

Université de Montréal

Les barrières et les facilitateurs de la participation et de l'engagement des familles autochtones  
avec de jeunes enfants (0 à 5 ans) dans les ressources de la communauté de Pessamit

Par Lili Jacques

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
en sciences infirmières, option expertise-conseil

Décembre 2021

© Lili Jacques, 2021

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :  
Les barrières et les facilitateurs de la participation et de l'engagement des familles autochtones  
avec de jeunes enfants (0 à 5 ans) dans les ressources de la communauté de Pessamit

Présenté par  
Lili Jacques

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

**Patrick Lavoie**  
Président-rapporteur

**Lisa Merry**  
Directrice de recherche

**Annette Leibing**  
Membre du jury

## Résumé

Les populations autochtones doivent avoir des ressources pour la petite enfance culturellement sécurisantes, qui soient respectueuses de l'identité culturelle des autochtones, qui visent l'équité et promeuvent l'autonomisation, car la colonisation a créé dans ces populations une méfiance due au racisme et à la discrimination vécus.

Dans la communauté de Pessamit, située sur la Côte-Nord du Québec, une étude qualitative descriptive a été réalisée. Dans une perspective de « sécurisation culturelle » et d'acceptabilité des soins, le but de cette étude était d'explorer les barrières et les facilitateurs influençant la participation et l'engagement des familles autochtones avec des enfants âgés de 0-5 ans dans les ressources de la communauté.

Quinze entrevues semi-dirigées ont été réalisées. De l'analyse thématique se dégagent divers thèmes comme « les défis liés à la parentalité avec un enfant », « le soutien des proches et de la famille » et « le développement personnel des parents ». Plusieurs barrières ont été identifiées, entre autres, « la méconnaissance et le manque de cohérence » et « les besoins non comblés ». Nombreux facilitateurs ont également été relevés comme « les services accueillants et sécuritaires » et « la disponibilité et l'accessibilité des intervenants et des ressources ». Une des recommandations était une table de concertation pour la petite enfance afin de développer et de renforcer les ressources communautaires pour les familles.

Ces nouvelles connaissances aideront le centre de santé de Pessamit à promouvoir la participation et l'engagement des familles dans les ressources.

**Mots-clés :** autochtones, familles autochtones, enfants autochtones, petite enfance, ressources, sécurité culturelle, acceptabilité, communauté autochtone

## **Abstract**

Indigenous peoples need to have culturally safe early childhood resources (i.e., respect the cultural identity of the indigenous peoples and promote empowerment and equity), since these populations have significant mistrust due to a long history of racism and discrimination associated with colonization.

In Pessamit, an Indigenous community located on the North Coast of Québec, a descriptive qualitative study was conducted. Using the perspectives of cultural safety and acceptability of care, the aim of this study was to explore the facilitators and barriers of Indigenous families with children 0 to 5 years old participating and engaging in the community's early childhood resources.

Fifteen semi-structured interviews were conducted. Using thematic analysis various themes were identified, such as “the challenges of parenthood with a child”, and “support from friends and family” “the personal growth of parents with a child”. Several barriers were named, including “lack of knowledge and consistency” and “unmet needs”. Many facilitators were also named like the “friendly and safe services”, and “the availability and the accessibility of care-providers and resources”. One key recommendation made was to implement an early childhood round Table to further develop and strengthen the community resources for young families.

This new knowledge will help the Pessamit Health Centre to promote the participation and engagement of families in the community's early childhood resources.

**Keywords:** Indigenous, Indigenous families, Indigenous child, early childhood, resources, cultural safety, acceptability, Indigenous community

## Table des matières

Résumé .....	3
Abstract .....	4
Table des matières .....	5
Liste des tableaux .....	8
Liste des figures .....	9
Liste des sigles et des abréviations .....	10
Remerciements .....	12
Le contexte .....	13
Chapitre 1 : La problématique .....	14
L'impact de la colonisation.....	15
Les événements marquants .....	15
Le racisme contemporain .....	17
La santé et le bien-être des enfants .....	19
L'identité culturelle et la définition des rôles parentaux.....	20
Les ressources pour les familles autochtones durant la petite enfance .....	20
Les lacunes dans les ressources actuelles pour les enfants autochtones.....	23
La sécurisation culturelle et l'acceptabilité .....	24
Le but de l'étude et la question de recherche .....	25
Chapitre 2 : La recension des écrits .....	26
Les conséquences de la colonisation sur les populations autochtones au Canada et au Québec .....	26
<i>Les effets négatifs du racisme chez les populations autochtones</i> .....	33
Les familles autochtones .....	36
<i>Les difficultés et les impacts socioéconomiques</i> .....	36
<i>Les expériences et les besoins des parents autochtones</i> .....	40
<i>La famille et la communauté : valeurs importantes</i> .....	43
L'expérience des familles autochtones avec les services durant la période de la petite enfance.....	46
Les repères théoriques .....	51
Chapitre 3 : La méthodologie.....	54
Le devis de l'étude .....	54
Le milieu de recherche .....	54

Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	55
L'échantillon et le recrutement.....	55
La collecte de données.....	56
L'analyse des données.....	58
Les critères de scientificité.....	60
Les considérations éthiques.....	62
<b>Chapitre 4 : Les résultats.....</b>	<b>67</b>
Les caractéristiques des participants.....	67
La présentation des thèmes.....	68
Les défis liés à la parentalité avec un enfant de 0-5 ans.....	69
<i>Être parent n'est pas toujours facile</i> .....	69
<i>Élever son enfant seul</i> .....	70
<i>Être présent pour son enfant</i> .....	71
<i>S'inquiéter pour la santé et au bien-être de son enfant</i> .....	72
<i>Préserver la langue innue</i> .....	73
Le soutien des proches et de la famille.....	73
Le développement personnel des parents avec un enfant de 0-5 ans.....	75
<i>Être fier du progrès de son enfant</i> .....	75
<i>Être parent m'a fait grandir</i> .....	76
<i>Être fier de la langue innue</i> .....	77
<i>Être fier d'être père</i> .....	77
<i>Passer du temps et être présent pour son enfant</i> .....	78
Les ressources de la communauté de Pessamit connues et utilisées.....	79
Les barrières.....	81
<i>La méconnaissance et le manque de cohérence</i> .....	81
L'incompatibilité des horaires.....	81
La méconnaissance des ressources.....	82
Le sentiment de gêne, le manque de confiance ou le manque d'intérêt.....	83
<i>Les besoins non comblés</i> .....	84
Le manque de ressources humaines, financières ou de formation.....	85
Les consultations à l'extérieur de la communauté.....	86
L'accès difficile aux spécialistes.....	87
Les besoins non comblés par les ressources de la communauté.....	88
Les facilitateurs.....	89
<i>Les services accueillants et sécuritaires</i> .....	89
La présence de la culture et la langue innues.....	89
La socialisation avec d'autres familles.....	90
<i>La disponibilité et l'accessibilité des intervenants et des ressources</i> .....	91
Les recommandations données pour encourager la participation et l'engagement des familles dans les ressources.....	93

<i>Les différents moyens pour augmenter la visibilité des ressources</i> .....	93
<i>Le changement pour renforcer la participation et l'engagement des familles dans les ressources</i> .....	95
<b>Chapitre 5 : La discussion</b> .....	<b>99</b>
<b>Le résumé des principaux résultats</b> .....	<b>99</b>
<b>Un ensemble de facteurs influence la participation et l'engagement des familles dans les ressources</b> .....	<b>100</b>
<i>L'importance d'établir une relation de confiance et de répondre aux besoins</i> .....	100
<i>L'impact positif de la socialisation, de la culture et de la langue innues dans les ressources</i> .....	103
<i>Les ressources adaptées aux réalités et aux besoins des familles</i> .....	104
<b>La participation des pères dans les ressources</b> .....	<b>106</b>
<b>Les enjeux plus larges</b> .....	<b>109</b>
<i>Le manque de ressources financières</i> .....	109
<i>Le manque de personnel et de ressources structurelles</i> .....	110
<i>L'importance de la formation professionnelle</i> .....	111
<i>La relation de confiance avec les professionnels de la santé dans les ressources externes</i> .....	112
<i>Le respect des valeurs et de la culture autochtones</i> .....	113
<b>Les recommandations proposées pour promouvoir la participation et l'engagement des familles dans les ressources à Pessamit</b> .....	<b>113</b>
<b>Les retombées générales de l'étude</b> .....	<b>118</b>
<b>Les futures recherches</b> .....	<b>120</b>
<b>Les forces et les limites</b> .....	<b>120</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>122</b>
<b>Références</b> .....	<b>123</b>
<b>Appendice 1 : Centre Uatik-U</b> .....	<b>136</b>
<b>Appendice 2 : Affiche pour la recherche de participants</b> .....	<b>138</b>
<b>Appendice 3 : Formulaire d'information et de consentement</b> .....	<b>139</b>
<b>Appendice 4 : Questionnaire sociodémographique</b> .....	<b>143</b>
<b>Appendice 5 : Guide d'entrevue semi-structurée</b> .....	<b>146</b>
<b>Appendice 6 : Approbation éthique</b> .....	<b>148</b>
<b>Appendice 7 : Autorisation</b> .....	<b>150</b>
<b>Appendice 8 : Partage d'information</b> .....	<b>151</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1: Ressources disponibles à Pessamit.....	13
Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon.....	68

## Liste des figures

Figure 1 : Synthèse des résultats .....	98
---	----

## **Liste des sigles et des abréviations**

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

CCNSA : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

CSSSPNQL : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec  
et du Labrador

CVR : Commission de vérité et de réconciliation du Canada

CRPA : Commission royale sur les peuples autochtones

PAPPN : Programme d'aide préscolaire des Premières Nations

RAMQ : Régime d'assurance maladie du Québec

*Je dédie ce mémoire à tous les autochtones  
qui continuent à se battre pour leurs droits*

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche Lisa Merry pour avoir partagé avec moi ses connaissances dans le domaine de la recherche. Sans son soutien, ses encouragements, sa patience, je n'aurais pas pu réaliser ce projet qui me tenait à cœur. Merci énormément !

Je souhaite également remercier la communauté de Pessamit de m'avoir accueillie chaleureusement et de m'avoir fait découvrir la culture innue. Je n'aurais pas pu faire ce projet de recherche sans la précieuse collaboration d'Anita Rousselot, infirmière clinicienne, chef de première ligne et adjointe à la direction des services de santé de Pessamit. Je veux remercier la famille Rock-St-Onge de m'avoir hébergée lors de mon premier séjour à Pessamit en 2019. Merci beaucoup!

J'adresse un remerciement à mes parents pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mon parcours universitaire. Merci à mon papa de m'avoir permis un premier contact avec la communauté de Pessamit par l'entremise de Jenny Rock.

Finalement, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leurs encouragements tout au long de ce projet de recherche.

## Le contexte

L'étudiante-chercheuse non autochtone avait un intérêt et un lien personnel avec la communauté de Pessamit. La communauté était également intéressée à accueillir une étudiante pour faire de la recherche. Un lien de partenariat s'est établi et s'est poursuivi tout au long de l'étude. La communauté de Pessamit est située sur la Côte-Nord à 45 min de Baie-Comeau et 4 042 Innus y vivent (Statistique Canada, 2021). En 2016, on comptait 270 couples avec un enfant ou plus et 355 parents monoparentaux avec un enfant ou plus (Statistique Canada, 2017). Il existe plusieurs ressources offertes par le Centre de Santé et des services sociaux de Pessamit qui peuvent aider les familles avec de jeunes enfants de 0-5 ans telles que le programme santé maternelle infantile, le Programme d'aide préscolaire des Premières Nations (PAPPN), le soutien à la famille et le Centre Uatik-U (Appendice 1). Malgré ces ressources gratuites, offertes et développées par des professionnels de la santé autochtones de la communauté, les familles autochtones s'engageaient peu et ne participaient pas beaucoup dans les services du Centre de Santé et de services sociaux. L'engagement et la participation sont deux concepts qui s'influencent et qui contribuent à l'*empowerment* des personnes ayant recours aux ressources (Halabi et al., 2020; Michel et al., 2020). Les infirmières du Centre de Santé voulaient en savoir plus à ce sujet afin d'identifier des stratégies pour promouvoir l'engagement et la participation des familles dans ces services.

Nom des ressources	But	Fédéral ou RAMQ
Programme de santé maternelle infantile	Suivi post-natal de l'infirmière du Centre de Santé	Subvention du fédéral
Programme d'aide préscolaire des Premières Nations (PAPPN)	Programme intégrant la culture autochtone pour les 0-5 ans afin de développer leurs habiletés motrices et cognitives	Subvention du fédéral
Soutien à la famille	Programme pour aider les familles dans une situation d'urgence. Ex : Violence conjugale	Subvention du fédéral
Centre Uatik-U	Centre multiservice pour les familles avec des enfants de 0-5 ans visant à promouvoir la santé et à accompagner les parents pour le mieux-être de leurs enfants	Subvention du fédéral
CPE (Centre de la petite enfance)	Lieu interactif pour les enfants de 0-5 ans, mais les places sont limitées	Subvention du fédéral
Médecin	Évaluations et diagnostics des problèmes de santé	Couvert par RAMQ
Dentiste/hygiéniste dentaire	Évaluations et diagnostics buccaux ainsi que nettoyages dentaires	Couvert par RAMQ

Tableau 1: Ressources disponibles à Pessamit

## Chapitre 1 : La problématique

La colonisation a eu un impact majeur sur la santé des peuples autochtones<sup>1</sup> (Allan et Smylie, 2015; McNally et Martin, 2017). Elle a créé des inégalités sociales en matière de santé chez ces populations (Comité canadien de l'UNICEF, 2009). Les inégalités en matière de santé touchent notamment les enfants autochtones, surtout les enfants autochtones en bas âge (Comité canadien de l'UNICEF, 2009). Ils ont plus de problèmes de santé que les enfants non autochtones à cause du contexte socioéconomique, environnemental, politique et historique (Halseth et Greenwood, 2019). Le contexte social difficile peut aussi avoir des effets négatifs sur leur estime de soi et leurs comportements (Halseth et Greenwood, 2019). Il est important d'intervenir pendant la petite enfance, car c'est une période critique pour le développement de l'enfant. La petite enfance est aussi une période exigeante pour les parents, leur propre bien-être et leur santé peuvent en être affectés (Agir tôt, 2019). Des ressources durant la période de la petite enfance peuvent contribuer à la fois au développement des compétences parentales et au développement de l'enfant afin d'atténuer ou même de prévenir des problèmes.

Les ressources pour la petite enfance doivent être culturellement sécurisantes, c'est-à-dire elles doivent être respectueuses de l'identité culturelle des populations autochtones, viser l'équité et promouvoir l'autonomisation, car la colonisation a créé de la méfiance chez les autochtones en raison du racisme et de la discrimination vécus (Allan et Smylie, 2015; Gerlach et al., 2017; Leclerc et al., 2018; Nelson et Wilson, 2018). Au Québec, peu de données portent sur la meilleure façon de rendre les services et ressources de la petite enfance culturellement sécuritaires. De plus, peu d'écrits ont été réalisés avec les mères et les pères des communautés autochtones afin de connaître leurs attentes concernant les ressources offertes dans leurs communautés.

---

<sup>1</sup>Les peuples autochtones désignent les personnes qui font partie des Premières Nations, des Métis ou des Inuits. Il est important de reconnaître que chacun a sa propre culture, sa propre langue et sa propre histoire (Gouvernement du Canada, 2019b).

## **L'impact de la colonisation**

La colonisation est un élément clé à l'origine de nombreuses disparités de santé contemporaines des peuples autochtones (Paradies, 2016). Cette colonisation a créé une structure de dominance en accordant des privilèges aux personnes blanches et en opprimant les droits des autochtones (ex. : les priver de leur culture, de leur identité, de leur langue et de leur mode de vie) dans le but de les assimiler (Paradies, 2016; Vowel, 2021). Elle est également la cause de la violence envers les peuples autochtones. Malheureusement, la colonisation a laissé des traces dans nos politiques et systèmes d'aujourd'hui (Paradies, 2016). Elle a eu un impact sur la santé physique, sociale, émotionnelle et mentale ainsi que sur le bien-être des autochtones (Gracey et King, 2009). En effet, l'arrivée des colons en terres canadiennes a perturbé les traditions et la culture des autochtones. Les colons ont pris le contrôle des terres et ont déplacé les populations autochtones sur des terres plus petites sans leur consentement. Les peuples autochtones ont été horriblement et injustement traités par les colons. La relocalisation a été pour eux une expérience traumatisante parce qu'ils ont une relation très importante avec les terres de leurs ancêtres (Commission Royale sur les peuples autochtones [CRPA],1996). L'oppression et le déplacement des peuples autochtones sur d'autres terres ont eu un impact sur leur économie, leur santé, leurs politiques et leur relation avec les non-autochtones (CRPA,1996). Pour ces raisons, il est important de bien comprendre la colonisation. Elle a eu des impacts dévastateurs sur les conditions de vie des populations autochtones et explique grandement leurs inégalités actuelles en matière de santé. La colonisation est aussi le facteur principal qui explique les tensions et la méfiance des populations autochtones envers le gouvernement canadien. Ces effets négatifs sont même ressentis chez les jeunes enfants autochtones.

## **Les événements marquants**

Suite au transfert de responsabilité pour les affaires autochtones de la Grande-Bretagne aux colonies, celles-ci ont décidé de combiner plusieurs lois pour faire la Loi sur les Indiens introduite en 1876 (Indigenous corporate training INC, 2015; Makarenko, 2008). La loi sur les Indiens a marqué un moment important dans l'histoire des autochtones. En vertu de cette loi, les Premières Nations sont passées sous la tutelle du gouvernement fédéral. Le gouvernement du Canada avait alors le pouvoir d'octroyer ou pas l'identité indienne. Les Premières Nations n'avaient pas le droit d'exprimer leur identité et leur culture (Henderson, 2006). De plus, le gouvernement fédéral

contrôlait les terres, soit les réserves indiennes (Allan et Smylie, 2015). Cette loi visait à assimiler les autochtones aux non-autochtones. Cette loi donnait le choix aux autochtones de vivre sur les réserves avec des conditions déplorables tout en gardant leur identité ou de renoncer à leur identité et à leur culture pour avoir les mêmes droits que les non-autochtones (Makarenko, 2008). Malgré les amendements de cette loi au cours des années, les Premières Nations sont toujours sous la tutelle du gouvernement si elles habitent dans une réserve. Depuis 1999, les Premières Nations ont une certaine autonomie gouvernementale, mais il faut encore espérer une amélioration du sort des autochtones, car la Loi sur les Indiens n'a toujours pas été abolie (Henderson, 2006). Cette loi est très controversée. Malgré les retombées négatives de cette loi, elle comprend quelques caractéristiques positives pour les Premières Nations (Makarenko, 2008). Encore aujourd'hui, la Loi sur les Indiens a une incidence considérable sur la santé et le bien-être des parents et des enfants autochtones. Effectivement, plusieurs événements historiques expliquent l'état actuel de leur santé (Henderson, 2006).

L'un des effets les plus dévastateurs de la Loi sur les Indiens a été la création des pensionnats autochtones vers la fin des années 1880 (Beavis et al., 2015; Dion et al., 2016; Indigenous corporate training INC, 2015). Dans tout le pays, on comptait plus de 150 pensionnats autochtones ont perduré pendant plus de 100 ans (Dion et al., 2016). Au Québec, le dernier pensionnat a fermé ses portes en 1980 et au Canada, en 1996 (Beavis et al., 2015). Ces lieux visaient à assimiler les enfants autochtones à la culture eurocanadienne (Beavis et al., 2015; Miller, 2012). Ces enfants étaient séparés de leur famille et ne pouvaient plus apprendre leur langue maternelle et leur culture. On estime que 150 000 enfants des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont fréquenté les pensionnats autochtones (Miller, 2012). Les pensionnaires y ont vécu de la maltraitance physique, psychologique ou sexuelle (Dion et al., 2016). Ces maltraitements et ces pertes ont créé des traumatismes intergénérationnels. Ces traumatismes transmis de génération en génération sont également causés par la perte de repères culturels (Dion et al., 2016). En effet, les ex-pensionnaires ne pouvaient pas partager leurs savoirs et traditions autochtones puisqu'ils avaient perdu leur identité (Dion et al., 2016). La fréquentation de ces pensionnats a joué sur la santé physique, la santé mentale et le bien-être émotionnel des autochtones (Wilk et al., 2017). De plus, les ex-pensionnaires et leurs descendants sont plus à risque d'avoir des comportements dépressifs ou suicidaires qui peuvent avoir un impact négatif sur les capacités parentales et les relations entre les parents et les enfants (Wilk et al., 2017). Ces séquelles ont créé une méfiance

des autochtones à l'endroit des institutions gouvernementales. Donc, les familles autochtones peuvent être moins portées à participer dans les services sociaux et de santé pour leurs enfants.

Un autre événement marquant dans l'histoire des autochtones est la rafle des années 60. Une grande pauvreté et un taux élevé de mortalité dans les réserves expliquaient par l'enlèvement des enfants autochtones de leurs familles (Sinclair et Dainard, 2016). En 1951, la Loi sur les Indiens a été modifiée et elle a permis aux provinces de gérer le bien-être des enfants autochtones. Les services de la protection de l'enfance auraient pu fournir des ressources et un soutien aux communautés, mais ils ont préféré sortir les enfants autochtones de leur famille et de leur communauté (Sinclair et Dainard, 2016). Cet événement a aussi eu des effets négatifs durables sur les familles autochtones et a été la cause de la méfiance des autochtones envers les gouvernements provincial et fédéral puisqu'ils participaient moins aux services sociaux et de santé destinés aux enfants autochtones de peur que la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ne retire leurs enfants du foyer familial (Eni et Rowe, 2011; Grace et Trudgett, 2012).

Bref, marquées par leur histoire, les populations autochtones sont encore aujourd'hui victimes d'inégalités sociales. Par conséquent, plusieurs déterminants de la santé sont touchés négativement (ex. : logement insalubre et surpeuplé, pauvreté, taux de mortalité infantile élevé, espérance de vie diminuée, faible taux de scolarité, problèmes de santé) (Adelson, 2005; Greenwood et al., 2018). Ces différents traumatismes historiques vécus peuvent jouer négativement sur la santé et le bien-être des enfants autochtones et de leurs parents (Wright et al., 2019a). Encore à ce jour, les autochtones et les familles autochtones sont méfiants à l'égard des ressources offertes par le gouvernement et par des institutions non gouvernementales puisqu'ils craignent de subir de la discrimination, du racisme ou d'être maltraités (Allan et Smylie, 2015; Nelson et Wilson, 2018; Wright et al., 2018).

### **Le racisme contemporain**

La Loi sur les Indiens et les traitements encore aujourd'hui oppressifs des peuples autochtones sont fondés sur le racisme. Les colons ont utilisé le concept de la race afin de classer différents groupes (« les races ») de façon hiérarchique (Reading, 2013). Ce type de classement servait à justifier le traitement différent des races considérées comme inférieures. Il faut comprendre que le racisme contemporain se manifeste sous plusieurs formes dont le racisme

épistémique, le racisme relationnel, le racisme structurel, le racisme symbolique, le racisme corporel et le daltonisme racial (Reading, 2013). Peu importe la forme de racisme contemporain subie par les autochtones, la santé des parents et des enfants autochtones est affectée (Allan et Smylie, 2015; Reading, 2013). Ce racisme explique également la méfiance des familles autochtones à l'égard des ressources (Reading, 2013).

Le racisme épistémique se produit lorsque la science et les recherches donnent priorité aux savoirs occidentaux et ne reconnaissent pas les autres formes de savoirs (Reading, 2013). Ensuite, le racisme relationnel se manifeste dans les relations humaines incluant les comportements discriminatoires (ex. : ne pas servir quelqu'un lorsque c'est son tour, suivre quelqu'un dans un magasin en se basant sur son apparence) de la part d'une personne envers une autre personne. Ce type de racisme peut aussi se manifester par des insultes, des agressions sexuelles ou physiques et peut aller jusqu'au meurtre. Le racisme structurel (racisme systémique) apparaît au sein d'institutions et de systèmes gouvernementaux lorsque les lois, les règles, les politiques et l'accès aux ressources favorisent le groupe racial dominant (les « Blancs ») aux dépens d'un autre groupe racial. Souvent, les personnes travaillant pour les établissements gouvernementaux véhiculent des stéréotypes et cela renforce les idéologies racistes. Le racisme symbolique est une forme de racisme indirecte. Celle-ci s'explique par la volonté des gens de races dominantes de maintenir le *statu quo* racial inéquitable. Par exemple, c'est le racisme des gens s'opposant à des politiques qui visent à restaurer la justice sociale pour les peuples autochtones. Le racisme corporel, lui, est l'expérience vécue (physiquement et psychologiquement) du racisme qui se manifeste à cause de la violence sociale et de la discrimination. Enfin, le daltonisme racial se manifeste plus subtilement et s'appuie sur la théorie que les races n'existent pas. En raison de ces croyances, les autres formes de racisme ne sont pas reconnues et par conséquent, elles sont perpétuées davantage (Reading, 2013).

Toutes ces formes de racisme provoquent une exclusion sociale. Elles causent un stress psychologique en affectant négativement le bien-être des populations autochtones (Reading, 2013). En effet, la santé mentale est touchée et certaines personnes autochtones réagissent avec des comportements de *coping* (mécanisme d'adaptation) qui sont négatifs pour leur santé (tabac, alcool et drogues) (Paradies et Currie, 2018). Ces traumatismes affectent les générations suivantes qui perpétuent la pauvreté, les problèmes de santé et la violence dans les familles (Paradies et Currie, 2018). La méfiance personnelle due aux mauvaises expériences vécues dans le système de santé

ainsi que la méfiance intergénérationnelle due aux expériences négatives vécues par d'autres membres de la famille empêchent les familles et les communautés à chercher et à recevoir les soins nécessaires (Canales et al., 2011). Souvent, les parents ayant vécu du racisme dans les services offerts vont être moins enclins à participer et à s'engager aux ressources destinées aux enfants afin de protéger leurs enfants du racisme (Grace et Trudgett, 2012).

### **La santé et le bien-être des enfants**

En 1999, Jordan River Anderson est né avec un handicap et a dû rester à l'hôpital. En 2001, les médecins ont jugé qu'il pouvait aller dans une résidence adaptée à ses besoins médicaux (Gouvernement du Canada, 2019b). Cependant, aucun gouvernement ne voulait payer les soins de la résidence. En 2004, Jordan est décédé à l'hôpital et il n'a jamais pu bénéficier de cette résidence. À la suite de son décès, la Chambre des communes a adopté en 2007 le principe de Jordan en son honneur. Ce principe consiste en une obligation juridique servant à s'assurer que les services sociaux et les soins nécessaires sont offerts à tous les enfants des Premières Nations (Gouvernement du Canada, 2019b). Malgré tout, il existe encore des inégalités entre les enfants autochtones et non autochtones (Gouvernement du Canada, 2020b).

D'ailleurs, on constate que le taux de mortalité infantile (TMI), un indicateur clé sur la santé et le développement du pays, est trois à sept fois plus élevé dans la population autochtone comparativement à la moyenne du TMI de la population non autochtone au Canada (Comité canadien de l'UNICEF, 2009). Les enfants autochtones sont également plus à risque d'avoir des problèmes de santé comme l'obésité, le diabète et des problèmes respiratoires ou de mourir de blessures (Irvine et al., 2012; Smylie et Adomako, 2009; Stout et Harp, 2009). Ils risquent plus de vivre dans la violence, dans une famille dysfonctionnelle aux prises avec des problèmes de drogue, d'alcool ou de maladies mentales (Allan et Smylie, 2015; Halseth et Greenwood, 2019). En plus de vivre des inégalités sur le plan de la santé, ces enfants sont surreprésentés dans les services de protection de la jeunesse (Allan et Smylie, 2015). Les mauvais résultats de santé (obésité, diabète, otite, caries) sont causés par la pauvreté et par le manque des ressources dans les communautés autochtones (Comité canadien de l'UNICEF, 2009). On constate aussi que l'allocation des ressources pour l'éducation est beaucoup moins élevée pour les enfants autochtones soit le tiers de ce qui est investi pour les enfants allochtones (Manuel, 2018). En conclusion, il est évident que ces

inégalités en santé vécues chez les enfants autochtones découlent des impacts négatifs de la Loi sur les Indiens. Elles montrent notamment que les enfants autochtones ont besoin de recevoir un soutien et des services culturellement sécurisants.

### **L'identité culturelle et la définition des rôles parentaux**

La colonisation a eu un impact sur l'identité culturelle des autochtones et sur les rôles parentaux, qui affectent également la santé et bien-être de leurs enfants. Avant la colonisation, le père avait le rôle de pourvoyeur pour sa famille, mais la sédentarisation des peuples autochtones, en raison de la dépossession des terres, a amené une transformation du rôle paternel (Ball, 2010). Les pères ont perdu le rôle de pourvoyeur puisqu'ils ne chassaient plus. La sédentarisation ne leur a pas permis de se trouver un autre rôle puisque les mères s'occupaient déjà des enfants (Ball, 2010). En vertu de la Loi sur les Indiens (1876), le statut de la femme a été modifié. Alors qu'un homme qui se mariait avec une femme non-autochtone transmettait son statut d'Indien à sa femme et à ses enfants, la femme autochtone, elle, perdait automatiquement son statut d'Indien lorsqu'elle se mariait avec un non-autochtone. Il en était de même pour ses enfants (Allan et Smylie, 2015; Indigenous corporate training INC, 2015; Makarenko, 2008). Cette perte d'identité a entraîné des problèmes de santé mentale et d'abus de substances chez beaucoup de ces femmes (Allan et Smylie, 2015; CRPA, 1996; Indigenous corporate training INC, 2015; Makarenko, 2008). Les pensionnats ont aussi créé des ruptures dans les familles (Ball, 2010). Les parents n'ont pas eu de modèle parental. Souvent, les ex-pensionnaires ont eu de la difficulté à développer des liens avec leurs enfants, car ces survivants n'ont pas toujours eu les outils pour soutenir leurs aptitudes parentales (Ball, 2010; Wright et al., 2019a). Ces difficultés parentales ont ensuite été transférées aux générations subséquentes. Il est ainsi important d'offrir des ressources aux parents autochtones pour les soutenir dans leur rôle parental, mais aussi pour assurer le développement de l'enfant (Munns et al., 2017).

