des Premières Nations. (CPN, 2007). *PCAP : propriété, contrôle, accès et possession* [en ligne]. Ottawa, ON: Organisation nationale de la santé autochtone. Repéré à <https://mamuminututamutau.files.wordpress.com/2012/05/cpn-2007b.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (CIUSSS MCQ, 2018). *Un regard averti sur l'état de santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec / La perception de la santé : faits saillants de l'Enquête québécoise sur la santé de la population en Mauricie et Centre-du-Québec, 2014-2015* [en ligne]. Repéré à <https://www.ciuusssmcq.ca/telechargement/820/la-perception-de-la-sante-faits-saillants-de-l-enquete-quebecoise-sur-la-sante-d>
- Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (CIUSSS MCQ, 2019). *Portrait de la recherche 2018-2019 au CIUSSS MCQ* [en ligne]. Repéré à https://ciuusssmcq.ca/Content/Client/Librairie/Documents/Recherche/Portrait_Recherche_2018-2019_CA_2019-05-29_VF_4_.pdf
- Chan, L., Batal, M., Receveur, O., Sadik, T., Schwartz, H., Ing, A., ... Lindhorst, K. (2019). *Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : résultats du Québec 2016* [en ligne]. Ottawa, ON: Université d'Ottawa. Repéré à http://www.fnfnes.ca/docs/QC_French_Aug6.pdf
- Charlier, P., Coppens, Y., Malaurie, J., Brun, L., Kepanga, M., Hoang-Opermann, V., ... Hervé, C. (2017). A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European Journal of Internal Medicine*, 37, 33-37. doi: 10.1016/j.ejim.2016.06.027
- Chilisa, B., & Tsheko, G. N. (2014). Mixed methods in indigenous research: building relationships for sustainable intervention outcomes. *Journal of Mixed Methods Research*, 8(3), 222-233. doi: 10.1177/1558689814527878
- Churchill, M., Parent-Bergeron, M., Smylie, J., Ward, C., Fridkin, A., Smylie, D., & Firestone, M. (2017). *Evidence brief: Wise practices for Indigenous-specific cultural safety training programs*. Toronto, ON: Well living house action research Centre for Indigenous Infant, child and family health and wellbeing. St. Michael's Hospital.
- CHU de Québec. (2018). *Préparation commission d'enquête | EVAQ* [en ligne]. Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-791-96.pdf
- Clément, D. (2018). *Les récits de notre terre. Les atikamekw*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Clinique Acokan. (n.d.). *Cadre de référence* [en ligne]. Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_la_Commission/P-194.pdf

- Coble, J. D., Rhodes, R. E., & Higgins, J. W. (2009). Physical activity behaviors and motivations in an adult First Nation population: A pilot study. *Ethnicity & Disease, 19*(1), 42-48.
- Colapinto, C., Graham, J., & St-Pierre, S. (2018). Trends and correlates of frequency of fruit and vegetable consumption, 2007 to 2014. *Health Reports, 29*(1), 9-14.
- Collectif. (2017). *Nd'adbokwa – Je cuisine*. Odanak, QC : Conseil des Abénakis d'Odanak.
- Colomb, E. (2012). *Premières Nations : essai d'une approche holistique en éducation supérieure : entre compréhension et réussite*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Comité scientifique de Kino-Québec. (2020). *Pour une population québécoise physiquement active : des recommandations / Savoir et agir*, Québec, QC : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Direction du sport, du loisir et de l'activité physique.
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2017). *Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec* [en ligne]. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2017.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSLSPNQL, 2010). *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec | version condensée* [en ligne]. Repéré à http://www.csslspnql.com/docs/centre-de-documentation/conditionsdeviedesaines_condensefr.pdf?sfvrsn=2
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSLSPNQL, 2013a). *Guide des procédures pour accéder aux services de santé (GPS)*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSLSPNQL, 2013b). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec -2008 | Chapitre 11 : État de santé*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSLSPNQL, 2014a). *Mémoire sur les ressources d'hébergement et de soins de longue durée pour les Premières Nations du Québec* [en ligne]. Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-065.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSLSPNQL, 2014b). *Kirano* [en ligne]. Repéré à <https://files.csslspnql.com/index.php/s/62m8PoAR9T9kFVG>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSLSPNQL, 2015). *Services couverts dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation pour TOUS les enfants des Premières Nations / Le principe de Jordan* [en ligne]. Repéré à <http://csslspnql.com/champs-intervention/sante/principe-de-jordan>

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018a). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 Méthodologie*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018b). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : langue et culture*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018c). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : bien-être individuel, santé mentale et maltraitance des aînés*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018d). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec : une responsabilité partagée par une action concertée*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL, 2018e). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : alimentation et activité physique*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018f). *Priorités de recherche pour les Premières Nations au Québec* [en ligne]. Repéré à <https://files.cssspnql.com/index.php/s/u8EZrAuiHM5FW7I>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018g). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : emploi, revenu et insécurité alimentaire*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018h). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : état de santé et problèmes de santé chroniques*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2018i). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 : tabagisme*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2009 -réimpression en 2016). *En route vers la santé! Programme d'éducation en nutrition pour les écoles primaires des communautés des Premières Nations du Québec*. Wendake, QC : Auteur.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (CSSSPNQL, 2019). *À propos* [en ligne]. Repéré à <https://www.cssspnql.com/propos>.

- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (Producer). (CERP, 2017). *Détail de l'audience / Enregistrement vidéo du 2017-10-26* [en ligne]. Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=58&L=0&tx_cspqaudiences_audiences%5Baudiences%5D=37&tx_cspqaudiences_audiences%5Bvpartie%5D=3&tx_cspqaudiences_audiences%5Baction%5D=show&tx_cspqaudiences_audiences%5Bcontroller%5D=Audiences&cHash=5e607dd1962deeffc9cf052c414290b2
- 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* [en ligne]. Québec, QC : Gouvernement du Québec. Repéré à https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015a). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir | Sommaire du rapport final*. Winnipeg, MA : Auteur.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015b). *Pensionnats du Canada : les séquelles*. Winnipeg, MA : Auteur.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015c). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : appels à l'action* [en ligne]. Repéré à https://nctr.ca/fr/assets/reports/Final%20Reports/Calls_to_Action_French.pdf
- Conseil des Atikamekw de Manawan & Conseil de la Nation Atikamekw. (2020). *Communiqué | Principe de Joyce* [en ligne]. Repéré à https://www.atikamekwsipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf
- Conseil de la Nation Atikamekw. (2018). *Soins de longue durée dans les réserves* [en ligne]. Repéré à <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/INAN/Brief/BR10064820/br-external/ConseilDeLaNationAtikamekw-f.pdf>
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa, ON : Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche.
- Conseil des Abénakis. (n.d.). *Centre de santé* [en ligne]. Repéré à <https://cawolinak.com/centre-de-sante/>
- Conseil en éducation des Premières nations, & Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2013). *Sports, loisirs et activités physiques chez les premières nations : entre la tradition et la performance* [en ligne]. Repéré à <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/m%C3%A9moire-sports-loisirs-cssspnql.pdf?sfvrsn=2>

- Conseil tribal de la nation algonquine Anishinabeg. (2016). *Communauté Anicinape de Kitcisakik* [en ligne]. Repéré à <http://www.anishinabenation.ca/les-communautes-algonquines/communaute-anicinape-de-kitcisakik/>
- Corner, B., & Lemonde, M. (2019). Recherche en soins infirmier : regard sur les méthodes de sondage. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 29(1), 61-63.
- Cram, F., & Mertens, D. M. (2016). Transformative and Indigenous framework for multimethod and mixed methods research Dans S. Nagy Hesse-Biber & B. Johnson (Éds), *The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry* (pp. 91-109). New York, NY: Oxford University Press.
- Creswell, J., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Crowshoe, L., Dannenbaum, D., Green, M., Henderson, R., Hayward, M. N., & Toth, E. (2018). Type 2 Diabetes and Indigenous Peoples. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(sS), S296-S306. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.10.022
- Crytes, G. (2013). *Le modèle d'enseignement euro-canadien dans le pensionnat autochtone de Saint-Marc-de-Figuery : une étude historique* (Thèse de doctorat inédite). Université d'Ottawa, Ottawa, ON.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(174). doi: 10.1186/s12939-019-1082-3
- Dahlberg, E. E., Hamilton, S. J., Hamid, F., & Thompson, S. C. (2018). Indigenous Australians perceptions' of physical activity: A qualitative systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7). doi: 10.3390/ijerph15071492
- Daudt, H. M., van Mossel. C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 48-48. doi: 10.1186/1471-2288-13-48
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185. doi: 10.1037/a0012801

- Descoteaux, F. (2013). *Nouveaux programmes de maîtrise et doctorat en sciences biomédicales* [en ligne]. Repéré à <https://blogue.uqtr.ca/2013/09/30/nouveaux-programmes-maitrise-doctorat-en-sciences-biomedicales/>
- Desjardins, R., & Monderie, R. (2007). *Le peuple invisible*. Montréal, QC : Office national du film du Canada.
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2018). Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(Suppl 1), S1-S325.
- Dion, J., Hains, J., Ross, A., & Collin-Vézina, D. (2016). Pensionnats autochtones : impact intergénérationnel. *Enfance et familles autochtones*(25). doi: 10.7202/1039497ar
- Dorais, L.-J. (2004). Rectitude politique ou rectitude linguistique? Comment orthographier « Inuit » en français. *Études/Inuit/Studies*, 28(1), 155-159. doi: 10.7202/012644ar
- Douglas, V. K. (2013). *Introduction to aboriginal health and health care in Canada: Bridging health and healing*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Dussault, R., & Erasmus, G. (1996). Vers un ressourcement / Santé et guérison. Dans R. Dussault & G. Erasmus (Éds), *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones* (Vol. 3, pp. 119-394). Ottawa, ON : Commission royale sur les peuples autochtones.
- Dyrstad, M. S., Hansen, H. B., Holme, M. I., & Anderssen, A. S. (2014). Comparison of self-reported versus accelerometer-measured physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 46(1), 99-106. doi: 10.1249/MSS.0b013e3182a0595f
- Earle, L. (2011). *La santé et les régimes alimentaires traditionnels Autochtones* [en ligne]. Prince George, CB: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Repéré à <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/emerging/FS-TraditionalDietsHealth-Earle-FR.pdf>
- Ekoe, J.-M., Goldenberg, R., & Katz, P. (2018). Dépistage du diabète chez les adultes. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, S16-S19. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.10.004
- Ellison, C. (2014). *Savoir autochtone et synthèse, application et partage des connaissances*. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Elvidge, E., Paradies, Y., Aldrich, R., & Holder, C. (2020). Cultural safety in hospitals: Validating an empirical measurement tool to capture the Aboriginal patient experience. *Australian Health Review*, 44(2), 205-211. doi: 10.1071/AH19227. PMID: 32213274.
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. Ottawa, ON : Auteur.

- Espaces autochtones. (2020, 28 septembre). *Une femme autochtone meurt à l'hôpital de Joliette dans des circonstances troubles*. Radio-Canada [en ligne]. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1737180/femme-atikamekw-hopital-joliette-video-facebook>
- Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations. (EANEPN, 2019). *Résumé des principales conclusions de huit régions de l'Assemblée des Premières Nations 2008-2018*. Ottawa, ON : Université d'Ottawa, Université de Montréal.
- Feeley, N., & Cossette, S. (2016). Pilot studies for randomized clinical trials. Dans S. J. Henly (Éd.), *Routledge international handbook of advanced quantitative methods in nursing research* (pp. 199-212). Abington, UK: Routledge.
- Femmes autochtones du Québec inc. (2001). *Discrimination des femmes autochtones* [en ligne]. Repéré à https://www.faq-qnw.org/wp-content/uploads/2016/07/memoire_discrimination.pdf
- Ferah, M. (2020, 3 octobre). *Québec ordonne la tenue d'une enquête publique*. La Presse [en ligne]. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/grand-montreal/2020-10-03/mort-de-joyce-echaquan/quebec-ordonne-la-tenue-d-une-enquete-publique.php>
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5^e éd.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Fondation autochtone de guérison. (2007). *Répertoire des pensionnats au Canada* [en ligne]. Repéré à <http://www.fadg.ca/downloads/res-school-directory.pdf>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (2020). *Jeunes Cœurs rythmés^{MC}* [en ligne]. Repéré à <https://jeunescoeursrythmes.ca/about/>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Gagnon, D. (2019). *Le statut de Métis au Canada. Histoire, identité et enjeux sociaux*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Gall, A., Leske, S., Adams, J., Matthews, V., Anderson, K., Lawler, S., & Garvey, G. (2018). Traditional and complementary medicine use among Indigenous cancer patients in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A systematic review. *Integrative Cancer Therapies*, 17(3), 568-581. doi: 10.1177/1534735418775821
- Gamst, G., Der-Karabetian, A., & Liang, C. T. H. (2011). *Handbook of multicultural measures*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Gervais, C., & de Montigny, F. (2010). Les croyances des pères originaires du Maghreb immigrés au Québec envers l'allaitement maternel. *Reflets*, 16(1), 127-150. doi: 10.7202/044445ar

- Ghosh, H., & Spitzer, D. (2014). Inequities in diabetes outcomes among urban First Nation and Métis communities: Can addressing diversities in preventive services make a difference?. *The International Indigenous Policy Journal*, 5(1). doi: 10.18584/iipj.2014.5.1.2
- Gionet, L., & Roshananfshar, S. (2013). Select health indicators of First Nations people living off reserve, Métis and Inuit. *Health at a Glance*(no. 82-624-X). Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11763-eng.htm>
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires, & Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 366-391). Montréal, QC : Université de Montréal.
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Existential Analysis*, 21(1), 3-22. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2010-03570-001&site=ehost-live>
- Godin, G., & Shephard, R. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10(3), 141-146.
- Goulet, H. (2016). *Histoire des pensionnats indiens catholiques au Québec : le rôle déterminant des pères oblats*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Gouvernement du Canada. (1982). *Loi constitutionnelle de 1982, Droits des peuples autochtones du Canada* [en ligne]. Repéré à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-16.html>
- Gouvernement du Canada. (2010). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien. Premières Nations, Inuit et Métis* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/rapports-publications/bien-manger-guide-alimentaire-canadien-premieres-nations-inuit-metis.html>
- Gouvernement du Canada. (2018a). *Qu'est-ce que le statut d'Indien?* [en ligne]. Repéré à <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100032463/1100100032464#chp1>
- Gouvernement du Canada. (2018b). *Principe de Jordan* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/principe-jordan.html>
- Gouvernement du Canada. (2019). *À propos du programme des services de santé non assurés (SSNA)* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/services-sante-non-assures-pour-premieres-nations-et-inuits/administration/propos-programme-services-sante-non-assures-ssna.html>
- Gouvernement du Québec. (2017). *Faire plus, faire mieux | Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits* [en ligne]. Repéré à https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/PAS/plan-action-social.pdf