### **Les ressources pour les familles autochtones durant la petite enfance**

Dans la culture autochtone, le rôle des parents et de la famille élargie consiste à prendre soin de l'enfant et de lui transmettre les valeurs, les traditions et la culture de leurs peuples afin de lui donner un équilibre entre la vie personnelle, psychologique, spirituelle, physique et l'état émotionnel (Ball, 2010; Guay et al., 2018; Ringer, 2017). En effet, les parents jouent un rôle

important dans le développement de leur enfant, mais c'est aussi une période exigeante pour eux puisqu'ils doivent s'adapter à un autre mode de vie (Agir tôt, 2019). Les premières années de vie de l'enfant sont cruciales pour forger sa personnalité (Gouvernement du Québec, 2012). Les différentes expériences vécues par l'enfant influencent son développement. Afin de développer le plein potentiel de l'enfant, il est important d'offrir des milieux sains, interactifs et de qualité (Gouvernement du Québec, 2012). Il faut agir auprès de ce groupe d'âge puisqu'il existe des fenêtres d'opportunités pendant la petite enfance qui facilitent l'apprentissage de (Agir tôt, 2019).

Plusieurs initiatives au Canada ont vu le jour pour favoriser la santé et le développement des enfants autochtones comme le Principe de Jordan, la Commission de vérité et réconciliation du Canada, les appels à l'action (pour accélérer la réconciliation avec les autochtones et remédier aux séquelles des pensionnats), la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : « écoute, réconciliation et progrès », *le Spirit Bear* et les projets de loi comme la Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis (Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR], 2012b; Gouvernement du Canada, 2019c, 2020a; Gouvernement du Québec, 2019b; Nations Unies, 2008; Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2020a).

Une des initiatives pour représenter les 165 000 enfants des Premières Nations concernés par les services de protection de jeunesse était le *Spirit Bear*. Cet ours en peluche est un symbole de la pureté de l'enfance. Le *Spirit Bear* est arrivé dans la Société de soutien des enfants et familles des Premières Nations en 2008 (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2020a). Par la suite, le Plan de *Spirit Bear* a voulu pour mettre fin aux iniquités dont ont été victimes les enfants et les familles dans les services de la protection de la jeunesse par exemple en leur assurant de recevoir les mêmes ressources que les enfants non autochtones (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2020b). Étant donné que les enfants autochtones ont plus de chances d'être pris en charge par la protection de la jeunesse, en avril 2019, le projet de loi C-92 concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis a été déposé à la Chambre des communes. Cette loi a pour but d'affirmer les droits et la compétence des peuples autochtones en matière de services à l'enfance et à la famille. Elle a énoncé les principes selon lesquels ces services à l'égard des enfants

autochtones devaient s'appliquer à l'échelle nationale (Gouvernement du Canada, 2019c). Cette loi contribue en outre à mettre fin à la surreprésentation des enfants autochtones dans les services de la protection de la jeunesse. Elle vise aussi à combler les besoins des enfants et à s'assurer que les services fournis ne comportent pas de lacunes (Gouvernement du Canada, 2020a).

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones a été mis en place afin de répondre aux enfants vivant dans le nord ou dans un milieu urbain (Halseth et Greenwood, 2019). En 1998, ce programme d'aide préscolaire aux Autochtones a été élargi pour les autochtones habitant dans les réserves. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves est une initiative fédérale qui offre un soutien direct aux familles autochtones afin de favoriser le développement de jeunes enfants (Gouvernement du Canada, 2020c). Ce programme vise six sphères : l'éducation, la promotion de la santé, la culture et la langue, la nutrition, le soutien social ainsi que la participation des parents et de la famille. Le programme a créé des liens avec d'autres programmes et services communautaires pour que les enfants reçoivent les meilleures ressources (Gouvernement du Canada, 2020c). Ce programme a donné des résultats positifs dans plusieurs de ses sphères d'intervention, notamment en ce qui concerne sur l'aspect parental. En effet, les parents avaient un meilleur accès à l'information, un meilleur soutien parental et communautaire et une meilleure interaction avec leurs enfants (Halseth et Greenwood, 2019).

Au Canada, les programmes pour la petite enfance ont été mis sur pied seulement dans les années 90 dans les réserves et hors réserves. Ces programmes ont pour but de donner une chance égale aux enfants autochtones de se développer (Halseth et Greenwood, 2019). En 1992, le programme Grandir ensemble a été lancé dans le but de faire la promotion et la prévention de la santé auprès des Premières Nations et des Inuits. En 1993, le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) est arrivé pour favoriser le développement social et la santé des enfants de 6 ans et moins, les rendant ainsi moins vulnérables, ainsi que pour soutenir leurs familles. Ensuite, le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) a été adopté en 1995 dans le but d'améliorer la santé et le bien-être des femmes enceintes et de leurs bébés âgés d'un an et moins (Halseth et Greenwood, 2019). En 1995, les services de garde pour les Premières Nations et les Inuits dans les communautés ont été implantés pour que les parents puissent travailler ou retourner aux études. Dans l'ensemble, on constate que les ressources consacrées aux jeunes enfants sont bénéfiques pour les familles autochtones et pour la communauté (Eni et Rowe, 2011; Gerlach et

al., 2017; Smylie et al., 2016). Cependant, l'accès aux soins de santé et aux services sociaux et leur acceptabilité<sup>2</sup> sont souvent un problème et l'engagement des familles dans un programme n'est pas toujours évident (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA], 2019)

### **Les lacunes dans les ressources actuelles pour les enfants autochtones**

Malgré les programmes mis en place depuis un certain temps, on constate qu'il reste certains problèmes d'accès et d'acceptabilité avec les ressources existantes (Leske et al., 2015). Comme décrit précédemment, ces problèmes peuvent s'expliquer par la colonisation. En effet, le racisme et la discrimination sont omniprésents dans le système de santé et les services sociaux (McNally et Martin, 2017). Ce racisme dans les institutions gouvernementales rend la santé des autochtones plus vulnérable en raison d'un déséquilibre de pouvoir (McNally et Martin, 2017). Ce déséquilibre de pouvoir s'explique par l'absence de la sécurisation culturelle dans les ressources. Souvent les autochtones rapportent qu'ils utilisent moins les ressources parce qu'ils reçoivent des soins inappropriés (Underwood et al., 2019). Les ressources destinées aux enfants autochtones n'incluent pas la culture et la connexion avec la terre. Pourtant, la santé et le bien-être des jeunes autochtones se fondent sur la connexion avec la terre et la culture (Underwood et al., 2019). De plus, le respect et la confiance sont des éléments essentiels pour les familles (Leske et al., 2015). Les autochtones affirment qu'il est important d'avoir une bonne relation avec les intervenants des ressources. Il est aussi fondamental d'avoir des ressources gratuites dans les communautés puisque cela augmente le taux de participation (Leske et al., 2015). Deux autres aspects peuvent expliquer que les familles dans les communautés utilisent moins les ressources : la peur de se faire juger par les professionnels en raison de la non confidentialité de leur vie privée et celle de se faire enlever leurs enfants par la protection de la jeunesse (Eni et Rowe, 2011). Il y a un autre facteur : les ressources ne répondent pas toujours aux besoins des parents. Par exemple, souvent les programmes n'offrent pas de soutien adapté aux pères ou aux personnes ayant vécu des traumatismes personnels ou des tragédies (Eni et Rowe, 2011). On sait que les pensionnats autochtones ont eu des impacts intergénérationnels dans les familles et les communautés (Dion et al., 2016). L'absence de ressources pour aider et soutenir les autochtones peut nuire au développement des compétences parentales et au développement de l'enfant (Commission de la

---

<sup>2</sup>L'acceptabilité se définit par l'engagement de l'individu dans une intervention qu'il considère acceptable, appropriée et basée sur ses expériences antérieures (Sekhon et al. 2017).

santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2018; CVR, 2012b).

En général, les études existantes portent surtout sur les mères et leurs enfants. Peu d'études ont été réalisées auprès des pères. De plus, les écrits au sujet des programmes dans les communautés sont surtout réalisés dans l'Ouest Canadien et peu au Québec. D'une province à l'autre et d'une communauté autochtone à l'autre, les soins et les services sociaux sont gérés différemment. De plus, les contextes sociopolitiques sont très divergents. C'est pour cette raison que des recherches additionnelles avec les communautés autochtones sont nécessaires afin d'améliorer l'accès aux soins dans les communautés.

### **La sécurisation culturelle et l'acceptabilité**

En 2017, le gouvernement fédéral a élaboré avec des partenaires autochtones le Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones. Ce cadre vise à guider les intervenants pour qu'ils aient une vision commune qui fera en sorte que tous les enfants autochtones auront droit à un apprentissage épanouissant basé sur leur culture (Gouvernement du Canada, 2018a). Pour que ces enfants et ces familles autochtones bénéficient du cadre, les intervenants doivent utiliser une approche culturellement sécurisante. La sécurisation culturelle est un concept visant à partager les pouvoirs entre les deux parties (intervenant et patient). Ce partage de pouvoir mène à une meilleure relation de confiance entre l'intervenant et le patient puisque chaque partie est sur le même pied d'égalité et une justice sociale est instaurée (Blanchet Garneau et Pepin, 2012; Brooks-Cleator et al., 2018). De plus, le patient décide si l'intervention est culturellement sécurisante pour lui (Blanchet Garneau et Pepin, 2012). Ce choix va susciter un sentiment d'*empowerment* chez l'individu (Poonwassie et Charter, 2007). Le concept de sécurisation culturelle peut être associé au concept d'acceptabilité de Sekhon et al. (2017). Ce dernier concept évalue l'acceptabilité d'une intervention avant, pendant et après à l'aide de sept composantes dont « l'attitude affective, le fardeau, l'éthique, la cohérence de l'intervention, les coûts d'opportunité, la perception de l'efficacité et l'auto-efficacité » [Traduction libre] (Sekhon et al., 2017, p. 8). L'individu détermine si l'intervention lui convient au point d'y participer et de s'y engager.

La santé pour les Premières Nations, Métis et Inuits se décrit par « un équilibre entre la vie personnelle, psychologique, spirituelle, physique et l'état émotionnel » [Traduction libre] (Ringer,

2017, p. 215). Selon les autochtones, les problèmes de santé découlent de problèmes sociaux, politiques et économiques, de la dégradation de l'environnement, de la perte de terres et de la privation de droits politiques (Hirsch, 2011). La culture et les traditions sont très importantes pour les populations autochtones. La culture se transmet surtout par les traditions orales (CRPA, 1996). Elles sont importantes puisqu'elles définissent leur identité. En effet, les valeurs, les traditions et la famille sont très importantes au développement de l'enfant pour les autochtones (Guay et al., 2018). La famille est une valeur importante puisqu'elle aide les parents dans l'éducation de leur enfant. La famille ne définit pas seulement par les membres liés par le sang, mais aussi par les voisins et la communauté qu'on appelle la famille élargie (Guay et al., 2018). Donc, les ressources offertes pour la petite enfance devraient inclure davantage la culture, les valeurs et les traditions qui représentent la réalité des peuples autochtones d'aujourd'hui afin qu'elles soient plus acceptables pour ces familles. Cette inclusion créerait une relation de confiance et de respect entre les intervenants et les familles autochtones (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2014; Gerlach et al., 2017). Dans cette relation de confiance, les autochtones éprouveraient un sentiment de sécurisation face aux ressources offertes (Brooks-Cleator et al., 2018). La sécurisation culturelle et l'acceptabilité sont deux concepts clés qui ont fondé de cette étude.

### **Le but de l'étude et la question de recherche**

Avec le cadre de sécurisation culturelle de Blanchet Garneau et Pepin (2012); Brooks-Cleator et al. (2018) et celui d'acceptabilité de Sekhon et al. (2017), le but de ce mémoire était d'explorer les barrières et les facilitateurs influençant la participation et l'engagement des familles autochtones avec des enfants âgés de 0-5 ans dans les ressources de la communauté de Pessamit.

La question de recherche était « Quels sont les barrières et les facilitateurs influençant la participation et l'engagement des familles autochtones avec des enfants de 0-5 ans dans les ressources de la communauté de Pessamit ? »

## Chapitre 2 : La recension des écrits

Pour la recherche d'articles relatifs à la problématique, un bibliothécaire a permis d'employer les mots clés les plus adéquats. Dans un premier temps, les mots clés étaient utilisés pour une recherche plus générale dont le but était de pouvoir bien décrire le contexte vécu par les populations autochtones et leurs enfants. Ces mots clés incluaient *Health, Well-Being, Wellness, Colonisation, Racism, Historical trauma et Residential schools*. Par la suite, pour plus de précision, les mots-clés utilisés étaient: *Aboriginal, First nations, Indigenous, Inuit-s, Metis, Native american-s, Native people, Factors, Determinants, Engagement, Motivation, Involvement, Adherence, Compliance, Participation, Perceptions, Opinions, Thoughts or Feelings, Beliefs, Utilization Resources Services, Programs Support, Child, Children, Infant-s, Newborn, Childhood, Family, Parents, Child care et Child Welfare*. Plusieurs bases de données ont été utilisées pour trouver les articles comme *Medline, CINAHL, Web of science, PubMed et Global Health*. À la suite de ces recherches, la plupart des études sélectionnées provenaient de revues systématiques et d'écrits récents datant de 2010 (autant que possible canadiens).

### Les conséquences de la colonisation sur les populations autochtones au Canada et au Québec

Le Canada a une longue histoire coloniale qui est un élément majeur influençant les déterminants de la santé chez les populations autochtones (Allan et Smylie, 2015). Dans une revue systématique, les auteurs expliquent que la race, l'identité de la race et la discrimination raciale ont été des facteurs affectant grandement les communautés autochtones, et ce, différemment des autres minorités ethniques (Gone et al., 2019). La colonisation a aussi eu un impact négatif sur le statut de santé, l'expérience de santé et le bien-être des autochtones causé par le traumatisme historique (Beavis et al., 2015; Gone et al., 2019). Le traumatisme historique se définit comme une accumulation émotionnelle et psychologique causée par des expériences traumatisantes de groupe et pouvant être transmise de génération en génération (Heart, 2003). Le traumatisme historique a été documenté pour la première fois dans les années 90 par Brave Heart (Heart, 2003). Les pensionnats autochtones ont joué un rôle clé dans le traumatisme historique. Les conditions de vie n'étaient pas très enviables dans les pensionnats autochtones (Ross et al., 2015). À cause d'un manque de financement dans ces institutions, on ne pouvait pas répondre pas aux besoins des enfants autochtones (ex. : manque de vêtements, manque de nourriture). Dans ces pensionnats, la

ventilation et le chauffage étaient inadéquats (CRPA, 1996; Ross et al., 2015). Les pensionnats étaient surpeuplés et ils ne possédaient pas les équipements médicaux nécessaires. Ces conditions de vie ont entraîné des maladies comme l'influenza et la tuberculose. Le taux de mortalité variait entre 11% à 50% dans les pensionnats (Ross et al., 2015). Les pensionnaires ont vécu beaucoup de solitude, et ce malgré le fait qu'ils étaient entourés de plusieurs autres enfants (CVR, 2015). Les survivants de ces pensionnats expliquent que qu'il y régnait un climat de peur en tout temps. En plus de vivre une profonde solitude, ils étaient privés de toute affection et ils étaient séparés de leurs frères et sœurs (CVR, 2015). Brave Heart a exploré les effets du traumatisme historique chez les autochtones comme le deuil, la culpabilité du survivant, la rumination (ex. : revivre des événements du passé) et les impacts indirects sur les pratiques parentales (Heart, 2003). De plus, plusieurs recherches démontrent que les autochtones sont plus à risque de rencontrer des problèmes en santé mentale comme la dépendance en alcool, un trouble de stress post-traumatique et le suicide.

Dans une revue systématique américaine et canadienne, plusieurs études rapportaient une association statistiquement significative entre les aspects du traumatisme historique et les résultats de santé néfastes des autochtones adultes et enfants (Gone et al., 2019). La santé des parents a été affectée par les traumatismes du passé. Et par conséquent, les conditions de vie dans lesquelles les enfants vivaient ont aussi été affectées (ex. : problèmes sociaux comme la drogue et la violence). Ces conditions de vie ont eu un impact sur la santé et le bien-être des enfants (Gone et al., 2019). De plus, les auteurs de cette revue systématique expliquent que les chercheurs étudient peu comment les familles autochtones peuvent être résilientes et surmonter les traumatismes vécus; ils se penchent peu sur le rôle des ressources destinées aux familles.

Cette revue systématique a retenu 33 études (Gone et al., 2019). Sur les 33 études, 19 concernaient « la perte historique » (en utilisant un outil d'évaluation), 11 portaient sur le trauma historique en lien avec les pensionnats autochtones et trois étaient plus générales et portaient sur le traumatisme historique et son impact qui était examiné par de différents points de vue. Dans les articles au sujet de la perte historique, les auteurs utilisaient une ou deux échelles; l'*Historical Losses Scale* (HLS) et l'*Historical Losses Associated Symptoms Scale* (HLASS). Ces échelles servaient à mesurer et à conceptualiser le traumatisme historique des autochtones (Whitbeck et al., 2004). Malgré la difficulté à synthétiser tous ces articles, on trouve une relation significative entre

le pointage élevé de l'HLS ou de l'HLASS et des problèmes de santé (Gone et al., 2019). En revanche, ce n'était pas toutes les études qui affirmaient ce lien direct entre les échelles et les problèmes de santé. Certains articles avaient une relation plutôt indirecte puisque le pointage de l'HLS jouait un rôle de médiateur avec d'autres variables d'intérêt (discrimination perçue, anxiété, troubles de l'humeur, activités culturelles) (Gone et al., 2019). Parmi les 19 études, six ont étudié la relation entre le traumatisme historique et l'utilisation de substances. Une étude faite auprès d'autochtones de la Californie a permis de constater que ceux qui avaient des antécédents de dépendances à une ou plusieurs substances (66% des participants) avaient un pointage plus élevé sur l'HLS et l'HLASS. En revanche, les autochtones ayant des antécédents d'anxiété ou d'un trouble de l'humeur n'avaient pas un pointage élevé pour l'HLS, mais pour l'HLASS, le pointage était plus haut. Une autre étude démontrait qu'une identité ethnique (c'est-à-dire autochtone) causait un traumatisme historique plus élevé et ce traumatisme historique était associé à un risque plus élevé d'être fumeur (Gone et al., 2019).

Dans la même revue systématique, les auteurs ont analysé 11 articles sur le lien entre les pensionnats autochtones et le traumatisme historique et la santé des autochtones (Gone et al., 2019). Ces institutions empêchaient les enfants d'exercer leurs pratiques culturelles et pour les punir, elles leur faisaient subir des châtiments corporels. Les enfants autochtones avaient peur, se sentaient seuls et étaient victimes d'abus sexuels dans ces établissements gouvernementaux. Les problèmes de santé les plus communs relevés dans ces articles étaient les symptômes dépressifs, le suicide et les abus sexuels. Une des études expliquait que lorsque les parents parlaient de leurs expériences dans les pensionnats autochtones à leurs enfants, le bien-être de leur progéniture était aussi touché (ex. : symptômes dépressifs). Pour les trois articles généraux, deux ont évalué l'impact d'une intervention conçue pour lutter contre les traumatismes historiques et favoriser le bien-être en général. Les auteurs ont conclu que les hommes avaient plus de difficulté que les femmes à faire le deuil des traumatismes historiques. L'autre article expliquait que le traumatisme historique en lien avec la relocalisation des grands-parents avait influencé leur consommation d'alcool. La pratique de la consommation d'alcool était transmise par les mères et prédisait les symptômes de dépression et de délinquance chez leurs enfants (Gone et al., 2019).

Une revue souligne l'importance de faire davantage d'études sur les effets négatifs durables des pensionnats autochtones sur les générations futures, comme le refus d'engagement et de

participation aux ressources et aux services de soutien. Les auteurs de cette revue ont également mentionné l'importance que les traitements de santé et les interventions sociales soient plus appropriés et prennent en considération les traumatismes des pensionnats (Wilk et al., 2017). Cette revue de la portée, réalisée en 2017, a analysé 61 articles au sujet de l'impact des pensionnats autochtones sur la santé des ex-pensionnaires et sur leurs familles au Canada. Douze articles ont relevé que les autochtones ayant fréquenté les pensionnats mentionnaient que leur santé ou leur qualité de vie avait été affectée négativement. Les problèmes de santé les plus communs vécus par les autochtones étaient les maladies chroniques et infectieuses. Treize articles expliquaient les problèmes de santé dus à la fréquentation des pensionnats. Les autochtones avaient plus de risque d'attraper le VIH/sida ou de contracter des maladies chroniques (ex. : diabète, obésité), la tuberculose, l'hépatite C, des maux de tête chroniques, l'arthrite, des allergies et des maladies transmissibles sexuellement. On explique, dans une étude, que les pensionnats ont mené à l'urbanisation des autochtones et ce qui a entraîné des problèmes de santé comme le diabète. La santé mentale et le bien-être émotionnel ont également été affectés chez les ex-pensionnaires. En effet, 43 études ont soulevé que les ex-pensionnaires ou les générations suivantes vivaient avec des problèmes de santé mentale comme la détresse mentale, la dépression, des comportements addictifs liés à des substances, le stress et des comportements suicidaires. L'abus de substances et des comportements addictifs sont des mécanismes de *coping* les plus utilisés par les ex-pensionnaires afin d'oublier les traumatismes des pensionnats. Une étude dans cette revue expliquait que ceux qui consommaient plus de substances risquaient plus d'avoir des pensées suicidaires ou d'avoir fait une tentative de suicide. Les autochtones qui n'avaient pas fréquenté les pensionnats, mais qui avaient consommé trop de substances expliquaient que des membres de leur famille étaient des ex-pensionnaires. Cette remarque souligne comment les pensionnats ont pu avoir un impact sur tous les membres de la famille et ont pu perpétuer le cycle de victimisation dans les familles (Wilk et al., 2017).

Une étude quantitative, menée au Canada en 2016, démontre que les ex-pensionnaires ayant vécu des expériences traumatisantes dans les pensionnats autochtones vont souvent utiliser des mécanismes d'adaptation négatifs et transmettre leurs traumatismes à leur progéniture, qui peut à son tour développer des mauvais mécanismes d'adaptation face aux stress (Hackett et al., 2016). Les pensionnats autochtones pourraient avoir un impact intergénérationnel sur la santé biologique. En effet, les enfants des parents ayant fréquenté des pensionnats pourraient développer un

mécanisme d'adaptation négatif et une réponse exagérée face à un stresser. De plus, les parents pourraient avoir transmis le phénomène du silence (ne faire confiance à personne et ne pas parler de leurs expériences) à leurs enfants, ce qui aurait pu influencer leur utilisation des ressources sociales et communautaires. La ségrégation, les agressions et l'oppression vécues pourraient avoir aussi créé du stress dans l'ensemble de la communauté et pesé sur la qualité des logements, la sécurité alimentaire et les comportements de santé alors qu'on aurait pu atténuer les facteurs de stress chez les jeunes autochtones en développement (Hackett et al., 2016).

L'étude d'Hackett et al. (2016) a évalué si et comment la fréquentation des pensionnats par les parents, les oncles, les tantes et les grands-parents influençait la santé et la santé mentale des générations autochtones subséquentes. Quatorze mille deux cent quatre-vingts autochtones vivant hors réserve répondaient aux critères de la recherche. Lors de cette étude, peu d'individus ont rapporté avoir une perception de leur santé et de leur santé mentale comme excellente ou très bonne comparativement aux individus des familles n'ayant pas fréquenté des pensionnats. De plus, dans cette étude, les autochtones avec un historique de pensionnats dans leur famille avaient un pointage plus élevé sur l'échelle K10 (*Kessler-10-Item Distress Scale*) et plus d'idées ou de tentatives suicidaires dans la dernière année que les autochtones avec des familles n'ayant pas fréquenté de pensionnats. Cette étude réalisée auprès des autochtones hors réserve ne peut pas être généralisée pour toutes les populations autochtones du Canada, car cette recherche ne représente pas le portrait complet de tous les autochtones du Canada (Hackett et al., 2016). En effet, il serait pertinent d'avoir plus d'études sur les réserves afin de mieux comprendre l'impact de l'utilisation des ressources dans celles-ci.

Une autre recherche empirique canadienne a permis de faire aussi des liens entre les familles ayant eu un ou des membres ex-pensionnaires et les différentes détresses psychologiques intergénérationnelles. Elle a été réalisée pour « explorer les effets intergénérationnels des pensionnats autochtones au Canada, dans lesquels les enfants autochtones étaient obligés de vivre et où plusieurs formes de négligences et d'abus étaient présentes » [Traduction libre] (Bombay et al., 2014, p. 320). Les symptômes dépressifs présentaient des résultats plus élevés chez les familles ayant été affectées par les pensionnats autochtones dans différents milieux urbains ou ruraux. On remarquait aussi que la détresse psychologique chez les jeunes avec un parent ex-pensionnaire augmentait comparativement aux jeunes n'ayant pas de parents qui avaient fréquenté un pensionnat

autochtone. On identifie aussi des effets dus à l'augmentation du stress, celui-ci peut accroître les risques de vulnérabilité et de mal-être. Cela s'explique par l'exposition des enfants au stress des parents, ce qui leur nuit sur le plan social. Par exemple, les chercheurs ont remarqué que les descendants des pensionnaires qui vivaient hors réserve risquaient plus de vivre dans des logements surpeuplés, avec un ménage à faible revenu et de l'insécurité alimentaire. Les abus sexuels sont aussi associés à des effets négatifs à long terme sur le bien-être. Ils peuvent avoir un impact sur les compétences parentales, la consommation de substances et toutes autres formes d'abus (violence conjugale, physique et/ou émotionnelle). Les auteurs mentionnent également qu'il devrait y avoir plus d'études sur le phénomène des traumatismes intergénérationnels vécus chez les populations autochtones, y compris les impacts sur l'engagement et la participation des familles dans les ressources (Bombay et al., 2014).

Une étude quantitative de type transversal et rétrospectif aide à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les Premières Nations au Québec de nos jours. Les chercheurs ont utilisé une approche collaborative afin de documenter les impacts des pensionnats autochtones chez les survivants et leurs enfants auprès d'une population autochtone du Québec (Dion et al., 2016). Trois cent cinquante-huit autochtones ont participé à l'étude, mais les analyses ont été faites auprès de 301 participants. Les auteurs ont utilisé plusieurs instruments de mesure comme la version abrégée du *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form* (ETISR-SF), la version française abrégée et adaptée pour les populations autochtones du *Drug Abuse Screening Test* (DAST) et du *Michigan Alcohol Screening Test* (MAST), la version francophone du *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) et l'Indice de détresse psychologique de l'enquête Santé Québec (IDPSQ-14). L'étude a révélé que si un ou les deux parents avaient fréquenté les pensionnats autochtones, les risques de vivre des traumatismes à l'enfance ou de la violence conjugale augmentaient chez cet enfant. De plus, les pensionnaires risquaient plus d'avoir des problèmes de consommation d'alcool, de jeu pathologique et de détresse psychologique. Ces problématiques, comme la consommation d'alcool, pourraient se transmettre à l'enfant (Dion et al., 2016). Les auteurs soulignent que notre compréhension de la réalité vécue par les Premières Nations dans les communautés éloignées est limitée puisque peu de ces Premières Nations ont participé à l'étude. Il est essentiel de faire plus de recherche avec les communautés éloignées afin de mieux comprendre la réalité des Premières Nations.

Une autre étude réalisée au Québec démontre qu'il y a un lien entre la fréquentation des pensionnats autochtones et les problèmes d'alcool chez les autochtones. Il faut aussi considérer que ces problèmes d'alcool affectent plus d'une génération. Effectivement, ces problèmes d'alcool ont un impact sur la vie familiale et sur le bien-être des enfants. Cette recherche effectuée avec des autochtones du Québec avait pour but de « documenter l'impact des pensionnats autochtones sur les comportements à risque comme l'utilisation d'alcool et de drogues, en considérant la possible influence d'autres traumatismes comme les abus physiques et sexuels » [Traduction libre] (Ross et al., 2015, p. 186). Les 358 participants provenaient de deux centres semi-urbains et de deux réserves autochtones situées dans la province du Québec. Cette étude quantitative utilisait aussi le *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) et le *Drug Abuse Screening Test* (DAST) adaptés pour les populations autochtones. Les chercheurs ont utilisé deux éléments du *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form* (ETISR-SF) et un questionnaire pour les survivants des pensionnats autochtones au sujet de leur santé des des conséquences négatives qu'ils avaient connues. Quarante-trois virgules cinq pour cent des participants avaient un problème de consommation d'alcool et 27,2% avaient un problème de consommation de drogues dus aux traumatismes vécus dans les pensionnats. On constatait que les hommes avaient trois fois plus de risques d'avoir des problèmes d'alcool que les femmes. Les risques de consommer de l'alcool étaient plus élevés lorsque la personne avait fréquenté des pensionnats autochtones. Quarante-trois participants ont mentionné que la fréquentation des pensionnats autochtones avait un impact négatif sur leur santé et leur bien-être à causes des expériences négatives vécues (éloignement de la famille, abus verbaux ou émotionnels, abus physiques, abus sexuels, témoins d'abus, séparation de leur communauté, discipline sévère et plusieurs autres) (Ross et al., 2015).

En conclusion, il est juste de dire que la colonisation a influencé considérablement la santé des autochtones au Canada. Ces articles démontrent que les peuples autochtones doivent vivre avec plusieurs conséquences comme des problèmes de santé, physique ou mentale, des problèmes de jeux, d'alcool ou de drogues. Les familles autochtones sont vulnérables puisque leur bien-être et leur santé mentale peuvent être affectés négativement. Ces impacts intergénérationnels peuvent influencer grandement le développement d'un enfant de 0-5 ans. Les ressources pour les familles autochtones sont primordiales si on veut les soutenir. Ces articles ont démontré un manque de recherche dans les réserves ainsi que sur l'impact des traumatismes quant à la participation et à

l'engagement des familles dans les ressources. De plus, le rôle des ressources visant à aider les familles à surmonter les traumatismes vécus est peu connu.

### ***Les effets négatifs du racisme chez les populations autochtones***

Le racisme perpétue également les inégalités de santé chez les peuples autochtones (Allan et Smylie, 2015). Le racisme et la colonisation ont un lien étroit. En effet, les populations autochtones sont marginalisées dans la société canadienne et la concession de privilèges aux personnes blanches est constatée (Allan et Smylie, 2015). Le racisme auprès des peuples autochtones est toujours présent y compris dans le système de santé. La forme la plus visible est le racisme relationnel qui vient des stéréotypes négatifs sur une race (Reading, 2013). On constate que le racisme a été rapporté dans plusieurs études auprès des autochtones de différentes zones géographiques (urbaines ou rurales). Ces enquêtes ont montré que les expériences de racisme vécues par les populations autochtones dans les établissements de santé allaient de 39% à 78% au Canada (Groupe de travail sur la santé autochtone, 2016).

Une revue de la littérature démontre que les autochtones à travers le monde subissent du racisme et que leur santé en souffre (Paradies, 2018). Une variété de résultats sur les expériences de racisme vécues par les autochtones dans différents pays du monde a été étudiée dans cette revue. On constate qu'un tiers des autochtones adultes va être victime de racisme une fois dans leur vie. Ce résultat est similaire dans trois pays où les autochtones ont répondu à un sondage en lien avec le racisme (Australie : 34%, Norvège 34%, Nouvelle-Zélande, 28%; aucune donnée provenant du Canada n'était présentée). Bien qu'il y ait moins d'informations sur les expériences de racisme vécues chez les enfants autochtones, on constate qu'un cinquième des enfants autochtones a vécu des expériences de racisme. Quatorze pour cent des enfants autochtones australiens de 5-10 ans et 23% des enfants autochtones australiens de 12-13 ans avaient vécu du racisme les 6 derniers mois. Une étude aux États-Unis a rapporté que 10% des enfants des Premières Nations de 0-17 ans avaient subi du racisme à un moment de leur vie (Paradies, 2018).

Ce racisme cause des problèmes de santé. Des études réalisées en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, en Europe et au Canada ressortent des résultats similaires quant à l'impact du racisme sur la santé des autochtones, des problèmes comme la dépression, la détresse psychologique, l'utilisation de substances (alcool, tabac, drogues), l'obésité, le diabète et l'anxiété

apparaissent (Paradies, 2018). Dans cette revue de la littérature, l'auteur explique qu'il peut y avoir de nombreuses réponses et réactions affectives, cognitives, physiques ou comportementales face au racisme et les impacts peuvent être protecteurs, conflictuels ou néfastes (Paradies, 2018). La personne peut aller chercher un soutien social, ignorer ou éviter les situations racistes. Elle peut aussi minimiser le racisme en réagissant avec humour. Certaines personnes vont déposer une plainte à l'établissement, signaler le comportement raciste à la police ou poursuivre juridiquement la personne. Une étude d'Australie a montré qu'un tiers des autochtones choisissait d'ignorer le racisme, un tiers confrontait la personne raciste et deux tiers évitaient les situations du racisme (Paradies, 2018). Les réactions physiques peuvent également se manifester par des maux de tête, des nausées, des tensions musculaires ou une tachycardie (Paradies, 2018). Cependant, deux études d'Australie et du Canada soulignent que « la résilience » (ex. facteurs culturels comme la langue, les valeurs, les coutumes) peut diminuer le stress causé par la discrimination raciale. Par exemple, dans l'étude quantitative canadienne par Spence et al. (2016), les participants de cette étude avaient moins de stress parce qu'ils avaient un soutien de leur famille, de leur communauté et des ressources culturelles.

Beaucoup d'autochtones développent un stress chronique attribuable au racisme vécu (Allan et Smylie, 2015). Une revue de la littérature de 64 articles réalisée au Canada note qu'une majorité des autochtones au Canada connaît du racisme sur une base régulière dans les différentes sphères gouvernementales (ex. : santé, justice). Ce racisme a une répercussion sur l'utilisation subséquente des services de santé par les autochtones et ainsi sur leur santé. Suite aux expériences, plusieurs autochtones anticipent le racisme avant même d'aller consulter (Allan et Smylie, 2015). Ils ont un sentiment que les professionnels de la santé ne vont pas les croire et que les traitements appropriés ne leur seront pas prescrits. Plusieurs autochtones utilisent des stratégies (le soutien mutuel entre les membres d'une même communauté, l'attachement à leur identité et culture) pour gérer les réponses négatives des professionnels de la santé (Allan et Smylie, 2015).

Ce stress élevé et prolongé pourrait être néfaste pour la santé puisqu'il pourrait jouer sur l'allostase (le mécanisme d'adaptation dans le corps qui maintient un équilibre entre les paramètres physiologiques lorsque le corps vit un changement ou un stress). En d'autres termes, un stress chronique dû à la discrimination raciale pourrait entraîner un changement biologique chez l'individu et ensuite la personne risquerait d'avoir des maladies chroniques comme des maladies

cardiaques, des maladies inflammatoires, du diabète ou de l'obésité (Currie et al., 2020; Paradies et Currie, 2018). Une étude quantitative faite auprès de 104 étudiants universitaires d'origine autochtone au Canada sur une période de douze mois avait comme but « d'examiner l'association entre la discrimination raciale et l'allostasie et de voir si cette association était modérée par la continuité culturelle chez les adultes autochtones » [Traduction libre] (Currie et al., 2020, p. 99). Les chercheurs ont constaté que les systèmes de réponse au stress étaient plus prononcés chez les autochtones ayant vécu plus de discrimination raciale dans le passé que chez leurs pairs n'ayant pas vécu de discrimination dans le passé. Ils ont aussi remarqué que les autochtones avec forte identité culturelle avaient une résilience biologique sur leur régulation physiologique. Donc, ils pouvaient mieux gérer les effets négatifs de la discrimination raciale (Currie et al., 2020).

Les événements du passé et les expériences actuelles de discrimination et de racisme expliquent la méfiance des autochtones envers le gouvernement et les services (Allan et Smylie, 2015; Loppie et al., 2014). Pour réduire les inégalités en santé, il faut des stratégies pour créer un lien de confiance entre le système de la santé et les services sociaux (et les professionnels) et les populations autochtones. Une étude qualitative de la Colombie-Britannique au Canada publiée en 2018 avait pour but d'explorer les barrières de l'accès aux soins de santé par des peuples autochtones, ces barrières découlent de structures coloniales (Nelson et Wilson, 2018). Cinquante autochtones de la ville de Prince-George et 15 professionnels de la santé dont 8 étaient autochtones ont participé à l'étude. Les thèmes les plus souvent abordés par les participants étaient la qualité des soins, le temps d'attente et l'expérience du racisme et de la discrimination (Nelson et Wilson, 2018). Dix-neuf des 65 participants ont dit avoir des problèmes avec la qualité des soins comme un délai dans les diagnostics concernant un problème de santé, le refus de donner de la médication, un délai pour voir un professionnel ou des cas de négligence. Les participants expliquaient qu'ils avaient le sentiment d'être maltraités ou d'être victimes de discrimination lorsqu'ils connaissaient des délais ou des erreurs de diagnostic (Nelson et Wilson, 2018). Le refus de donner la médication a été soulevé par des participants qui mentionnaient que les professionnels de la santé refusaient de donner des médicaments contre la douleur, car ils savaient que l'abus de substances était présent dans la population autochtone urbaine. Dix-huit des 65 participants ont affirmé que le long temps d'attente était également un obstacle quant à l'accès aux soins (Nelson et Wilson, 2018). Ces autochtones expliquaient que le délai d'attente était long autant à l'urgence que dans les cliniques. Par exemple, une des participantes racontait qu'elle avait attendu très

longtemps à l'urgence avant d'avoir les soins appropriés et que ce temps d'attente aurait pu lui coûter la vie. La dame ne savait pas qu'elle avait une grossesse tubaire et le personnel l'a laissée dans la chambre, il est revenu seulement le lendemain matin pour faire un ultrason. Cet examen a révélé que la trompe de Fallope avait éclaté et que la femme avait une hémorragie interne (Nelson et Wilson, 2018). Elle a été amenée d'urgence à la salle d'opération. De plus, le racisme ou la discrimination ont été mentionnés par 16 des 65 participants autochtones ou professionnels de la santé (Nelson et Wilson, 2018). Un participant avait été hospitalisé et il avait une douleur insupportable. Il avait toussé et une des infirmières lui avait dit « Couvre ta putain de bouche » (Nelson et Wilson, 2018). Les trois thèmes abordés dans cette étude expliquent bien l'origine de la méfiance des autochtones face aux systèmes de santé.

Le racisme joue donc un rôle important pour la santé des autochtones. Il est aussi un facteur contribuant à la méfiance des autochtones envers le système de santé. Si les familles n'ont pas de confiance envers les services et le système de santé, elles ne les utiliseront pas par peur d'être maltraitées ou de subir du racisme. Donc, il est important d'offrir des ressources qui sont adaptées culturellement, mais aussi qui sont acceptées par la communauté (CCNSA, 2019). De plus, le maintien de la culture dans les services des communautés autochtones réduit les impacts négatifs du racisme, d'où l'importance que les ressources promeuvent la culture. Bref, ces recherches n'abordent pas le contexte des services pour la petite enfance. Il serait donc pertinent de savoir si le racisme a un impact sur l'engagement et la participation des familles dans les ressources destinées à la petite enfance.

## **Les familles autochtones**

### ***Les difficultés et les impacts socioéconomiques***

Selon Statistique Canada (2017b), un tiers des enfants autochtones de 0-4 ans vivait avec un seul parent et 84,4% des familles monoparentales étaient sous la responsabilité d'une mère en 2016. La même année, plus d'enfants autochtones (10,5%) vivaient avec un parent et un ou des grands-parents que les enfants non autochtones (3%) (Statistique Canada, 2017a). Cette situation peut s'expliquer par des facteurs économiques et culturels. L'aspect culturel inclut l'importance de la famille élargie, tandis que l'aspect économique peut s'expliquer par un très faible revenu (CSSSPNQL, 2017a; Statistique Canada, 2017a). En effet, 50,3% des parents touchaient les

prestations sociales ou d'assurance-emploi et presque la moitié des parents autochtones n'avait pas fini leur son cours secondaire (CSSSPNQL, 2017a). Plusieurs familles autochtones vivent dans des conditions difficiles. Effectivement, un quart des enfants autochtones vivait dans un logement surpeuplé en raison de l'incapacité des parents à payer les frais de logement et aussi à cause du manque de logements (CSSSPNQL, 2017a). Entre 2014 et 2015, un quart des enfants était aussi en situation d'insécurité alimentaire de modérée à grave (CSSSPNQL, 2017a).

Comme il a été décrit précédemment, les conditions de vie difficiles et la pauvreté des autochtones découlent de leur histoire et de leur expérience de racisme et d'exclusion sociale. Les traumatismes ont également un impact sur le bien-être et la santé mentale des parents autochtones (Halseth et Greenwood, 2019). Plusieurs parents sont des enfants ou des petits-enfants des pensionnaires qui ont vécu des traumatismes intergénérationnels involontaires (Ball, 2010; Bombay et al., 2014). Entre 2015 et 2016, trois quarts des adultes autochtones ont rapporté avoir fréquenté un pensionnat ou ont eu un parent ou un grands-parents ayant fréquenté un pensionnat autochtone. Donc, plus des deux tiers des enfants autochtones ont eu un parent ou un grands-parents ayant été dans un pensionnat autochtone (First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2018). Entre 2015 et 2016, 15% (40 900 personnes) des survivants des pensionnats habitaient dans une communauté autochtone. Ils ont vécu des expériences négatives qui se font encore ressentir dans leurs communautés (FNIGC, 2018). En effet, les liens entre les individus d'une même communauté sont très forts et les traumatismes des pensionnats affecteraient même les individus n'ayant pas eu de proches qui ont fréquenté les pensionnats (CSSSPNQL, 2017b). Après leur sortie, certains ex-pensionnaires se sont tournés vers l'alcool pour alléger leur souffrance. L'alcool a alors fait des ravages, car ces ex-pensionnaires n'étaient plus en mesure de communiquer avec leurs enfants et de les comprendre (Beavis et al., 2015). Les enfants de ces ex-pensionnaires se sont plongés dans l'alcool à leur tour, car ils ont été confrontés à des milieux de vie où la consommation d'alcool était fréquente et à une absence de communication. Ils se sentaient comme des étrangers dans leur propre famille. Malheureusement, un cycle vicieux de génération en génération se crée (Beavis et al., 2015).

Le passé des autochtones a eu un impact négatif sur leur rôle parental et leurs compétences parentales (CSSSPNQL, 2017b). Les ex-pensionnaires sont sortis des pensionnats sans connaître l'amour et l'attachement parental, car ils n'ont pas connu l'amour de leurs parents n'ayant pas

grandi auprès d'eux. Les prêtres ou les religieuses ne leur donnaient pas d'affection (Dion et al., 2016). Ils n'ont pas eu d'exemples de modèle parental et donc, ils n'ont pas appris les bonnes façons de transmettre cet amour parental à leurs enfants (Bombay et al., 2014; Lafrance et Collins, 2003) Ce manque de modèle parental combiné aux séquelles des pensionnats a affecté grandement les compétences parentales (Dion et al., 2016). De plus, les parents de ces enfants ne savaient plus comment éduquer leurs enfants puisqu'ils avaient été séparés d'eux pendant dix mois (Lafrance et Collins, 2003). Quelques parents ont commencé à montrer des signes de « révocation de leurs responsabilités parentales » comme un *pattern* d'insouciance puisqu'ils ne vivaient plus avec leurs enfants. Lorsque ces enfants revenaient dans leur communauté, ils étaient confus, car ils n'avaient pas acquis la culture, la langue, les traditions et les coutumes de leur communauté (Lafrance et Collins, 2003). Ces enfants se sentaient comme des inconnus dans leur propre communauté. Par conséquent, les enfants et les petits-enfants de ces familles qui sont maintenant parents peuvent avoir eux-mêmes des pratiques parentales négatives et se sentir incompétents (Ball, 2010). La Commission de vérité et réconciliation du Canada (2012b) recommande donc la création de programmes de la petite enfance et des formations sur les rôles des parents afin d'aider à remédier aux séquelles négatives des pensionnats autochtones.

Le manque de confiance des parents en leur efficacité parentale combiné avec les déterminants sociaux négatifs (logement insalubre, pauvreté, manque d'emploi et d'éducation) peut avoir des impacts indésirables sur le développement et le bien-être des enfants autochtones (Halseth et Greenwood, 2019). Il existe quelques études sur la santé et le bien-être des enfants autochtones. Ces études ont démontré que la santé des enfants autochtones était moins bonne que la santé des enfants non autochtones selon les différents indicateurs de santé comme la sécurité alimentaire, les problèmes de santé chroniques, l'obésité, la santé pulmonaire et la santé maternelle. La sécurité alimentaire est un déterminant de la santé important pour le développement de l'enfant. Les aliments sains et abordables ne sont pas toujours accessibles à de nombreux enfants autochtones pour deux raisons soit des contraintes géographiques ou la pauvreté. Ces enfants ne peuvent pas avoir les vitamines et minéraux nécessaires pour grandir en santé. Donc, l'obésité et le diabète sont des problèmes de santé qui peuvent survenir à cause de leur alimentation déficiente (Halseth et Greenwood, 2019).

La violence familiale peut aussi être un problème influençant à long terme le bien-être des enfants autochtones, elle a des conséquences psychologiques, physiques et affectives (Halseth et Greenwood, 2019). Les autochtones sont deux fois plus à risque de subir de la violence physique ou sexuelle d'un partenaire actuel ou d'un ex-partenaire comparativement aux non-autochtones. Les enfants victimes de violence familiale peuvent avoir des problèmes sociaux, psychosociaux et comportementaux qui pourraient engendrer des comportements parentaux négatifs dans les générations subséquentes. Autrement dit, ces enfants peuvent perpétuer le cycle de la violence avec leurs futurs enfants (Halseth et Greenwood, 2019).

De plus, les enfants autochtones sont surreprésentés au sein des services de la protection de la jeunesse (Allan et Smylie, 2015; CSSSPNQL, 2018). En 2016, 52,2% des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse étaient autochtones (Gouvernement du Canada, 2019c). Pourtant, les autochtones représentaient 7,7% de tous les enfants de 15 ans et moins au Canada (Gouvernement du Canada, 2019c). D'après l'étude de Trocmé et al. (2004), plusieurs facteurs prédictifs (logement insalubre, déménagements fréquents, aide sociale, problèmes de comportements des enfants, maltraitance, abus d'alcool des parents, activités criminelles, manque de soutien social et antécédents parentaux de maltraitance à l'enfance) sont statistiquement significatifs en lien avec l'augmentation des dossiers douteux ou avérés à la protection de la jeunesse. Plus que les familles caucasiennes, les familles autochtones ont plus de facteurs de risque découlant de leur passé, ce qui augmente la probabilité que la protection de la jeunesse ouvre un dossier ou place un enfant (Trocmé et al., 2004). Dans le but d'éviter le cycle intergénérationnel de la violence et les problèmes liés à la pauvreté, il est essentiel de fournir des ressources pour soutenir les parents et pour développer leurs compétences parentales (Halseth et Greenwood, 2019). Il est également important d'offrir des ressources acceptables ainsi que culturellement sécurisantes afin d'atténuer les problèmes sociaux rencontrés et d'augmenter la confiance et l'engagement des familles autochtones dans les services offerts (Halseth et Greenwood, 2019).

L'étude quantitative publiée en 2004 a analysé 2 898 rapports concernant les services de la protection de la jeunesse au Canada (Trocmé et al., 2004). Selon les analyses, 74% des enquêtes de la protection de la jeunesse impliquant des enfants autochtones sont classés comme douteuses ou avérées comparativement à 59% des enquêtes sur des enfants caucasiens. Autrement dit, les enfants autochtones ont 1,5 fois plus de risques que la protection de la jeunesse ouvre un dossier

pour eux. D'après cette étude, cette surreprésentation des jeunes autochtones s'explique par des désavantages socioéconomiques proportionnellement plus élevés chez les familles autochtones. Pour donner suite aux analyses, les auteurs ont constaté que les familles autochtones sont plus souvent dépendantes des services sociaux. L'abus d'alcool est constaté chez les deux tiers des parents autochtones comparativement à 22% chez les parents caucasiens. L'abus de drogues, les activités criminelles, la déficience cognitive et un manque de soutien social sont des facteurs contribuant également à la négligence et ils sont statistiquement plus communs chez les parents autochtones. Un enfant autochtone qui vit avec un parent qui abuse de l'alcool a deux fois plus de risques d'avoir un dossier douteux ou avéré de la protection de la jeunesse. Un enfant qui vit avec un parent autochtone ayant subi de la maltraitance lorsqu'il était enfant a un 1,7 fois plus de risques d'avoir un dossier à la protection de la jeunesse. Cette étude a aussi démontré que le placement des enfants autochtones dans les familles d'accueil est 2,3 fois plus grand que celui des enfants non autochtones. Par contre, si les problèmes économiques des parents et la maltraitance dont sont victimes les enfants sont contrôlés, le taux de placement entre les enfants autochtones et caucasiens n'est pas statistiquement différent. Les facteurs statistiquement significatifs contribuant à une probabilité plus élevée de placement par la protection de la jeunesse sont les mauvais traitements, les familles reconstituées et monoparentales, une faible source de revenus, les enfants avec deux ou plus de problèmes de comportements, les troubles cognitifs, les problèmes d'alcool, des activités criminelles ou des antécédents parentaux de maltraitance pendant l'enfance (Trocmé et al., 2004). Cependant, il existe encore aujourd'hui des lacunes dans les ressources offertes pour les enfants autochtones dans les petites communautés éloignées. Et plus de recherches sont nécessaires, surtout dans les petites communautés plus isolées. Ces recherches aideront à optimiser les services et à assurer qu'elles répondent aux besoins des familles.

### ***Les expériences et les besoins des parents autochtones***

La mère et le père ont souvent des rôles différents, mais complémentaires dans l'éducation de l'enfant. À cause de la colonisation, ces rôles ont été affectés. Une étude qualitative de Ball (2010) montre par exemple que le père autochtone ne connaît pas toujours son rôle dans la vie d'aujourd'hui. Cette étude qualitative de la Colombie-Britannique « a exploré les expériences, les perspectives, les besoins et les buts des pères autochtones » [Traduction libre] (Ball, 2010, p. 126). Quatre-vingts pères ont participé à l'étude, 72 étaient issus des Premières Nations, sept étaient

Métis et un père non autochtone. Trente-six vivaient sur une réserve et 44 vivaient hors réserve. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées pour la collecte de données. Le premier thème abordé était la transmission intergénérationnelle perturbée de la paternité. Les pères ont mentionné comment leurs expériences pendant l'enfance avec leur père et les figures paternelles influençaient aujourd'hui leur parcours en tant que père. Plus de deux tiers des pères autochtones affirmaient ne pas vouloir être comme leur père. Quatre-vingt-deux pour cent des pères disaient qu'il y avait eu une rupture de liens et de transmission de la langue et de la culture à cause des dures conditions de vie, des problèmes psychologiques ou des relations difficiles dans leur vie incluant les relations père-enfant. La plupart des pères mentionnaient qu'ils n'avaient pas les qualités requises pour être père lors de la venue de leur premier enfant. Par exemple, un père avait fréquenté un pensionnat autochtone jusqu'à l'âge de 18 ans et il n'avait pas connu l'amour. Pour lui, c'est avec le temps qu'il a appris à s'aimer et à aimer son enfant (Ball, 2010).

Les trois autres thèmes identifiés dans cette étude étaient interreliés. Le deuxième thème portait sur le changement des relations entre les sexes (Ball, 2010). Cinquante-six pour cent des participants affirmaient qu'il y avait un changement de rôle important dans leurs relations de couples, leurs familles et leurs communautés. Ce changement de rôle est dû au fait que certaines femmes autochtones retournent à l'école ou trouvent des emplois avec une courte formation comme secrétaires ou réceptionnistes. Les hommes avaient l'impression d'avoir perdu leur place, car avant les hommes autochtones allaient chasser loin de leur famille pendant une longue période afin de subvenir aux besoins de leur famille et aujourd'hui, ils ont de la difficulté à se trouver un emploi et ne se sentent pas valorisés. Le troisième thème discuté par les pères autochtones était « devenir un homme ». Quarante-cinq pour cent des participants ont affirmé que devenir père les aidait à devenir un homme parce qu'ils avaient un besoin de protéger et d'être un filet de sécurité pour leur enfant. Plusieurs participants mentionnaient que les difficultés d'être un homme dérivait de leur enfance perdue et des conditions sociohistoriques difficiles. Pour retrouver une fierté en tant qu'autochtones, les pères disaient que les femmes et les hommes autochtones devaient atteindre un équilibre et une intégrité par le chemin de la guérison traditionnelle. Finalement, le quatrième thème de cette étude était « d'apprendre la paternité ». La majorité des pères disait que devenir un père était un processus qui prenait du temps. Pour les pères autochtones, il existait deux façons de développer leur rôle de père soit par le jeu ou par les responsabilités. Certains pères mentionnaient que le jeu avec leur enfant les aidait à oublier leur enfance perdue dans les pensionnats. D'autres

pères affirmaient que leurs obligations parentales les rendaient responsables puisqu'en tant que pères, ils devaient protéger leur enfant et l'élever pour un meilleur avenir (Ball, 2010).

Le cinquième thème évoqué était la centralité de la mère (Ball, 2010). Soixante et un pour cent des pères croyaient que les mères étaient favorisées sur le plan social (ex. : plus de services pour les mères que pour les pères). Plusieurs pères ont soulevé le problème du manque d'implication des pères dans les programmes sociaux. Les participants avouaient qu'ils se sentaient exclus dans les services, car ceux-ci étaient axés sur le soutien aux mères. Certains pères disaient que d'être père comportait beaucoup de défis et qu'ils n'étaient pas soutenus par les services (Ball, 2010). Le dernier thème était la reconstruction culturelle. Les participants de cette étude mentionnaient que l'implication des pères était importante pour la guérison des peuples autochtones marqués par le passé historique qui a perturbé leur mode de vie. Les pères disaient qu'ils devaient être plus inclus dans le cercle des rôles parce que la mère, le père et la communauté élèvent leur enfant (Ball, 2010). Cependant, les auteurs mentionnent que des études dans d'autres provinces du Canada devraient porter davantage sur l'implication des pères autochtones dans le développement de leurs enfants. En effet, les expériences d'un père autochtone peuvent être différentes d'une communauté à l'autre, surtout en ce qui concerne leurs expériences dans les programmes sociaux. Bref, il est important que les ressources pour les familles des enfants de 0-5 ans incluent les pères et qu'elles répondent à leurs besoins en étant plus acceptables aux yeux des familles autochtones.

Pour les mères autochtones, l'éducation et le maintien de l'identité culturelle chez les enfants sont importants. Une étude réalisée avec des mères autochtones et des mères caucasiennes vivant dans un milieu urbain canadien souligne les différences et les similitudes entre les parents autochtones et les parents non autochtones du point de vue des croyances parentales (Cheah et Chirkov, 2008). Cinquante et une mères caucasiennes et 50 mères autochtones d'une même ville ont été recrutées. Elles ont passé des entrevues semi-structurées en énumérant cinq objectifs personnels pour leur enfant en lien avec des comportements (ex. : partage) et des qualités (ex. : être respectueux). Ensuite, ces mères devaient expliquer les raisons de chaque objectif nommé. Elles devaient également identifier cinq objectifs en lien avec des comportements et des qualités désirés par les parents de leur groupe culturel en expliquant les raisons de chaque objectif donné (Cheah et Chirkov, 2008). Les chercheurs ont codifié les croyances maternelles selon Olson et al. (2001)

par huit codages : a) ajustement émotionnel, b) coopération sociale et sensibilité, c) compétence sociale et sociabilité, d) compétence motivationnelle et cognitive et éducation, e) indépendance et non-conformité, f) santé et sécurité, g) valorisation de la famille, obéissance autoritaire, respect des aînés, h) cultures traditionnelles, religion et spiritualité (Cheah et Chirkov, 2008). Quelques similarités ont pu être relevées entre des mères autochtones et des mères caucasiennes à propos des objectifs et des raisons de niveau personnel ainsi que de niveau culturel. L'étude montrait des points en commun concernant les tâches pertinentes pour le développement d'un jeune enfant dans les deux groupes culturels vivant dans un centre urbain. Toutefois, des différences ont aussi été remarquées. Par exemple, les mères autochtones plus que les mères caucasiennes favorisaient chez les enfants les comportements et les attitudes axés sur l'éducation, l'apprentissage et la réussite. Une mère dans l'étude a rapporté que l'éducation était la seule porte de sortie pour se libérer des images stéréotypées et négatives (ex. : les autochtones étaient des ivrognes ou des prostituées). Le maintien des traditions culturelles et de la spiritualité était également plus important pour les mères autochtones que pour les mères caucasiennes. Cette importance accordée aux traditions culturelles et à la spiritualité vient du passé d'assimilation des peuples autochtones et de leur volonté de perpétuer leur culture à travers leurs progénitures (Cheah et Chirkov, 2008). En somme, ceci indique que les ressources pour les familles des enfants de 0-5 ans devraient considérer ces valeurs afin de bien soutenir les familles autochtones. Cependant, peu de recherches portent sur les services pour la petite enfance et le maintien des valeurs et de l'identité culturelle. Des études sur les expériences des parents avec les ressources pour la petite enfance pourraient nous en dire plus à ce sujet.

### ***La famille et la communauté : valeurs importantes***

Une valeur importante aux yeux des autochtones est la famille. Elle est un point central dans les relations interpersonnelles (Guay et al., 2018). La famille élargie peut inclure les oncles, les tantes, les grands-parents, les cousins, les amis proches de la famille et la communauté. Il est important d'avoir une bonne compréhension du rôle et des responsabilités de la famille élargie puisqu'elle a un effet positif sur le bien-être des enfants (Guay et al., 2018). La communauté est considérée comme une source de conseils, d'aide et de confort (Eni et Rowe, 2011). L'entraide est aussi une valeur qui est prônée chez les Innus et qui vient définir les rôles de chaque membre de la famille élargie (Guay et al., 2018). De plus, l'étude de Guay et al. (2018) fait ressortir le besoin

que de la valeur de la famille soit promue dans les ressources offertes aux familles avec des enfants de 0-5 ans afin de renforcer la cohésion familiale et d'augmenter l'engagement des familles dans les ressources.