- Gouvernement du Québec. (2020). *Thésaurus de l'activité gouvernementale* [en ligne]. Repéré à <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=2942>
- Graham, H., & Martin, S. (2016). Narrative description of Miyo-Mahcihoyan (physical, emotional, mental, and spiritual well-being) from a contemporary Nehiyawak (Plains Cree) perspective. *International Journal of Mental Health Systems, 10*(58), 1-12. doi: 10.1186/s13033-016-0086-2
- Grand conseil de la nation Waban-Aki. (n.d.). *Historique* [en ligne]. Repéré à <https://gcnwa.com/historique/>
- Gropper, S. S., Arsiwalla, D. D., Lord, D. C., Huggins, K. W., Simmons, K. P., & Ulrich, P. V. (2014). Associations among eating regulation and body mass index, weight, and body fat in college students: The moderating role of gender. *Eating Behaviors, 15*(2), 321-327. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.002
- Grove, S. K., & Gray, J. (2019). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (7^e éd.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Guay, C. (2015). Les familles autochtones : des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières. *Intervention*(141), 17-27.
- Guay, C. (2017). *Le savoir autochtone dans tous ses états : regards sur la pratique singulière des intervenants sociaux innus d'Uashat mak Mani-Utenam*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé publique, 24*(1), 23-38. doi: 10.3917/spub.121.0023
- Habjan, S., Prince, H., & Kelley, M. L. (2012). Caregiving for Elders in First Nations communities: Social system perspective on barriers and challenges *Canadian Journal on Aging, 31*(2), 209-222. doi: 10.1017/S071498081200013X
- Hachey, I. (2018, 1^{er} novembre). *Des cartes pour faux Amérindiens* [en ligne]. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/enquetes/201811/01/01-5202530-des-cartes-pour-faux-amerindiens.php>
- Hachey, I. (2019a, 5 mai). *Des aînés autochtones sortis de nulle part* [en ligne]. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/enquetes/201905/04/01-5224724-des-aines-autochtones-sortis-de-nulle-part.php>
- Hachey, I. (2019b, 4 mai). *Des Autochtones autoproclamés plein les prisons* [en ligne]. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/enquetes/201905/03/01-5224628-des-autochtones-autoproclames-plein-les-prisons.php>
- Hajizadeh, M., Bombay, A., & Asada, Y. (2019). Socioeconomic inequalities in psychological distress and suicidal behaviours among Indigenous peoples living off-reserve in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 191*(12), E325-E336. doi: 10.1503/cmaj.181374

- Halseth, R. (2019). *La prévalence du diabète de type 2 chez les Premières Nations et une réflexion sur la prévention*. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Herman, R. (2015). Méthode de recherche en milieux autochtones : neuf lignes directrices. Dans N. Gros-Louis, K. Gentelet, & S. Basile (Éds), *Boîte à outils des principes de la recherche* (pp. 107-117). Wendake, QC : Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Centre de recherche en droit public et Réseau DIALOG.
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180-191. doi: 10.1002/nur.20247
- Hopping, B., Erber, E., Beck, L., De Roose, E., & Sharma, S. (2010). Inuvialuit adults in the Canadian Arctic have a high body mass index and self-reported physical activity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(s1), 115-119. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01103.x
- Hopping, B., Erber, E., Mead, E., Roache, C., & Sharma, S. (2010). High levels of physical activity and obesity co-exist amongst Inuit adults in Arctic Canada. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23(s1), 110-114. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01096.x
- Howard, H. A. (2014). Canadian residential schools and urban indigenous knowledge production about diabetes. *Medical Anthropology*, 33(6), 529-545. doi: 10.1080/01459740.2013.828722
- Hutchinson, P., Dingwall, C., Kurtz, D., Evans, M., Jones, G., & Corbett, J. (2014). Maintaining the integrity of Indigenous knowledge; Sharing Metis knowing through mixed methods. *International Journal of Critical Indigenous Studies*, 7(1), 1-14. doi: 10.5204/ijcis.v7i1.118
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec* [en ligne]. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessePop.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2019). *Intervention économique pour augmenter la consommation de fruits et légumes : étude sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention* [en ligne]. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2498_intervention_economique_consommation_fruits_legumes.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2021). *Effets des interventions en environnement bâti sur l'activité physique de loisirs* [en ligne]. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2733-effets-environnement-bati-activite-physique.pdf>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (IRSC, 2015). *Instituts des IRSC* [en ligne]. Repéré à <https://cihr-irsc.gc.ca/f/9466.html>

- Instituts de recherche en santé du Canada. (IRSC, 2019a). *Plan stratégique 2019-2021 de l'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada* [en ligne]. Repéré à https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/cihr_iiph_strat_plan_2019-2024-fr.pdf
- Instituts de recherche en santé du Canada. (IRSC, 2019b). *Définition de la recherche en santé autochtone* [en ligne]. Repéré à <https://cihr-irsc.gc.ca/f/50340.html>
- Jacklin, K. M., Jacklin, K. M., Henderson, R. I., Green, M. E., Walker, L. M., Calam, B., & Crowshoe, L. J. (2017). Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E106-E112. doi: 10.1503/cmaj.161098
- Jeffreys, M. R. (2016a). *Cultural competence education resource toolkit* (3^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Jeffreys, M. R. (2016b). *Teaching cultural competence in nursing and health care: Inquiry, action, and innovation* (3^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Jeffreys, M. R. (2019). Evidence-based updates and universal utility of Jeffreys' cultural competence and confidence framework for nursing education (and beyond) through TIME. *Annual Review of Nursing Research*, 37(1), 43-117. doi: 10.1891/0739-6686.37.1.43. PMID: 30692154.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 232. doi: 10.1186/s12913-018-3001-5
- Josselin, M.-L. (2021, 21 janvier). *Les Atikamekw maintenant responsables de la protection de la jeunesse dans leurs communautés*. [en ligne]. Radio-Canada/Espaces autochtones. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1080934/les-atikamekw-maintenant-responsables-de-la-protection-de-la-jeunesse-dans-leurs-communautes>
- Jugements de la Cour suprême du Canada. (2003). *R. c. Powley* [en ligne]. Repéré à <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/2076/index.do?r=AAAAAQAGcG93bGV5AAAAAA AAAQ>
- Jung, D. (2021, 24 avril). *La sécurisation culturelle par la gastronomie autochtone*. Radio-Canada/Espaces autochtones [en ligne]. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1787414/principe-joyce-hopital-sante-securisation-culturelle-gastronomie-autochtone>
- Karsenti, T., Komis, V., Depover, C., Collin, S., & Bugmann, J. (2018). Les technologies. Dans T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation* (4^e ed., pp. 369-406). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Kelly-Scott, K. (2016). *Les peuples autochtones : feuillet d'information du Québec* [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-656-x/89-656-x2016006-fra.pdf?st=enS7SiXR>
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60827-8
- Kirby, A. M., Lévesque, L., & Wabano, V. (2007). A qualitative investigation of physical activity challenges and opportunities in a northern-rural, aboriginal community: Voices from within. *Pimatisiwin*, 5(1), 5-24. Repéré à http://www.pimatisiwin.com/online/wp-content/uploads/2009/06/51a_physical_challenges_and_opportunities.pdf
- Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., ... Smylie, J. (2019). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111, 40-49. doi: 10.17269/s41997-019-00242-z
- Kolahdooz, F., Sadeghirad, B., Corriveau, A., & Sharma, S. (2017). Prevalence of overweight and obesity among indigenous populations in Canada: A systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(7), 1316-1327. doi: 10.1080/10408398.2014.913003
- Kovach, M. (2018). Doing Indigenous methodologies: A letter to a research class. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *The sage handbook of qualitative research* (5e éd., pp. 214-234). Los Angeles, CA: Sage.
- Kumar, M., Wesche, S., & McGuire, C. (2012). Trends in Métis-related Health Research (1980–2009): Identification of Research Gaps. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), 23-28. doi: 10.1007/BF03404064
- Labrecque, M.-F. (1984). Des femmes de Weymontachie. *Recherches amérindiennes au Québec*, 14(3), 3-16.
- Lafontaine, A. (2018). Indigenous health disparities: A challenge and an opportunity. *Canadian Journal of Surgery*, 61(5), 300-301. doi: 10.1503/cjs.011718
- Lamothe, M. (2020, 26 février). *Une approche adaptée aux communautés autochtones* [en ligne]. Repéré à https://www.lenouvelliste.ca/actualites/une-approche-adaptee-aux-communautes-autochtones-bc04e7d3f538ff87a0cf70073c21fe96?fbclid=IwAR3GUAV_biUHsEZYH9QRfnhwtOC9Rh35MibmbjSD9UK7GiUmES84DUwGqs4
- Larivière, N., Gauthier-Boudreault, C., Briand, C., & Corbière, M. (2020). Les approches de recherche participatives : illustration d'un partenariat pour l'amélioration des pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., pp. 803-831). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Lavallée, L., & Lévesque, L. (2013). Two-eyed seeing: Physical activity, sport, and recreation promotion in Indigenous communities. Dans J. Forsyth & R. A. Giles (Éds), *Aboriginal peoples & sport in Canada / Historical foundations and contemporary issues* (pp. 206-228). Vancouver, CB: UBC Press.
- Lavigne-Robichaud, M., Moubarac, J.-C., Lantagne-Lopez, S., Johnson-Down, L., Batal, M., Laouan Sidi, E. A., & Lucas, M. (2018). Diet quality indices in relation to metabolic syndrome in an Indigenous Cree (Eeyouch) population in northern Québec, Canada. *Public Health Nutrition*, 21(1), 172-180. doi: 10.1017/S136898001700115X
- Le centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (CGIPN, 2020). *Les principes PCAP® des Premières Nations* [en ligne]. Repéré à <https://fnigc.ca/fr/pcap>
- Leclerc, A.-M. (2013). *L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle* (Mémoire de maîtrise inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6923/1/030586121.pdf>
- Leclerc, A.-M., Boulanger, M., Miquelon, P., & Rivard, M.-C. (2020, décembre). *First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area: A mixed-methods approach*, Congrès Indigenous Health Conference, Toronto (virtuel), Canada.
- Leclerc, A.-M., Lemay, C., & Comité du projet Stratégie holistique de santé du Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières [CAATR] (2020). *Bottin des ressources autochtones | Mauricie-Centre-du-Québec*. Trois-Rivières, QC : Centre d'amitié autochtone de Trois-Rivières.
- Leclerc, A.-M., Miquelon, P., & Rivard, M.-C. (2019). Cardiovascular prevention: A scoping review of healthy eating and physical activity among Indigenous peoples in Canada. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(3), 26-37.
- Leclerc, A.-M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M.-C., & Miquelon, P. (2018). La sécurisation culturelle : un concept émergent / Quelques pistes d'application auprès des communautés autochtones. *Perspective infirmière*, 15(3), 50-53.
- Le collectif Tapiskwan. (2017). *Qui sommes-nous?* [en ligne]. Repéré à <http://www.tapiskwan.com/qui-sommes-nous>
- Lepage, P. (2019). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones* [en ligne]. Repéré à <http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/Mythes-Realites.pdf>
- Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(3), 324-327. doi: 10.4103/2249-4863.161306
- Lévesque, C. (2003). La présence des Autochtones dans les villes du Québec : mouvements pluriels, enjeux diversifiés. Dans D. Newhouse & E. Peters (Éds), *Des gens d'ici / Les Autochtones en milieu urbain / Répartition des Autochtones vivant à Winnipeg, 2001* (pp. 25-37). Winnipeg, MA : Gouvernement du Canada.

- Lévesque, C., Apparicio, P., & Cloutier, É. (2013). Favoriser la coconstruction des connaissances en contexte autochtone : enjeux et défis méthodologiques. Dans C. Lévesque, É. Cloutier, & D. Salée (Éds), *La coconstruction des connaissances en contexte autochtone : cinq études de cas* (Vol. 2013-03, pp. 47-52). Montréal, QC : DIALOG.
- Lévesque, C., & Cloutier, É. (2013). Les Premiers Peuples dans l'espace urbain au Québec : trajectoires plurielles. Dans A. Beaulieu, S. Gervais, & M. Papillon (Éds), *Les Autochtones et le Québec | Des premiers contacts au Plan Nord* (pp. 281-296). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Lévesque, C., Gagnon, M., Desbiens, C., Apparicio, P., Cloutier, É., & Sirois, T. (2019). *Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001 à 2016. 2019-03*. Montréal, QC : Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec.
- Lévesque, F. (2020, 6 novembre). *Formation obligatoire pour tout le personnel de la santé, promet Québec*. La Presse. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-06/relations-avec-les-autochtones/formation-obligatoire-pour-tout-le-personnel-de-la-sante-promet-quebec.php>
- Levi, E. (2020). Indigenous philosophies and perspectives on traditional food systems including food as cultural identity : Maintaining food security in Elsipogtog First Nation, New Brunswick. Dans P. Sette & S. Shukla (Éds), *Indigenous food systems: Concepts, cases, and conversations* (pp. 39-56). Toronto, ON : Canadian Scholars.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Loiselle, M., & McKenzie, L. (2009). La roue de bien-être : une contribution autochtone au travail social. *Intervention, 131*(40), 183-193.
- Marin, S. (2021, 10 février). *Ottawa octroie 2 millions pour le « Principe de Joyce »*. La Presse [en ligne]. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2021-02-10/soins-de-sante-aux-autochtones/ottawa-octroie-2-millions-pour-le-principe-de-joyce.php>
- Markland, D., & Tobin, V. (2004). A modification to the behavioural regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 26*(2), 191-196. doi: 10.1123/jsep.26.2.191
- Marshall, M., Marshall, A., & Bartlett, C. (2018). Two-eyed seeing in medicine. Dans M. Greenwood, S. De Leeuw, N. M. Lindsay, & C. Reading (Éds), *Determinants of indigenous peoples' health : Beyond the social* (2^e éd., pp. 44-53). Toronto, ON: Canadian Scholars.
- Martin, D. (2012). Two-eyed seeing: A framework for understanding Indigenous and Non-Indigenous approaches to Indigenous health research. *Canadian Journal of Nursing Research, 44*(2), 20-42.

- Mazaniello-Chézol, M., & Coribère, M. (2020). L'examen de la portée (scoping review /study) Synthèse des rôles et actions des acteurs impliqués dans le retour au travail des employés en absence maladie due à un trouble mental courant. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., pp. 271-305), Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Mbuzi, V., Fulbrook, P., & Jessup, M. (2017). Indigenous peoples' experiences and perceptions of hospitalisation for acute care: A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, *71*, 39-49. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.003
- McDonough, B. (2013). Le drame des pensionnats autochtones. *Relations*(768), 33-35.
- McGibbon, E. (2019). Truth and reconciliation: Healthcare organizational leadership. *Healthcare Management Forum*, *32*(1), 20-24. doi: 10.1177/0840470418803379
- McHugh, T.-L. F. (2011). Physical activity experiences of Aboriginal youth. *Native Studies Review*, *20*(1), 7-26.
- Mead, E., Gittelsohn, J., Roache, C., & Sharma, S. (2010). Healthy food intentions and higher socioeconomic status are associated with healthier food choices in an Inuit population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *23*(s1), 83-91. doi: 10.1111/j.1365-277X.2010.01094.x
- Meixner, C., & Hatcoat, J. D. (2019). The nature of mixed methods research. Dans P. Liamputtong (Éd.), *Handbook of research methods in health social sciences* (pp. 51-70). Singapore, SG: Springer Singapore.
- Mikraszewicz, K., & Richmond, C. (2019). Paddling the Biigtic: Mino biimadisiwin practiced through canoeing, *Social Science & Medicine*, *240*, Article 112548. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112548
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2012a). *La santé et ses déterminants | Mieux comprendre pour mieux agir* [en ligne]. Québec, QC : Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2012b). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids* [en ligne]. Québec, QC : Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-03.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé* [en ligne]. Québec, QC : Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (MSSS, 2017). *Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : Stratégie ministérielle*, [en ligne]. Québec, QC : Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-216-01W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2018). *Régions sociosanitaires du Québec* [en ligne]. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/regions-sociosanitaires-du-quebec/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux / Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Moeke-Pickering, T., Partridge, C., Garceau, M.-L., Mercure, D., Dubois, M., & Mayer, J. (2014). Service social autochtone — Incorporer la vision autochtone du monde dans les stages pratiques en service social. *Reflète*, 20(1), 150-169. doi: 10.7202/1025800ar
- Montembeault, M. (2020, 5 novembre). *15 millions de dollars pour améliorer les rapports entre soignants et Autochtones*. Radio-Canada/Ici Mauricie—Centre-du-Québec [en ligne]. Repéré à https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1747235/annonce-securisation-culturelle-sante-autochtones-ian-lafreniere?fbclid=IwAR0Z6aoG2wyon3Csp6XeYob-GS_gfPkJVG0rmEsdbwn6VC5LGZgUJzXDxXk
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222. doi: 10.1177/1049732315588501
- Mosby, I. (2013). Administering colonial science: Nutrition research and human biomedical experimentation in Aboriginal communities and residential schools, 1942-1952. *Social History*, 46(91), 145-172. doi: 10.1353/his.2013.0015
- Mosby, I., & Galloway, T. (2017). 'The abiding condition was hunger' : Assessing the long-term biological and health effects of malnutrition and hunger in Canada's residential schools, *British Journal of Canadian Studies*, 30(2), 147-162. doi: 10.3828/bjcs.2017.9
- Moyser, M. (2017). *Les Autochtones vivant hors réserve et le marché du travail : estimations de l'Enquête sur la population active, 2007 à 2015* [en ligne]. Repéré à
- Muise, G. M. (2019). Enabling cultural safety in Indigenous primary healthcare. *Healthcare Management Forum*, 32(1), 25-31. doi: 10.1177/0840470418794204
- Musée des Abénakis. (2019). *Le Musée* [en ligne]. Repéré à <https://musedesabenakis.ca/data/?lang=fr>
- Musée des Abénakis. (2020). *Le fort d'Odanak : 1704-1759 sur les traces d'un village fortifié abénakis* [en ligne]. Repéré à <https://www.fort-odanak.ca/familles-families-fra>
- Nelms, T. (2014). Phenomenological philosophy and research. Dans M. De Chesnay (Éd.). *Nursing research using phenomenology: Qualitative designs and methods in nursing*. (pp. 1-23). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.