L'étude Guay et al. (2018), menée avec la communauté innue d'Uashat mak Mani-Utenam au Québec, souligne l'importance de ces relations (Guay et al., 2018). Cette étude résume 10 récits familiaux de parents et de grands-parents ainsi que 5 récits communautaires de différents groupes sur la famille élargie. Selon ces témoignages, les Innus tissent de forts liens entre les membres de la communauté et cela favorise l'acquisition des compétences parentales ainsi que la transmission des valeurs comme celle de l'entraide. Cette valeur est essentielle pour soutenir leurs membres en difficulté ainsi que pour célébrer leurs bons coups. La famille élargie s'implique également dans l'éducation des enfants puisqu'elle transmet les valeurs et la culture afin de développer l'identité de l'enfant. L'implication de la famille immédiate et de la famille élargie dans l'éducation des enfants apporte à ceux-ci un filet de sécurité. Pour la famille et la communauté, les enfants sont une source précieuse pour l'avenir, car ils vont perpétuer la culture de la communauté. Chaque membre de la famille a une responsabilité définie selon le cercle des relations des Innus. Celui-ci est composé de trois cercles (le premier se compose du père et de la mère, le deuxième inclut les frères et les sœurs, les grands-parents, les oncles et les tantes, le troisième cercle comprend les parents plus éloignés) et l'enfant est le centre d'interaction entre les différents cercles. Le rôle de la mère est de s'occuper des enfants et de les protéger. Le rôle du père est de jouer avec les enfants et d'apporter une sécurité financière à la famille. Les deux parents vont s'assurer que leurs enfants acquièrent de bonnes valeurs et de bonnes connaissances sur leur culture et leur identité. Dans les récits, certaines mères relatent que les pères ont plus de connaissances concernant l'éducation culturelle (ex. : montrer aux enfants à bûcher du bois ou aller dans les bois). Les responsabilités des aînés auprès de leurs petits-enfants sont incontournables pour leur développement. Effectivement, ils vont transmettre la culture, mais ils ont également un rôle de protection de la culture et des connaissances (Guay et al., 2018). Souvent les grands-parents, les oncles ainsi que les tantes vont jouer un rôle de soutien pour les parents. La communauté joue aussi un rôle de protection pour les enfants puisqu'un enfant peut toujours aller chercher de l'aide d'un voisin. En résumé, la valeur de la famille pourrait être un facilitant pour la participation et l'engagement des familles dans les ressources destinées à la petite enfance.

Une revue de la portée démontre aussi l'importance du rôle des aînés dans la communauté. L'étude réalisée avec l'aide d'intervenants et d'aînés autochtones provenant de huit des onze nations autochtones du Québec révèle plus précisément le rôle important des aînés dans la transmission des traditions, de la culture et des connaissances autochtones et dans le développement de l'enfant. Cent quarante-quatre articles quantitatifs et qualitatifs ont été analysés afin de mieux décrire la participation des aînés dans leur communauté (Viscogliosi et al., 2020). Plusieurs études attestent que la contribution des aînés a un effet positif sur les jeunes enfants, les parents et la communauté puisque cette contribution améliore la solidarité intergénérationnelle. La présence des grands-parents dans une famille apporte beaucoup de bénéfices comme les connaissances sur les plantes médicinales, la garde des petits-enfants et la résolution des conflits. De plus, cette contribution des aînés rend les liens familiaux plus forts. Les aînés influencent les attitudes et les comportements des autres comme la résilience, l'espoir, la persévérance, la tolérance et le respect. Cette présence aide à prévenir le suicide, l'utilisation des drogues et d'alcool contribue à promouvoir la santé mentale (Viscogliosi et al., 2020). L'implication des aînés dans les ressources pour les familles avec de jeunes enfants de 0-5 ans est ainsi un élément important à considérer afin de rendre les ressources culturellement sécurisantes et acceptables pour la communauté. L'implication des aînés pourrait être un autre facilitant pour encourager les familles à s'y engager et à participer dans les ressources de la petite enfance.

En résumé, les traumatismes du passé ont eu un impact sur les conditions de vie et la santé et le bien-être des familles autochtones d'aujourd'hui. Les traumatismes intergénérationnels ont également eu des impacts sur les compétences parentales. La pauvreté et les problèmes sociaux expliquent une surreprésentation des enfants autochtones au sein de la protection de la jeunesse. Ce taux élevé d'enfants à la protection de la jeunesse amène les familles à moins consulter les milieux de santé par peur de se faire enlever leurs enfants par les services de santé (Coombes et al., 2018; Eni et Rowe, 2011). Pour faciliter le développement des enfants autochtones sur les plans affectif, social, psychologique, physique et cognitif, un environnement familial est essentiel (Halseth et Greenwood, 2019). Les valeurs familiales et culturelles dans l'éducation et le développement de l'enfant sont primordiales et elles devraient se retrouver dans les services pour les familles autochtones avec des enfants de 0-5 ans. Les ressources pour les familles autochtones avec des enfants de 0-5 ans doivent s'inscrire dans le contexte socioculturel des familles

autochtones pour bien les soutenir; elles doivent être culturellement sécurisantes afin que les familles les utilisent. Il est important de faire plus de recherches sur les expériences des familles autochtones avec les ressources. Cela aiderait à adapter les services pour mieux répondre aux besoins des familles selon leur contexte.

### **L'expérience des familles autochtones avec les services durant la période de la petite enfance**

La population autochtone est en pleine croissance avec une augmentation de 22% (à cause d'un taux de natalité plus élevé) des autochtones entre 2006 et 2011. Les ressources pour les familles autochtones avec de jeunes enfants sont essentielles afin de diminuer les inégalités de santé vécues par les familles autochtones et pour optimiser le développement de ces enfants (Wright et al., 2018). Une revue intégrative de la littérature canadienne publiée en 2018 avait pour but de connaître les services de santé utilisés par les mères autochtones au Canada pour leurs enfants et leurs expériences. Dix-neuf études ont été analysées pour la revue intégrative de la littérature dont deux études réalisées au Québec. Dans les 19 études analysées, les types de services variaient. Il y avait des interventions prénatales ou postnatales, des programmes dédiés aux autochtones pour la petite enfance ou des interventions pour la petite enfance. Ces études ont été menées sur des réserves ou hors réserves ou les deux. Cet article expliquait que les mères autochtones pouvaient recevoir des soins prénataux tardivement, recevoir des soins prénataux limités ou même ne recevoir aucun soin. Cela peut avoir un impact négatif sur la santé maternelle des mères et également sur la santé de leurs enfants. Plusieurs études expliquaient que les mères autochtones vivaient de la discrimination et du racisme dans les services de santé. Ces expériences négatives diminuaient le recours aux services de santé par les mères autochtones et leurs enfants. L'article abordait le sujet du manque de confiance des mères autochtones dans les services de santé. Ce manque de confiance pouvait s'expliquer par la rafle des années soixante, une mauvaise communication avec les professionnels de santé ou un manque de confidentialité (Wright et al., 2018).

Malgré ces expériences, les auteurs de cette revue ont souligné que certaines interventions répondaient aux besoins des familles autochtones et réussissaient à créer un environnement de confiance, ce qui a eu un impact positif sur la santé des mères autochtones et des enfants autochtones (Wright et al., 2018). Par exemple, la combinaison de programmes de groupe et de visites à domicile a permis aux parents de s'engager davantage dans le programme autochtone pour le développement de l'enfant (Wright et al., 2018). Cette combinaison permettait aux familles de

créer un lien de confiance avec l'intervenant, mais elle leur donnait aussi une flexibilité dans leur horaire (Gerlach et al., 2017). Les chercheurs ont aussi remarqué dans deux études analysées que les enfants autochtones des mères qui avaient reçu un enseignement prénatal et/ou postnatal avaient une meilleure santé dentaire comparativement aux enfants des mères qui avaient seulement reçu des brochures (Harrison et al., 2012; Lawrence et al., 2008; Wright et al., 2018). Ensuite, deux études ont évoqué que la promotion de l'allaitement par les pairs auprès des mères autochtones avait augmenté l'allaitement (Wright et al., 2018). Dans cette revue intégrative de la littérature, les chercheurs mentionnent aussi l'importance que les interventions soient culturellement sécurisantes pour que les familles autochtones utilisent les ressources et continuent à les utiliser (Wright et al., 2018). Ils affirment que les interventions doivent répondre aux besoins des familles autochtones et que ces interventions doivent souligner la culture et les valeurs autochtones. De plus, la présence des aînés autochtones est essentielle pour que les parents autochtones soient plus engagés dans les ressources (Wright et al., 2018). Les auteurs mentionnent que peu d'études décrivent comment les mères choisissent les ressources pour leurs enfants (Wright et al., 2018). Plus de recherches avec les Premières Nations dans les communautés pourraient révéler les facilitateurs qui influencent la participation et l'engagement des familles autochtones dans les ressources.

La synthèse des connaissances d'Underwood et al. (2019) a montré l'importance que les services pour familles autochtones soient culturellement appropriés et qu'ils prônent l'autodétermination afin que ces familles puissent les utiliser régulièrement. Cette étude de synthèse qui a utilisé différentes sources de connaissances, avait comme but de « comprendre les expériences des autochtones face à l'éducation de la petite enfance, les soins et services, le soutien familial, les interventions, et la santé dans un contexte d'un enfant handicapé » [Traduction libre] (Underwood et al., 2019, p. 21). En premier lieu, pendant trois ans, les auteurs ont fait des entrevues auprès de 67 familles utilisant le service Inclusive Early Childhood Service System (IECSS), dont 21 familles s'identifiaient comme autochtones ou Métis dans 5 communautés de l'Ontario. Ils ont également rencontré des aînés et fait des entrevues avec eux. Par la suite, ils ont fait une synthèse des connaissances dans 81 articles. Les entrevues ont démontré que les familles choisissaient des programmes pour les enfants en lien avec leur culture, et ce, même si ces programmes n'étaient pas axés sur l'enseignement aux parents. Les aînés expliquaient que les désaccords entre les familles et les professionnels de la santé provenaient souvent d'une mauvaise compréhension de la culture des autochtones et cela pouvait mener à un mauvais diagnostic chez l'enfant. Souvent, les

familles n'ont pas reçu des interventions en lien avec leur culture et elles ont été placées devant un dilemme : privilégier soit leur culture soit le bien-être de leur enfant. Les aînés ont ajouté que les parents n'ont pas toujours le temps d'élever leurs enfants et de transmettre la culture autochtone. Les parents ont été obligés de répondre d'abord aux besoins physiques de leur enfant et alors moins de temps pour transmettre leur culture (Underwood et al., 2019).

Les entrevues ont aussi démontré que la culture est un aspect important pour les familles autochtones dans les programmes consacrés à leurs enfants. L'accès aux services représentait un défi pour certaines familles autochtones vivant plus au nord du pays puisqu'elles devaient se déplacer vers un centre urbain où elles avaient peu d'options (Underwood et al., 2019). Lorsque les professionnels de la santé se déplaçaient dans ces communautés, ils avaient beaucoup de familles à rencontrer et la confiance des parents et des enfants était difficile à gagner. Plusieurs facteurs pouvaient influencer l'engagement des familles dans les services de santé comme le statut économique, le taux d'alphabétisation, la santé des parents, les connaissances sur les systèmes de santé et la facilité d'interagir avec les établissements. Les résultats des entrevues ont été suivis d'une recherche dans la littérature. Les chercheurs ont relevé l'importance de la culture dans les interventions et les programmes offerts aux enfants autochtones avec un handicap. D'après eux, la culture et l'autodétermination étaient essentielles au développement de l'enfant. Malheureusement, ils ont rapporté que les interventions ne considéraient pas assez la culture et le soutien à la famille. Pourtant, les relations familiales sont le point central de l'éducation des enfants autochtones (Underwood et al., 2019). Les futures recherches avec les communautés autochtones devront mieux comprendre les obstacles à la participation et à l'engagement des familles dans les ressources pour la petite enfance. Elles devront insister sur l'importance pour les intervenants de connaître encore plus les divers membres de la famille qui sont impliqués dans l'éducation des enfants afin de rendre les ressources plus culturellement sécurisantes et acceptables.

L'*empowerment* des familles et une relation de confiance avec les membres de la famille, en particulier les mères, sont aussi très importants. Une étude qualitative canadienne avait pour but d'explorer les expériences des mères autochtones dans l'accès aux ressources maternelles pendant la grossesse et la parentalité dans les milieux urbains (Herk et al., 2010). Des entrevues semi-structurées auprès de parents autochtones, d'aînés, de dirigeants (gestionnaires de programmes) et de professionnels de la santé (infirmières, travailleurs sociaux) ont été réalisées pour la collecte de

données. Vingt et une personnes ont été retenues dans l'étude (13 étaient autochtones soit dirigeants, professionnels de la santé, mère, père, frère, sœur, oncle ou tante et 8 étaient non-autochtones soit dirigeants, professionnel de la santé ou parent mère, père, frère, sœur, oncle ou tante). Les participants ont mentionné que les mères autochtones vivaient un niveau élevé de vulnérabilité qui influençait l'accès aux soins. La plupart du temps, elles ne se sentaient pas en sécurité et elles avaient peur d'être étiquetées comme « mauvaise mère ». Les participants expliquaient que certaines mères avaient vécu, en raison d'attitudes paternalistes, des expériences négatives dans ces ressources comme des soins non appropriés à leur culture, un sentiment d'être jugées, d'être mal comprises ou de ne pas être respectées. Une situation vécue par une mère inuit (un des participants) illustre bien ce manque de respect et les préjugés de certains professionnels de la santé. Les enfants de cette mère inuite ont été retirés de leur foyer par la protection de la jeunesse parce qu'elle n'avait pas de nourriture dans ses armoires. Or, le congélateur était rempli de nourriture, mais les services de la protection de la jeunesse n'avaient pas regardé ce qu'il y avait dedans. Donc, la protection de la jeunesse n'avait pas de raisons de retirer les enfants à leur mère. Les participants ont également fait remarquer que la pauvreté et l'identité autochtone affectaient l'accès aux soins chez les mères autochtones. Par exemple, si les services se situaient hors de la communauté, elles ne pouvaient pas payer les frais de transport et elles pouvaient vivre des situations de racisme et de discrimination dans les ressources (Herk et al., 2010).

Les mauvaises expériences vécues par les parents autochtones en lien avec les ressources sont souvent mentionnées dans les études. Cependant, quand les interventions sont culturellement appropriées, elles peuvent avoir un effet positif pour les parents autochtones. En effet, une étude canadienne qualitative publiée en 2012 a démontré que le Programme Triple P (*Positive Parenting Program*) offert aux communautés autochtones étudiées répondait aux besoins des parents autochtones en développant des stratégies adaptées à la culture autochtone. Cette étude avait pour but de comprendre l'impact du Programme Triple P sur des parents autochtones au Canada (Houlding et al., 2012). Onze parents autochtones du nord-ouest de l'Ontario et huit intervenants du Programme Triple P ont participé à l'étude en prenant part à des entrevues semi-structurées. Le Programme Triple P est basé sur des interventions comportementales, des apprentissages sociaux et des théories du développement de l'enfant afin de soutenir et d'outiller les parents dans l'éducation de leur enfant (Halseth et Greenwood, 2019; Houlding et al., 2012). Les parents ont mentionné que ce programme les aidait énormément et ils le conseillaient aux autres parents de

leur communauté. Ils expliquaient que le programme leur avait permis d'utiliser des stratégies positives dans l'éducation de leur enfant (ex. : être plus à l'écoute, complimenter leurs enfants) (Houlding et al., 2012). De plus, les intervenants ont remarqué que les pères étaient plus impliqués dans l'éducation de leur enfant lorsqu'ils participaient à ce programme. Les effets positifs se font également ressentir dans les comportements de l'enfant. Par exemple, les parents ont remarqué que leur enfant avait de meilleures notes à l'école, une meilleure confiance en lui, qu'il était plus coopératif et plus discipliné (Houlding et al., 2012). Les parents et les intervenants soulignaient que le programme utilisait plusieurs modes d'apprentissage comme la projection et le jeu de rôle afin que les parents puissent acquérir des stratégies pour améliorer leurs habiletés parentales. Ce programme offrait des rencontres de groupe. Les parents et les intervenants affirmaient que ce mode d'apprentissage aidait les parents à établir des relations entre eux (Houlding et al., 2012). La plupart des parents disaient que le programme respectait les valeurs des autochtones. Plusieurs participants de l'étude ont évoqué que le processus d'apprentissage était bien adapté aux autochtones puisqu'ils sont des apprenants visuels (Houlding et al., 2012).

Une autre étude qualitative canadienne a démontré que les ressources pour les familles autochtones répondaient à leurs besoins en utilisant une approche globale afin d'intervenir adéquatement. Cette étude descriptive interprétative en Ontario, Canada a exploré les expériences des mères autochtones utilisant des ressources pour le développement de la petite enfance (Wright et al., 2019a). Dix-neuf mères autochtones ayant des enfants de deux ans et moins et sept intervenants des ressources pour le développement de la petite enfance ont participé à l'étude par des entrevues semi-structurées. La plupart des mères autochtones étaient satisfaites des ressources reçues puisque les intervenants utilisaient une approche globale pour répondre non seulement à leurs besoins mais aussi à ceux de leur enfant. Par exemple, les programmes fournissaient les ressources nécessaires comme l'épicerie. Cette approche aidait à soutenir les mères dans leurs compétences parentales et à promouvoir la santé de leur enfant. Certaines mères ont souligné que les visites à domicile éliminaient les barrières à l'accès au soin. Les intervenants ont ajouté que ces visites à domicile leur permettaient de créer un lien de confiance et de répondre aux besoins dans un environnement sécuritaire. Afin de s'assurer de l'engagement et de la participation continue des mères autochtones, les intervenants ont utilisé plusieurs stratégies comme les messages textes et des ressources répondant à leurs besoins (repas, artisanat). L'utilisation des messages textes permettait aux mères de recevoir des réponses à leurs questions rapidement et de diminuer leur

anxiété. Les intervenants ont également mentionné que les messages textes servaient à confirmer un rendez-vous la veille et que cela diminuait le nombre de rendez-vous manqués. Les programmes consacrés aux familles autochtones ne se préoccupaient pas seulement des besoins physiques et mentaux des enfants, mais ils se concentraient aussi sur les inégalités sociales. Par exemple, une mère expliquait que l'accès à un ordinateur offert gratuitement lui avait permis de terminer son cours secondaire. Les intervenants de ces ressources venaient soutenir les familles autochtones en se préoccupant de leur santé et de leur bien-être. Par contre, cette étude n'incluait pas les mères autochtones ayant abandonné le programme. De plus, les pères autochtones ou autres parents étaient exclus de l'étude (Wright et al., 2019a).

Les ressources destinées aux familles autochtones doivent donc répondre à leurs besoins pour que celles-ci ne vivent pas des expériences négatives. Il est essentiel que les ressources soient culturellement appropriées et qu'elles favorisent l'*empowerment* des familles autochtones. La relation de confiance avec les ressources est également un facteur contribuant à la participation continue des familles et à leur engagement. Cependant, les études au sujet de l'utilisation des ressources par les familles autochtones ont démontré quelques lacunes. Effectivement, on constate que les recherches consultées étudiaient plus les mères autochtones que les pères autochtones et les autres membres de la famille. Elles étaient également réalisées plus souvent dans l'ouest du Canada qu'au Québec. Toutes ces recherches ont démontré un besoin d'en apprendre plus sur les barrières et les facilitateurs qui influencent la participation et l'engagement des familles autochtones dans les ressources consacrées aux enfants autochtones. Donc, la présente étude ajoute de nouvelles connaissances sur les besoins des familles (mères et pères) autochtones au Québec en lien avec les ressources de leur communauté. D'ailleurs, cette recherche souligne l'importance que les ressources soient culturellement sécurisantes et acceptables pour les familles autochtones afin qu'elles puissent s'engager davantage.

### **Les repères théoriques**

Deux repères théoriques ont été choisis pour la présente étude, à savoir « la sécurisation culturelle » et « l'acceptabilité », cette étude a été menée dans le Centre de santé de la communauté de Pessamit, où la majorité des professionnels de la santé sont autochtones. Les deux concepts ont guidé l'étudiante-chercheuse tout au long de cette recherche. En effet, pour répondre au but de l'étude, l'élaboration du guide d'entrevue a été inspirée par ces deux concepts qui ont permis

d'avoir des questions. Les concepts inspiraient de l'étudiante-chercheuse pendant sa collecte de données dans la communauté et lui ont servi de point de référence lors des entrevues avec les participants. Ces deux repères théoriques l'ont également aidée dans l'analyse des données, mais surtout dans la discussion alors que plusieurs liens ont été faits avec les deux repères théoriques.

L'acceptabilité était un repère théorique intéressant pour ce mémoire parce que l'étudiante cherchait à explorer les barrières et les facilitants qui influencent la participation et l'engagement des familles autochtones avec de jeunes enfants de 0-5 ans dans les ressources de la communauté. Dans la perspective du patient, le contenu, le contexte et la qualité des soins peuvent avoir un impact sur l'acceptabilité de ceux-ci (Sekhon et al., 2017). Si l'intervention est acceptable, le patient aura plus tendance à être d'accord pour suivre les traitements et les recommandations afin de bénéficier de résultats positifs. Selon Sekhon et al. (2017, p. 8), le cadre de référence théorique de l'acceptabilité est constitué de sept composantes soit : « l'attitude affective, le fardeau, l'éthique, la cohérence de l'intervention, les coûts d'opportunité, la perception de l'efficacité et l'auto-efficacité » [Traduction libre]. Ces auteurs ont développé ce repère théorique afin de pouvoir évaluer l'acceptabilité avant l'intervention et après l'intervention auprès des intervenants et des patients. Cette étude a suivi un processus très rigoureux basé sur une multitude d'écrits, soit 43 études. La première composante, l'attitude affective, réfère aux sentiments que la personne ressent avant et après l'intervention. Ensuite, le fardeau est une composante qui s'explique par l'effort mis pour participer à l'intervention (Sekhon et al., 2017). La troisième composante, l'éthique, consiste à s'assurer que l'intervention correspond aux valeurs de la personne. La cohérence de l'intervention inclut la compréhension de la personne face à l'intervention et à son fonctionnement (Sekhon et al., 2017). La cinquième composante, les coûts d'opportunité, se définit par les avantages, les bénéfices ou les valeurs qui influencent la prise de décision du participant. La perception de l'efficacité se traduit par l'atteinte de l'objectif de l'intervention. Enfin, l'auto-efficacité est établie par la confiance et les comportements de la personne face à l'intervention. Chaque composante joue un rôle dans l'acceptabilité de l'intervention ou du service par la personne (Sekhon et al., 2017).

L'autre repère théorique était la « sécurisation culturelle ». Ce concept est pertinent parce qu'il a permis une meilleure compréhension de la problématique dans le contexte plus large. La sécurisation culturelle est un concept développé par une infirmière maorie en Nouvelle-Zélande.

Cette terme désigne des soins qui sont offerts dans le respect de la culture d'une personne et qui visent à réduire les inégalités en santé (Papps et Ramsden, 1996). De plus, au cœur de ce concept est l'élimination des déséquilibres de pouvoir entre les populations autochtones et la culture dominante (Leclerc et al., 2018; Ringer, 2017). En effet, il sert à comprendre que dans le système de santé, l'histoire coloniale du Canada a créé une grande disparité entre le pouvoir des non-autochtones et celui des autochtones (Nelson et Wilson, 2018). Selon ce concept, ce sont les patients qui décident s'ils se sentent en sécurité avec les soins prodigués. Si le patient dit que les soins ne sont pas « sécuritaires », il y a plus de risques qu'il ne recoure pas aux services de santé (Leclerc et al., 2018). La sécurisation culturelle est garantie en grande partie par une auto-évaluation et une critique continue du professionnel de la santé, c'est-à-dire que les professionnels de la santé doivent toujours assurer que les soins prodigués se basent sur l'individu lui-même et non sur des hypothèses erronées quant au statut économique, social ou passé de l'individu (Ringer, 2017). En effet, les soins donnés aux autochtones souvent sont ancrés dans les approches colonialistes, c'est-à-dire qu'on continue de les traiter en leur imposant les idées dominantes (Beavis et al., 2015). Donc, il est important pour les professionnels de la santé de réfléchir sur l'impact de leur culture lors des soins prodigués auprès des autochtones (Baba, 2013). Il faut également s'assurer que les ressources et l'environnement où ont lieu les activités de soins sont sécuritaires pour les personnes autochtones afin qu'ils puissent créer une relation de confiance (Ringer, 2017). Bien que ce projet ait eu lieu dans une communauté autochtone, la sécurisation culturelle reste toujours pertinente pour cette recherche, car ce concept promeut plusieurs valeurs comme le respect, la collaboration, l'équilibre des pouvoirs, l'équité, la culture et l'*empowerment* qu'il est important de respecter dans les soins de santé. La sécurisation culturelle est donc un concept clé à considérer dans l'amélioration de l'accès aux soins par une personne ou à une communauté autochtone, peu importe le lieu de prestation des soins (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 2009 ).

### **Chapitre 3 : La méthodologie**

Ce chapitre décrit la méthodologie choisie pour répondre au but et à la question de recherche. Le devis de recherche, la méthode de recrutement des participants, la collecte de données, l'analyse des données, les critères de scientificité ainsi que les considérations éthiques de la recherche seront abordés. La collecte de données et l'analyse ont eu lieu pendant la session d'été 2021 et la rédaction du mémoire s'est faite à l'été et à l'automne 2021.

#### **Le devis de l'étude**

Le devis choisi pour cette étude était la description qualitative (Sandelowski, 2000; Sandelowski, 2010). Ce devis vise à décrire un phénomène étudié en se rapprochant le plus possible des données recueillies (Sandelowski, 2010). Le devis descriptif qualitatif reste quand même un peu interprétatif puisque les données ne peuvent pas parler d'elles-mêmes. Ce devis utilise un langage simple qui permet de s'assurer que les résultats sont utiles pour éclairer les pratiques et la prestation des soins (Sandelowski, 2000; Sandelowski, 2010). Ce devis a été choisi pour comprendre les perceptions et les expériences des participants. Ce devis permet de décrire de façon détaillée le point de vue des participants (Sandelowski, 2000; Sandelowski, 2010).

#### **Le milieu de recherche**

Cette recherche a été effectuée dans la communauté innue de Pessamit sur la Côte-Nord du Québec. Anita Rousselot, l'infirmière clinicienne chef en soins de 1<sup>re</sup> ligne et directrice adjointe du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit, était la personne-ressource et la collaboratrice tout au long de ce projet. Cette infirmière est une figure importante et de confiance dans le Centre de santé et des services sociaux de Pessamit, mais elle appartient à cette communauté.

Un premier contact avec Madame Anita Rousselot a eu lieu par courriel en octobre 2019. Par la suite, l'étudiante-chercheuse a séjourné quatre jours dans la communauté de Pessamit au cours de ce même mois. Ce court séjour lui a permis de faire une observation sur le terrain, mais également d'écouter les infirmières de la communauté. Elle a pu cerner une problématique soulevée par les infirmières et a pu identifier une question de recherche. Cette visite a permis à l'étudiante-chercheuse de se familiariser avec la communauté de Pessamit et de créer un lien de confiance avec Madame Rousselot.

Étant donné la pandémie de COVID-19, l'étudiante-chercheuse n'a pu aller sur le terrain au début de sa collecte de données. Madame Rousselot a été une personne clé afin de recruter les participants pour l'étude. Cependant, à la suite des changements aux mesures sanitaires pendant l'été 2021, l'étudiante a pu se rendre pendant une semaine dans la communauté de Pessamit en respectant les règles du Gouvernement et de la communauté. Un plan de mitigation a été envoyé au Comité de gestion de risque de l'UdeM.

### **Les critères d'inclusion et d'exclusion**

Toute personne de 18 ans et plus (mère, père, grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines, ami(e)s) impliquée dans la parentalité d'un enfant de 5 ans et moins inclusivement pouvait participer à l'étude. Pour les Innus, un des grands-parents, un oncle, une tante, un(e) cousin(e) ou un(e) ami(e) peut être considéré(e) comme un « parent » puisque cela correspond à l'approche de la communauté pour élever les enfants (Guay et al., 2018). Les participants devaient être à l'aise de s'exprimer en français. Cependant, les personnes ayant des problèmes psychosociaux sévères (ex. : démence, manque de lucidité qui les empêche d'avoir une conversation normale et de donner leur consentement) ont été exclues de l'étude. Ces critères d'inclusion et d'exclusion étaient nécessaires pour des raisons de faisabilité du projet de recherche. L'étudiante-chercheuse devait aussi s'assurer que les participants avaient Internet et un ordinateur ou un téléphone intelligent pour effectuer une entrevue à distance.

### **L'échantillon et le recrutement**

L'échantillon de cette étude comportait 15 participants. En effet, le devis de recherche choisi mentionne qu'un petit échantillon de participants est suffisant (Sandelowski, 2000). Par ailleurs, le recrutement des participants s'est fait jusqu'à l'obtention du *data sufficiency*, c'est-à-dire que la collecte de données a été faite jusqu'à ce que les données recueillies fussent suffisantes pour répondre à la question de recherche (Bourbonnais, 2015). La saturation des données a été déterminée par la redondance des données (Guest et al., 2020). Pour recruter les participants, un échantillonnage en boule de neige non probabiliste de convenance a été utilisé (Naderifar et al., 2017). Ce type d'échantillon convenait pour l'étude puisque cette technique faisait appel à des volontaires et la population ciblée était spécifique, c'est-à-dire des « parents » autochtones dans la

communauté de Pessamit (Gauthier et Bourgeois, 2016; Naderifar et al., 2017; Palinkas et al., 2015).