- Nelson, S. E. (2011). *Remise en question des hypothèses cachées : les normes coloniales en tant que déterminants de la santé des Autochtones*. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Nelson, S. E., & Wilson, K. (2018). Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. *Social Science & Medicine*, 218, 21-27. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.017
- Niosi, L. (2019, 5 novembre). *Une élue de Montréal accusée d'avoir menti en prétendant être Autochtone*. *Radio-Canada | Espaces autochtones* [en ligne]. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1375869/marie-josee-parent-autochtone-montreal-ascendance>
- Niosi, L. (2020, 7 février). *Remise en doute des origines d'une militante autochtone; des chefs dénoncent*. *Radio-Canada | Espaces Autochtones* [en ligne]. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1509375/autochtone-identite-usurpation-lorange>
- Nykiforuk, C. I. J., Atkey, K., Brown, S., Caldwell, W., Galloway, T., Gilliland, J., ... Raine, K. D. (2018). Promotion of physical activity in rural, remote and northern settings: A Canadian call to action. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 38(11), 419-435. doi: 10.24095/hpcdp.38.11.03
- Obésité Canada. (2018). *Qu'est-ce que l'obésité?* [en ligne]. Repéré à <https://obesitycanada.ca/fr/quest-ce-que-lobesite/>
- O'Cathain, A., Hoddinott, P., Lewin, S., Thomas, K. J., Young, B., Adamson, J., ... Donovan, J. L. (2015). Maximising the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: Guidance for researchers. *Pilot and Feasibility Studies*, 1(1), 32. doi: 10.1186/s40814-015-0026-y
- O'Donnell, V., Wendt, M., & Association nationale des centres d'amitié. (2017). *Aînés autochtones dans les centres de population au Canada | Enquête auprès des peuples autochtones de 2012* [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-653-x/89-653-x2017013-fra.pdf?st=FnZMZJCP>
- Office québécois de la langue française. (2012). *Fiche terminologique : Signification*. Repéré à http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17589709
- Office québécois de la langue française. (2018). *Désignations de peuples autochtones*. *Banque de dépannage linguistique* [en ligne]. Repéré à http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?T1=ab%c3%a9nakis&id=5335
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2020). *Portrait régional de l'effectif infirmier et de la relève infirmière 2019-2020 : Mauricie et Centre-du-Québec* [en ligne]. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/04-portrait-regional-mauricie-centre-du-quebec.pdf>

- O'Reilly, L., & Cara, C. (2020). La phénoménologie selon l'école de pensée de Husserl : survol de notions épistémologiques et application de la méthode Investigation relationnelle Caring pour mieux comprendre l'expérience infirmière d'« être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière & N. Larivière (Éds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd, pp. 33-57). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2016). *Systèmes de savoirs locaux et autochtones* [en ligne]. Repéré à <http://www.unesco.org/new/fr/natural-sciences/priority-areas/links/related-information/what-is-local-and-indigenous-knowledge/>
- Organisation for economic co-operation and development. (2019). *The heavy burden of obesity: The economics of prevention* [en ligne]. Repéré à https://www.oecd-ilibrary.org/sites/67450d67-en/index.html?itemId=/content/publication/67450d67-en&mimeType=text/html&_csp_=77ac5dad9f2cb67b4d2e46c9fc814aa4&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2018). *Qu'entend-on par activité physique modérée ou intense?* [en ligne]. Repéré à http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2019a). *Constitution* [en ligne]. Repéré à <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2019b). *Eau* [en ligne]. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>
- Osmanovic, S., Schoberer, D., Lohrmann, C., & Großschädl, F. (2021). Psychometric properties of instruments used to measure the cultural competence of nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 113, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103789
- Otis, N., & Pelletier, L. (2008). Women's regulation styles for eating behaviors and outcomes: The mediating role of approach and avoidance food planning. *Motivation and Emotion*, 32(1), 55-67.
- O'Toole, D. (2017). Y-a-t-il des communautés métisses au Québec? Une perspective juridique. Dans Collectif d'analyse politique, *Autochtones et société québécoise : combattre ensemble*, (pp. 29-36), no. 18, Montréal, QC : Nouveaux cahiers du socialisme.
- Ottawa, G. (2010). *Les pensionnats indiens au Québec : un double regard*. Québec, QC : Cornac.
- Panasuk, A. (2019, 5 décembre). Se dire Autochtone et « soigner ». *Radio-Canada* [en ligne]. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1417514/imposteurs-autochtones-chaman>
- Papy, J. (2016). La thèse sous forme d'articles. Dans E. Bernheim & P. Noreau (Éds), *La thèse : un guide pour y entrer... et s'en sortir* (pp. 223-232). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.

- Paraschak, V., & Thompson, K. (2014). Finding strength(s): Insights on Aboriginal physical cultural practices in Canada. *Sport in Society*, 17(8), 1046-1060. doi: 10.1080/17430437.2013.838353
- Park, J., Tjepkema, M., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2015). Mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge adulte au Canada : une analyse de cohorte. *Rapports sur la santé*, 26(8), 11-18. Repéré à https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2015008/article/14216-fra.pdf?st=0sC_Qquc
- Pelletier, L., Dion, S., Slovinc-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why Do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28(3), 245-277. doi: 10.1023/B:MOEM.0000040154.40922.14
- Pelletier, C. A., Smith-Forrester, J., & Klassen-Ross, T. (2017). A systematic review of physical activity interventions to improve physical fitness and health outcomes among Indigenous adults living in Canada. *Preventive Medicine Reports*, 8, 242-249. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.11.002
- Petiquay-Dufresne, J. (2019). *Agent à la liaison autochtone : responsabilité dans l'adaptation des soins et services aux Premières Nations* (Document inédit). Présentation pour le CIUSSS MCQ.
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371-385. doi: 10.1002/jrsm.1123
- Picard, P. (2012). *Évaluation sommaire des besoins des citoyens autochtones de la région de Trois-Rivières | Rapport final* [en ligne]. Wendake, QC : Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. Repéré à https://www.rcaa.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/C3%89valuation-des-besoins-des-Autochtones_Trois-Rivi%C3%A8res_2012.pdf
- Pilon, R. S., Benoit, M., Maar, M., Cote-Meek, S., Assinewe, F., & Daybutch, G. (2019). Decolonizing diabetes. *International Journal of Indigenous Health*, 14(2), 252-275. doi: 10.32799/ijih.v14i2.31895
- Place, J. (2012). *La santé des Autochtones en milieu urbain* [en ligne]. Prince George, CB: Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Repéré à <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-HealthUrbanAboriginal-Place-FR.pdf>
- Pluye, P. (2012). Les méthodes mixtes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (2^e éd., pp. 125-143). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.

- Pluye, P., Bengoechea, E., Granikov, V., Kaur, N., & Tang, D. (2018). A world of possibilities in mixed methods: Review of the combinations of strategies used to integrate qualitative and quantitative phases, results and data. *International Journal of Multiples Research Approaches*, 10(1), 41-56. doi: 10.29034/ijmra.v10n1a3
- Poirier, S., Jérôme, L., & Société d'histoire atikamekw [Nehirowisiw Kitci Atisokan]. (2014). Les Atikamekw Nehirowisiwok: Territorialités et savoirs. *Recherches amérindiennes au Québec*, 44(1), 3-10. doi: 10.7202/1027875ar
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., ... Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 51(HS), 41-50. doi: 10.3917/pub.150.0041
- Posca, J. (2018). *Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec* [en ligne]. Montréal, QC : Institut de recherche et d'informations socioéconomiques Repéré à https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_Ine_galite_s_4_WEB_02.pdf
- Poudrier, J., & Kennedy, J. (2008). Embodiment and the meaning of the "healthy body": An exploration of First Nations women's perspectives of healthy body weight and body image. *Journal of Aboriginal Health*, 4(1), 15-24. doi: 10.3138/ijih.v4i1.28958
- Prince, S. A., McDonnell, L. A., Turek, M. A., Visintini, S., Nahwegahbow, A., Kandasamy, S., ... Coutinho, T. (2018). The state of affairs for cardiovascular health research in Indigenous women in Canada: A scoping Review. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(4), 437-449. doi: 10.1016/j.cjca.2017.11.019
- Proulx, J., Deschenaux, F., & Royer, C. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70. doi: 10.7202/1059647ar
- Rabi, D. M., McBrien, K. A., Sapir-Pichhadze, R., Nakhla, M., Ahmed, S. B., Dumanski, S. M., ... Daskalopoulou, S. S. (2020). Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Canadian Journal of Cardiology*, 36(5), 596-624. doi: 10.1016/j.cjca.2020.02.086
- Radio-Canada. (2015, 20 novembre). *Un cours obligatoire sur les questions autochtones à l'Université de Winnipeg*. [en ligne] Ici Manitoba. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/750986/cours-obligatoire-autochtone-universite-winnipeg>
- Radio-Canada. (2020, 30 septembre). *Études sur les Autochtones et le système de santé : Anne-Marie Leclerc de l'UQTR*. [en ligne]. Ici Première : En direct (animation de Barbara Leroux). Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/en-direct/episodes/483916/rattrapage-dumercredi-30-s>

- Radio-Canada. (2020, 5 novembre). *Une première annonce*. Ici télé : Téléjournal Mauricie-Centre-du-Québec (reportage de Maude Montembeault). [en ligne]. Repéré à https://ici.radio-canada.ca/tele/le-telejournal-mauricie/site/episodes/491666/episode-du-5-novembre-2020?fbclid=IwAR20_6QncQLnrYA_Xtb8wy_sq4DXFJKbze-TocS5JCBiEsz-QADfQRb6HTc
- Radio-Canada. (2021, 19 mars). *Formation sur la sécurisation culturelle : entrevue avec Anne-Marie Leclerc*. Ici Première : Le 15-18 (animation de Annie Desrochers). [en ligne]. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/le-15-18/episodes/519914/rattrapage-du-vendredi-19-mars-2021>
- Radio-Canada. (2021, 10 juin). *Les blessures des Atikamekw de la Mauricie ravivées par les découvertes à Kamloops*. Ici Mauricie—Centre-du-Québec. [en ligne]. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1800348/pensionnat-wemotaci-reconciliation-autochtone-mauricie-saguenay>
- Rajotte, T., Lira-Gonzales, M.-L., & Grégoire, P. (2017). Les devis de recherche mixtes : un moyen de répondre à des problèmes complexes en éducation. Dans P. Beaupré, R. Laroui, & M.-H. Hébert (Éds), *Le chercheur face aux défis méthodologiques de la recherche : freins et leviers* (pp. 175-186). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Ramsden, I. M. (2002). *Cultural safety in nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu*. (Thèse de doctorat inédite). Victoria University of Wellington, Wellington (N.-Z.). Repéré à https://croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf
- Reading, C., & Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones* [en ligne]. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Repéré à <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>
- Reading, J., & Halseth, R. (2013). *Trajectoires menant à l'amélioration du bien-être des Peuples Autochtones : les conditions de vie déterminent la santé* [en ligne]. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Repéré à <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-PathwaysWellBeing-Reading-Halseth-FR.pdf>
- Recherches amérindiennes au Québec, Hubert, C., & Savard, R. (2006). *Algonquins de Trois-Rivières : l'oral au secours de l'écrit, 1600-2005*. Montréal, QC : Recherches amérindiennes au Québec.
- Regragui, S., Leclerc, A.-M., & Roch, G. (2018). Défis pratiques et méthodologiques de trois expériences doctorales avec devis mixte. Dans M. Bujold, Q. N. Hong, V. Ridde, C. J. Bourque, M. J. Dogba, I. Vedel, & P. Pluye (Éds), *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé* (pp. 100-119). Montréal, QC : ACFAS.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (RCAAQ, 2014). *Lutte à l'intimidation envers les Autochtones dans les villes* [en ligne]. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/2014-11-29.1-Memoire.pdf>

- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (RCAAQ, 2016). *L'apprentissage tout au long de la vie : soutenir la réussite éducative des Autochtones en milieu urbain*. Wendake, QC : Auteur.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (RCAAQ, 2018). *Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics. Portrait de la situation au Québec*. Wendake, QC : Auteur.
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (RCAAQ, 2020). *Favoriser la persévérance et la réussite éducative des étudiants autochtones au postsecondaire*. Wendake, QC : Auteur.
- Réseau de la communauté autochtone à Montréal. (2019). *Trousse d'outils pour les alliés aux luttes autochtones* [en ligne]. Repéré à <https://www.tgfm.org/files/trousse-alliee.pdf>
- Réseau DIALOG, Université du Québec en Outaouais, Université du Québec en Abitibi-Témiscaminque, & Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, équité, réciprocité, collaboration et culture*. Wendake, QC : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Rotenberg, C. (2016). *Les déterminants sociaux de la santé des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012* [en ligne]. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2016010-fra.pdf>
- Rousseau, C., (2018, 3 avril). Être Autochtone à l'UQTR, *Zone Campus* [en ligne], Repéré à <http://zonecampus.ca/blogue/etre-autochtone-a-luqtr-la-realite-des-premieres-nations/>
- Routhier, M.-J. (1984). Que sont devenues les sages-femmes d'antant? L'accouchement chez les femmes attikamèques de Manouane. *Recherches amérindiennes au Québec*, 14(3), 26-36.
- Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère : diabète et processus de construction identitaire : les dimensions sociopolitiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université Laval.
- Roy, B., Labarthe, J., & Petitpas, J. (2013). Transformations de l'acte alimentaire chez les Innus et rapports identitaires. *Anthropologie et sociétés*, 37(2), 233-250. doi: 10.7202/1017914ar
- Rural and Remote Health. (n.d.). *Information for authors* [en ligne]. Repéré à https://www.rrh.org.au/journal/information_for_authors/
- Ryan, R. M. (2012). *The oxford handbook of human motivation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ryan, M., & Deci, E. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behaviour*. New York, NY: Plenum.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Saini, M. (2012). *Revue systématique des modèles de recherche occidentaux et autochtones : évaluation de la validation croisée pour l'exploration de la compatibilité et de la convergence*. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Santé Canada. (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien. Premières Nations, Inuit et Métis* [en ligne]. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/rapports-publications/bien-manger-guide-alimentaire-canadien-premieres-nations-inuit-metis.html>
- Santé Canada. (2019). *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation à l'intention des professionnels de la santé et des responsables des politiques* [en ligne]. Repéré à <https://guide-alimentaire.canada.ca/static/assets/pdf/CDG-FR-2018.pdf>
- Sarkar, A., Sarkar, A., Hanrahan, M., & Hudson, A. (2015). Water insecurity in Canadian Indigenous communities: some inconvenient truths. *Rural and Remote Health*, 15(4), 3354-3354.
- Sasakamoose, J., Scerbe, A., Wenaus, I., & Scandrett, A. (2016). First Nation and Métis youth perspectives of health: An Indigenous qualitative inquiry. *Qualitative Inquiry*, 22(8), 636-650. doi: 10.1177/1077800416629695
- Savoie-Zajc, L. (2018). La recherche qualitative / interprétative. Dans T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation* (4^e éd., pp. 191-217). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Savoie-Zajc, L. (2021). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier & I. Bourgeois (Éds), *Recherche sociale | De la problématique à la collecte des données* (6^e éd., pp. 337-362). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Secrétariat aux affaires autochtones (SAA, 2021). *À propos des nations* [en ligne]. Repéré à <https://www.quebec.ca/gouv/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/profil-des-nations/a-propos-nations>
- Shea, J., Poudrier, J., Chad, K., & Atcheynum, J. R. (2011). Understanding the healthy body from the perspective of First Nations girls in the Battlefords Tribal Council Region: A photovoice project. *Native Studies Review*, 20(1), 27-57.
- Shea, J., Poudrier, J., Chad, K., Jeffery, B., Thomas, R., & Burnouf, K. (2013). In their own words: First Nations girls' resilience as reflected through their understandings of health. *Pimatisiwin*, 11(1), 1-15.