Dans un premier lieu, le recrutement des participants s'est fait à distance en raison des règles sanitaires. Des affiches au sujet de l'étude (Appendice 2) ont été partagées dans le centre de santé de Pessamit ainsi que sur les réseaux sociaux de la communauté. L'infirmière clinicienne chef en soins de première ligne a transmis également le message à ses collègues pour qu'ils puissent référer des participants potentiels en leur donnant les coordonnées de l'étudiante-chercheuse. Après un mois de recrutement, seulement trois personnes avaient participé. Afin de susciter plus d'intérêt de la part des parents autochtones de la communauté, une personne de la communauté s'est consacrée au recrutement des participant(e)s. Cette personne ne travaillait pas pour le Centre de santé et des services sociaux de Pessamit; elle travaillait en tant qu'agent de communications pour le Conseil de bande des Innus. La personne a contacté quelques parents potentiels par courriel afin d'aider l'étudiante-chercheuse dans son recrutement. Les coordonnées de l'étudiante-chercheuse ont été données aux personnes. Enfin, après deux mois de recrutement, l'étudiante-chercheuse a eu la permission d'aller dans la communauté pour continuer le recrutement. Elle s'est rendue au centre de santé et au centre des services sociaux afin d'informer les professionnels de la santé de son projet. De plus, l'étudiante s'est rendue au Centre de la petite enfance et au Centre Uatik-U. L'étudiante s'est présentée directement aux parents et a expliqué son projet de recherche.

Lorsque le premier contact a été établi en personne, l'étudiante-chercheuse a expliqué l'étude et le formulaire de consentement (Appendice 3) et a répondu aux questions de la personne rencontrée à ce moment-là. Toutes les autres personnes intéressées ont communiqué avec l'étudiante-chercheuse soit par téléphone ou par courriel afin de recevoir plus d'informations. Tous les participants de l'étude ont donné leur consentement verbalement soit pendant une conversation téléphonique, via la plateforme *Zoom* ou en personne (Gouvernement du Canada, 2019a). Ce consentement verbal (audio seulement) a été enregistré sur une bande audio.

### **La collecte de données**

L'étudiante-chercheuse avait donné le choix aux participant(e)s, selon la formule avec laquelle ils(elles) étaient à l'aise, de faire une entrevue en groupe (avec les membres de leur famille ou d'autres proches) ou individuelle. Les entrevues ont toutes été individuelles, par téléphone, en

personne ou via *Zoom*. La date et l'heure de l'entrevue étaient fixées selon les disponibilités des participant(e)s. Un rappel a été fait la veille par message texte afin de confirmer leur présence.

Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique a été développé afin de brosser un portrait de l'échantillon du projet de recherche (Appendice 4). Ce questionnaire permettait de recueillir des informations sur le sexe, l'âge, le nombre d'enfants, le niveau de scolarité et l'état civil des participant(e)s. Ces renseignements ont facilité l'interprétation des données. Les questions sociodémographiques étaient posées au début de l'entrevue.

Par la suite, un guide d'entrevues a été rédigé pour aider l'étudiante-chercheuse. Le guide d'entrevue individuelle comportait trois phases (Appendice 5). La première phase était une introduction où l'étudiante-chercheuse se présentait. Elle rappelait aux participants qu'il n'y avait pas de mauvaises réponses aux questions posées et qu'à tout moment, le participant pouvait mettre fin à l'entrevue. La deuxième phase contenait des questions ouvertes. Ces questions étaient en lien avec les ressources de la communauté (ex. : Quelles sont les raisons de votre participation auprès des ressources? Qu'est-ce que vous aimez des ressources offertes dans la communauté?). Cette méthode permettait aux participants d'exprimer leurs expériences en profondeur et à l'étudiante-chercheuse de mieux comprendre la vision des participants concernant les facilitateurs et les barrières influençant leur participation et leur engagement dans les ressources (Gauthier et Bourgeois, 2016; Robert et Gaudet, 2018). La troisième phase du guide était la conclusion. L'étudiante-chercheuse remerciait le participant et répondait à ses questions au besoin.

Les entrevues semi-dirigées ont permis à l'étudiante-chercheuse d'aborder des thèmes spécifiques afin de pouvoir répondre au but et à la question de recherche (Robert et Gaudet, 2018). Elles ont également permis aux participant(e)s de déterminer la direction et le sens de la conversation et d'avoir un certain contrôle sur les entrevues (Gauthier et Bourgeois, 2016). Les entretiens individuels donnaient des informations approfondies à l'étudiante-chercheuse puisque le participant pouvait discuter en détail de ses expériences et émettre ses opinions (Robert et Gaudet, 2018). Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement du participant(e). Pour respecter la confidentialité, seulement l'audio a été sauvegardé.

## L'analyse des données

Une analyse thématique a été effectuée en même temps que la collecte des données. Pour une première expérience de recherche, cette forme d'analyse est simple à réaliser (Paillé et Mucchielli, 2012; Pope et al., 2006). Cette méthode d'analyse représente également une manière efficace de présenter les résultats d'une recherche qualitative descriptive, surtout pour ce projet de recherche qui vise à identifier des facilitateurs et des barrières. Cette approche se prête bien à ce genre de question de recherche. Une analyse thématique consiste à identifier les groupes de mots répétitifs afin d'identifier ensuite des motifs répétés (thèmes et sous-thèmes) sur l'ensemble des données des participants (Paillé et Mucchielli, 2012; Vaismoradi et al., 2016; Vaismoradi et al., 2013). Chaque thème peut avoir des sous-thèmes et les thèmes et sous-thèmes peuvent avoir des liens entre eux qui permettent de mieux comprendre les données recueillies (Vaismoradi et al., 2016). L'analyse thématique dans cette étude avait une fonction de repérage afin de trouver les thèmes qui pouvaient répondre au but et à la question de recherche (facilitateurs et barrières influençant la participation et l'engagement dans les ressources de la communauté Pessamit) (Paillé et Mucchielli, 2012).

L'étudiante-chercheuse a utilisé deux logiciels non spécialisés soit Word et Excel pour l'analyse des données recueillies (Paillé et Mucchielli, 2012). L'analyse thématique s'est faite en 6 phases. La première phase était la familiarisation avec les données (Braun et Clarke, 2006). Après les entrevues, une réécoute des enregistrements audio a été faite pour la transcription de tous les verbatims dans un document *Word* (Braun et Clarke, 2006; Paillé et Mucchielli, 2012; Vaismoradi et al., 2016). Cette étape consistait à écrire tout le corpus sans faire de découpage afin d'en garder le plus possible le sens. Par exemple, il était déconseillé d'ajouter une ponctuation puisqu'elle pouvait changer le sens de la phrase (Braun et Clarke, 2006). Lors de la transcription des verbatims, il n'était pas conseillé de surligner ou de préthématiser des parties puisque la personne qui faisait l'analyse devait s'immerger dans le monde du participant (Paillé et Mucchielli, 2012). Cette étape était également le moment de noter les premières impressions sur les des données (Braun et Clarke, 2006). Une fois la transcription faite, l'étudiante-chercheuse a dû réécouter les enregistrements pour être certaine que les verbatims concordaient avec l'entrevue (Braun et Clarke, 2006).

La phase deux consistait à générer les codes initiaux (Braun et Clarke, 2006). L'étudiante-chercheuse a relu les verbatims des participants et les notes d'observation et du journal de bord en les retranscrivant dans un document Excel (Braun et Clarke, 2006). Le codage a été fait d'une manière à la fois inductive et déductive en utilisant les repères théoriques ci-dessus (ex. : l'attitude affective, le fardeau, l'éthique, l'*empowerment*, la dynamique de pouvoir...). Chaque participant avait une feuille Excel avec les extraits des verbatims et des notes.

La phase trois portait sur la recherche des thèmes. Le but de cette phase était d'identifier les thèmes à partir des données codées dans le document *Excel*. Le type de démarche utilisé pour déterminer les thèmes était la thématization en continu (Paillé et Mucchielli, 2012). Ce type de démarche impliquait que les thèmes étaient identifiés au fur et à mesure de la lecture des codes et des extraits (Paillé et Mucchielli, 2012; Vaismoradi et al., 2016). Cette phase permettait de trouver des sens significatifs et de combiner les différents codes pour en faire des thèmes (Braun et Clarke, 2006; Paillé et Mucchielli, 2012; Vaismoradi et al., 2016). Les thèmes ont été résumés sur une page maître d'*Excel*. L'étudiante-chercheuse a utilisé *Word* pour visualiser les codes et relever des thèmes en faisant des liens entre eux (Braun et Clarke, 2006). Ce type de schéma a permis de progresser dans l'analyse en ajoutant et en enlevant des thèmes (Paillé et Mucchielli, 2012). De plus, les codes pouvaient être des thèmes principaux ou des sous-thèmes. Certains codes étaient des thèmes non identifiés, c'est-à-dire qu'ils ne pouvaient être classés à ce moment (Braun et Clarke, 2006).

Une fois les codes identifiés par thème, la quatrième phase était la révision des thèmes (Braun et Clarke, 2006). Celle-ci requérait une relecture des thèmes identifiés et l'étudiante-chercheuse devait définir « l'essence » des thèmes. Certains thèmes ont été retirés puisqu'il n'y avait pas assez de données pour les soutenir ou les données du thème étaient divergentes. D'autres thèmes devaient être combinés ou être séparés en deux thèmes. Il était important de lire tous les thèmes afin de s'assurer de leur cohérence. Par la suite, il a fallu raffiner les thèmes. L'étudiante-chercheuse a dû recréer et retravailler certains thèmes. Plusieurs échanges entre l'étudiante-chercheuse et sa directrice ont aidé au processus de raffinement. La directrice a aussi codé deux entrevues afin que l'étudiante-chercheuse ait une idée du processus de codage et pour valider les codes. Tout au long de la phase de rédaction, les thèmes ont été raffinés par de nombreux échanges courriel. Les résultats ont été envoyés à Madame Rousselot afin de connaître son opinion. Cette

phase permettait de donner un sens aux thèmes et de vérifier si les données appuyaient bien les thèmes (Braun et Clarke, 2006)

La phase cinq consistait à finaliser et à nommer les thèmes. Dans cette étape, l'étudiante-chercheuse devait nommer les thèmes et les appuyer sur les données recueillies (ex. : des citations des participants et/ou des observations) (Braun et Clarke, 2006). Le nom des thèmes devait attirer l'attention du lecteur. La dernière phase était la rédaction du rapport bien que celle-ci ait été faite de manière concomitante avec les autres étapes d'analyse. Elle visait à écrire les résultats de l'analyse. La rédaction des résultats devait être cohérente et fluide. L'étudiante-chercheuse devait s'assurer que les thèmes n'étaient pas redondants et que les extraits utilisés appuyaient bien les thèmes choisis (Braun et Clarke, 2006). Les résultats ont également été présentés visuellement à l'aide d'un schéma.

### **Les critères de scientificité**

Quatre critères de scientificité ont été utilisés pour s'assurer de la rigueur des données. La crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité selon Guba (1981).

La crédibilité se définit comme la confiance en la véracité des résultats (Bourbonnais, 2015; Shenton, 2004). Avant la collecte de données, à l'automne 2019, l'étudiante-chercheuse a pu séjourner dans la communauté pour mieux connaître le contexte de vie des participants (Shenton, 2004). Elle a aussi développé un lien avec l'infirmière du centre de santé (Madame Rousselot), elle a échangé plusieurs courriels avec elle et a même pu faire des rencontres virtuelles afin d'avoir plus d'informations sur la communauté. La crédibilité se basait également sur le type d'échantillon choisi (Shenton, 2004). L'échantillonnage raisonné a permis d'avoir une meilleure représentation de la population ciblée : des mères, des pères et d'autres personnes, tous impliqués dans l'éducation des jeunes enfants dans la communauté de Pessamit (Shenton, 2004)..

Un partage ouvert de la part des participants était également primordial pour renforcer la crédibilité des résultats (Shenton, 2004). Afin qu'ils n'aient pas peur de partager leurs expériences et leurs opinions, ils ont été informés qu'ils pouvaient en tout temps refuser de répondre aux questions, qu'il n'y avait jamais de mauvaises réponses et que toutes les informations restaient confidentielles (Shenton, 2004). Tout au long des entrevues, l'étudiante-chercheuse demandait au

besoin des précisions aux participants pour valider sa compréhension de leurs propos. L'étudiante-chercheuse prenait aussi en notes ses pensées et ses opinions personnelles pour garder une approche réflexive et pour minimiser son influence sur les résultats. Pour une interprétation et une analyse justes de toutes les données, les entrevues ont été enregistrées et par la suite, elles ont été transcrites dans un document *Word*. Une assistante de recherche a aidé l'étudiante-chercheuse à transcrire les entrevues. De plus, avant de partager les résultats du projet de recherche, il a fallu être en communication avec les participants afin de s'assurer que les résultats correspondaient avec les données recueillies (Assemblée des Premières Nation du Québec et du Labrador [APNQL], 2014). Un document avec un résumé des thèmes a été envoyé par courriel aux participants. Cette validation a permis à l'étudiante-chercheuse de confirmer que les données recueillies reflétaient bien ce que les participants voulaient partager. Tous les thèmes ont été appuyés avec des citations des participants et/ou des observations. Un autre élément qui a assuré la crédibilité, c'étaient les nombreux échanges entre la directrice et l'étudiante-chercheuse afin de s'assurer de la congruence des résultats. Enfin, tout au long de cette étude, l'étudiante a partagé ses idées, ses impressions et les résultats avec sa directrice de recherche et madame Rousselot pour avoir des commentaires (Shenton, 2004).

La transférabilité est assurée lorsque les résultats d'une étude peuvent être applicables à d'autres contextes et populations (Shenton, 2004). Dans ce mémoire et les publications ou présentations, le contexte et les caractéristiques des participants seront décrits en détail afin que d'autres chercheurs, cliniciens ou autres acteurs concernés puissent déterminer si les résultats pourraient s'appliquer à d'autres situations (Shenton, 2004).

La fiabilité est définie comme la possibilité de refaire l'étude dans le même contexte avec la même méthode et les mêmes participants et d'obtenir des résultats similaires (Shenton, 2004). Pour la fiabilité, le processus du recrutement, de la collecte de données et de l'analyse est bien détaillé dans ce mémoire; le fichier *Excel* avec les codes et thèmes est disponible sur demande auprès de l'étudiante-chercheuse (Mays et Pope, 1995; Shenton, 2004). De plus, afin qu'un futur chercheur puisse répéter la recherche, les formulaires de consentement, le questionnaire sociodémographique ainsi que le guide d'entrevue sont également disponibles pour les lecteurs (Shenton, 2004).

La confirmabilité permet de s'assurer que les résultats proviennent des expériences des participants et non des préférences du chercheur, c'est-à-dire que d'autres chercheurs peuvent confirmer que les résultats sont crédibles (Shenton, 2004). Un historique de toutes les démarches faites du début jusqu'à la fin du projet de recherche (*audit trail*) a été enregistré (Shenton, 2004). Cela comprenait toutes les notes, les fichiers et l'évolution du schéma lors de l'analyse des données. Comme mentionné plus haut, le fichier *Excel* avec les codes et les thèmes est disponible sur demande et les résultats (thèmes) sont appuyés par des extraits des données (verbatim) (Bourbonnais, 2015). L'étudiante-chercheuse a également précisé les points forts et les points faibles de l'étude (section de Discussion) (Shenton, 2004).

### **Les considérations éthiques**

Tout au long de la recherche, l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC), la recherche impliquant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada et le Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador, a été suivi (APNQL, 2014; Gouvernement du Canada, 2019a). Le recrutement et la collecte de données ont débuté seulement avec l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal et de la communauté (par la collaboration de Madame Rousselot; Appendice 6). Une autorisation du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit a été signée par le directeur du Centre de santé qui permettait de mener le projet de recherche (Appendice 7). Une collaboration étroite avec l'infirmière clinicienne chef en soins de première ligne était essentielle à l'avancement de ce projet (Herman, 2015). Ce partenariat faisait partie de la valeur de réciprocité (Herman, 2015). Il assurait que le projet était mené d'une façon qui respectait la communauté et ses intérêts.

L'infirmière clinicienne chef en soins de première ligne était la personne qui faisait le lien entre les participants potentiels et l'étudiante-chercheuse. La personne neutre et de confiance qui aidait au recrutement des participants de l'étude travaillait également comme agent de communications pour le Conseil de bande des Innus de Pessamit. Son travail consistait à communiquer les informations aux membres de la communauté. Cette personne participait également à plusieurs projets dans la communauté et agissait comme personne-ressource pour les Innus de Pessamit. Cette personne a signé une entente par laquelle elle s'engageait à ne divulguer

l'identité des personnes référées qu'à l'étudiante-chercheuse. Cette personne a reçu une carte-cadeau de 100 \$ pour son temps.

L'étudiante a pu se rendre dans la communauté en été 2021 puisque les mesures sanitaires de la communauté et du Gouvernement ont été allégées. Avant de se rendre dans la communauté, elle a suivi la formation en ligne de l'Université de Montréal, COVID-19 – Conduite de recherche en présentiel. Elle a également reçu ses deux doses de vaccins plusieurs semaines avant de se rendre à Pessamit. Elle a respecté toutes les mesures lors de la rencontre des participants (port d'un couvre-visage, lavage des mains, distanciation sociale).

Ensuite, pour établir une relation de confiance et pour favoriser la communication, il était important qu'il n'y ait pas un déséquilibre de pouvoir entre l'étudiante-chercheuse et les participants potentiels (Gouvernement du Canada, 2019a). Afin d'avoir un environnement sécuritaire et de promouvoir la valeur d'équité, il était donc du devoir de l'étudiante-chercheuse de se présenter et de bien expliquer les objectifs du projet de recherche et de mettre les participants potentiels à l'aise (APNQL, 2014; Brooks-Cleator et al., 2018).

En premier lieu, l'étudiante expliquait aux futurs participants le déroulement de l'étude et répondait à toutes leurs préoccupations et à leurs questions pour s'assurer que leur consentement serait libre et éclairé (Robert et Gaudet, 2018). Elle les informait qu'ils pouvaient à tout moment retirer leur participation du projet de recherche (APNQL, 2014; Gouvernement du Canada, 2019a; Robert et Gaudet, 2018). Les participants étaient également informés et assurés que toutes les données recueillies étaient confidentielles. Étant donné qu'une majorité des entrevues étaient réalisées par l'entremise de la plateforme Zoom, il était aussi important de les informer que Zoom respectait les lois et les règlements applicables pour la confidentialité et la sécurité (Zoom Video Communications Inc, 2019).

Les personnes pouvaient prendre le temps qu'elles voulaient pour se décider à participer à l'étude; une copie du formulaire de consentement était donnée au moment du recrutement (si le recrutement était fait en personne) ou était envoyée par courriel afin que les personnes aient la chance de lire le document. Le consentement était obtenu verbalement via la plateforme Zoom ou par téléphone (Gouvernement du Canada, 2019a; Herman, 2015). Si le consentement se faisait par Zoom, l'étudiante-chercheuse séparait la collecte de données et le consentement verbal afin de

s'assurer qu'il n'y aurait pas de lien entre le nom du participant et la collecte de données (deux liens Zoom étaient envoyés, un pour le consentement et un pour l'entrevue). L'audio (et non la vidéo) du consentement (le nom du participant, la date et la déclaration du participant) était enregistré dans un fichier OneDrive qui était séparé du fichier des données et protégé avec un mot de passe. Les consentements verbaux par téléphone ont aussi été enregistrés avec une enregistreuse, puis sauvegardés sur OneDrive, séparés des données et protégés avec un mot de passe. Au début de l'entrevue, l'étudiante chercheuse reconfirmait avec le participant son consentement.

Cette étude présentait peu de risques. Les participants devaient considérer que le temps de participation pouvait aller jusqu'à une heure. Les questions posées pouvaient raviver de mauvais souvenirs chez les participants – l'étudiante-chercheuse a rappelé aux participants qu'ils pouvaient refuser de répondre aux questions qui ne leur plaisaient pas. L'étudiante-chercheuse était toujours à l'écoute et était prête à référer le participant à quelqu'un s'il ne se sentait pas bien.

Il était très important que cette recherche soit bénéfique autant pour la communauté que pour l'étudiante-chercheuse (Herman, 2015). En effet, la valeur de réciprocité était un principe directeur clé de ce projet et une approche de coconstruction de connaissances et de travail en équipe était privilégiée que chaque partie puisse bénéficier des connaissances (APNQL, 2014). Tout d'abord, la question de recherche a été déterminée par les infirmières de la communauté de Pessamit qui pourraient ensuite utiliser les résultats pour renforcer les services et les ressources dans la communauté et avoir ainsi un meilleur taux de participation et d'engagement. Pour les participants, il n'y avait pas d'avantages directs particuliers, mais ils pouvaient trouver agréable de partager leurs expériences. Ils pouvaient également aimer l'idée qu'ils contribuaient à la bonification des ressources dans leur communauté de Pessamit. À la fin de l'entrevue, les participants ont reçu une carte-cadeau d'un montant de 25 \$ qui a été envoyée par courriel afin d'optimiser la confidentialité. Il faut préciser que le refus de participer ou de se retirer du projet de recherche n'a affecté en rien l'accès des parents aux services (cette information était présente dans les différents documents et répétée à l'oral).

La confidentialité des données était assurée puisqu'elles étaient identifiées par des codes (ex : participant #1861) (Robert et Gaudet, 2018). Seulement l'audio (et non les vidéos) des entrevues a été sauvegardé. Le document qui note le lien entre les noms et le code d'identité est

sauvegardé séparément des données. Les participants ont aussi été rassurés au sujet des citations qui seraient anonymes, c'est-à-dire que les participants ne pourraient pas être identifiés. Seulement l'étudiante-chercheuse et la directrice ont accès aux fichiers. L'assistant de recherche qui a été embauché pour aider avec les transcriptions a signé un accord de confidentialité et a eu un accès limité aux données uniquement durant la période nécessaire. Toutes les données seront sauvegardées pendant 7 ans à l'UdeM, après quoi elles seront détruites.

Le partage d'informations devait être réciproque pour les deux parties (les autochtones et l'étudiante-chercheuse) (Herman, 2015). Donc, la communauté devait aussi avoir accès aux données. Pour que le partage d'informations soit respecté, il était important de connaître les principes des Premières Nations de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) (APNQL, 2014). Selon ces principes, l'accès est le droit d'avoir en tout temps les informations et les données, et ce, peu importe l'endroit où elles sont conservées. Étant donné les expériences négatives du passé vécues par les autochtones, il était primordial d'établir une entente avec l'infirmière-chef du centre de santé au sujet du partage d'informations (Herman, 2015) (Appendice 8). Une entente a été conclue avec Madame Rousselot pour la sauvegarde des données. Madame Rousselot est la seule personne dans la communauté à avoir accès aux données de l'étude. Elle pourra par la suite partager les données de l'étude avec ses collègues du Centre de santé. Pour que la confidentialité des participants soit assurée, les noms et les informations sociodémographiques des participants resteront confidentiels et sauvegardés uniquement à l'Université de Montréal. Seules les données transcrites ont été partagées, les informations personnelles ont été retirées afin d'éviter que les participants ne s'identifient. Ces données ont été sauvegardées dans un document protégé avec un mot de passe sur une clé USB qui a été déposée dans un endroit sous clé.

Les données recueillies appartiennent à la communauté et la communauté a le droit de contrôler la façon dont les données seront utilisées (APNQL, 2014). Afin de respecter ces principes des Premières Nations, les participants étaient informés que toutes les informations recueillies étaient considérées comme leurs propriétés intellectuelles et que l'étudiante-chercheuse leur exprimerait sa reconnaissance dans le mémoire et dans toutes autres présentations ou publications des résultats (Gouvernement du Canada, 2019a; Herman, 2015). Cette reconnaissance vient protéger les connaissances autochtones (Herman, 2015). Aucun partage d'information n'a été ou ne sera fait sans le consentement de Madame Rousselot. De plus, Madame Rousselot a été (et sera)

collaboratrice sur toutes les activités de dissémination (présentations, articles). Une présentation sera faite auprès de la communauté à distance et/ou en personne (si le contexte le permet à l'étudiante). Le partage d'information a été discuté du début et jusqu'à la fin du projet de recherche.

## **Chapitre 4 : Les résultats**

Ce chapitre a pour but de présenter les résultats de l'étude au sujet de la participation et de l'engagement des familles avec des enfants de 0-5 ans auprès des ressources offertes à Pessamit. Il comprend deux sections. La première section décrit les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de l'étude. La deuxième section présente les différents thèmes qui ont été identifiés dans l'analyse thématique afin de répondre à la question de recherche de l'étude.

### **Les caractéristiques des participants**

Les caractéristiques des participants (n=15) sont présentées au Tableau 1. Sur les 15 participants, six étaient des hommes et neuf étaient des femmes. L'âge des participants se situait entre 18 et 59 ans. Tous étaient parents d'un enfant, sauf un participant qui était grand-père. Parmi les parents, cinq mères et un père étaient monoparentaux et les sept autres étaient en couple. Le grand-père était également en couple. Un participant venait d'une autre communauté que Pessamit, mais au moment de l'entrevue, il vivait à Pessamit. Les participants parlaient l'innu exclusivement à la maison ou l'innu et le français.

Sept parents habitaient avec leur conjoint et leur enfant, et trois avec leur enfant seulement. Deux parents (1 mère et 1 père) vivaient avec leurs propres parents et leur enfant; une mère habitait avec ses parents, son enfant et son frère. Une mère dans l'étude habitait avec sa tante, son cousin et son enfant. Le grand-père vivait avec sa conjointe et son enfant adulte qui n'avait aucun enfant. La scolarité des participants variait entre DES (Diplôme d'études secondaires), DEP (Diplôme d'études professionnelles), CÉGEP, baccalauréat ou maîtrise. La plupart des participants travaillaient à temps complet et certains d'entre eux travaillaient dans le système de la santé. Le revenu des participants se situait de 5 000 \$ à 75 000 \$ et plus. Sur les 15 participants, deux n'avaient participé à aucune ressource de la petite enfance de la communauté. Les 13 autres participants avaient participé aux ressources de la communauté comme le PAPPN, le centre de santé, le CPE, le soutien à la famille, la marraine d'allaitement ou consulté des spécialistes comme l'orthophoniste, l'ergothérapeute et la physiothérapeute.

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre échantillon = 15</b>	
<b>Sexe</b>	Homme : 6	Femme : 9
<b>Âge</b>	18-24 ans : 1 25-29 ans : 1 35-39 ans : 1 45-49 ans : 1 50-59 ans : 2	25-29 ans : 3 30-34 ans : 3 35-39 ans : 3
<b>Scolarité</b>	DES : 3 DEP : 2 Baccalauréat : 1	DES : 2 DEP : 2 CÉGEP : 3 Baccalauréat : 1 Maîtrise/Doctorat : 1
<b>Rôle auprès de l'enfant</b>	Père : 5 Grand-père : 1	Mère : 9
<b>Statut d'emploi</b>	Temps plein : 5 Congé sabbatique : 1	Temps plein : 8 Études : 1
<b>Revenu du ménage</b>	5 000 \$ à 19 999 \$ : 1 50 000 \$ à 75 000 \$ : 2 Plus de 75 000 \$ : 3	20 000 \$ à 49 999 \$ : 3 50 000 \$ à 75 000 \$ : 2 Plus de 75 000 \$ : 4
<b>Nombre de personnes habitant dans le même foyer</b>	3-4 personnes : 4 5-6 personnes : 2	1-2 personnes : 1 3-4 personnes : 5 5-6 personnes : 3
<b>Langue(s) parlée(s)</b>	Innu : 3 Innu et Français : 3	Innu : 7 Innu et Français : 2

Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon

### La présentation des thèmes

À la suite de l'analyse thématique, neuf grands thèmes ont été retenus : « les défis liés à la parentalité avec un enfant de 0-5 ans »; « le soutien des proches et de la famille »; « la développement personnel des parents avec un enfant »; « les ressources connues et utilisées »; « la méconnaissance et le manque de cohérence »; « les besoins non comblés »; « les services accueillants et sécuritaires »; « la disponibilité et l'accessibilité des intervenants et des ressources »; « les recommandations pour améliorer la participation et l'engagement des familles ». Beaucoup de parents ont rapporté avoir vécu au fil du temps une sorte de transformation dans leur rôle de parent. Divers changements étaient alors évoqués, par exemple un père redécouvrait la parentalité après plusieurs années; une mère avait vécu avec son enfant un drame qui lui avait fait réaliser l'importance d'être présente pour lui; une autre maman semblait avoir grandi après avoir été mère de ses deux premiers enfants ou une mère monoparentale avait grandi en améliorant sa vie personnelle et professionnelle. Les défis rencontrés avec un enfant de 0-5 ans,

entre autres, les défis liés à la parentalité, dont celui d'élever un enfant seul, exigeaient que les parents soient soutenus par leurs proches et leur famille. Malgré ces défis, les parents ont également parlé des aspects gratifiants, comme la fierté de voir leur enfant grandir et évoluer. Les parents connaissaient à quelques ressources de la communauté et y participaient. Toutefois, il existe des barrières qui rendent l'accès difficile à certaines ressources pour les familles (ex. : l'incompatibilité des horaires). En somme, lorsque les ressources étaient utilisées, les parents trouvaient qu'elles répondaient aux besoins, et ce, même si certains parents avaient été envoyées à l'extérieur de la communauté.

### **Les défis liés à la parentalité avec un enfant de 0-5 ans**

Il est important d'analyser les défis rencontrés par les familles afin de comprendre les besoins de celles-ci et d'adapter les ressources. Les participants ont évoqué plusieurs défis rencontrés en tant que parent (n=13) ou grand-père (n=1). Un participant ne pouvait nommer les défis qu'il avait rencontrés puisque pour lui, cela faisait partie de son rôle de père et il ne représentait pas un défi. Les hommes ont tous énoncé un défi différent. Les femmes, elles avaient plus de défis en commun y compris des défis de la parentalité, une inquiétude sur la santé de leur enfant et la monoparentalité. Selon les parents, les défis en lien avec la parentalité (la maladie, l'enfant ne va pas bien) ont eu des impacts sur leurs émotions ou leurs sentiments, ils ont connu du stress, de l'inquiétude, de la peur et de l'isolement.