- Siddiqi, A., Shahidi, F. V., Ramraj, C., & Williams, D. R. (2017). Associations between race, discrimination and risk for chronic disease in a population-based sample from Canada. *Social Science & Medicine*, 194, 135-141. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.009
- Sioui, B., Mowatt-Gaudreau, M., & Mowatt, J. (2018). *Ka pi icita8atc ce qu'ils ont fait*. Montréal, QC : Carte blanche.
- Sirois, T., Poulin, J., & Caron, J. (2016). Le mieux-être chez la population autochtone en milieu urbain. *Le partenaire*, 25(1), 23-25. Repéré à <https://aqrp-sm.org/partenaire/flipbook/vol25no1-572801/pdf/le-partenaire-vol25no1-2016.pdf#zoom=100&page=23>
- Smith, J., Puckett, C., & Simon, W. (2016). *Indigenous allyship: an overview*. Wilfrid Laurier University Waterloo, ON: Office of Aboriginal Initiatives.
- Smylie, J., & Firestone, M. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, 31(1), 67-87. doi: 10.3233/SJI-150864
- Smylie, J., & Firestone, M. (2016). The health of Indigenous peoples. Dans D. Raphael (Éd.), *Social determinants of health | Canadian perspectives* (3^e éd., pp. 434-466). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.
- Smylie, J., Marsden, N., Star, L., Gahagan, J., Zarowsky, C., Mykhalovskiy, E., . . . Potvin, L. (2020). Requirement for meaningful engagement of First Nations, Inuit, Métis, and Indigenous peoples in publications about them. *Canadian Journal of Public Health*, 111(6), 826-830. doi: 10.17269/s41997-020-00450-y
- Snyder, M., & Wilson, K. (2015). “Too much moving...there's always a reason”: Understanding urban Aboriginal peoples' experiences of mobility and its impact on holistic health. *Health and Place*, 34, 181-189. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.05.009
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (SCPE, 2017). *Directives en matière de mouvement sur 24 heures : glossaire des termes* [en ligne]. Repéré à <http://www.csep.ca/fr/directives/glossaire-2017>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (SCPE, 2019). *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures* [en ligne]. Repéré à <https://csepguidelines.ca/fr/>
- Société d'histoire atikamekw [Nehirowisiw Kitci Atisokan]. (2014). Tapiskwan sipi (la rivière Saint-Maurice). *Recherches amérindiennes au Québec*, 44(1), 85-93. doi: 10.7202/1027882ar
- Société du sport pour la vie. (2019). *Pour les Autochtones, le sport c'est pour la vie* [en ligne]. Repéré à https://sportforlife.ca/wp-content/uploads/2019/09/ILTPD__Sept2019_FR_web.pdf
- Statistique Canada. (2015). *Un aperçu des statistiques sur les Autochtones* [en ligne]. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/89-645-x2015001-fra.pdf>

- Statistique Canada. (2017a). *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016* [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.pdf?st=MFVFqani>
- Statistique Canada. (2017b). *Série « Perspective géographique » | Recensement de 2016* [en ligne]. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-cma-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CMA&GC=444&TOPIC=9>
- Statistique Canada. (2018). *Les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada : des populations diverses et en plein essor* [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-659-x/89-659-x2018001-fra.pdf?st=x7zFoQ48>
- Statistique Canada. (2019a). *Profil de la population autochtone, Recensement de 2016 | Trois-Rivières* [en ligne]. Repéré à https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/abpopprof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2437067&Data=Count&SearchText=Trois%2DRivieres&SearchType=Begins&B1=All&SEX_ID=1&AGE_ID=1&RESGEO_ID=1
- Statistique Canada. (2019b). *Profil du recensement, Recensement de 2016 / La Tuque* [en ligne]. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2490012&Geo2=CD&Code2=2490&Data=Count&SearchText=La%20tuque&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>
- Statistique Canada. (2019c). *Profil du recensement, Recensement de 2016 | Shawinigan* [en ligne]. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=POPC&Code1=0750&Geo2=PR&Code2=24&Data=Count&SearchText=Shawinigan&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&TABID=1>
- Statistique Canada. (2019d). *Rapport sur les discussions régionales : examen des questions du recensement sur les Premières Nations, les Métis et les Inuits* [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0001/412000012019001-fra.htm>
- Statistique Canada. (2019e). *Profil du recensement, Recensement de 2016 | Trois-Rivières* [en ligne]. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2437067&Geo2=PR&Code2=24&Data=Count&SearchText=Trois-Rivieres&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=2437067&TABID=1>
- Statistique Canada. (2020a). *Peuples autochtones – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016 / Population ayant une identité autochtone selon les deux sexes, total - âge, chiffres de 2016, Canada, Québec et régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Recensement de 2016 – Données-échantillon (25 %)* [en ligne]. Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/abo-aut/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=103&PR=24&S=88&O=A&RPP=25>

- Statistique Canada. (2020b). *Portrait des communautés autochtones selon le Recensement de 2016 – Odanak* [en ligne]. Repéré à https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/abpopprof/infogrph/pdf/41260001-2020001_Odanak_fra.pdf
- Statistique Canada. (2020c). *Portrait des communautés autochtones selon le Recensement de 2016 - Première Nation des Abénakis de Wôlinak* [en ligne]. Repéré à https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/abpopprof/infogrph/pdf/41260001-2020001_Premi%C3%A8re_Nation_des_Ab%C3%A9nakis_de_W%C3%B4linak_fra.pdf
- Statistique Canada. (2020d). *Portrait des communautés autochtones selon le Recensement de 2016 - Conseil des Atikamekw de Wemotaci* [en ligne]. Repéré à https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/abpopprof/infogrph/pdf/41260001-2020001_Conseil_des_Atikamekw_de_Wemotaci_fra.pdf
- Stevahn, L., Anderson, J., & Hasart, T. (2016). Community-Based research (CBR) in the education doctorate: Lessons learned and promising practices. *International Journal of Doctoral Studies*, *11*, 441-465. doi: 10.28945/3620
- Stout, R. (2018). *Le milieu bâti : comprendre l'influence de l'environnement physique sur la santé et le bien-être des Premières Nations vivant sur réserve*. Prince George, CB : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Strath, J. S., Kaminsky, A. L., Ainsworth, E. B., Ekelund, S. U., Freedson, A. P., Gary, R. R., ... Swartz, M. A. (2013). Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications. *Circulation*, *128*(20), 2259-2279. doi: 10.1161/01.cir.0000435708.67487.da
- Stronach, M., Maxwell, H., & Taylor, T. (2016). 'Sistas' and Aunties: sport, physical activity, and Indigenous Australian women. *Annals of Leisure Research*, *19*(1), 7-26. doi: 10.1080/11745398.2015.1051067
- Tang, K., & Jardine, C. G. (2016). Our way of life: Importance of indigenous culture and tradition to physical activity practices. *International Journal of Indigenous Health*, *11*(1), 211-227. doi: 10.18357/ijih111201616018
- Tanguay, N., de Grosbois, S., & Saint-Charles, J. (2013). Santé territoriale, indicateurs de santé animale et vision holistique. *Recherches amérindiennes au Québec*, *43*(2-3), 3-19. doi: 10.7202/1026103ar
- Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., & Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, *95*, 349-359. doi: 10.1016/j.appet.2015.07.026
- Teixeira P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *(9)*, 78. doi: 10.1186/1479-5868-9-78

- Tjepkema, M., Bushnik, T., & Bougie, E. (2019). Espérance de vie des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits à domicile au Canada. *Rapports sur la santé*, 30(12), 3-10.
- Tjepkema, M., Tjepkema, M., Wilkins, R., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2012). Cardiovascular disease mortality among First Nations people in Canada, 1991-2001. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 32(4), 200-207.
- Thompson, C., Cummins, S., Brown, T., & Kyle, R. (2015). What does it mean to be a 'picky eater'? A qualitative study of food related identities and practices. *Appetite*, 84, 235-239. doi: 10.1016/j.appet.2014.09.028
- Trahan, B. (2020, 2 octobre). *Soins de santé et Premières Nations : peur et sentiment d'incompétence*. Le Nouvelliste [en ligne]. Repéré à <https://www.lenouvelliste.ca/actualites/soins-de-sante-et-premieres-nations-peur-et-sentiment-dincompetence-a40608b0a5ecd5bb3faa33da91706cef>
- Tremblay, A. (2017, 3 juillet). *Jeux autochtones interbandes : le coup d'envoi est donné*. Le Nouvelliste [en ligne]. Repéré à <https://www.lenouvelliste.ca/actualites/jeux-autochtones-interbandes-le-coup-denvoi-est-donne-d84de76b06d84e1cfd72ca278ab16406>
- Tremblay, A. (2021, 19 mai). *Nouveau point de service à Shawinigan pour le Centre d'amitié autochtone*. Le Nouvelliste [en ligne]. Repéré à <https://www.lenouvelliste.ca/actualites/nouveau-point-de-service-a-shawinigan-pour-le-centre-damitie-autochtone-ccb234a6b0589fe09d13820155b41594>
- Tremblay, J., & Leclerc, A.-M. (2019). Perspective contemporaine de la santé des Autochtones : une revue de littérature. *Cyberjourn@l de l'Ordre des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, 8(1).
- Tremblay, M.-C., Graham, J., Porgo, T. V., Dogba, M. J., Paquette, J.-S., Careau, E., & Witteman, H. O. (2020). Improving cultural safety of diabetes care in Indigenous populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: A systematic rapid review. *Canadian Journal of Diabetes*, 44, 670-678. doi: 10.1016/j.jcjd.2019.11.006
- Treyvaud, G., O'Bomsawin, S., & Bernard, D. (2018). L'expertise archéologique au sein des processus de gestion et d'affirmation territoriale du Grand Conseil de la Nation Waban-Aki. *Recherches amérindiennes au Québec*, 48(3), 81-90. doi: 10.7202/1062135ar
- Université de Montréal. (n.d.). *Doctorat en sciences biomédicales* [en ligne]. Repéré à <https://biomedicales.umontreal.ca/programmes/doctorat-en-sciences-biomedicales/>
- Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR, n.d.). *Département des sciences infirmières / baccalauréat* [en ligne]. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=326&owa_no_fiche=18&owa_bottin=

- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Trofholz, A. C., Schulte, A. K., & Berge, J. M. (2017). How parents describe picky eating and its impact on family meals: A qualitative analysis. *Appetite, 110*, 36-43. doi: 10.1016/j.appet.2016.11.027
- Vachon, É., Plamondon, M.-C., & de Montigny, F. (2012). *La transcription*. Guide de formation no 3. Gatineau, QC : CERIF/UQO.
- Vedel, I., Kaur, N., Hong, Q. N., El Sherif, R., Khanassov, V., Godard-Sebillotte, C., ... Pluye, P. (2019). Why and how to use mixed methods in primary health care research. *Family Practice, 36*(3), 365-368. doi: 10.1093/fampra/cmz127
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M., & Teixeira, P. J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: A self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*(1), 21-21. doi: 10.1186/1479-5868-9-21
- Walter, M., & Andersen, C. (2013). *Indigenous statistics: A quantitative research methodology*. New York, NY: Routledge.
- Waltz, C. F., Strickland, O., & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in nursing and health research* (5^e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., ... Wicklum, S. (2020). L'obésité chez l'adulte : ligne directrice de pratique clinique. *CMAJ, 192*, E875-891. doi: 10.1503/cmaj.191707
- Wicklum, S., Sampson, M., Henderson, R., Wiart, S., Perez, G., McGuire, A., ... McBrien, K. (2019). Results of a culturally relevant, physical activity-based wellness program for urban Indigenous women in Alberta, Canada. *International Journal of Indigenous Health, 14*(2), 169-204. doi: 10.32799/ijih.v14i2.31890
- Wikimedia Commons. (2012). *Cercle de vie* [en ligne]. Repéré à https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cercle_de_vie.jpg
- Wilk, P., Maltby, A., & Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada — a scoping review. *Public health reviews, 38*(1), 8. doi: 10.1186/s40985-017-0055-6
- Woo, K. (2019). *Polit & Beck: Canadian essentials of nursing research* (4^e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva, Switzerland: WHO.

Yaphe, S., Richer, F., & Martin, C. (2019). Cultural safety training for health professionals working with Indigenous populations in Montreal, Quebec. *International Journal of Indigenous Health*, 14(1), 60-84. doi: 10.32799/ijih.v14i1.30861

Annexe A
Les Nations

Les The Nations



Annexe B
Autorisation des communautés autochtones

Odanak



Odanak, le 1er décembre 2015

Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR
3351, boulevard des Forges
C.P. 500, Trois-Rivières (Qc)
G9A 5H7

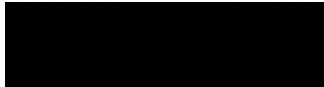
Objet : Approbation du projet de recherche sur la trajectoire de santé des Autochtones

Membres du Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR,

La présente est pour confirmer la collaboration du Centre de santé Odanak au projet doctoral de Mme Anne-Marie Leclerc, intitulé *Trajectoire de santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Nous avons pris connaissance de l'ensemble du devis de recherche et nous désirons vous informer que nous autorisons le recrutement de participants au sein de notre communauté.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Daniel G. Noël
Directeur général
Conseil des Abénakis d'Odanak
104, Sibosis
Odanak, Qc
J0G 1H0


Denis O. Bousavrin
Directeur des services de santé
Centre de santé Odanak
105, Sibosis
Odanak, Qc
J0G 1H0

Wemotaci



CONSEIL DES ATIKAMEKW DE WEMOTACI
C.P. 221, Wemotaci (Québec) G0X 3R0
Téléphone : (819) 666-2237 / Télécopieur : (819) 666-2161



Wemotaci, le 22 mars 2016

Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR

3351, boulevard des Forges, C.P. 500

TROIS-RIVIÈRES (Qc) G9A 5H7

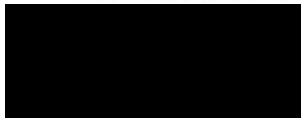
Objet : Approbation du projet de recherche sur la trajectoire de santé des Autochtones

Membres du Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR,

La présente est pour confirmer la collaboration du Centre de santé Wemotaci (ou Conseil des Atikamekw de Wemotaci) au projet doctoral de Mme Anne-Marie Leclerc, intitulé Trajectoire de santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Nous avons pris connaissance de l'ensemble du devis de recherche et nous désirons vous informer que nous autorisons le recrutement de participants au sein de notre communauté.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



François Néashit, Chef
Conseil des Atikamekw de Wemotaci

Wólinak



Le 31 janvier 2017

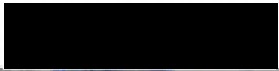
Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR
3351, boulevard des Forges
C.P. 500, Trois-Rivières (Qc)
G9A 5H7

Objet : Autorisation du projet de recherche sur la trajectoire de santé des Autochtones

Membres du Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR,

La présente est pour confirmer la collaboration du Conseil des Abénakis de Wólinak au projet doctoral de Mme Anne-Marie Leclerc, intitulé *Trajectoire de santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Nous avons pris connaissance de l'ensemble du devis de recherche et nous désirons vous informer que nous autorisons le recrutement de participants au sein de notre communauté.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Dave Berliard
Directeur général
Conseil des Abénakis de Wólinak



10123, rue Kipiako, Wólinak, Qc G6X 1R0
Tél. 819-294-6666 - Téléc. 819-294-6667

Annexe C
Autorisations éthiques

**Étude 2a - Pilot-Project on Physical Activity and Eating Behaviors of First Nations Peoples:
A Mixed-Methods Approach**



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

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

Titre : Les croyances et les perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet pilote

Chercheurs : Anne-Marie Leclerc
Département des sciences infirmières

Organismes : Fonds pour la recherche clinique de l'UQTR

N° DU CERTIFICAT : CER-15-219-07.17

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 20 janvier 2016 au 20 janvier 2017

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

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Présidente du comité


Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 20 janvier 2016

**Étude 2b - First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area:
A mixed-methods approach**



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

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

Titre : Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

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

Organisme(s) : Fonds de recherche clinique de l'UQTR

N° DU CERTIFICAT : CER-18-247-07.04

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 27 juin 2018 au 27 juin 2019

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

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



Bruce Maxwell
Président du comité




Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 27 juin 2018

**Étude 3 - Transcultural health practice of emergency nurses working with Indigenous population:
A descriptive study**

a) UQTR

 **UQTR**
Savoirs
Surprendre.

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

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

Titre : Trajectoire de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : l'expérience des infirmières auprès de la population autochtone

Chercheurs : Anne-Marie Leclerc
Département des sciences infirmières


Organismes : Fonds pour la recherche clinique de l'UQTR

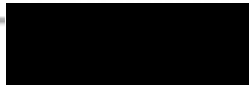
N° DU CERTIFICAT : CER-17-232-07.02

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 07 mars 2017 au 07 mars 2018

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


- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Bruce Maxwell
Président du comité


Penny Longpre
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création Date d'émission : 07 mars 2017

b) CIUSSS MCQ

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec Québec		BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE Téléphone : 819-373-3133 poste 32903 ciussismcq_bureau_integré_de_éthique@ciussm-pouv.qc.ca		No d'approbation éthique CIUSSSMCQ : CÉR-2016-035-00	
Certificat d'approbation éthique					
Description du projet de recherche :					
Titre du projet :	Trajectoire de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : expérience des infirmières auprès de la population autochtone				
Numéro du projet :	CÉR-2016-035				
Chercheur :	Anne-Marie Leclerc				
Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :					Date de la version
Résumé du projet de recherche					2017
Protocole de recherche					2017-02-17
Formulaire d'information et de consentement					2017-05-18
Instructions en lien avec les questionnaires					2017
Informations sur le questionnaire					2017-04-13
Questionnaire sociodémographique					2017
Outil de l'auto-efficacité transculturelle					Non datée
Outil d'évaluation de la compétence culturelle clinique – version pour employé					Non datée
Affiche de recrutement – Région Trois-Rivières					2017-04-13
Affiche de recrutement – Région La Tuque					2017-04-13
Approbation éthique :					
Étude initiale du projet par notre CÉR :	2017-03-23				
Certificat actuel :					
Raison d'émission :	Acceptation initiale				
Date d'étude par notre CÉR :	2017-03-23				
Période de validité :	Du 2017-05-18 au 2018-05-18				
 Bernard Deshaies Président Comité d'éthique de la recherche multicentrique					
À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.					

Annexe D
Outils de recrutement

Étude 2a - *Pilot-Project on Physical Activity and Eating Behaviors of First Nations Peoples: A Mixed-Methods Approach*

a) Lettre explicative de l'étude 2a

Projet de recherche

Les croyances et perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet-pilote

Coordonnées

Anne-Marie Leclerc, inf. M.Sc.
(étudiante au doctorat en sciences biomédicales)

UQTR
3351 Boul. Des Forges
C.P. 500
Trois-Rivières, Qc
G9A 5H7

819-376-5011 poste 3448
Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca



Résumé

L'objectif : Valider deux outils (un questionnaire et un canevas d'entrevue) permettant d'examiner les croyances et les perceptions de santé des populations autochtones des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- A) L'entrevue permettra d'explorer les croyances et les perceptions. (60 minutes)
- B) Le questionnaire porte notamment sur les habitudes de vie et les déterminants psychosociaux des comportements de santé, dont la motivation et le bien-être psychologique. (30 minutes)

Ces outils seront validés auprès de 35 participants issus de chacune des communautés autochtones des deux régions.

Les résultats attendus : la création de deux outils méthodologiques qui permettront ensuite de mieux comprendre la perspective des autochtones quant à leur santé dans l'objectif d'ajuster les services de santé à leurs réalités. Les retombées cliniques de ce projet permettront en outre d'améliorer les compétences culturelles des professionnels de la santé.

Participants recherchés

Critères d'inclusion :

- Être autochtone
- Être âgé de plus de 18 ans
- Habiter la communauté d'Odanak, Wôlinak et Wemotaci

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'UQTR

CER-

b) Affiche (exemple de Wôlinak)



Courez la chance de gagner une
carte-cadeaux d'une valeur de 25\$

**Participants
recherchés
pour un
projet de
recherche!**

Besoin de participants pour un projet de recherche en santé

Nous sommes à la recherche de personnes d'origine autochtone pour une recherche portant sur les croyances et perceptions sur la santé ainsi que les habitudes de vie.

Être âgé de plus de 18 ans, comprendre le français et habiter la communauté de Wôlinak

Pour de plus amples informations :
819-376-5011 poste 3448 ou
Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

 UQTR
Savoir.
Surprendre.

CER-15-219-07.17

c) Signets plastifiés (recto-verso)

BESOIN DE PARTICIPANTS!

Projet de recherche
Les croyances et perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Critères d'inclusion :

- Être Autochtone
- Être âgé de plus de 18 ans
- Habiter la communauté d'Odanak, Wôlinak ou Wemotaci

Anne-Marie Leclerc
Infirmière M. Sc.

Étudiante au doctorat en sciences biomédicales, UQTR

819 376-5011 poste 3448

UQTR
Savoir. Surprendre.

BESOIN DE PARTICIPANTS!

Projet de recherche
Les croyances et perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Votre implication:

- * Entretien individuel sur vos croyances et perceptions de la santé
- * Questionnaire sur les habitudes de vie et le bien-être psychologique

Anne-Marie Leclerc
Infirmière M. Sc.

Étudiante au doctorat en sciences biomédicales, UQTR

819 376-5011 poste 3448

UQTR
Savoir. Surprendre.

**Étude 2b - First Nations peoples' physical activity and eating behaviours in urban area:
A mixed-methods approach**

a) Lettre explicative destinée aux familles autochtones de l'école Saint-Pie-X



École Saint-Pie-X


Commission scolaire
du Chemin-du-Roy

720, boul. des Récollets, Trois-Rivières (Québec) G8Z 3W1 Tél. : 375-0388 téléc. : 375-8812

Le 14 novembre 2018,

Projet de recherche sur la santé des populations autochtones

Bonjour chers parents,

Je m'appelle Anne-Marie Leclerc et je suis étudiante au doctorat en sciences biomédicales à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Je termine actuellement la dernière phase de recrutement pour mon projet de thèse portant sur la santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Je suis à la recherche de participants autochtones âgés de 18 ans et plus, habitant en Mauricie et au Centre-du-Québec pour répondre à un questionnaire en ligne d'environ 20 minutes. L'objectif est de dresser un portrait des habitudes de vie et des aspects motivationnels.

Si vous souhaitez contribuer à l'avancement des connaissances sur la santé des populations autochtones de la région, veuillez cliquer sur le lien suivant : http://www.uqtr.ca/projet_recherche_autochtone. Une carte-cadeau de 50\$ sera tirée au hasard parmi les participants.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR (CER-18-247-07.04).

Mikwec!

Anne-Marie Leclerc, inf. Ph.D. (c) | Université du Québec à Trois-Rivières
Étudiante au doctorat en sciences biomédicales | 819 376-5011, poste 3448 |
3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

b) Publicité sur Facebook

Trajectoires de santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Recrutement de membres des Premières Nations de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour participer à une entrevue de 1h pour discuter sur la thématique de la santé

Une compensation de 10\$ est remise



Université du Québec à Trois-Rivières

Pour participer à ce projet doctoral :

Par courriel  : Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

Par téléphone  : 1-800-365-0922 poste 3448

Par Facebook  : Projet de recherche sur la santé des populations autochtones

c) Pamphlet (recto-verso)

Trajectoire de santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Participants recherchés

Projet de recherche


Santé des Autochtones en Mauricie et Centre-du-Québec

Questionnaire en ligne : http://www.uqtr.ca/projet_recherche_autochtone

Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca
Étudiante au doctorat en sciences biomédicales



Trajectoires de santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Objectif de la recherche


L'objectif de ce projet de recherche est de dresser un portrait des habitudes de vie et des aspects motivationnels des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec afin de mieux comprendre leurs perspectives de santé.

Pour participer ...

Les Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec âgés de 18 ans et plus sont invités à participer au questionnaire en ligne (durée approximative de 20 minutes).

Pour accéder au questionnaire en ligne :
http://www.uqtr.ca/projet_recherche_autochtone

Une carte-cadeau de 50\$ sera tirée au hasard parmi les participants !



Université du Québec à Trois-Rivières

Pour nous joindre

Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca | 1-800-365-0922 poste 3448
Étudiante au doctorat en sciences biomédicales
Université du Québec à Trois-Rivières

f Projet de recherche sur la santé des populations autochtones


**Étude 3 - Transcultural health practice of emergency nurses working with Indigenous population:
A descriptive study**

a) Affiche

Projet de recherche

**Trajectoire de santé des
Autochtones de la Mauricie et du
Centre-du-Québec :**
**l'expérience des infirmières après
de la population autochtone**

Projet de recherche




Nous sommes à la recherche d'infirmières et d'infirmiers travaillant à l'urgence du CHAUR pour une recherche portant sur les compétences culturelles. Les critères de participation :

- Être infirmière/infirmier depuis plus de 6 mois
- Ne pas être d'identité autochtone
- Avoir côtoyé une clientèle autochtone dans le cadre de son travail

Pour de plus amples informations :


Annie Cossette (ASI volet clinique-Urgence)
819-697-3333 poste 64054
ou
Anne-Marie Leclerc (chercheuse principale)
819-376-5011 poste 3448
Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

**Courez la chance de gagner une carte-cadeau de 25 \$ au
Centre commercial Les Rivières!**



CÉR-2016-035-00

2017-04-13
Page 1 de 1



CER- 17-232-07.02

Annexe E
Outils de recherche

Étude 2a - *Pilot-Project on Physical Activity and Eating Behaviors of First Nations Peoples: A Mixed-Methods Approach*

a) La lettre d'information et consentement



LETTRÉ D'INFORMATION

***Les croyances et perceptions de santé des populations autochtones de la
Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet-pilote***

Anne-Marie Leclerc, Étudiante au doctorat en sciences biomédicales
Département des sciences infirmières

Marie-Claude Rivard, Professeure
Département de l'activité physique

Paule Miquelon, Professeure
Département de psychologie

Source de financement : Fonds pour la recherche clinique de l'UQTR
Déclaration de conflit d'intérêts : Aucun

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la perspective de santé des autochtones, serait grandement appréciée.

Objectifs
Les objectifs de ce projet de recherche sont d'explorer les croyances et perceptions des autochtones. Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Tâche
Votre participation à ce projet de recherche consiste à prendre part à un entretien portant sur votre perspective de santé et à répondre à un questionnaire sur vos habitudes de vie ainsi que votre bien-être psychologique. Environ une heure est prévue pour l'entretien et 30 minutes pour le questionnaire. Un bref questionnaire portant sur vos renseignements personnels sera également complété. L'entretien sera enregistré sur bande audio. Cette rencontre au lieu à votre domicile ou dans un local prévu à cet effet, dans la communauté.

Prenez donc le temps de lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question.

Risques, inconvénients, inconforts
Peu de risques sont associés à votre participation, mais le fait d'évoquer certains événements de votre vie pourrait susciter des sentiments désagréables. Le cas échéant, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Celle-ci pourra vous offrir du support et vous guider vers une ressource en mesure de vous aider. Le temps consacré au projet, soit environ 90 minutes, figure également parmi les inconvénients.

Numéro du certificat : CER-15-219-07.17
Certificat émis le 20 janvier 2016

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la perspective de santé des Autochtones est le bénéfice direct lié à votre participation. Un tirage de deux cartes-cadeaux alimentaire d'un montant de 25\$ sera effectué pour les participants de votre communauté, afin de compenser les frais encourus par votre participation. Vous avez une chance sur 5 de gagner, lors du tirage qui aura lieu à la fin du projet-pilote, au Centre de santé.

Confidentialité

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par la loi. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une anonymisation des données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communications, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé, dans le classeur de la chercheuse principale, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes qui y auront accès seront les membres de l'équipe de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites deux ans suivant la dernière collecte de données, par un service de déchiquetage protégé et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

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

Responsable de la recherche

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

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-15-219-07.17 a été émis le 20 janvier 2016. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Remerciements

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

Numéro du certificat : CER-15-219-07.17
Certificat émis le 20 janvier 2016

#



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheure

Moi, Anne-Marie Leclerc, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet : *Les croyances et perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet-pilote*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'autorise également l'enregistrement audio de l'entretien, afin de faciliter l'analyse des données.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche :

Participant	Chercheure
Signature : _____	Signature : _____
Date : _____	Date : _____

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

Si cette adresse venait à changer, prière d'en informer la chercheure.

Numéro du certificat : CER-15-219-07.17
Certificat émis le 20 janvier 2016

b) Le questionnaire



Les croyances et les perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet-pilote

Questionnaire

Date : _____

--	--	--	--

Anne-Marie Leclerc, inf. M.Sc., Étudiante au doctorat en sciences biomédicales à l'UQTR
Directrices: Marie-Claude Rivard & Paule Miquelon

DIRECTIVES POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

- 1) Ce questionnaire comprend 10 questions, divisé en 2 sections. Un temps d'environ 10 minutes sera nécessaire afin de le compléter.
- 2) Il est possible que certaines questions vous semblent répétitives. Choisissez la réponse qui vous convient le mieux.
- 3) Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez au meilleur de votre connaissance.
- 4) Prière de donner une seule réponse à chaque question.
- 5) Soyez assuré que vos réponses demeureront entièrement confidentielles.
- 6) Un espace est réservé à la fin de chaque section afin que vous puissiez y ajouter des commentaires (ex. énoncé qui ne correspond pas au contexte, terminologie trop complexe, etc.)

Section I

Le portrait de vos activités physiques

Voici une série de questions ayant pour objectif de connaître le mieux possible vos habitudes associées à la pratique de l'activité physique. Considérez une période d'une semaine habituelle.

Combien de fois par semaine, en moyenne, pratiquez-vous les activités physiques suivantes durant vos temps libres?

Comprend les activités sportives, de plein air, les activités de conditionnement physique et les activités de danse effectuées dans un contexte de loisir. Ne pas inclure les activités physiques dans le cadre de son travail.

	Nombre de fois par semaine	Nombre de minutes
1. Activité physique d'intensité faible : votre cœur bat légèrement plus vite sans que vous soyez essoufflé. Ex. marche lente, quilles, curling, etc.		
2. Activité physique d'intensité modérée : votre cœur bat plus vite, vous suiez et votre respiration s'accélère sans que vous soyez à bout de souffle. Ex. marche rapide, tennis, badminton, motoneige, danse, volley-ball, vélo, ski alpin, etc.		
3. Activité physique d'intensité élevée : votre rythme cardiaque et votre respiration sont plus élevé que l'intensité modéré. Ex. course à pied, ski de fond, nage intensive, vélo intensif sur une longue distance, spinning, hockey, etc.		