### ***Être parent n'est pas toujours facile***

Le rôle de parent n'est pas toujours facile et les défis à relever peuvent avoir un impact sur le moral des parents. Quatre participants ont mentionné quelques défis en lien avec la parentalité comme le nouveau rôle d'être mère, les crises de son enfant et la discipline.

Une participante a évoqué le défi d'être nouvellement maman. Elle ne se sentait pas à l'aise dans son nouveau rôle de mère, car elle ne connaissait pas vraiment les bébés puisqu'elle n'était pas en contact avec des bébés à son travail et dans sa vie personnelle. De plus, l'allaitement a été particulièrement difficile puisqu'elle n'avait pas beaucoup de soutien et elle était très fatiguée. Cette maman a ajouté que la pandémie a été la cause d'une plus grande solitude puisque les parents

ont dû se confiner et qu'ils n'ont pu avoir l'aide de leur famille en personne pour s'occuper de leur enfant. Elle a partagé ceci :

Je ne connais pas grand-chose des bébés honnêtement, j'en ai vu un petit peu dans ma vie, mais je n'en ai pas côtoyé beaucoup de bébés depuis aussi, pas non plus dans le contexte de mon travail non plus. [...] Puis la famille, s'est confinée, ça a vraiment tout le monde s'était enfermé chez eux. On n'était pas mal tous seuls, toute seule avec mon chum. C'était un gros défi. (Participante 1)

Deux participantes ont dit que les crises de leur enfant constituaient leur principal défi. Une maman a expliqué que les crises découlaient surtout du fait que son enfant ne voulait pas manger. Les problèmes alimentaires de sa fille l'inquiétaient énormément. Ce verbatim décrit bien sa difficulté :

Ce sont les crises, c'est sûr, les crises. Dans un temps, il en avait à répétition des crises, la crise du bacon, les crises de ... la crise de manger aussi. C'est dur avec elle, elle ne voulait pas manger. Elle mange, mais elle mange très peu. Je pense que c'est plus ça ma difficulté en ce moment. [...] je pense que présentement c'est ça mon défi de la faire manger au moins des légumes, des fruits, puis c'est un peu dur. (Participante 5)

Cette maman a trouvé des moyens pour que sa fille mange un peu plus, mais c'est encore un défi à surmonter. Elle a parlé de ce problème à une infirmière afin d'être rassurée. L'autre maman a expliqué que les crises de sa fille étaient plutôt liées au désir de son enfant de tester ses limites, mais qu'elle n'avait pas d'autres défis à relever.

Pour un papa, la discipline avec ses trois enfants, surtout avec ses deux filles, était son plus grand défi.

Je dirai la discipline [...] Et elles se suivent, elles sont deux. Ma petite fille veut avoir sa place puis l'autre veut avoir sa place, puis ça se chicane. Quand on achète de quoi, l'autre veut la même affaire sinon elle n'est pas contente. Fait que c'est vraiment le défi. (Participant 8)

### ***Élever son enfant seul***

La monoparentalité représentait un défi important pour quelques participants. Sur les 6 participants monoparentaux, 4 participantes et 1 participant ont mentionné que leur plus grand défi était d'élever leur enfant seuls. Une participante a reconnu qu'elle était fatiguée et qu'elle ne pouvait pas compter sur le soutien du père de son enfant pour son éducation. Elle aurait souhaité

une vie de famille et elle a trouvé cela difficile de ne pas vivre cette vie de famille. Elle explique bien sa déception :

« J'aurais aimé ça avoir une vie de famille, mais je ne l'ai pas eu faque c'est ce que j'ai trouvé dur. » (Participante 2)

Une autre mère a dit qu'elle avait dû réorganiser sa vie familiale puisqu'elle n'avait pas connu la vie de mère monoparentale avec ses deux premiers enfants. Cette réorganisation de la vie familiale créait un certain stress et une grande fatigue puisque la mère devait harmoniser son horaire personnel et celui de son travail afin de pouvoir s'occuper de ses trois enfants.

« Je te dirais que c'est l'organisation. À mon retour au travail, c'était de m'organiser, parce qu'avec mes deux autres, j'étais toujours avec le père de mes enfants. Mais avec elle j'étais toute seule. » (Participante 4)

Ces mères ressentaient surtout de la fatigue, car elles devaient à la fois faire les tâches ménagères et s'occuper de leur enfant.

Toutefois, le père monoparental n'a pas exprimé explicitement un sentiment de fatigue. Ce père vivait avec ses parents et il ne travaillait pas. Il trouvait difficile de s'occuper de sa fille tout seul, mais il n'a pas clairement expliqué ce qui était difficile pour lui. Son défi pourrait être interprété sous différents angles. Il se pourrait qu'il trouve difficile d'être toujours à la maison ou de ne pas travailler. Il ne peut pas jouer le rôle de pourvoyeur, mais il veut en même temps être présent pour sa fille.

### ***Être présent pour son enfant***

Deux parents, une mère et un père, ont expliqué qu'être présent pour leur enfant était un défi, car ils manquaient de temps. Les parents avaient un horaire familial chargé incluant le travail, les tâches ménagères. Cette routine chargée avait un impact sur le temps consacré à leur enfant. Ce défi semblait susciter un sentiment de culpabilité, d'insatisfaction ou d'inadéquation dans leur rôle de parent. Ils avaient le sentiment de ne pas atteindre l'objectif d'être présent auprès de leur enfant. Pour eux, être présent signifiait non seulement répondre aux besoins de l'enfant (s'assurer qu'il mange bien, qu'il ait des vêtements), mais également voir au bon développement de leur enfant (langage, motricité par des activités). Un participant travaillait à temps plein, mais son emploi était

saisonnier. Donc, il y avait une période de l'année où il pouvait passer plus de temps avec son enfant. Pour lui, être présent pour son enfant est important comme cet extrait le démontre:

« Plus présent auprès de lui vu que ce n'est pas tout le monde, il y a des enfants qui n'ont pas leur parent présent. Être meilleur pour lui, un défi, être présent. » (Participant 15)

Le verbatim de ce père indiquait qu'il voulait que son enfant se souvienne de lui comme d'un père présent qui faisait des activités avec son enfant et qui entretenait avec lui une relation saine.

Un autre parent, une mère monoparentale, disait que les tâches ménagères et le travail à temps plein lui prenaient beaucoup de son temps. Malgré le manque de temps, elle trouvait un moment pour ses enfants.

Je dois faire toutes les tâches à la maison en plus de toutes les tâches reliées en tant que maman pour mes enfants. J'essaie d'être une mère ... mais j'suis beaucoup avec mes enfants, je suis là, je veux être une maman maternante pour le bon, le sain développement. (Participante 6)

### ***S'inquiéter pour la santé et au bien-être de son enfant***

L'inquiétude liée à la santé de son enfant a été un défi retenu par trois parents soit à cause de maladies requérant des consultations et des hospitalisations ou en ce qui concerne le développement du langage de leur enfant. Deux mamans ont dû consulter des médecins pour infections ou le développement de l'enfant. Une des participantes est souvent allée à l'hôpital de Baie-Comeau, à un centre hospitalier de Québec et à un centre hospitalier à Montréal puisque son enfant faisait des infections à répétition. Son enfant a été hospitalisé à plusieurs reprises. Ces hospitalisations ont pris beaucoup de son énergie et l'ont énormément fatiguée. Cette mère a aussi mentionné qu'elle craignait que son fils contracte d'autres infections. Elle avait donc réduit ses contacts sociaux, ce qui a eu un impact sur sa vie sociale, car elle ne voyait plus autant de personnes. Cette mère sentait qu'elle était isolée socialement.

L'autre mère a dit que son défi était l'attente d'un diagnostic d'un trouble de développement chez son enfant. Au début, elle était dans le déni total face à la suspicion de la maladie en question comme cet extrait le montre :

Je vais commencer à pleurer. C'est genre quand il a été en suspicion, je ne voulais pas trop, je ne voulais pas voir, je ne voulais pas le croire, que ça allait passer, mais

finalement ça s'aligne vers ça et j'attends encore pour le diagnostic. (Participant 10)

Malgré le soutien de leur famille, ces deux mamans ont vécu beaucoup de stress et dans l'attente d'un diagnostic.

Enfin, pour un papa, le développement du langage de son enfant était sa préoccupation. Il a mentionné que son plus grand défi était que sa fille n'avait pas commencé à parler. Elle dit des petits mots simples, mais sa petite ne fait pas encore des phrases complètes. Ce père a mentionné à maintes reprises son impatience de voir sa fille parler :

J'aimerais ça qu'elle commence à parler. Ce n'est pas mal ça mon défi. Oui oui, elle fait des dadas, des papas, mais ce sont des affaires pas trop qu'on ne comprend pas vraiment. Ça commence tranquillement, mais lentement. Lentement, mais sûrement. [...] Comment je pourrais vous dire ça ... moi j'ai hâte qu'elle parle, j'ai vraiment hâte qu'elle parle pour comprendre. (Participant 11)

### ***Préserver la langue innue***

Le participant qui est grand-père a mentionné que le plus grand défi à ses yeux est la préservation de la langue innue de sa petite fille. Pour lui, la préservation de la langue est très importante, car il vient d'une autre communauté innue où les enfants parlent uniquement innu. Ce participant aimerait voir les enfants de Pessamit parler davantage la langue innue :

Le plus important pour moi c'est qu'elle garde sa langue en premier. Parce que je trouve que la langue, il faut la préserver. [...] Ben je pourrais te dire, j'ai remarqué comme nous autres dans le Nord et rendu icitte dans le sud (Pessamit). Nos jeunes icitte parlent plus français. J'aimerais mieux qu'ils parlent leur innu, qu'ils parlent leur langue. Tu vois, il y a du monde qui revienne dans le Grand Nord et ils disent c'est l'fun tu n'entends jamais un enfant parler en français. Ça ne parle rien que leur langue maternelle. Ils trouvent cela merveilleux. C'est ce que j'aimerais voir icitte. (Participant 13)

La transmission de la langue innue aux enfants est une des priorités mentionnées chez plusieurs parents. Ce grand-père a une inquiétude concernant la langue innue chez les enfants de la communauté, car il craint que l'utilisation de la langue innue disparaisse dans les générations futures.

### **Le soutien des proches et de la famille**

Le soutien des proches et de la famille est un élément très important pour les participant(e)s. La plupart des participants (n=13) reçoivent ce soutien dans l'éducation de leur enfant. Un participant a mentionné ne pas avoir l'aide de la famille pour l'éducation de son enfant, car sa conjointe et lui n'en ressentaient pas le besoin d'avoir leur aide.

Les parents interviewés ont presque tous affirmé qu'ils pouvaient toujours compter sur leur famille ou leurs amis pour avoir des conseils ou pour garder l'enfant. Différents types de soutien des proches pouvaient être énoncés par les parents comme emmener l'enfant à la garderie, garder l'enfant, donner conseil, offrir un soutien émotionnel ou contribuer à préserver la langue innue. Cependant, les parents semblaient plus utiliser les ressources pour répondre à un besoin spécifique lié à la santé ou au développement de l'enfant.

Les parents monoparentaux (n=6) avaient souvent recours à leur famille et à leurs proches pour les aider à élever leur enfant. Le soutien pouvait venir de plusieurs personnes comme les grands-parents, des amis, des frères et sœurs, la gardienne, l'ex-conjoint, la marraine et les tantes. Les parents monoparentaux ont mentionné que leur entourage les aidait dans l'éducation de leur enfant, par exemple en le gardant, en lui achetant des livres et des jeux éducatifs ou en faisant avec lui des activités extérieures.

Quelques parents, qu'ils soient monoparentaux ou en couple, faisaient quelques fois garder leur enfant par les grands-parents. Ils ont presque tous affirmé que les grands-parents leur prodiguaient des conseils en lien avec la parentalité. Le participant qui est grand-père s'implique beaucoup dans l'éducation de sa petite fille. Il parle avec elle la langue innue, il joue avec elle et il aide les parents dans les soins de l'enfant comme le changement de la couche. De nombreux participants ont également souligné que les grands-parents (leurs parents) transmettaient la langue innue à leur enfant comme en témoigne cette participante :

Puis ma mère elle m'aide beaucoup dans la transmission de la langue. Parce que ma mère, on va se le dire, elle a beaucoup de misère avec le français donc elle parle uniquement en l'innu, donc ça aide pour mes enfants dans la transmission.  
(Participante 7)

La famille constitue donc un filet de sécurité pour les parents. La famille élargie, surtout les grands-parents, aide grandement à relever les défis parentaux. La famille et les proches semblent donc être la ressource principale pour plusieurs parents.

## **Le développement personnel des parents avec un enfant de 0-5 ans**

Tous les participants ont mentionné au moins un aspect gratifiant de leur rôle de parent et certains ont nommé plus d'un aspect gratifiant. Le sentiment de fierté, le sentiment d'amour, le sentiment de joie et une connexion indescriptible avec leur enfant étaient décrits par les participants. Ces différents aspects donnaient aux parents un sentiment d'accomplissement personnel. La plupart des hommes ont fait ressortir l'aspect du rôle de père, tandis que les femmes ont souligné le développement de leur enfant ou le temps passé avec leur enfant. Le grand-père a davantage insisté sur le sentiment d'amour qu'il avait pour sa petite-fille. La fierté d'être parent, leur souci pour le développement et le bien-être de leur enfant sont tous des facteurs positifs qui inspirent les ressources.

### ***Être fier du progrès de son enfant***

Des participant(e)s (n=7) ont affirmé qu'un des aspects gratifiants était de voir le progrès de leur enfant. Celui-ci se manifestait autant par des petits gestes de politesse que par des apprentissages moteurs ou cognitifs. Ce progrès de l'enfant avait fait naître un sentiment de fierté chez quelques parents. Selon les verbatim des participant(e)s, la fierté se définit par le sentiment d'avoir bien joué son rôle de parent. Une des mères a déclaré :

« Des choses tellement banales, quand tu es une maman, c'est fou comme ça te rend fière, comme quand il mange son yaourt tout seul, ou comme qu'il t'appelle « maman », c'est fou comme ça! » (Participante 1)

Une autre mère a parlé du progrès de son fils à communiquer ses besoins :

« Ben lui il a trouvé le moyen de communiquer avec nous, en nous montrant des affaires, en nous amenant. Soit il t'amène une affaire ou soit il t'amène (vers l'affaire). » (Participante 10)

Comme les mères, un papa expliquait que le progrès de son fils le rendait fier, mais il avait aussi un lien spécial avec son fils :

On a un lien spécial. Je ne sais pas comment décrire ce lien-là. J'ai un lien très spécial que j'ai avec mon fils. Tsé, il me rend fier, il fait quand même des progrès à chaque jour de naissance jusqu'à aujourd'hui. (Participant 14)

Une autre maman a formulé différemment le progrès de ses enfants. Elle disait que la reconnaissance de ses enfants par des remerciements et des compliments était un aspect gratifiant.



surveillant son enfant. Non seulement être parent est gratifiant, mais aussi surmonter des défis au quotidien contribue au développement de certains parents.

### ***Être fier de la langue innue***

La langue innue fait partie des savoirs autochtones partagés par les familles. Ce savoir est très important pour les participant(e)s de l'étude. La plupart des parents ont mentionné qu'à la maison ils parlaient innu pour préserver la culture innue. Deux participantes ont dit explicitement combien elles étaient fières que leur enfant parle la langue innue. Ces extraits démontrent bien la fierté de ces mères :

« Sa langue. Je suis vraiment fière, elle parle beaucoup. Elle parle juste la langue innue, je suis vraiment fière d'elle. [...] Elle parle beaucoup, puis elle parle la langue innue. »  
(Participante 5)

« puis il commence à beaucoup parler l'innu, vu qu'on parle strictement qu'en innu à la maison. » (Participante 7)

Comme on peut le lire dans ces verbatims, tous les efforts des parents pour préserver leur langue portent fruit, car leurs enfants parlent la langue innue et cela fait naître un sentiment de fierté chez les parents.

### ***Être fier d'être père***

En général, la paternité n'est pas un thème souvent abordé par les pères dans la recherche. Cependant, la fierté d'être père a été rapportée par deux pères. Ces deux participants ont décrit une expérience différente dans leur rôle de père. Un papa avait eu sa première fille il y a 16 ans et la redécouverte récente de la paternité était pour lui un aspect gratifiant. Il disait qu'il était content de redécouvrir toutes les sphères du rôle de père et de recommencer la vie avec un bambin. Étant plus mature et ayant plus de temps avec son enfant, il appréciait son rôle de père avec son deuxième enfant. Il avait eu moins de temps avec sa première fille puisqu'il n'en avait pas eu la garde et qu'elle était plus souvent chez sa mère qui vivait dans une autre communauté autochtone :

Elle était plus avec sa mère parce qu'on a été séparé pas mal après son un an. Faque j'avais une bonne relation avec elle. Elle a toujours vécu avec sa mère. [...] Pour moi c'est de redécouvrir la paternité en tant que telle. Comme elle est rendue à 16 ans. J'avais 23 ans quand j'ai eu ma fille [première]. Je suis en train de redécouvrir carrément la routine pis toute. Je suis ben correct avec ça et je suis ben content de retrouver ça aussi. (Participant 11)

L'autre père a affirmé qu'il avait beaucoup de mérite à jouer son rôle de père, puisqu'il était presque toujours seul à s'occuper des enfants. Sa conjointe est présente, mais elle ne s'occupe pas autant des enfants que lui. Il a exprimé ceci :

Je pense que c'est d'être papa. Je suis pas mal tout seul pour élever mes enfants, c'est moi qui travaille, qui va les chercher, qui leur fait à manger, c'est moi qui fais les tâches. Ma conjointe n'est pas très très mature donc c'est moi qui m'en occupe tout le temps. (Participant 8)

### ***Passer du temps et être présent pour son enfant***

Passer du temps avec son enfant a été cité comme une source de joie pour des parents (n=3). Les parents pouvaient avec autant de joie à faire des activités avec leur enfant que de s'occuper de lui. Trois mamans ont explicitement relevé comme aspect gratifiant le fait de passer plus de temps avec leur enfant. Pour une mère, être présente pour sa fille, c'était une priorité dans sa vie. Depuis un évènement marquant dans sa vie, elle se sentait coupable de ne pas avoir passé plus de temps avec sa fille dans le passé. Elle s'est alors reprise en main en allant chercher de l'aide. Être présente pour sa fille était important pour cette mère. Cette mère souhaitait accompagner sa fille dans son développement et faire des activités avec elle :

« Oui parce qu'après ce drame qui s'est passé, je me suis rendu compte que ce n'était pas vraiment plaisant pour elle. [...] Je me suis vraiment sentie mal. Vraiment coupable. »  
(Participante 12)

L'autre maman a confié qu'elle était plus attentive au développement de sa fille qu'elle ne l'avait été à celui de ses deux autres enfants. Cette attention auprès de sa fille s'expliquait par le fait qu'elle avait plus de temps avec celle-ci. En effet, les deux autres enfants étaient inscrits à des activités qui ne lui permettaient pas de passer beaucoup du temps avec eux. Cet extrait le montre bien :

Le plus gratifiant c'est que j'ai plus de temps avec elle, par exemple, même si je cours ma vie. Je dirais que je suis plus attentif au développement de ma fille que mes deux autres ou ... ou j'étais aussi à la course quand même, avec leur l'activité de hockey... mais avec elle je prends le temps de voir son développement. D'interagir avec elle encore plus. (Participante 4)

La troisième participante a remarqué que c'était la pandémie qui lui avait apporté des moments précieux avec son enfant. Elle a apprécié les moments entre mère et fils et passé plus de temps avec son enfant.

Ça m'a apporté des moments entre mère et fils. C'est de faire des activités et de l'éduquer à la maison. C'était passer du bon moment de qualité. Genre, avoir une journée sans routine des fois ça bien de bien aussi. (Participante 3)

Le temps passé avec leur enfant fait donc réaliser aux parents l'importance d'être présent. Tous les petits moments passés avec leur enfant créent un sentiment de satisfaction et de bonheur chez ces parents.

### **Les ressources de la communauté de Pessamit connues et utilisées**

Sur les 15 participants, 8 mères et 5 pères avaient participé à au moins une ressource. Les deux participants n'ayant pas utilisé les ressources ont mentionné qu'ils n'en avaient pas eu besoin. Les ressources les plus connues et utilisées par les participants étaient le programme d'aide préscolaire aux Premières Nations (PAPPN), le centre de santé (suivi postnatal, consultation médicale), le Centre de la petite enfance (CPE) et le soutien à la famille. Deux ressources qui n'avaient pas été considérées au début du projet de recherche, la marraine d'allaitement et les spécialistes (audiologistes, orthophonistes, pédiatre, ergothérapeute, conseillère en lactation), ont par la suite été mentionnées par les participants. Avant le début de ce projet, les ressources ciblées portaient plus sur des programmes et des activités qui visaient le développement des enfants et les compétences parentales. Ultérieurement, les participant(e)s ont eu une vision plus large des ressources qu'ils voyaient comme des moyens pour répondre aux problèmes ou aux besoins précis des familles (ex. allaitement, enfant avec des problèmes de développement). Curieusement, le Centre Uatik-U, une ressource qui s'engage à soutenir les parents pour le mieux-être des jeunes enfants et qui est un endroit où les familles peuvent faire diverses activités avec leurs enfants, n'a été cité dans aucune entrevue.

Les participants les avaient connues par différents moyens les ressources qui ont été mentionnées et utilisées. Certains participants avaient été envoyés aux ressources par des professionnels de la santé. Quelques participants avaient déjà utilisé la ressource auparavant. D'autres avaient entendu parler de la ressource en question par des professionnels, par les ami(e)s ou par la famille. Quelques-uns avaient eux-mêmes fait les démarches pour trouver les ressources appropriées. La participation des parents ayant utilisé les ressources dépendait de différents facteurs tels que le besoin de la famille (ex. : si leur enfant était malade, besoin de soutien), l'horaire et le

type de service offert par la ressource (ex. : PAPPN, CPE), l'âge de l'enfant (ex. : marraine d'allaitement) ou les besoins d'évaluation de leur enfant (ex. : orthophoniste).

Le programme PAPPN vise les enfants autochtones de 0-5 ans, son but est de promouvoir la culture autochtone, la langue, la santé et le développement de l'enfant. Quatre mères avaient utilisé le PAPPN. Les mamans étaient très satisfaites de cette ressource, car les activités du PAPPN mettaient l'accent sur la culture innue. Un papa avait inscrit son enfant au PAPPN, mais c'était plutôt sa conjointe qui y participait. Cependant, il était satisfait du programme. Les autres hommes connaissaient le PAPPN, mais ils n'avaient pas encore inscrit leur enfant. Le centre de santé de Pessamit a également été fréquenté par les participants. Onze parents ont utilisé ce service pour des suivis postnatals ou un suivi de santé pour leur enfant. La majorité des parents disaient que le Centre de santé répondait aux besoins de leur enfant, mais également à leurs besoins personnels. Toutefois, deux pères étaient insatisfaits des services reçus soit parce qu'ils avaient eu de la difficulté à avoir accès aux services à cause des restrictions sanitaires, soit que les ressources ne répondaient pas à leurs besoins. De nombreux participants (n=11) ont recouru au centre de la petite enfance (CPE). Cette ressource est un service de garde où l'enfant est stimulé cognitivement et physiquement. Les participants qui avaient utilisé cette ressource ne relevaient aucun point négatif. En général, ils étaient tous satisfaits des services et du professionnel du CPE. Un participant a parlé d'un manque de ressources financières et de personnel. Enfin, d'autres ont parlé du programme « soutien à la famille », une ressource offerte par les services sociaux aux personnes qui ont besoin d'un soutien moral ou qui sont en situation de crise. Par exemple, si la famille vit un épuisement à cause d'un proche, la ressource va offrir des répit à cette famille. Si une personne est victime de violence conjugale, la ressource va l'aider à trouver un logement sécuritaire. Une participante a eu besoin d'utiliser ce programme. Elle a affirmé qu'elle était satisfaite des services donnés et que le programme l'avait beaucoup aidée dans ses démarches. Une autre participante avait appelé cette ressource pour une cousine qui était seule avec ses enfants et qui avait besoin d'un répit. Cette participante était satisfaite, car sa cousine avait été prise en charge par le « soutien à la famille ».

Sur les services plus spécialisés, les opinions sont nuancées. Les deux participantes qui ont eu recours à une marraine d'allaitement ont bien apprécié cette ressource puisque c'était une Innu de Pessamit qui prodiguait des conseils et qui les aidait. La marraine était une personne-ressource qui donnait son temps bénévolement. Les quatre familles qui ont eu recours à des spécialistes

comme l'orthophoniste, l'audiologiste, l'éducatrice spécialisée et l'ergothérapeute ont déploré que l'attente pour recevoir les services était longue; on pouvait attendre jusqu'à 6 mois avant de consulter un spécialiste. Elles déploraient également que les spécialistes soient à l'extérieur de la communauté. Une autre maman a parlé du manque d'ouverture d'une spécialiste en lien avec la langue innue.

## **Les barrières**

Les barrières sont les différents facteurs qui pourraient empêcher les familles de participer aux ressources destinées aux enfants de 0-5 ans. Plusieurs thèmes ont été identifiés pour répondre à la question de recherche concernant les barrières; ils touchent à divers aspects associés à l'acceptabilité et à la sécurisation culturelle. Les deux grands thèmes identifiés sont « la méconnaissance et le manque de cohérence » et « les besoins non comblés ».

### ***La méconnaissance et le manque de cohérence***

La méconnaissance et le manque de cohérence pourraient nuire à la participation et à l'engagement des familles dans les ressources. En effet, les participant(e)s ont soulevé des contraintes personnelles liées au concept d'acceptabilité aux ressources. Certains avaient de la difficulté à coordonner leur horaire familial et personnel. Donc, il n'était pas toujours possible pour ces parents de participer et de s'engager dans les ressources. Ensuite, les différents sentiments ressentis par les participant(e)s en ce qui concerne les ressources pouvaient influencer leur participation et leur engagement. Trois sous-thèmes ont été analysés : « l'incompatibilité des horaires », « la méconnaissance des ressources et le sentiment de gêne », « le manque de confiance ou le manque d'intérêt ».

### **L'incompatibilité des horaires.**

Afin de subvenir aux besoins de leur famille, les parents doivent travailler. Leur horaire ne concorde pas toujours avec l'horaire des ressources. Cette incompatibilité a eu un impact sur la participation dans certaines ressources des familles. En effet, quatre participantes et un participant ont souligné que leur horaire personnel n'était pas compatible avec l'horaire du PAPPN. Une personne a mentionné que les disponibilités du PAPPN étaient en soirée, mais qu'elle était trop fatiguée après le travail pour y participer et la pandémie a exacerbé cette fatigue.

« Il y a des disponibilités en soirée, mais moi en soirée je suis brûlée. [...] Mais c'est juste vraiment l'année qui vient de passer, et la surcharge de travail que j'avais, que finalement les soirées ça me tentait plus. » (Participant 4)

Une autre participante a aussi précisé que son travail l'empêchait de participer au PAPPN puisqu'elle travaillait le soir et que les activités du programme commençaient à 16 h 30. Un autre participant a également évoqué que c'était impossible pour lui de quitter son travail pour aller au PAPPN avec son enfant.

Le manque de temps n'était pas dû seulement à l'horaire de travail mais aussi au temps consacré à d'autres activités, ce problème a été soulevé par deux participantes. Cette situation les obligeait à faire des choix parmi les activités à l'horaire. Par exemple, une participante s'impliquait beaucoup dans la communauté bénévolement et elle n'a pas pu participer au PAPPN avec son enfant. Une autre participante a expliqué que depuis la pandémie, il y avait eu des changements dans l'horaire afin d'harmoniser le travail de son conjoint et le hockey de son fils. Elle a partagé son expérience :

Mais après la pandémie, on a eu un peu de misère à retourner avec l'horaire. Il fallait que je change l'horaire, car il y avait le hockey pour mon garçon, c'était plus compliqué pour l'organisation, car je suis toute seule la semaine, mon chum travaille. Il travaille à l'extérieur du dimanche au jeudi et il revient le jeudi à chaque soir. Donc l'organisation c'est un petit peu dur. (Participant 5)

### **La méconnaissance des ressources.**

Treize participants ont utilisé les ressources. Les parents avaient donc une certaine connaissance des ressources offertes dans la communauté. Bien que la majorité des participants ait utilisé au moins une ressource, 8 participants ont rapporté qu'il y avait une méconnaissance des ressources. Généralement, les participants connaissaient le PAPPN et le CPE, mais ils ne pouvaient pas nommer d'autres programmes (Soutien à la famille) ou ressources offertes (Centre Uatik-U, marraine d'allaitement) dans la communauté. Un participant a exprimé l'opinion suivante :

« Non c'est ça. C'est quand qu'on s'est parlé au téléphone cet après-midi, je ne connaissais pas les ressources qu'il y avait ici. Je savais qu'il y avait le PAPPN, la garderie, mais à part de ça... » (Participant 14)

Une des participantes ne pouvait pas nommer d'autres ressources que le PAPPN et l'infirmière en suivi postnatal. Pourtant cette personne travaille dans le domaine de la santé et des services sociaux :

C'est ça j'en ai jamais entendu parler... ni de ma famille, ni de mes amis. Je ne connais pas ces ressources. Je ne connais pas leur aide, leurs buts qu'elles apportent. Je ne sais même pas. Ça ne m'est pas arrivé à l'oreille; que tu devrais aller, ils vont t'aider. (Participante 2)

Cette réponse était récurrente chez plusieurs participants. En effet, une autre participante était déçue de ne pas avoir été informée au sujet de la marraine d'allaitement. Cette mère a appris l'existence de ce service quelque temps après avoir abandonné l'allaitement. Son sentiment de déception est bien décrit :

Je l'ai su au PAPPN par les personnes qui étaient là-bas. Je ne me rappelle plus qui. Je l'ai su au mauvais moment, il était trop tard. [...] j'aurai aimé avoir plus de soutien pour l'allaitement. Plus d'informations ... Je ne sais pas, être informée. (Participante 6)

Une autre mère a émis l'hypothèse que la méconnaissance était peut-être due à une mauvaise communication :

Mais je trouve que pour la communauté, ils ne sont pas informés. Il y a un manque d'information je trouve ... je pense, c'est peut-être juste une perception. [...] Dans la communauté, on manque un certain plan de communication pour les services qui sont offerts. (Participante 6)

Dans la même perspective, un père a expliqué que la population n'était pas au courant des ressources de la communauté :

« Les ressources sont cachées. Puis ils (les professionnels de la santé) ne parlent pas [...] » (Participant 8)

Les papas avaient utilisé principalement le Centre de santé pour leur enfant, mais ils n'ont pas participé aux autres ressources. Les participants ont soulevé cette méconnaissance des ressources, mais la majorité était d'accord pour dire qu'ils étaient autonomes pour aller chercher de l'aide si leur enfant en avait besoin.