Section 2

Le portrait de votre alimentation

Voici une série de questions ayant pour objectif de connaître le mieux possible vos habitudes associées à l'alimentation. Considérez une journée typique.

Combien de portions par jour, en moyenne, consommez-vous les groupes alimentaires suivants (référence au Guide alimentaire pour les Premières Nations, Inuit et Métis) ?

	Nombre de fois par jour
1. Légumes et fruits Ex. Légumes verts foncés et orangés, légumes-feuilles et plantes sauvages, jus 100% purs, petits fruits.	
2. Produits céréaliers Ex. Pain, bannique, céréales froides ou chaudes, pâtes alimentaires cuites et riz cuit.	
3. Lait et substituts Ex. Lait, boisson de soya enrichie, yogourt et fromage.	
4. Viandes et substituts Ex. Viandes traditionnelles et gibier, poissons et crustacés, œufs, légumineuses cuites et beurre d'arachide.	

Commentaires :

FIN

Merci pour votre précieuse collaboration!

Hiver 2016

Les croyances et perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet-pilote

Questionnaire sociodémographique

Le but de ce questionnaire est de mieux connaître les participants ayant participé au projet de recherche. Les données demeurent confidentielles et anonymes.

1) Quelle est votre année de naissance ? _____

2) Quel est votre état civil ? :

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Séparé |
| <input type="checkbox"/> Conjoint de fait | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Veuf |

3) Quel est votre plus haut niveau d'études atteint?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moins qu'un diplôme d'études secondaires | <input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires | <input type="checkbox"/> Diplôme d'études universitaires |

4) Où se situe votre revenu familial brut annuel?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> < 20 000\$ | <input type="checkbox"/> 60 000\$ à 79 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 20 000\$ à 39 999\$ /année | <input type="checkbox"/> 80 000 et plus |
| <input type="checkbox"/> 40 000\$ à 59 999\$/année | |

5) Avez-vous des enfants? Si oui, précisez

- Non
- Oui, précisez le nombre : _____ enfants

6) Quelle est votre occupation ? _____

c) Le guide d'entretien

#

Les croyances et les perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet-pilote



Guide d'entretien individuel

PARTIE A

Objectif : Explorer la vision de santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Déroulement de la rencontre :

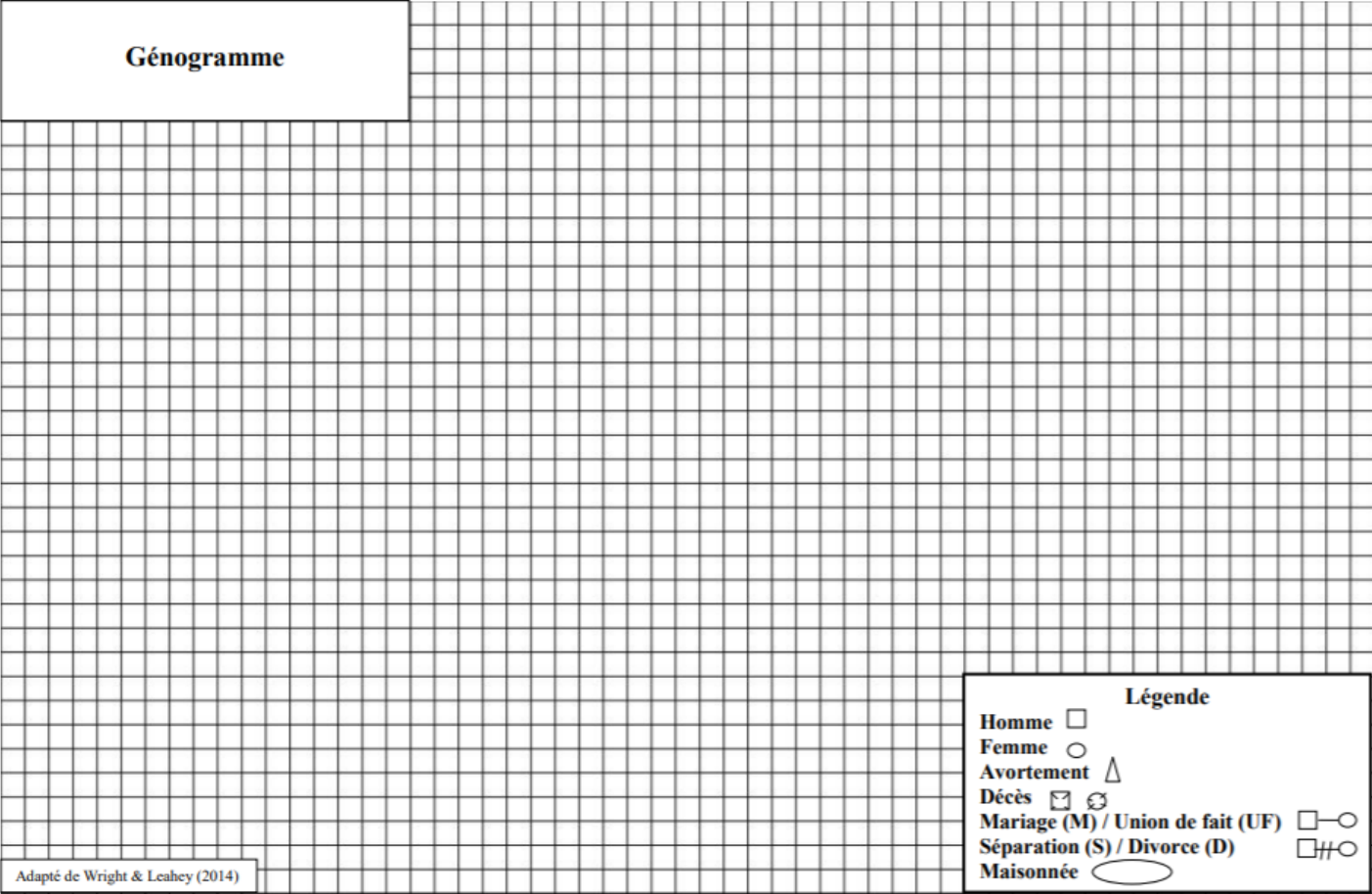
- Présentation (explication du projet de recherche et période de questions)
- Signature du consentement
- Début de l'entretien avec le génogramme
- Suite de l'entretien avec les questions semi-structurées du guide d'entretien
- Fin de l'enregistrement : partage des faits saillants du récit
- Faire compléter le questionnaire socio-démographique par le participant
- Remerciements
- Compléter le journal de bord

Inspiré de : Leclerc, A.M., Cloutier, L. & de Montigny, F. (2012). Canevas du guide d'entretien. Université du Québec à Trois-Rivières. ; Deslandes, R., Rivard, M.-C., Trudeau, F. & Lemoyne, J. (2012). Processus d'adaptation des parents immigrants et de leurs enfants sous l'angle des habitudes de vie (alimentation et activité physique) et des compétences de la vie courante : Canevas d'entretien individuel (parents). Université du Québec à Trois-Rivières.

Leclerc, Rivard & Miquelon (2015)

#

Génogramme



Légende

- Homme □
- Femme ○
- Avortement △
- Décès ☒ ☓
- Mariage (M) / Union de fait (UF) □—○
- Séparation (S) / Divorce (D) □#○
- Maisonnée ○

Adapté de Wright & Leahey (2014)

Questions principales liées au cadre conceptuel du MSSS (2010)

1. État de santé de la population

L'entretien suivant est divisé en 5 principales catégories reliées au cadre conceptuel du MSSS (2010). La première est l'état de santé de la population. Elle correspond à la somme des données se rapportant à la santé des individus et l'analyse de la distribution de la santé.

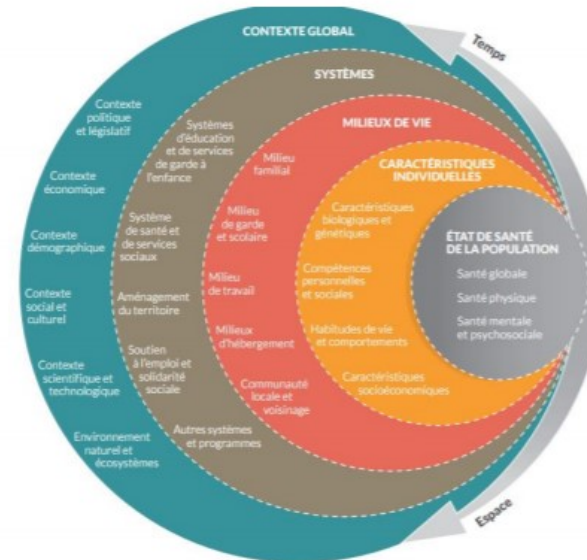
1.1 Selon vous, qu'est-ce qui décrit un adulte en santé ?

1.2 Selon vous, quelles sont les problématiques de santé les plus présentes chez les adultes de votre communauté?

1.3 Comment qualifiez-vous votre état de santé actuel?

1.4 Quels sont les signes que vous êtes en santé ou non?

1.5 Que faites-vous pour vous maintenir en santé?



2. Caractéristiques individuelles

Questions principales	Thèmes à explorer
Les caractéristiques individuelles comprennent : les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie, etc.	
2.1 Général	
2.1.1 Quelle est votre compréhension de votre problématique de santé?	<ul style="list-style-type: none">○ Explication de la maladie (sens /causes)
2.1.2 Percevez-vous votre problème de santé comme étant grave?	<ul style="list-style-type: none">○ Nom donné à la maladie
2.1.3 Prenez-vous de la médication ? Avez-vous éprouvé des problèmes reliés à la prise de médication?	<ul style="list-style-type: none">○ Discuter des effets secondaires, doses oubliées, \$, assurances
2.2 L'alimentation	
2.2.1 Selon vous, est-ce que l'alimentation est importante pour votre santé? Expliquez.	<ul style="list-style-type: none">○ Explorer les rôles familiaux (ex. qui cuisine, qui fait l'épicerie)
2.2.2 Selon vous, qu'est-ce qu'une alimentation bonne pour la santé? Élaborez sur vos habitudes alimentaires	<ul style="list-style-type: none">○ Source de motivation/démotivation
2.3 L'activité physique	
2.3.1 Selon vous, est-ce que l'activité physique est importante pour votre santé? Expliquez.	
2.3.2 Selon vous, qu'est-ce que représente la pratique d'activités physiques? Élaborez sur vos habitudes sportives.	<ul style="list-style-type: none">○ Source de motivation/démotivation

3. Milieux de vie, systèmes et contexte global

Questions principales

Thèmes à explorer

Les **milieux de vie** correspondent notamment au milieu familial, le milieu de travail, d'hébergement et la communauté locale et le voisinage. Les **systèmes** regroupent de manière plus élargie ce qui découle des cadres politiques ou des valeurs. Puis, le **contexte global** regroupe les contextes politiques, économiques, démographique, social et culturel, technologique et scientifique ainsi que l'environnement naturel et les écosystèmes.

3.1 Les professionnels de la santé

3.1.1 Comment qualifiez-vous votre relation avec votre médecin de famille?

3.1.2 Comment trouvez-vous le support des professionnels de la santé? (infirmières, médecins, pharmaciens) Racontez-moi un exemple de soutien aidant et moins aidant.

- Explorer l'organisation / politique du système de santé (ex. accessibilité, services disponibles)

3.2 La famille

3.2.1 Dans quelle mesure les membres de votre famille et d'autres personnes de votre entourage vous influencent vos choix de santé? Comment le font-ils?

3.2.2 Quel est le support de votre famille relié à la santé?

- Parler de la personne la plus influente
- Réactions et attitudes

3.3 La communauté

3.3.1 Comment la communauté influence vos choix et habitudes de santé? Donnez des exemples.

- Explorer les programmes de santé disponibles

4. Conclusion/Bilan

Questions principales

Thèmes à explorer

4.1 Si vous aviez un conseil à donner pour favoriser la santé, quel serait-il?

4.2 Que puis-je vous souhaiter pour le futur, en regard de votre santé?

4.3 Y a-t-il d'autres aspects importants qui n'a pas été abordé et dont vous aimeriez me parler?

○ Commentaires / Questions

FIN

Les croyances et perceptions de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : un projet-pilote

Questionnaire sociodémographique

PARTIE B

Le but de ce questionnaire est de mieux connaître les participantes ayant participé au projet de recherche. Les données demeurent confidentielles et anonymes.

1) Quelle est votre année de naissance ? _____

2) Quel est votre état civil ? :

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Séparé |
| <input type="checkbox"/> Conjoint de fait | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Marié | <input type="checkbox"/> Veuf |

3) Quel est votre plus haut niveau d'études atteint?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moins qu'un diplôme d'études secondaires | <input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales |
| <input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires | <input type="checkbox"/> Diplôme d'études universitaires |

4) Où se situe votre revenu familial brut annuel?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> < 20 000\$ | <input type="checkbox"/> 60 000\$ à 79 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 20 000\$ à 39 999\$ /année | <input type="checkbox"/> 80 000 et plus |
| <input type="checkbox"/> 40 000\$ à 59 999\$/année | |


5) Avez-vous des enfants? Si oui, précisez

- Non
- Oui, précisez le nombre : _____ enfants

6) Quelle est votre occupation ? _____

Étude 2b - *First Nations peoples' eating and physical activity behaviours in urban area: A mixed-methods approach*

a) La lettre d'information



Université du Québec
à Trois-Rivières

LETTRE D'INFORMATION

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

Anne-Marie Leclerc, étudiante au doctorat en sciences biomédicales
Marie-Claude Rivard, professeure au département des sciences de l'activité physique (directrice de thèse)
Paule Miquelon, professeure au département de psychologie (co-directrice de thèse)

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire en ligne sur vos habitudes de vie. Environ 20 minutes sont prévues pour y répondre. Quelques questions portant sur vos renseignements personnels seront également posées. L'objectif de ce projet de recherche est de dresser un portrait des habitudes de vie des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Risques, inconvénients, inconforts
Les inconvénients ou risques liés à ce projet sont peu nombreux. Le fait de répondre au questionnaire pourrait susciter des réflexions. Le cas échéant, n'hésitez pas à communiquer avec la chercheuse. Celle-ci pourra vous offrir du support et vous guider vers une ressource en mesure de vous aider. Le temps consacré au projet, soit environ 20 minutes, figure également parmi les inconvénients. Pour vous dédommager du temps que vous accorderez à ce projet, une carte-cadeau de 50\$ sera tirée au hasard parmi les participants. Pour être éligible à participer à ce tirage, vous devez toutefois laisser vos coordonnées à la fin du questionnaire.

Bénéfices
Participer à ce projet de recherche vous offrira une occasion de contribuer à l'avancement des connaissances sur la santé des populations autochtones.

Confidentialité
Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une dénominalisation des données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles, de communications et de la thèse doctorale ne permettront pas d'identifier les participants. Les données recueillies seront conservées sur un disque dur rangé sous clé, dans le classeur de la chercheuse principale, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous les membres de l'équipe de recherche ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites cinq ans suivant la dernière collecte de données et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire
Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et d'arrêter de remplir le questionnaire en ligne sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche
Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Anne-Marie Leclerc au numéro sans frais: 1-800-365-0922 poste 3448 ou par courriel : Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca La chercheuse s'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.


Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche
Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-18-247-07.04 a été émis le 27 juin 2018. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières au numéro sans frais: 1-800-365-0922 poste 2129 ou par courriel : CEREH@uqtr.ca

Numéro du certificat : CER-18-247-07.04 | Émis le 27 juin 2018


b) Le questionnaire (en ligne)

Introduction

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES 

Questions complétées :

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

Étude sur la santé des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Kwei! Kwaï! Kuei! Bonjour!