### **Le sentiment de gêne, le manque de confiance ou le manque d'intérêt.**

La participation moindre des familles aux ressources de la communauté peut être aussi attribuée à un sentiment de gêne, à un manque de confiance ou à un manque d'intérêt. Une

participante a remarqué qu'un sentiment de gêne qui pouvait être ressenti par les gens de la communauté. Selon elle, ce sentiment de gêne pourrait amener les familles à ne pas participer ou à ne pas aller chercher de l'aide auprès des ressources offertes parce que la communauté est petite et que tout le monde se connaît. Voici ce qu'elle a rapporté :

« On est une communauté, tout le monde se connaît, peut-être les gens sont plus gênés d'aller vers les programmes. Je dis ça comme ça. » (Participante 2)

Un deuxième participant a soulevé le manque de confiance des gens dans les ressources. Selon lui, ce manque de confiance est dû aux ressources qui ne sont pas accueillantes et qui sont trop « fonctionnaires ». Ce papa a également mentionné que les intervenants du Centre de Santé n'étaient pas toujours disponibles, surtout les professionnels de l'extérieur de la communauté.

Fait que le gens n'a pas vraiment confiance aux ressources. C'est trop, comment je peux le dire, trop fonctionnaire, trop pas accueillant. [...] Venez, puis fait que je vais là, et il me dit « je ne suis pas censé être là ». Je t'ai payé pour être là, câline! C'est ça. C'était une blanche, ce n'est pas pour être raciste... (Participant 8)

Un autre participant, un père, avait inscrit son enfant au PAPPN. Cependant, il n'allait pas avec son enfant au programme, c'était plutôt sa femme qui accompagnait l'enfant. Il expliquait que ce n'était pas pour lui ce type de programme, il n'était pas une personne qui aimait participer aux activités. Cet extrait le démontre bien :

« De nature je ne suis pas quelqu'un qui va aller dans les activités. Tsé je te raconte au secondaire il y avait des activités, moi je n'y allais pas. » (Participant 14)

Les trois sous-thèmes décrits démontrent donc bien que l'acceptabilité des ressources est influencée par deux composantes de Sekhon et al. (2017) : « l'attitude affective » et « le fardeau ». Il est donc important de considérer les sentiments, les connaissances et l'horaire chargé des familles autochtones afin qu'elles puissent davantage participer aux ressources de la communauté et s'y engager.

### ***Les besoins non comblés***

Les ressources de la communauté ne répondent pas toujours aux besoins des familles. Les participant(e)s ont soulevé plusieurs aspects reliés au concept de l'acceptabilité et de la sécurisation culturelle. Certains ont mentionné qu'ils ne tiraient pas de bénéfices des ressources, car ils devaient voyager à l'extérieur de la communauté. D'autres ont pointé un manque de respect de la

culture autochtone par les professionnels de la santé des ressources qui viennent de l'extérieur de la communauté. Le non-respect de la culture autochtone pouvait influencer leur participation en créant un déséquilibre de pouvoir entre la personne et le professionnel. Ce thème comporte quatre sous-thèmes : « le manque de ressources humaines, financières ou de formation », « les consultations à l'extérieur de la communauté », « l'accès difficile aux spécialistes » et « les besoins non comblés par les ressources de la communauté ».

### **Le manque de ressources humaines, financières ou de formation.**

Le manque de ressources humaines, financières ou de formation pourrait avoir un impact négatif sur la participation des parents aux ressources. Trois personnes ont abordé le manque de ressources humaines, financières ou de formation. Un participant a considéré le manque de ressources humaines et financières au centre de la petite enfance comme une barrière. Il expliquait l'impact sur son fils du manque de locaux et de places au CPE. En effet, les enfants sont placés dans des groupes ne correspondant pas à leur groupe d'âge :

« Tu vois, regarde mon fils est encore à la pouponnière je crois qu'ils appellent. Mais tu vois il va avoir deux ans. Ses petits amis sont jeunes. » (Participant 14)

Outre le manque de ressources financières et humaines, la formation insuffisante des professionnels pourrait influencer la participation aux ressources. Une participante a en effet expliqué que les professionnels, sans préciser lesquels, n'étaient pas adéquatement formés, qu'ils étaient souvent formés « sur le tas » et qu'ils n'avaient pas les études requises par leur travail. Cependant, elle ne pouvait pas dire l'impact sur la participation des familles aux ressources de la communauté. Cette participante a bien expliqué ce type de manque :

C'est sûr que, je remarque qu'ils ne sont pas extrêmement formés. Ils sont plus formés sur le tas, ce ne sont pas des personnes qui ont les études pour, je veux dire. C'est sûr qu'au niveau académique, il y a des affaires à améliorer, aller chercher des personnes qui sont vraiment, comme des éducateurs spécialisés, je trouve que ça sera plus approprié même du monde qui sont diplômés là-dedans au lieu du monde qui ne soit pas formé malheureusement. [...] Ça doit d'avoir un impact. Mais quel impact, je ne sais pas. (Participante 1)

L'autre participant a mentionné que c'était un ensemble d'éléments qui influençait le fonctionnement des ressources. Il a également ajouté que la formation du personnel était importante afin d'assurer un service adéquat :

C'est aussi un manque de financement, un manque de ressources, de ressources formées, aussi. De mis à jour, de compétences. Un ensemble de choses qui manquent. [...] Mais les autres fois que j'ai appelé les urgences et qu'ils sont venus, c'étaient des Innus, et j'ai été très bien accueilli. Ils sont venus et j'ai aucune critique. Pour moi, l'urgence soit lui ou soit elle, tu es supposé donner un service. J'ai attendu le plus que j'ai pu. C'est vraiment, il faut changer la mentalité. Former les gens. (Participant 8)

Ce même participant a parlé du manque de personnel. Il a rappelé que l'école avait développé un programme pour la prévention du suicide, mais que ce programme n'avait jamais été appliqué, car le centre de santé et des services sociaux n'avait pas eu le personnel pour intervenir :

Un exemple, un projet qui avait été fait par l'école pendant la période de la prévention de suicide, l'école avait fait une programmation et avait demandé la participation de tout le monde, y'avait demandé la participation des centres sociaux. Finalement ils n'ont pas eu de réponse, fait qu'ils ont commencé à avancer quand même. Puis à moment donné lorsque c'était temps de mettre le projet en marche : « non, faites-le pas » « pourquoi? » « Parce qu'il n'a personne qui va être capable d'intervenir après, vous aurez quelque chose, c'est qui qui va s'en occuper par après ? » « C'est nous autres » « Mais, on ne peut pas » Pourquoi ils ne peuvent pas? Parce qu'ils sont débordés ou je ne sais pas, je n'ai aucune espèce d'idée. (Participant 8)

### **Les consultations à l'extérieur de la communauté.**

Le Centre de santé et des services sociaux de Pessamit ne bénéficie pas des services de tous les spécialistes. Il n'est pas rare que les professionnels dirigent les familles vers les ressources situées à Baie-Comeau. Les ressources à l'extérieur de la communauté sont moins appréciées, car cela nécessite un déplacement qui requiert du temps. Deux participantes ont été envoyées à des ressources à l'extérieur de la communauté. Une n'a pas utilisé la ressource vers laquelle on l'avait dirigée. Cette mère a quand même affirmé que si elle avait utilisé la ressource à Baie-Comeau, le déplacement aurait été un inconvénient.

« [...] parce qu'il aurait fallu que je fasse le transport toute seule avec le bébé. Ça m'aurait tenté plus ou moins de faire le voyage, j'aurais été fatiguée. » (Participante 4)

L'autre participante avait reçu de l'aide d'une conseillère en lactation à Baie-Comeau. Malgré cette consultation, elle n'a pas réussi à allaiter avec son enfant. Elle a dit que la conseillère en lactation ne l'avait pas vraiment aidée et après un mois d'essai à allaiter, elle a abandonné. Cette même participante aurait voulu avoir une personne de la communauté puisqu'elle devait faire le voyage de 45 minutes en voiture pour voir la conseillère en lactation.

Une troisième participante avait consulté pour des problèmes de santé de son fils à Baie-Comeau. Elle y a vécu de mauvaises expériences. Elle s'est sentie coupable quand elle est allée à l'hôpital de Baie-Comeau, car l'infirmière semblait la trouver responsable de l'état de son enfant. De plus, cette participante expliquait que l'infirmière l'avait infantilisée en lui parlant des crèmes pour son fils :

Une fois, on est allé consulter à Baie-Comeau, j'ai eu l'impression que l'infirmière faisait en sorte que je me sente comme coupable ou que j'avais l'impression que c'était un peu ma faute que mon fils soit rendu dans cet état-là parce qu'elle me faisait sentir comme si je n'avais pas été ... si j'avais été négligent. [...] J'avais l'impression qu'on m'infantilisait beaucoup sur comment je dois m'occuper de mon fils au niveau de ses crèmes, sur la prise des antibiotiques. J'avais l'impression de me faire taper sur les doigts à chaque fois. À Québec, ce n'était vraiment pas comme ça. Peut-être que c'était juste une infirmière, peut-être une attitude envers tout le monde. Je n'étais pas vraiment en mesure d'interpréter ça, je ne voulais pas vraiment m'attarder à ça, sur cette négativité-là. (Participante 7)

### **L'accès difficile aux spécialistes.**

L'accès aux spécialistes n'est pas facile puisqu'ils travaillent souvent à l'extérieur de la communauté ou ils viennent une fois par mois dans la communauté. Quelques participantes (n=4) ont consulté différents spécialistes (orthophoniste, audiologiste, pédiatre) pour leur enfant. Tous ces spécialistes étaient des non-autochtones. Les mères qui ont eu une consultation en orthophonie ont toutes mentionné que la liste d'attente pour obtenir une évaluation était longue. Ces mamans pouvaient avoir accès à une orthophoniste soit à l'externe (à Baie-Comeau) soit à l'interne (au centre de santé) ou par le CPE qui engage une orthophoniste afin d'évaluer les petits. Cependant, la liste d'attente au CPE est longue aussi. Une des participantes a mentionné qu'il y avait aussi des mois d'attente pour l'audiologiste. Une des mères a dû consulter plusieurs spécialistes pour son enfant, dont un pédiatre. Elle a souligné qu'il y avait un manque d'informations à propos sur le suivi médical requis par l'état de son enfant de son enfant.

Comme on avait vu un pédiatre il y a plus d'un an. Je ne m'en souvenais pas et il fallait que je le voie 4 mois plus tard, mais on ne m'a jamais parlé. Mais là, je viens d'avoir un autre rendez-vous. (Participante 10).

Le pédiatre consulté l'a dirigée vers plusieurs autres professionnels de la santé. Cette maman a expliqué qu'elle avait dû voir un ergothérapeute pour son fils, mais qu'elle avait été obligée de faire ses propres recherches pour connaître le rôle de ce spécialiste. Cette même mère

avait vu une éducatrice spécialisée pour son fils. Celle-ci demandait à la mère de parler uniquement en français avec son fils. La mère a alors développé de la résistance et heureusement, elle a continué à parler innu à son enfant.

À début quand je suis allée, il voulait que je parle en français à mon fiston puis moi ce ne sont pas mes valeurs donc ça a jeté un petit froid au début des ateliers. Puis à un moment donné c'est elle qui a voulu parler en Innu. (Participant 10)

### **Les besoins non comblés par les ressources de la communauté.**

Les ressources ne répondent pas aux besoins de tous. Deux papas ont mentionné que les ressources ne répondaient pas à leurs besoins. Le premier expliquait qu'il n'était pas satisfait des soins prodigués au Centre de santé pendant la pandémie. Sa fille avait une otite, mais elle devait passer un test de dépistage de la COVID-19 pour avoir des soins. Donc, il a décidé d'aller à l'urgence de Forestville (à l'extérieur de la communauté). Il a mentionné ceci :

Le covid, suivre le protocole. On est sur une réserve, on est plus renfermé et ils voulaient suivre le gouvernement comment ça fonctionne. J'ai dit non. Je suis allé aux urgences à Forestville c'est ça le syndicat quand tu entres quelque part. [...] Elle avait une otite. J'ai entendu des râles dans sa respiration et je voulais qu'ils checkent sa respiration, « non, il faut qu'elle passe un test ». Ma fille aurait pu mourir, quelque chose de même. J'exagère, mais ... (Participant 9)

L'autre papa était insatisfait du PAPPN :

Complètement insatisfaisant. Je ne pourrais jamais amener mes enfants là. C'est impossible pour moi parce que les exigences ne correspondent pas à mon besoin, à eux l'idée est bonne. Mais est-ce qu'ils sont consultés les gens pour savoir ? [...] Apprendre sur la spiritualité aussi, c'est sur la spiritualité autochtone, ce n'est pas ça qui prime ici. [...] Car ce que les gens veulent plus c'est plus catholique, alors pourquoi pas. Ça répondrait à mon besoin. (Participant 8)

Ce papa disait qu'il ne voulait pas emmener ses enfants au PAPPN parce que selon lui, les activités ne répondaient pas à ses besoins.

En résumé, le thème « les besoins non comblés » montre bien l'importance de l'acceptabilité et de la sécurisation culturelle dans les ressources. De ce thème trois des sept composantes de l'acceptabilité selon Sekhon et al. (2017) se détachent : « l'attitude affective », « le fardeau » et « l'opportunité des coûts ». En effet, les familles auront plus tendance à participer si elles sentent que les ressources répondent à leurs besoins et qu'elles leur apportent des bénéfices. De plus, si les ressources sont dans la communauté et non à l'extérieur de la communauté, les

familles auront moins de voyageant à faire et donc, elles seront plus enclines à participer. Il faut également tenir compte de la culture et de l'équité dans les ressources pour que les familles considèrent les ressources culturellement sécurisantes.

### **Les facilitateurs**

Les facilitateurs sont des facteurs qui pourraient contribuer à la participation des familles aux ressources destinées aux enfants de 0-5 ans. Deux grands thèmes, inspirés par les concepts d'acceptabilité et de la sécurisation culturelle, ont été identifiés pour répondre à la question de recherche sur les facilitateurs. Ceux-ci comprennent « les services accueillants et sécuritaires » et « la disponibilité et l'accessibilité ». Les femmes, plus que les hommes, ont donné leur opinion sur les ressources. Cela s'explique : les hommes n'avaient pas vraiment participé aux ressources mis à part le Centre de santé.

### ***Les services accueillants et sécuritaires***

Des services accueillants et sécuritaires pourraient influencer la participation des familles autochtones dans les ressources. En effet, ces familles retirent des bienfaits des ressources lorsque la culture, la langue y sont respectées et qu'un environnement chaleureux y est créé. Deux sous-thèmes ont été traités « la présence de la culture et la langue innues » et « la socialisation avec d'autres familles ».

### **La présence de la culture et la langue innues.**

Les participants (n=12) ayant utilisé les ressources ont affirmé que la langue et la culture innues présentes dans les ressources étaient un point fort. Les participants au PAPPN ont apprécié l'intégration de la culture innue dans les différentes activités offertes. Deux participantes ont bien exprimé cette appréciation :

Beaucoup de bricolage innu, comme des plumes, on chantait aussi en innu, on chantait une petite chanson en innu, on avait comme une routine quand on rentrait au PAPPN. On s'installait puis on avait notre routine pour la chanson, il fallait de nommer les couleurs sur un papier, les couleurs en innu, les chiffres, quelques mots en innu, puis la chanson, on joue, bricole, tout en innu. (Participante 5)

Comme des dessins, ils font des fleurs innues, il y a aussi le petit livret, comme un « conte et légende ». C'est le fun, moi j'aimais ça. Puis à l'intérieur il y avait comme

une tente prospectrice. Parfois il y avait des thématiques costumées avec les vêtements innus. (Participante 6)

Certaines participantes n'avaient pas d'enfants inscrits au PAPPN au moment de l'entrevue, mais elles y avaient participé avec leur premier enfant. Elles reconnaissaient que parler innu, mais également intégrer la culture innue au PAPPN contribuait à transmettre plus facilement les savoirs autochtones à leurs enfants.

Les parents ayant utilisé le programme PAPPN étaient surtout des femmes. Certains pères de cette étude ont montré un intérêt à participer au PAPPN, mais quelques papas n'avaient jamais entendu parler de ce programme. En revanche, un père n'était pas intéressé au PAPPN puisque selon lui, le programme ne mettait pas l'accent sur la religion catholique, la spiritualité et la langue innue. Pour ces raisons, il a décidé que ni ses enfants ni lui ne participeraient au PAPPN.

### **La socialisation avec d'autres familles.**

La participation aux ressources permet aux parents et aux enfants de socialiser avec d'autres personnes que leur entourage et que les membres de leur famille. Deux participantes ont souligné la socialisation comme un point fort.

La première maman avait participé au PAPPN. Cette socialisation l'avait aidée à calmer ses inquiétudes et à recevoir des conseils d'autres parents. Selon elle, l'écoute d'autres parents et leurs conseils l'avaient beaucoup aidée. Elle a même ajouté qu'étant mère monoparentale, elle pouvait se confier à d'autres mamans et avoir un sentiment d'appartenance.

Très bien écoutés et entourés quand on a des questions ou qu'on se parle entre parents. [...] C'était vraiment agréable comme sortie parce qu'en étant parent toute seule je n'avais pas d'amis. Étant donné que j'étais jeune, mes amies n'étaient encore mamans. [...] Faque j'étais seule et j'avais d'autres mamans-là au moins je pouvais faire des activités avec les mamans et nos enfants. (Participante 2)

La seconde participante avait également participé au PAPPN avec son enfant. Cette maman a déclaré que sortir de chez elle et voir d'autres familles brisaient sa routine.

En conclusion, la culture est un élément contribuant grandement à la sécurisation culturelle. L'environnement convivial où les familles peuvent interagir rend également les ressources culturellement sécurisantes étant donné que le lieu est neutre. Ces aspects mentionnés par les

familles déterminent aussi l'acceptabilité des ressources. Effectivement, les familles perçoivent des bénéfices dans les ressources et ressentent des sentiments positifs comme le bonheur et la confiance. Tous ces éléments combinés rendent les ressources sécuritaires et acceptables pour les familles.

### ***La disponibilité et l'accessibilité des intervenants et des ressources***

La disponibilité des professionnels de la santé donne aux familles une plus grande confiance dans les ressources, c'est-à-dire que lorsque les intervenants sont disponibles, les familles ont plus tendance à utiliser les ressources. La disponibilité est définie par un nombre de professionnels de la santé adéquats et compétents pour répondre aux questions et préoccupations des autochtones (CCNSA, 2019). L'accessibilité des ressources est également importante, car elle incite les familles à participer aux ressources. L'accessibilité est plus axée sur l'aspect organisationnel comme les heures d'ouverture, les rendez-vous rapides (CCNSA, 2019). Deux mamans ont soulevé ces deux points forts dans les ressources qu'elles ont utilisées.

La première maman avait eu recours à une marraine d'allaitement. Cette ressource l'avait beaucoup aidée. Elle avait apprécié énormément le soutien à l'allaitement offert par cette personne puisque cette marraine était disponible à n'importe quel moment de la journée pour répondre à ses questions et calmer ses inquiétudes. Cette mère a pu voir la marraine en personne à plusieurs reprises avant la pandémie. La marraine a pu venir chez elle pour lui donner des conseils et de l'enseignement. Cette personne-ressource était également facile d'accès puisqu'elle était joignable par cellulaire avant et pendant la pandémie. La mère mentionnait que la disponibilité et l'accessibilité de cette ressource à l'allaitement lui avaient donné confiance, mais aussi elle n'avait pas ressenti de la gêne. Cette personne-ressource l'a également aidée à persévérer dans son allaitement. Cette maman l'a bien expliqué :

C'était une personne-ressource à l'allaitement vers laquelle j'ai pu aller plusieurs fois, elle est vraiment disponible, une vraie perle. Elle me disait, « Si tu as des questions, même à 2h du matin, si ça t'arrive quoi ? est-ce que tu sais comment faire ? eh bien texte-moi. Moi-même la nuit je regarde mon téléphone et je peux t'aider ». [...] C'est commun en village, pas de gêne je te dirais. Y a pas de barrières de gêne je te dirai. [...] Réassurance beaucoup. C'est surtout la relation je dirai. [...] Elle m'a vraiment beaucoup aidé à persévérer dans mon allaitement. J'avais beaucoup des difficultés moi, je n'avais pas beaucoup de lait, j'aurais abandonné. Elle répondait aussi à mes questions par mes messages textes. (Participante 1)

Une autre maman a souvent utilisé le Centre de santé pour son enfant. Elle a affirmé que le Centre de santé était toujours accessible au besoin. Elle appelait à n'importe quel moment de la journée et elle obtenait un rendez-vous le jour même. Le Centre de santé se trouve dans la communauté. Donc, la mère pouvait facilement s'y rendre. Son enfant a plusieurs fois consulté, car il est un cascadeur :

Oui. J'en ai eu recours parce que bébé, lui c'est un cascadeur. C'est un gros costaud donc j'ai eu à faire en urgence au centre de santé parce qu'il a fait des chutes. Plus des soins infirmiers, des conseils, des recommandations, si je dois consulter à l'urgence. (Participante 6)

Cette même participante a aussi eu besoin du programme au Soutien à la famille. Lorsqu'elle était enceinte, elle a vécu une crise familiale qui l'a obligée à quitter la maison. Cette maman s'est dirigée aux urgences du Centre de santé. Les professionnels de la santé l'ont rapidement envoyée au Soutien à la famille. Elle était reconnaissante à cette ressource de sa réponse rapide et de sa disponibilité de cette ressource :

J'étais dans une situation de crise où je n'avais pas de logement, j'étais enceinte, ils m'ont guidée un peu. Ils m'avaient proposé la maison des femmes à Baie-Comeau... Ils m'avaient beaucoup aidée et je les remercie beaucoup face à ce grand service-là qu'ils m'ont donné. Ils m'avaient recommandé de faire une lettre pour les membres du conseil pour avoir un logement. Eux ils ont comme appuyé cette demande-là. Là j'ai reçu comme un petit logement de secours. Ça m'avait aidé donc. En plus j'étais enceinte de bébé donc j'étais dans l'urgence de trouver un logement où vivre. (Participante 6)

Une autre participante a affirmé qu'elle avait également appelé les urgences pour sa cousine qu'elle considère comme sa sœur. Les urgences l'avaient envoyée au Soutien à la famille. Elle a expliqué que c'était facile d'accès par téléphone et qu'elle n'a pas eu de difficultés à trouver de l'aide pour sa sœur :

Et tu m'avais demandé si je connais une ressource, il y a un service de première ligne qui est venu en aide à ma sœur ... Parce que toute seule, avec ses quatre enfants ... puis quelquefois elle n'en peut plus donc moi j'appelle Première ligne pour qu'ils viennent en aide à ma sœur. (C'est ma cousine, mais je l'appelle ma sœur.) (Participante 10)

Cette participante n'a pas eu besoin du Soutien à la famille, mais elle a utilisé le Centre de santé à plusieurs reprises pour son enfant. Pour elle, il est facile d'avoir un rendez-vous le jour même au Centre de santé.

« Non, c'est des bonnes expériences au centre de santé. Je l'ai juste appelé et ils m'ont donné rendez-vous, c'était correct et assez facile. » (Participante 10)

Bref, la disponibilité rapide des ressources augmente la confiance des familles et les encourage à participer et à s'y engager. L'accessibilité à obtenir un rendez-vous par exemple contribue à une plus grande participation des familles autochtones aux ressources. Ces deux composantes sont essentielles pour une participation et un engagement continu des familles aux ressources.

### **Les recommandations données pour encourager la participation et l'engagement des familles dans les ressources**

La plupart des parents (n=13) ont exprimé leur satisfaction des ressources utilisées (PAPPN, Centre de santé, CPE, Soutien à la famille, Marraine d'allaitement). Globalement, ils ont tous affirmé que ces ressources répondaient à leurs besoins. Cependant, ils ont parlé de l'importance d'augmenter la visibilité des ressources et d'apporter des changements aux ressources afin de répondre davantage aux besoins des familles.

### ***Les différents moyens pour augmenter la visibilité des ressources***

La visibilité des ressources de la communauté n'est pas assez grande pour la population innue de Pessamit. Les participants (n=11) étaient tous d'avis qu'il n'y avait pas assez de publicité sur les ressources de la communauté. Une des participantes disait que la promotion des ressources était presque absente et qu'elle trouvait cela dommage. Elle l'a bien exprimé :

Les programmes sont déjà bien faits quand même il y a de bons outils. Mais je trouve que malheureusement, ce n'est pas bien connu encore. [...] ils ne font pas assez de la promotion des services. Ils ne vont pas assez parler de ces services. (Participante 1)

Les participants ont proposé différents moyens d'augmenter la visibilité des ressources de Pessamit. Plusieurs (n=7) ont suggéré la radio, les réseaux sociaux (*Facebook*) ou les dépliants comme intermédiaires pour faire la publicité des ressources. Les deux participants ci-dessous ont donné des exemples :

« Faire plus de promotion bien entendu, plus de publicités, des dépliants parce que je n'en ai jamais vu passer. » (Participante 7)

Des fois ils en font. Mais ils se donnent des dramatisations, c'est ça qu'il faut faire ou appeler pour en savoir plus. C'est notre seul réseau de média la radio ici à Pessamit carrément. Pis il y aurait *Facebook*, la page *Facebook*. (Participant 11)

D'autres moyens de promotion ont été proposés par des participants (n=6) comme des affiches dans les endroits publics ou un journal avec les activités que la communauté offre. Ces deux participants ont proposé d'autres solutions puisque l'un n'écoute pas la radio et que l'autre l'autre n'a pas *Facebook*. Ils ont bien expliqué leur point de vue :

Ah ça serait plus par des pamphlets ou un petit journal qui pourrait passer dans les maisons. Je peux te dire des fois ici chez nous tu n'entends jamais la radio. On ne l'écoute pas. À la radio c'est rien que le bingo. Moi j'écoute plus les nouvelles. Oui moi je lirai et si ça m'intéresserait, peut-être qu'il y a des choses qui m'intéresseraient j'utiliserai ces services. (Participant 13)

« Mettre des affiches. Vu que tout le monde va dans des deps (dépanneurs), c'est souvent là que le monde y vont. [...] Des affiches n'importe où, un peu partout. » (Participant 12)

Un participant a proposé d'apporter des modifications au site *web* de la communauté autochtone afin de le rendre plus convivial et informatif. Selon lui, toutes les informations pertinentes sur les ressources devraient s'y retrouver pour que les parents sachent où aller. Il a expliqué ainsi la situation :

Notre site web, il n'est pas vraiment fonctionnel. Il n'a pas d'informations. Là dernièrement, l'organisation s'est engagée pour améliorer le site web. C'est à partir de là que les gens vont pouvoir aller chercher les informations. Quels sont les services, quels sont les secteurs, si tu veux avoir un service tu appelles qui ? Pis qu'il ait un bottin des numéros de téléphone des courriels. En résumé des services, l'organigramme, les programmes. (Participant 8)

Une participante a évoqué qu'un schéma visuel des ressources pour chaque secteur serait utile aux parents. Selon elle, ce schéma aiderait les parents à savoir où aller chercher de l'aide, mais aussi de l'information.

Ben c'est ça, chaque secteur doit avoir son plan de communication. Pour la santé, son plan de communication c'est informer les gens pour tel type de clientèle, que ce soit régulier, le même visuellement, que ce soit, que tu sois capable de dire « ah, ça c'est la santé qui dit ça ». Que visuellement on soit capable de rattacher l'information. (Participant 6)

Selon cette même participante, pourrait être remis aux mamans un petit livret qui résumerait les services postnatals offerts et qui remplacerait la chemise de documents remise actuellement par l'infirmière. Ce petit livret serait plus facile à consulter. Comme la participante précédente une

maman a parlé d'un feuillet avec une image qui indiquerait quelles ressources aller voir si les parents soupçonnaient un trouble de développement chez leur enfant. Elle affirmait qu'elle aurait bien voulu des informations plus claires pour savoir vers quelles ressources se diriger pour son enfant. Elle a partagé ceci :

Comme là je ne savais pas comment faire pour avoir un diagnostic médical, comme avoir une image mettons, si tu as des soupçons pour ton fils, dire quelle ressource tu dois aller voir. Avoir un pamphlet ou je ne sais pas qui indique quel chemin aller prendre. (Participante 10)

Deux participantes ont évoqué la foire d'exposition pour la population. Cette foire est un évènement qui permet de faire connaître les ressources pour la population de Pessamit. Une a expliqué que cet évènement fonctionnait très bien et beaucoup de gens y participaient. Elle a déclaré ceci :

Des journées portes ouvertes pour parler des services, comme aux centres communautaires. Mais c'était avant la COVID. C'était bien intéressant, il y avait des gens de la communauté, des intervenants, et les gens parlaient avec eux de leurs services. Maintenant peut-être une manière plus virtuelle, je ne sais pas. (Participante 7)

Un papa a mentionné que les éducatrices du CPE devraient également faire de la publicité sur les ressources du Centre de santé et des services sociaux. Il disait que le bouche-à-oreille aidait à faire connaître les ressources destinées aux enfants de 0-5 ans.