Vous êtes invité à participer à cette étude menée par l'étudiante Anne-Marie Leclerc, doctorante en sciences biomédicales à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). L'objectif de ce projet de recherche est de dresser un portrait des habitudes de vie et des aspects motivationnels des Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec et vise globalement à mieux comprendre leur perspective de santé. Le questionnaire s'adresse aux Autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec âgés de 18 ans et plus. Votre participation consiste à répondre à ce questionnaire en ligne. Une **carte-cadeau de 50\$** sera tirée au hasard parmi les participants. En cliquant sur le bouton ci-dessous, vous confirmez avoir lu et compris la [Lettre d'information](#).

- Ce questionnaire comprend 81 questions, divisé en 12 sections. Environ 20 minutes sont prévues pour y répondre.
- Il est possible que certaines questions semblent répétitives. Choisissez la réponse qui vous convient le mieux à chaque occasion.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez au meilleur de votre connaissance.
- Avant de débiter, assurez-vous d'avoir assez de temps puisqu'il n'est pas possible d'enregistrer vos réponses pour y revenir plus tard.

Section 1: vos habitudes d'activité physique (intensité faible)

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES



Temps écoulé : 00:01:01

Questions complétées :



Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

SECTION 1 / 12 : VOS HABITUDES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (INTENSITÉ FAIBLE)

Les trois prochaines sections ont pour objectif de mieux connaître vos habitudes d'activité physique (intensité faible, modérée et élevée). Ceci comprend les activités sportives, de plein air, de conditionnement physique et de danse effectuées dans un contexte de loisir. Ne pas inclure les activités physiques réalisées dans le cadre de votre travail. Considérez une période d'une semaine habituelle.

Activité physique d'intensité FAIBLE

Votre cœur bat légèrement plus vite sans que vous soyez essoufflé.

Exemple : marche lente, quilles, jardinage léger, travaux ménagers légers (vaisselle, cuisine), etc.

1.1. * Combien de fois par semaine, en moyenne, pratiquez-vous les activités physiques mentionnées ci-dessus d'intensité **FAIBLE** durant vos temps libres?

1.2. * Combien de minutes en moyenne à chaque fois ? : minutes à chaque fois (Indiquez 0 si votre réponse précédente est 0).

◀ Début du questionnaire

◀ Précédent

Suivant ▶


📄 Clore le questionnaire

Section 2 : vos habitudes d'activité physique (intensité modérée)



Temps écoulé : 00:02:10

Questions complétées :

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 2 / 12 : VOS HABITUDES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (INTENSITÉ MODÉRÉE)

Cette section a pour objectif de mieux connaître vos habitudes d'activité physique (intensité modérée). Ceci comprend les activités sportives, de plein air, de conditionnement physique et de danse effectuées dans un contexte de loisir. Ne pas inclure les activités physiques réalisées dans le cadre de votre travail. Considérez une période d'une semaine habituelle.

Activité physique d'intensité MODÉRÉE

Votre cœur bat plus vite, vous suez et votre respiration s'accélère sans que vous soyez à bout de souffle.
Exemple : marche rapide, chasse et cueillette traditionnelles, badminton, motoneige, danse, volley-ball, vélo, etc.


2.1. * Combien de fois par semaine, en moyenne, pratiquez-vous les activités physiques mentionnées ci-dessus d'intensité **MODÉRÉE** durant vos temps libres?

2.2. * Combien de minutes en moyenne à chaque fois ? : minutes à chaque fois (indiquez 0 si votre réponse précédente est 0).

◀ Début du questionnaire

◀ Précédent

Suivant ▶


 Clôre le questionnaire


Section 3 : vos habitudes d'activité physique (intensité élevée)

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:02:55
Questions complétées :

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 3 / 12 : VOS HABITUDES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (INTENSITÉ ÉLEVÉE)

Cette section a pour objectif de mieux connaître vos habitudes d'activité physique (intensité élevée). Ceci comprend les activités sportives, de plein air, de conditionnement physique et de danse effectuées dans un contexte de loisir. Ne pas inclure les activités physiques réalisées dans le cadre de votre travail. Considérez une période d'une semaine habituelle.

Activité physique d'intensité ÉLEVÉE

Votre rythme cardiaque et votre respiration sont plus élevés que l'intensité modéré.

Exemple : course à pied, ski de fond, nage intensive, vélo intensif sur une longue distance, spinning, hockey, jeux de compétition, soulever / déplacer de lourdes charges, etc.

3.1. * Combien de fois par semaine, en moyenne, pratiquez-vous les activités physiques mentionnées ci-dessus d'intensité **ÉLEVÉE** durant vos temps libres?


▼


3.2. * Combien de minutes en moyenne à chaque fois ? : minutes à chaque fois (indiquez 0 si votre réponse précédente est 0).


Section 4 : vos habitudes d'activité physique (accessibilité)

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:03:32
Questions complétées : 




 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40


 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 4 / 12 : VOS HABITUDES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (ACCESSIBILITÉ)

En utilisant l'échelle de réponse proposée ci-dessous, veuillez indiquer jusqu'à quel point chacun des trois types d'activité physique (intensité faible, modérée et élevée) est **facilement accessible** pour vous.
Exemple : vous avez facilement accès à des installations sportives où vous pouvez facilement prendre des marches sécuritaires .

		Pas vrai du tout (1)	2	3	Moyennement vrai (4)	5	6	Complètement vrai (7)
4.1.	* L'activité physique d'intensité FAIBLE est facilement accessible pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.	* L'activité physique d'intensité MODÉRÉE est facilement accessible pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.	* L'activité physique d'intensité ÉLEVÉE est facilement accessible pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Début du questionnaire  Précédent Suivant 


 Clure le questionnaire


Section 5 : votre attitude face à l'activité physique

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:05:31
Questions complétées :

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 5 / 12 : VOTRE ATTITUDE FACE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE


Pourquoi pratiquez-vous l'activité physique durant vos temps libres ? Répondez aux énoncés à partir de l'échelle suivante.

Je pratique l'activité physique parce que :

	Pas vrai du tout (0)	1	Moyennement vrai (2)	3	Complètement vrai (4)
5.1. * Les autres estiment que je dois le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2. * Je me sentirais coupable de ne pas le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3. * J'apprécie les avantages que l'activité physique peut m'apporter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4. * J'aime l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5. * Je ne sais pas et honnêtement je ne vois pas pourquoi je devrais le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6. * Mes amis, mes enfants et mon conjoint estiment que je dois le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7. * J'ai honte de moi lorsque je ne fais pas d'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8. * J'estime qu'il est important de pratiquer régulièrement l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Pas vrai du tout (0)	1	Moyennement vrai (2)	3	Complètement vrai (4)
5.9.	* Je ne sais pas et honnêtement je ne vois pas pourquoi je devrais prendre la peine de le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10.	* J'apprécie l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.11.	* Les autres n'apprécieront pas que je ne le fasse pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.12.	* Je ne sais pas, je ne vois pas l'utilité de pratiquer l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.13.	* Je me sens minable lorsque je ne fais pas d'activité physique pendant un certain temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.14.	* J'estime qu'il est important de faire un effort pour pratiquer régulièrement l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.15.	* Je trouve que l'activité physique est une activité agréable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.16.	* Mes amis, mes enfants et mon conjoint font pression sur moi pour que je le fasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.17.	* Je me sens nerveux/nerveuse si je ne fais pas régulièrement de l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.18.	* Cela m'apporte plaisir et satisfaction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.19.	* Je ne sais pas, je trouve que l'activité physique est une perte de temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


[◀ Début du questionnaire](#)
[← Précédent](#)
[Suivant →](#)


 Clore le questionnaire


Section 6 : votre attitude face à l'activité physique (suite)

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:07:28
Questions complétées : 

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 6 / 12 : VOTRE ATTITUDE FACE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (SUITE)

Pour les questions suivantes, pratiquer l'activité physique régulièrement signifie :

- pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité **MODÉRÉE** (ex., marche rapide, badminton, vélo, etc.) à **ÉLEVÉE** (ex., jogging ou course à pied, nage intensive, etc.) par semaine
- pendant 20 à 30 minutes à chaque occasion, durant vos temps libres.

Veuillez indiquer la réponse qui vous convient le mieux.

	Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable
6.1. * J'ai l'intention de pratiquer régulièrement une ou des activités physiques durant mes temps libres au cours des trois prochains mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord
6.2. * Présentement, mes plans sont de pratiquer régulièrement une ou des activités physiques durant mes temps libres au cours des trois prochains mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Extrêmement faibles	Très faibles	Assez faibles	Ni l'un, ni l'autre	Assez bonnes	Très bonnes	Extrêmement bonnes
6.3. * J'évalue que mes chances de pratiquer régulièrement une ou des activités physiques durant mes temps libres au cours des trois prochains mois sont...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


[◀ Début du questionnaire](#) [◀ Précédent](#) [Suivant ▶](#)


[🗂 Clôre le questionnaire](#)


Section 7 : le portrait de votre alimentation

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:08:11
Questions complétées : 

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 7 / 12 : LE PORTRAIT DE VOTRE ALIMENTATION

Voici une série de questions ayant pour objectif de mieux connaître vos habitudes alimentaires.

En considérant **une journée typique**, combien de portions par jour, **en moyenne**, consommez-vous pour chacun des groupes alimentaires suivants ?

7.1. * Fruits
Exemple : jus 100% purs (125 mL ou 1/2 tasse), petits fruits (125 mL ou 1/2 tasse)

7.2. * Légumes
Exemple : Légumes verts foncés et orangés (125 mL ou 1/2 tasse), légumes-feuilles et plantes sauvages (125 mL cuits = 1/2 tasse ou 250 mL crus=1 tasse)

7.3. * Produits céréaliers
Exemple : Pain (35 g ou 1 tranche), bannique (35 g ou 2" X 2" X 1"), céréales froides (30 g) ou chaudes (175 mL ou 3/4 tasse), pâtes alimentaires cuites (125 mL ou 1/2 tasse) et riz cuit (125 mL ou 1/2 tasse)

7.4. * Lait et substituts
Exemple : Lait (250 mL ou 1 tasse), boisson de soya enrichie (250 mL ou 1 tasse), yogourt (175 g ou 3/4 tasse) et fromage (50 g ou 1/2 once)


7.5. * Viandes et substituts
Exemple : Viandes traditionnelles et gibier (75 g cuit ou 125 mL ou 1/2 tasse), poissons et crustacés (75 g cuit ou 125 mL ou 1/2 tasse), œufs (2 œufs), légumineuses cuites (175 mL ou 3/4 tasse) et beurre d'arachide (30 mL ou 2 c. à table)


[Début du questionnaire](#) [Précédent](#) [Suivant](#)


Section 8 : le portrait de votre alimentation (suite)

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:08:51
Questions complétées : 

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 8 / 12 : LE PORTRAIT DE VOTRE ALIMENTATION (SUITE)

Indiquez maintenant à quel point chacun des énoncés suivants décrit le mieux vos habitudes alimentaires. Répondez à partir de l'échelle suivante.


	Pas du tout	Parfois	La plupart du temps	Souvent	Tout le temps
8.1. * Je mange des légumes, des fruits et des grains entiers (ex. pâtes, céréales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. * Je mange des aliments faibles en gras, gras saturé et cholestérol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. * J'utilise du sucre blanc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. * J'utilise du sel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5. * Je mange une variété d'aliments de chacun des quatre groupes alimentaires recommandés par le Guide alimentaire canadien (fruits et légumes, céréales, produits laitiers et viandes et substituts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6. * Je mange des aliments tels des chips, chocolats et bonbons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7. * Je bois de l'eau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8. * Je mange des aliments frits.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Début du questionnaire](#) [Précédent](#) [Suivant](#)

[Clôre le questionnaire](#)

		Ne correspond pas du tout (1)	2	3	Correspond modérément (4)	5	6	Correspond exactement (7)
9.9.	* D'autres personnes insistent pour que je le fasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10.	* Manger sainement fait partie intégrante de mon style de vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11.	* Manger sainement me procure de la satisfaction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.12.	* J'aurais honte de moi si je ne mangeais pas sainement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.13.	* D'autres personnes autour de moi (ex. conjoint ou parents) seraient contrariées si je ne le faisais pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.14.	* Honnêtement, je ne le sais pas. Je ne peux pas voir ce que je retirerais de ça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.15.	* Parce que les gens autour de moi me mettent de la pression pour que je le fasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.16.	* Parce que je pense que c'est une bonne idée d'essayer de réguler mon comportement alimentaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


[◀ Début du questionnaire](#)
[← Précédent](#)
[Suivant →](#)

 Clore le questionnaire

Section 10 : votre attitude face à l'alimentation (suite)

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES



Temps écoulé : 00:10:51
 Questions complétées :

i Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

✓ L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 10 / 12 : VOTRE ATTITUDE FACE À L'ALIMENTATION (SUITE)

Veuillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés ci-dessous correspond à l'une des raisons pour lesquelles vous vous préoccupez de votre alimentation. Répondez à partir de l'échelle suivante.

Je me préoccupe de mon alimentation parce que :

		Ne correspond pas du tout (1)	2	3	Correspond modérément (4)	5	6	Correspond exactement (7)
10.1.	* Parce que manger sainement fait partie de la voie que j'ai choisie de vivre ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2.	* Parce que je me sentirais humilié si les gens pensaient que je ne contrôle pas mes comportements alimentaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3.	* Je ne sais pas vraiment. J'ai vraiment l'impression que je perds mon temps en essayant de réguler mon comportement alimentaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4.	* Parce que réguler mon comportement alimentaire est devenu une partie fondamentale de qui je suis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5.	* Parce que manger sainement est congruent (conforme) avec d'autres aspects importants de moi-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6.	* Parce que je crois que ceci pourrait éventuellement me permettre de me sentir mieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7.	* Parce que je crois que c'est une bonne chose que je peux faire pour me sentir mieux avec moi-même en général.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.8.	* Parce que c'est plaisant de créer des repas qui sont bons pour ma santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


◀ Début du questionnaire
← Précédent
Suivant →


📄 Clore le questionnaire


Section 11 : questionnaire sociodémographique

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:11:26
Questions complétées : 

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 11 / 12 : QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Le but des questions suivantes est de mieux connaître les participants ayant participé au projet de recherche. Les données demeurent confidentielles et anonymes.

11.1. * Quelle est votre année de naissance ?

11.2. * Quel est votre sexe ?

Femme
 Homme
 Autre

11.3. * Quel est votre état civil ?

Célibataire
 Conjoint de fait
 Marié
 Séparé
 Divorcé
 Veuf

11.4. * Quel est votre plus haut niveau d'études atteint ?

Moins qu'un diplôme d'études secondaires
 Diplôme d'études secondaires
 Diplôme d'études collégiales
 Diplôme d'études universitaires

11.5.* Où se situe votre revenu **familial** brut annuel (avant impôts et déductions)?

- < 20 000\$
- 20 000\$ à 39 999\$ /année
- 40 000\$ à 59 999\$/année
- 60 000\$ à 79 999\$
- 80 000\$ et plus
- Je préfère ne pas répondre

11.6. * Combien d'enfants avez-vous?

11.7. ? * Quelle est votre occupation actuelle?

11.8. ? * Quel est votre lieu de résidence ?

11.9.* Quelle est votre nation d'appartenance ?

- Abenakis
- Algonquin
- Attikameks
- Cris
- Hurons-Wendats
- Innus
- Inuits
- Malécites
- Micmacs
- Mohawks
- Naskapis
- Métis
- Autres nations (Précisez)

◀ Début du questionnaire

< Précédent


Suivant >


📄 Clore le questionnaire


Section 12 : conclusion

Une analyse des croyances associées à la santé des Autochtones en milieux urbains et en communauté

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

Temps écoulé : 00:13:01
Questions complétées : 

 Ceci est une collecte d'informations confidentielle. Votre identité ne sera pas divulguée. BIQ-40

 L'enregistrement a été effectué. BIQ-21

SECTION 12 / 12 : CONCLUSION

12.1. Pour vous dédommager du temps que vous accorderez à ce projet, une carte-cadeau de 50\$ sera tirée au hasard parmi les participants. Souhaitez-vous participer ?

Oui, je souhaite participer au tirage
 Non

12.2. À la fin de l'étude, il est possible de recevoir un résumé des résultats de ce projet. Souhaitez-vous recevoir les résultats ?


Oui, je suis intéressé à recevoir un résumé
 Non

12.3. Nous sommes à la recherche de participants souhaitant prendre part à une entrevue individuelle d'environ 60 minutes portant sur la perception de santé des Autochtones. Une compensation financière est prévue pour les participants. Souhaitez-vous participer à ce deuxième volet de l'étude?

Oui, je suis intéressé à participer à l'entrevue
 Non

12.4. Si vous avez répondu **Oui** à au moins une des trois dernières questions, prière de laisser une adresse courriel ou un numéro de téléphone afin que nous puissions faire le suivi avec vous.

Mots : 0 Caractères : 0 / 4000

 **Merci pour votre participation!**
Le questionnaire est maintenant terminé!
Veuillez cliquer sur le bouton **Clôre le questionnaire**.
Pour nous rejoindre : 819-376-5011 poste 3448 ou Anne-Marie.Leclerc@ugtr.ca

Commentaires

Mots : 0 Caractères : 0 / 4000

◀ Début du questionnaire


◀ Précédent

Suivant ▶


📄 Clore le questionnaire

Étude 3 - *Transcultural health practice of emergency nurses working with Indigenous population: A descriptive study*

a) La lettre d'information et de consentement



UQTR
Université du Québec
à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

LETTRE D'INFORMATION

Trajectoire de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : l'expérience des infirmières auprès de la population autochtone

Anne-Marie Leclerc, Étudiante au doctorat en sciences biomédicales
Département des sciences infirmières

Collaborateurs :
Marie-Claude Rivard, Professeure titulaire
Département des sciences de l'activité physique

Paule Miquelon, Professeure
Département de psychologie

Kévin Vézeau-Beaulieu, étudiant au 2^e cycle
Département des sciences infirmières

Marcel Rheault, Chef de programme de la trajectoire des urgences, alternative à l'hospitalisation
Chef de service de l'urgence Cloutier du Rivage au CIUSSS MCQ

Source de financement : Fonds pour la recherche clinique de l'Université du Québec à Trois-Rivières 2016-2017
Déclaration de conflit d'intérêts : Aucun

Votre participation à la recherche, qui vise à mesurer la perception du niveau de compétence culturelle des infirmières, serait grandement appréciée.

Objectifs
L'objectif général de ce projet doctoral est d'explorer la trajectoire de santé des Autochtones de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. L'objectif spécifique de la présente étude est d'examiner la perception du niveau de compétence culturelle des infirmières travaillant auprès des populations autochtones desservies par le CIUSSS MCQ. Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée.

Tâche
Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire portant sur votre sentiment d'auto-efficacité et l'évaluation de votre compétence culturelle. Le temps nécessaire pour répondre aux questions est estimé à quinze minutes. Un bref questionnaire portant sur vos données sociodémographiques (âge, sexe, expérience à l'emploi, etc.) vous sera également remis. Les documents à compléter seront disponibles sur votre lieu de travail.

Prenez le temps de lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question.

Page 1 sur 3
Numéro de certificat : CÉR-2016-035-00
Version 2017-05-18

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque et inconfort n'a été identifié relativement à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 15 minutes, représente le seul inconvénient.

Bénéfices

Le bénéfice direct lié à votre participation est votre contribution à l'avancement des connaissances au sujet des pratiques de soins transculturels des professionnels de la santé du CIUSSS MCQ.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une dénominalisation des données. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles, de communications et de la thèse doctorale, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé, dans le classeur de la chercheuse principale, à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes qui y auront accès seront les membres de l'équipe de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites cinq ans après la dernière collecte de données, par un service de déchiquetage protégé et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

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

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Anne-Marie Leclerc au numéro : (819) 376-5011 poste 3448, ou par courriel à l'adresse suivante : Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ au numéro suivant : 1-888-693-3606.

Le comité d'éthique de la recherche multiclientèle du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ont approuvé ce projet de recherche. Les certifications éthiques portent respectivement les numéros CÉR-17-232-07.02 (UQTR) et CÉR-2016-035-00 (CIUSSS MCQ). En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du bureau intégré de l'éthique du CIUSSS MCQ au 819-372-3133 poste 32303.

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

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheure

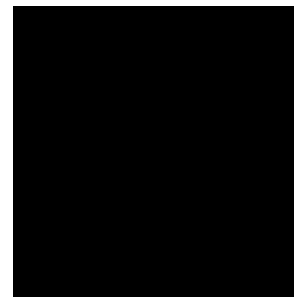
Moi, Anne-Marie Leclerc, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet : *Trajectoire de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec : l'expérience des infirmières auprès de la population autochtone*. J'ai bien saisi les conditions, les inconvénients et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche :

Participant	Chercheure
Signature : _____	Signature : _____
Date : _____	Date : _____



b) Le questionnaire



Trajectoire de santé des populations autochtones de la Mauricie et du Centre-du-Québec: l'expérience des infirmières auprès de la population autochtone



Instructions

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Voici quelques instructions afin de faciliter votre réponse aux deux questionnaires dont la complétion requiert environ 15 minutes. Vous n'avez à répondre à ces deux questionnaires qu'une seule fois, au début de l'étude.

- **Questionnaire sociodémographique** : Ce questionnaire vise à recueillir des informations sur votre parcours académique et professionnel. Veuillez répondre en fonction de votre situation actuelle.
- **Questionnaire sur l'auto-efficacité transculturelle et la compétence culturelle clinique** : Pour répondre à ce questionnaire, nous vous demandons de vous remémorer mentalement un contexte professionnel avec une clientèle autochtone (Premières Nations, Métis et Inuits). Vous devez ensuite répondre aux questions sur une échelle de 1 à 10, en repensant à ces clients.

Il est important de vous rappeler que ces informations demeureront strictement confidentielles et qu'en aucun temps, il ne sera possible de vous identifier.

Merci!

#

Questionnaire sociodémographique

Veuillez répondre aux questions en fonction de votre situation actuelle.

1. **Votre lieu de travail :** CHRTR-CHAUR CSHSM

2. **Avez-vous une identité autochtone?** Non Oui

3. **Expérience au sein de la profession** _____ ans _____ mois

4. **À quel groupe d'âge appartenez-vous :**
 Moins de 30 ans Entre 31 et 40 ans
 Entre 41 et 50 ans Plus de 50 ans

5. **Vous êtes :**
 Une femme
 Un homme

6. **Dernier niveau de scolarité complété :**
 DEC
 Certificat
 Baccalauréat / DEC-BAC
 Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)
 Maîtrise ou doctorat

7. **Statut d'emploi :**
 TPO (Temps partiel occasionnel)
 TPR (Temps partiel régulier)
 TCR (Temps complet régulier)

8. **Horaire de travail habituel :**
 Jour
 Soir
 Nuit

9. **Nombre d'heures habituellement travaillées par semaine :** _____ heures

10. **Avez-vous déjà participé à une formation sur la santé des Autochtones?**
 Non
 Oui
Spécifiez _____

11. **Avez-vous déjà travaillé dans une communauté autochtone ?**
 Non
 Oui
Spécifiez _____

INFORMATION SUR LE QUESTIONNAIRE

Bonjour!

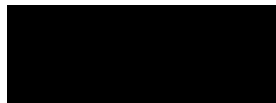
Merci de participer au projet de recherche *La trajectoire de santé des populations autochtones de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec : l'expérience des infirmières auprès de la population autochtone*. Le questionnaire suivant a été traduit et validé par une équipe de la Suisse. À cet effet, il est possible que certains termes soient moins clairs pour vous. N'hésitez pas à vous référer au lexique disponible ou à rejoindre la chercheuse pour des clarifications. Pour répondre au questionnaire suivant, vous devez avoir en tête une situation de soins auprès d'une clientèle autochtone.

Lexique

Terminologie	Signification
Schémas de communication verbale	Référence au mode de communication : émetteur-message-récepteur
Acculturation	Adaptation à la culture dominante
Inadéquation	Caractère de ce qui n'est pas adéquat
Ethnocentrique	Caractérisé par la tendance à privilégier les normes et valeurs de sa propre culture.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

N'hésitez pas à me rejoindre pour toutes questions.



Anne-Marie Leclerc, inf. Ph.D. (c)
Université du Québec à Trois-Rivières | Pavillon de la santé (Local 4816)
3351 Boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec G9A 5H7
Téléphone: 1-800-365-0922 poste 3448
Anne-Marie.Leclerc@uqtr.ca

Outil de l'auto-efficacité transculturelle

À travers votre formation et votre carrière d'infirmière, vous prendrez soin de clients de beaucoup de contextes culturels différents. La différence culturelle existe dans les besoins en soins de santé, le caring et les pratiques de guérison. Connaître et comprendre les facteurs culturels liés aux soins du client aide à établir une fondation théorique pour fournir un soin de santé spécifique à la culture.

Partie 1 : À quel point **connaissez-vous** les manières dont les facteurs culturels peuvent influencer les soins infirmiers chez une **clientèle autochtone** ? Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour indiquer la réponse qui vous correspond le mieux.



Exemple :

1	Histoire de santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
---	-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	Histoire de santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
2	Examen clinique	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
3	Consentement éclairé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
4	Promotion de la santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
5	Prévention des maladies	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
6	Maintien de la santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
7	Rétablissement de la santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
8	Sécurité	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
9	Exercice physique et activité	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
10	Soulagement de la douleur et confort	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
11	Régime et nutrition	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
12	Enseignement	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
13	Hygiène	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
14	Réduction de l'anxiété et du stress	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
15	Tests diagnostics	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
16	Tests sanguins	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17	Grossesse	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
18	Naissance	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
19	Croissance et développement	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
20	Vieillesse	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
21	Fin de vie et mort	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
22	Deuil et perte	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
23	Assistance des fonctions vitales et réanimation	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
24	Sexualité	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
25	Repos et sommeil	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Partie II : La façon la plus efficace d'identifier les facteurs culturels spécifiques qui influencent les comportements du client est de conduire une évaluation culturelle de chaque client. L'entretien est le meilleur moyen pour ce faire.

*En ce moment, à quel point êtes-vous confiant de mener des entretiens auprès des **clients autochtones** afin d'apprendre à connaître leurs valeurs et croyances? Évaluez votre degré de confiance à aborder chacun des **sujets d'entretiens suivants**. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour indiquer la réponse qui vous correspond le mieux.*

	←-----→										
	Non confiante									Totalement confiante	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	
26	Préférence de langue	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
27	Niveau de compréhension du français	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
28	Signification des modes de communication verbale	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
29	Signification des comportements non-verbaux	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
30	Signification de l'espace vital et du toucher	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
31	Perception du temps et orientation	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
32	Contexte et identité raciale	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
33	Contexte et identité ethnique	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
34	Contexte socio-économique	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
35	Contexte et identité religieuse	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
36	Parcours et intérêts de formation	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
37	Pratiques et croyances religieuses	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
38	Acculturation (adaptation à la culture dominante)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
39	Vision du monde (philosophie de vie)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
40	Attitudes envers la technologie des soins	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
41	Préférences alimentaires ethniques	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
42	Rôle des aînés	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
43	Rôle des enfants	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
44	Préoccupations financières	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
45	Croyances traditionnelles sur la santé et la maladie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
46	Tradition et utilisation de la médecine populaire	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
47	Rôle et responsabilité en fonction du genre	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
48	Comportements acceptables du rôle du malade	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
49	Rôle de la famille durant la maladie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
50	Expériences de discrimination et préjugés	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
51	Environnement à la maison	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
52	Liens de parenté	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
53	Vieillesse	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Partie III : En tant qu'infirmière qui s'occupera de beaucoup de personnes différentes, la connaissance de soi est très importante. Veuillez évaluer votre degré de confiance ou de certitude pour chacun des éléments suivants. Utilisez l'échelle ci-dessous pour indiquer la réponse qui correspond le mieux.



A) À propos de vous-même, vous êtes conscient de :

54	Votre propre héritage culturel et croyances	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
55	Vos propres préjugés et limites	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
56	Des différences à l'intérieur de votre propre groupe culturel	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

B) Auprès de la clientèle autochtone,

Vous êtes attentifs :

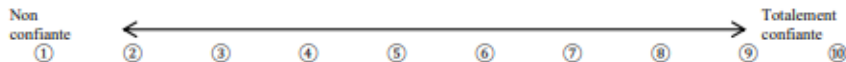
57	A un traitement insensible et préjudiciable	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
58	Aux différences dans la perception du rôle de l'infirmière	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
59	Aux comportements liés aux soins traditionnels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
60	Aux comportements liés aux soins professionnels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
61	Au confort et inconfort ressentis lors de l'entrée dans un monde culturellement différent	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
62	D'interactions entre les systèmes de soins infirmiers, populaires et professionnels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Vous acceptez :

63	Les différences entre les groupes culturels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
64	Les similarités entre les groupes culturels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
65	Le refus d'un traitement par un client sur la base de ses croyances	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Vous donnez de la valeur :

66	À l'interaction avec des personnes de différentes cultures	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
67	À la sensibilité et la conscience culturelles	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
68	Aux soins de santé culturels spécifiques	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
69	Au rôle de la famille pour prodiguer des soins de santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
70	À la vision du monde du client (philosophie de vie)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩



B) Parmi la clientèle autochtone (suite),

Vous reconnaissez :

71	Des inadéquations dans le système de santé québécois	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
72	L'importance des remèdes maison et de la médecine populaire	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
73	L'impact des rôles sur la pratique des soins de santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
74	L'impact des valeurs sur la pratique des soins de santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
75	L'impact des facteurs socio-économiques sur la pratique des soins de santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
76	L'impact des facteurs politiques sur la pratique des soins de santé	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
77	Le besoin de préservation/maintenance des soins culturels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
78	Le besoin de s'accommoder/négocier des soins culturels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
79	Le besoin de modifier/restructurer des soins culturels	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
80	Le besoin de prévenir les vues ethnocentriques (tendance à privilégier les normes et valeurs de sa propre culture)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
81	Le besoin de prévenir l'imposition culturelle	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Vous défendez :

82	Les décisions des clients basés sur des croyances culturelles	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
83	Des soins culturels spécifiques	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Outils d'évaluation de la compétence culturelle clinique

Les soins culturellement spécifiques demandent que vous connaissiez, compreniez et identifiez les facteurs culturels liés aux soins du client et que vous conduisiez votre pratique de soins infirmiers en conséquence.

À quel point avez-vous fourni des soins culturellement spécifiques auprès d'une clientèle autochtone? Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour indiquer la réponse qui vous correspond le mieux.



Si l'opportunité de fournir des soins dans le domaine listé n'est pas disponible, veuillez **encercler la lettre A** seulement. Si l'opportunité de fournir des soins dans le domaine listé est disponible mais qu'il n'y a pas de clientèle autochtone, **encercler B** seulement. Dans cette situation, il n'est donc pas requis d'indiquer la côte de 1 à 10 puisque le domaine ne s'applique pas.

Vous avez prodigué des soins culturellement spécifiques dans les domaines suivants :

Domaines		A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
1	Histoire de santé et entretien	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
2	Examen clinique	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
3	Consentement éclairé	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
4	Promotion de la santé	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
5	Prévention des maladies	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
6	Maintien de la santé	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
7	Rétablissement de la santé	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
8	Sécurité	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
9	Exercice physique et activité	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
10	Soulagement de la douleur et confort	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
11	Régime et nutrition	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
12	Enseignement	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
13	Hygiène	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
14	Réduction de l'anxiété et du stress	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
15	Tests diagnostics	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
16	Tests sanguins	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
17	Grossesse	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
18	Naissance	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
19	Croissance et développement	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
20	Vieillesse	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
21	Fin de vie et mort	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
22	Deuil et perte	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
23	Assistance des fonctions vitales et réanimation	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
24	Sexualité	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
25	Repos et sommeil	A	B	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