« Oui c'est ça. C'est plus s'informer pour faire. Comme tu dis la santé veut donner une activité...le donner aux éducatrices pour qu'elles donnent le message aux parents genre. » (Participant 15)

### ***Le changement pour renforcer la participation et l'engagement des familles dans les ressources***

Cinq participants ont proposé des moyens de renforcer la participation des familles aux ressources de la communauté. Une participante a proposé des cliniques d'allaitement pour le soutien à l'allaitement. Elle expliquait qu'une clinique d'allaitement avec une infirmière en suivi postnatal ou une marraine d'allaitement pourrait être bénéfique pour toutes les mamans qui allaitent.

C'est sûr qu'il y a toujours des améliorations à faire. Peut-être une clinique d'allaitement ici sur place, avec la marraine d'allaitement qui soit disponible pour cette clinique-là, ou l'infirmière, mais l'infirmière est assez bonne dans la technique d'allaitement. Mais je sais qu'elle roule pas mal l'infirmière. Elle aura peut-être pas le temps de faire ça alors impliquer les mairaines d'allaitement. (Participante 4)

D'après deux participant, un endroit communautaire chaleureux et convivial pour les familles pourrait être apprécié. De plus, un espace pour faire des échanges de vêtements et de nourriture pourrait être intéressant pour la communauté. Ils suggéraient également un endroit pour partager la culture et même une halte-garderie pour les familles. Une participante a dit ceci :

« Tsé les ressources, je pense que nous autres on est en manque de ressources ... pour habiller l'enfant, une maison où on pourrait, comment cela s'appelle un centre d'amitié. »  
(Participante 5)

Deux participants ont mentionné qu'il n'y avait pas assez d'activités destinées aux enfants de 0-5 ans. Ils disaient que les activités étaient souvent pensées pour les enfants de 5 ans et plus. Ils n'ont pas hésité à dire qu'ils accompagneraient leurs enfants s'il y avait des activités adaptées à l'âge de ceux-ci. Un des participants, un père, a suggéré des activités extérieures. Il disait que les enfants de cette tranche d'âge bougent beaucoup et qu'ils ont besoin de grands espaces afin de dépenser leur énergie. Voici ce qu'il disait :

«[...] Je pense de faire des petites activités de plein air. Beaucoup plus d'activités culturelles qui se passent à l'extérieur et qui est assez d'espace. Les enfants de 0-5 ans ça bouge tout le temps [...]. » (Participant 8)

Une participante a souligné que des activités physiques et de plein air avec d'autres mamans seraient également une option intéressante.

Mais ça serait vraiment bien. Mais ça s'en va de plus en plus vers ces directions-là. On voit beaucoup plus de personnes se promener, être actif, mais j'avoue qu'avoir quelque chose qui serait encadré, ce serait merveilleux. Qu'on se soutienne, qu'on soit motivé à le faire tous les dimanches, avec poussette, ce ne serait pas pire comme activité. (Participante 7)

Un participant a suggéré la création de capsules vidéo pour les parents. Ce père disait que ces vidéos pourraient aider les nouveaux parents en leur donnant des conseils sur l'éducation.

« Il pourrait faire des petites capsules, sur l'éducation. Peut-être, faire apprendre aux nouveaux parents comment être parents. C'est comme ça être parent. » (Participant 11)

Un papa a mentionné qu'une table de concertation pourrait être fort pertinente pour améliorer les ressources. Selon lui, cette table de concertation entre la santé et les services sociaux est importante parce que les gens d'un secteur ne connaissent ni les fonds disponibles ni les projets en cours de l'autre secteur. Ce papa expliquait que ce lieu de discussion et d'échange pourrait mieux cerner les besoins des familles.

C'est que l'essence de l'organisation ne connaissent pas les services, ils ne connaissent pas les fonds disponibles, le projet que l'autre fait. Déjà c'est pourquoi c'est bien d'avoir une table de concertation, pour qu'on puisse se partager nos choses [...] c'est un manque de vision de « où est-ce qu'on s'en va ? comment on va s'organiser nous autres ? De quoi on a besoin pour parvenir cette vision ? » De connaître les besoins de la clientèle, d'être à l'écoute de notre clientèle. (Participant 8)

Ce même participant a également parlé d'instaurer des rapports d'accidents, d'incidents ou de plaintes. Ces rapports contribueraient à améliorer la qualité des services donnés à la population, mais aussi à répondre aux besoins des familles.

Les résultats de l'étude permettent de mieux comprendre les expériences des familles autochtones de Pessamit dans les ressources destinées aux enfants de 0-5 ans. Les parents ont appris beaucoup de leur enfant et plusieurs de ces participants ont évoqué implicitement ou explicitement une évolution dans leur rôle de parent. Ces familles ont participé à différentes ressources comme le PAPPN, des spécialistes, la marraine d'allaitement, le centre de santé et le soutien à la famille. Plusieurs raisons pouvaient expliquer la non-participation aux ressources comme l'incompatibilité de l'horaire, la méconnaissance des ressources, l'accès difficile, la culture et la langue innues et la socialisation. Une synthèse des résultats est présentée sous forme de schéma ci-dessous. Le chapitre suivant présente la discussion des principaux résultats.

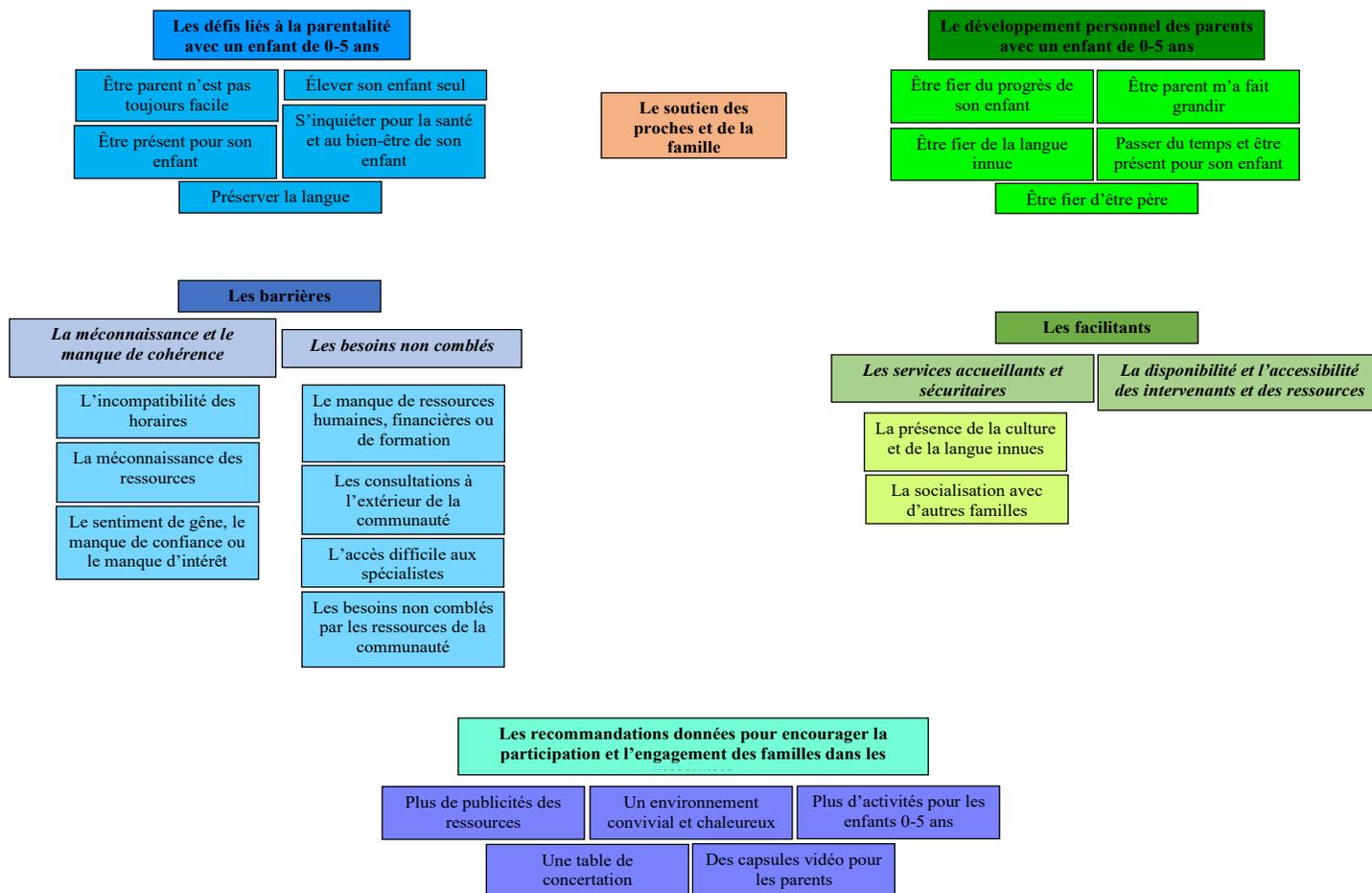


Figure 1 : Synthèse des résultats

## **Chapitre 5 : La discussion**

Ce chapitre vise à discuter les principaux résultats du projet de recherche en reliant aux écrits scientifiques et aux deux repères théoriques soit l'acceptabilité et la sécurisation culturelle. Ensuite, les retombées sur la formation infirmière, la pratique infirmière, la recherche infirmière ainsi que la politique sont exposées. À la fin de ce chapitre, les forces et les limites de l'étude sont abordées.

### **Le résumé des principaux résultats**

Les résultats de cette étude ont permis d'avoir une meilleure compréhension des barrières et des facilitants quant à la participation et à l'engagement des familles avec des enfants de 0-5 ans dans les ressources de leur communauté. Les parents ont exprimé plusieurs préoccupations en lien avec leur rôle parental (la monoparentalité, l'inquiétude face à la santé de leur enfant, le manque de temps afin d'être présent pour eux). En contrepartie, la présence et le soutien des proches dans l'éducation de leur enfant étaient très importants et grandement appréciés par les parents. Leur rôle parental a évolué depuis la naissance de leur enfant; le développement et le progrès chez celui-ci leur apportaient un sentiment de satisfaction. De plus, les pères se disaient fiers de leur rôle de père. Les parents ont participé aux ressources selon leurs besoins.

En ce qui concerne les ressources de la communauté de Pessamit, les participants les connaissaient et ils nommaient surtout le PAPPN, le CPE et le centre de santé. En effet, la majorité des parents avaient utilisé au moins une ressource. Toutefois, les parents percevaient surtout les ressources comme un moyen de répondre à un problème ou à un besoin précis. Ils ont également exprimé le besoin qu'on leur fasse connaître davantage les ressources de la communauté. La participation des parents dans les ressources concernait majoritairement les mères. Les pères semblaient être moins intéressés. Divers facteurs pouvaient expliquer la non-participation des familles. Ces facteurs pouvaient être personnels comme le manque de temps, d'intérêt ou bien les besoins des parents n'étaient pas comblés. Certains facteurs étaient plus reliés au système comme le manque de ressources financières, de main-d'œuvre ou les consultations aux spécialistes à l'extérieur de la communauté. Globalement les parents étaient d'avis que les ressources qu'ils avaient utilisées répondaient à leurs besoins. Les parents ont souligné plusieurs facilitants comme

l'utilisation de la langue innue comme moyen de communication, l'intégration de la culture innue dans quelques activités, le bris de solitude ou la facilité et la rapidité à l'accès des services. Quelques recommandations clés ont été faites par les parents, entre autres, la création d'un endroit convivial qui empreint de respect pour les familles, offrirait une diversité d'activités destinées aux enfants de 0-5 ans, ils proposaient aussi la conception de capsules vidéo consacrées aux parents et une table de concertation.

## **Un ensemble de facteurs influence la participation et l'engagement des familles dans les ressources**

### *L'importance d'établir une relation de confiance et de répondre aux besoins*

Les résultats de l'étude montrent que les parents concevaient les ressources et les programmes surtout comme des moyens de les soutenir eux et leur famille lorsqu'il y avait des problèmes ou des besoins précis. Cela est cohérent avec les propos des parents qui considéraient les spécialistes comme des ressources. Certains parents ne ressentaient pas le besoin d'utiliser les ressources. L'étude qualitative descriptive de Wright et al. (2019a) montre aussi que les parents vont souvent participer aux ressources soit pour répondre à des besoins soit pour résoudre des problèmes spécifiques. L'étude explorait les expériences des mères autochtones qui sélectionnaient et utilisaient les ressources liées au développement de la petite enfance à Hamilton, Canada. Les mères ont expliqué que les programmes dédiés au développement de la petite enfance répondaient aux besoins spécifiques de leur enfant et d'elles-mêmes (Wright et al., 2019a). Ces mères avaient des inquiétudes concernant le développement de leur enfant ou des préoccupations financières. Ces programmes aidaient au développement de l'enfant par des jeux et offrait un soutien financier comme des dons de couches ou de produits alimentaires (Wright et al., 2019a). La revue systématique qualitative de Mytton et al. (2014) visait à identifier les études qualitatives qui portaient sur les facteurs contribuant à la participation des familles dans les programmes de parentalité. Les auteurs ont noté que les programmes répondant aux préoccupations des parents et de leurs enfants étaient un facilitant de participation pour les familles (Mytton et al., 2014). Les professionnels de la santé ont donc un devoir d'informer et de sensibiliser les familles avec des enfants de 0-5 ans, de collaborer avec elles pour que les ressources servent à promouvoir également la santé.

Selon le concept de sécurisation culturelle, la collaboration et l'apprentissage mutuel sont des principes fondamentaux pour aller chercher les parents et les familles ainsi que les encourager à participer aux ressources. Cette collaboration aidera à mieux comprendre leurs perspectives et leurs besoins. Il sera donc plus facile pour l'intervenant de sensibiliser les parents et de promouvoir les ressources répondant aux besoins des familles. Plusieurs études corroborent l'importance d'une relation de confiance entre les familles et les professionnels de la santé pour qu'elles participent aux services (Campbell et al., 2018; Grace et Trudgett, 2012; McCalman et al., 2017; Wright et al., 2019a; Wright et al., 2019b). Dans les études qualitatives de Wright et al. (2019a) et Wright et al. (2019b), les mères autochtones ayant utilisé des ressources pour le développement de l'enfant à Hamilton, Canada, ont affirmé qu'une bonne relation avec les professionnels de la santé était primordiale pour qu'elles s'engagent dans les ressources. De plus, selon elles, cette relation de confiance amène une communication efficace (Wright et al., 2019a; Wright et al., 2019b). Ces propos sont également évoqués dans la revue de la portée de McCalman et al. (2017) qui confirme qu'une relation de confiance et de respect favorise la participation des familles. Cette étude a évalué la littérature existante à propos des interventions centrées sur la famille pour les enfants autochtones au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. L'étude qualitative de Campbell et al. (2018) qui portait sur l'implantation du programme *Baby One* en Australie vient appuyer l'importance de la relation entre les familles autochtones et les professionnels de la santé. Les parents autochtones pouvaient parler en toute confiance avec les professionnels de santé dans un environnement considéré sécuritaire par les parents, car une relation de confiance était établie (Campbell et al., 2018). L'étude qualitative de Grace et Trudgett (2012) réalisée en Australie auprès d'intervenants travaillant dans des ressources pour la petite enfance avait but de comprendre les différents facteurs influençant la participation des familles autochtones. Ces professionnels de santé ont remarqué que plusieurs familles ne comprenaient pas l'importance des ressources de la petite enfance. Les intervenants ont relaté que la relation de confiance entre eux et les familles était primordiale pour encourager la participation de celles-ci (Grace et Trudgett, 2012). Cette relation permet par la suite de sensibiliser les familles et de promouvoir les différents services offerts pour qu'elles comprennent leur rôle crucial dans le développement physique et psychologique ainsi que dans les aptitudes sociales de l'enfant (Grace et Trudgett, 2012). Ces différentes études soulignent l'importance de la collaboration mutuelle et d'une relation basée sur la confiance pour que les

familles autochtones participent aux ressources. Alors, les ressources sont perçues par les familles comme aidantes et positives.

Dans le même ordre d'idées, les familles semblent s'engager dans les ressources quand celles-ci sont conçues en fonction de leurs besoins et leurs inquiétudes, surtout en ce qui concerne la santé (ex : santé physique, développement) et le bien-être (santé émotionnelle) de leurs enfants. En effet, les parents et le grand-père ont soulevé qu'ils avaient à relever des défis liés à la parentalité et à la monoparentalité; ils s'inquiétaient pour la santé et le bien-être de leur enfant. Donc, lorsque les ressources répondaient aux préoccupations des familles et étaient centrées sur la santé et le bien-être de l'enfant, les familles étaient encouragées à participer aux services offerts. Les participants du projet de recherche ont aussi mentionné des aspects gratifiants avec leur enfant de 0-5 ans. L'évolution de leur rôle parental, le temps passé auprès de leur enfant, le progrès de leur enfant et l'apprentissage de la langue innue par l'enfant étaient des points positifs. Ces différents aspects positifs décrits par les parents sont soutenus dans l'étude de Ball et Lewis (2014). Cette étude avait pour but d'explorer les opinions et les objectifs des aînés, des grands-parents et des parents des Premières Nations concernant l'apprentissage précoce de la langue des enfants et la communication avec eux pour que les intervenants puissent prodiguer des soins culturellement appropriés dans les ressources. Les participants ont mentionné que le soutien de la communauté et de la famille a un impact positif sur l'apprentissage précoce de l'enfant (Ball et Lewis, 2014). Ce soutien pouvait se présenter sous différentes formes comme passer du temps avec leurs enfants et les regarder grandir dans leur apprentissage (Ball et Lewis, 2014). Cette stimulation de l'enfant par la famille et la communauté renforce son développement. La création de plusieurs activités stimulantes pour les enfants pourrait motiver les familles de Pessamit à participer aux ressources et susciter leur intérêt. En effet, les participants de l'étude ont recommandé d'avoir plus d'activités pour les enfants. En priorisant le développement des enfants et en valorisant le rôle des parents, les ressources pourraient être considérées comme plus pratiques et les parents pourraient se sentir respectés. Les parents pourraient avoir un sentiment de fierté puisque ces ressources pourraient créer de l'*empowerment* dans le rôle parental des mères et des pères en reconnaissant leurs points forts et en fournissant divers outils afin de renforcer leurs compétences parentales positivement. Cela pourrait donc encourager les parents à plus utiliser les ressources.

### ***L'impact positif de la socialisation, de la culture et de la langue innues dans les ressources***

Les parents ont également mentionné des facilitateurs à la participation aux ressources fondés sur des aspects gratifiants comme la socialisation; celle-ci peut favoriser un partage de connaissances sur le développement de l'enfant et l'intégration de la culture et de la langue innues dans les activités. L'importance de la socialisation dans les ressources a été rapportée par quelques mères au moment de la collecte de données. Des activités de groupe semblent être appréciées parce qu'elles brisent la solitude des mères. En effet, certaines se sentaient seules, elles avaient peu de connaissances sur les bébés et quelques-unes étaient monoparentales. Donc ces mères s'engageaient dans les activités pour interagir et créer des relations avec d'autres parents, elles acquéraient ainsi plus de connaissances et créaient des liens sociaux. L'étude qualitative de Heaman et al. (2015) souligne que la socialisation dans les ressources motivait les mères autochtones du centre-ville de Winnipeg à utiliser le *Prenatal Care*. Ces mères ont pu échanger avec d'autres mamans et recevoir des conseils parentaux. Ce programme leur a permis de créer un lien d'appartenance puisque ces mères traversaient une période similaire en raison de l'âge de leur enfant ou de leur grossesse (Heaman et al., 2015). Cette entraide et ces apprentissages par les pairs sont également relevés dans l'étude de Wright et al. (2019a). La création d'un réseau social apporte un soutien émotionnel et physique aux parents monoparentaux. Un lieu de rassemblement dans la ville d'Hamilton en Ontario, Canada, permettait aux parents de compter sur un autre parent pour surveiller leur enfant s'ils avaient besoin d'un répit ou d'une douche (Wright et al., 2019a). Ces mères participant aux ressources se soutenaient en partageant leurs connaissances selon leurs expériences parentales. Ce soutien continu promouvait la santé des parents et le développement des enfants (Wright et al., 2019a). Même si ces deux études ont eu lieu en ville, l'existence d'un réseau social dans les ressources semble aussi importante en milieu rural qu'en milieu rural, et ce, pour que les familles autochtones puissent y participer. La socialisation semble également créer un environnement sécuritaire pour les familles puisqu'elles peuvent compter sur d'autres personnes que les professionnels de la santé.

L'intégration de la culture et de la langue innues dans les services était aussi jugée favorable par les parents de Pessamit. Dans l'étude qualitative de Trudgett et Grace (2011), les parents autochtones ont affirmé que l'intégration de la culture dans les ressources était importante pour le développement de leur enfant. Les auteurs voulaient comprendre les expériences de mères

autochtones avec des enfants d'âge préscolaire de 3 à 5 ans dans la participation des ressources de la petite enfance dans le sud de l'Australie (Trudgett et Grace, 2011). Ces mères ont mentionné que la valorisation de la langue et des histoires autochtones dans les ressources les encourageait à s'y engager. Elles expliquaient également que l'environnement (terres autochtones) jouait un rôle dans l'apprentissage culturel (Trudgett et Grace, 2011). Une autre étude de Grace et Trudgett (2012) montre que la culture facilite l'engagement des familles dans les ressources. Étant donné que dans la plupart des ressources à Pessamit, les intervenants sont autochtones, la langue et la culture des familles y sont bien vivantes. L'étude d'Hare (2012) avait pour but d'évaluer la contribution des connaissances autochtones dans l'apprentissage de la littératie chez les jeunes dans des communautés autochtones en Colombie-Britannique. Les participants ont dit que la culture autochtone aidait au développement de la littératie des enfants autochtones. Ils ont identifié plusieurs activités culturelles auxquelles les enfants pouvaient participer comme les tambours, le chant, la danse, la médecine autochtone (herbes et plantes) ou la cueillette de petits fruits et la préparation traditionnelle de plats autochtones (Hare, 2012). Les ressources pourraient peut-être offrir plus d'activités culturelles pour qu'elles soient acceptables pour les familles et culturellement sécurisantes. L'intégration de différentes pratiques culturelles autochtones dans des programmes semble aider à la participation des familles. La communauté de Pessamit n'offre pas toutes les ressources, donc parfois les familles autochtones sont redirigées vers un ou des spécialistes qui travaillent à l'extérieur de la communauté et qui ne connaissent ni la langue ni la culture innues. Cette situation devient un problème lorsque les ressources à l'extérieur de la communauté n'intègrent pas les valeurs autochtones dans leur approche. Les familles peuvent alors ressentir un sentiment d'inconfort ou d'insécurité si l'intervention ne respecte pas les valeurs autochtones. Le non-respect de la culture autochtone vient donc influencer la relation de confiance entre la famille et l'intervenant.

### ***Les ressources adaptées aux réalités et aux besoins des familles***

Il est également essentiel que les ressources soient adaptées aux réalités des familles (ex. : horaire de travail, vie familiale bien remplie) afin que les familles y participent. Les contraintes personnelles et professionnelles peuvent empêcher les parents de participer aux ressources. En effet, les familles participantes avaient des obligations qui ne leur permettaient de participer au PAPPN par exemple. La même étude présentée précédemment, celle d'Heaman et al. (2015),

évoque également qu'un des obstacles à la participation des mères au programme *Prenatal Care*, ce sont les barrières personnelles incluant le travail ou l'école. L'idéal serait que les programmes comme le PAPPN offrent des horaires plus adaptés à la vie des familles. Les mères d'une autre étude qualitative, soit celle des auteurs Wright et al. (2019b), ont affirmé qu'un des facilitateurs des soins de première ligne était la flexibilité des horaires. L'offre de différentes plages horaires encouragerait plus les parents à participer aux ressources. L'étude qualitative descriptive de Gerlach et al. (2017) soulève également soulever le problème de la flexibilité des horaires. Cette recherche avait pour but d'explorer comment la santé des familles et des enfants est influencée par les programmes autochtones axés sur le développement de la petite enfance dans le milieu urbain en Colombie-Britannique. L'étude a démontré que les familles étaient plus enclines à participer aux ressources si elles avaient le choix de l'endroit et de l'heure pour rencontrer l'intervenant (Gerlach et al., 2017). Cette flexibilité augmente l'*empowerment* des familles, car le sentiment de pouvoir équitable existe dans l'interaction entre professionnel et la famille. Le fait que les parents ne soient pas soumis à des horaires rigides leur donne un certain contrôle sur leur participation, on respecte ainsi leurs réalités et leurs préférences.

Dans la même optique, les parents ont apprécié que le centre de santé de Pessamit soit facile d'accès et disponible rapidement selon leurs besoins. Les parents dans l'étude d'Heaman et al. (2015) expliquaient qu'ils n'avaient pas un rendez-vous le jour même lorsque leur enfant n'allait pas bien. Contrairement aux parents de cette étude, les parents de Pessamit pouvaient appeler au Centre de santé et obtenir le jour même un rendez-vous médical. L'accessibilité et la disponibilité du Centre de santé apportaient aux parents un sentiment de sécurité puisqu'ils pouvaient toujours compter sur le Centre. Les mères ayant eu recours à la marraine d'allaitement ont également souligné l'importance de la disponibilité et de l'accessibilité de celle-ci. Les messages textes étaient aussi un moyen de communication apprécié par les mères qui recevaient l'aide d'une marraine d'allaitement. L'étude de Wright et al. (2019a) appuie ces propos. Les échanges de messages textes entre le professionnel de la santé et les mères ont permis de répondre aux questions des mères et de diminuer leur anxiété. De plus, les professionnels de la santé s'en servaient pour faire des rappels la veille des rendez-vous (Wright et al., 2019a). Ce moyen de communication contribue à l'accessibilité d'un professionnel « au bout des doigts » et notamment à leur disponibilité. Par exemple, les mairaines d'allaitement étaient disponibles à n'importe quel moment de la journée

pour répondre aux questionnements des mères. Étant de la communauté innue, les mères pouvaient aussi les accueillir chez elles si elles le souhaitaient. Bref, la disponibilité et l'accessibilité des ressources semblent être des éléments clés favorisant à la participation des familles aux ressources.

### **La participation des pères dans les ressources**

Dans l'étude actuelle, les mères participaient beaucoup plus aux ressources de la communauté de Pessamit que les pères. Cette faible participation des hommes peut s'expliquer par plusieurs facteurs relevés dans l'étude qualitative de Reilly et Rees (2018) et de Campbell et al. (2018). Le but des auteurs était d'identifier les défis que présente le rôle de père et les facilitateurs qui permettent de bien remplir ce rôle chez les pères autochtones du détroit de Torres en Australie (Reilly et Rees, 2018). Le rôle de père a beaucoup changé au fil du temps. Aujourd'hui, il est attendu que les pères autochtones s'impliquent plus directement dans l'éducation de leurs enfants et qu'ils partagent leur rôle parental avec leur conjointe. Dans l'étude de Reilly et Rees (2018), les participants ont rapporté que le changement du rôle de père au fil des années a amené un sentiment de honte. En effet, ils ressentaient la pression sociale d'être « un vrai homme ». Comme ils ne savaient guère comment jouer leur rôle de père, ils étaient moins portés à s'impliquer dans l'éducation de leur enfant (Reilly et Rees, 2018). Effectivement, les rôles traditionnels des pères (chasse, pêche, pourvoyeur) ont beaucoup changé. Souvent les pères veulent s'impliquer dans l'éducation de leur enfant, mais ils ne savent pas quoi faire (Campbell et al., 2018). Les pères souhaitent apprendre leur rôle en s'identifiant à un modèle masculin (Ball, 2009). L'étude qualitative de Ball (2009), réalisée en Colombie-Britannique auprès de plusieurs pères autochtones de différentes nations, visait à comprendre les expériences des pères autochtones dans divers contextes de la vie. Les pères de cette étude ont mentionné qu'il y avait une interruption intergénérationnelle de la transmission du rôle de père. Cette interruption s'expliquait par le fait que les pères n'avaient pas eu de modèle masculin durant leur enfance parce qu'ils étaient dans des pensionnats autochtones (Ball, 2009). Afin d'en apprendre plus sur leur rôle parental, ces pères regardaient des comédies ou même des programmes de rénovation de maison à la télévision qui montraient un « modèle de père » (Ball, 2009). Offrir aux hommes plus d'activités de groupe qui leur présenteraient un modèle masculin pourrait augmenter la participation des hommes dans les ressources. En effet, il a été confirmé dans l'étude de Reilly et Rees (2018) que la présence de plusieurs pères dans les ressources créait une interaction entre eux et ces pères pouvaient alors

partager des connaissances parentales. Grâce à ces interactions, les pères éprouvaient un sentiment de sécurité, car ils ne se sentaient pas jugés (Reilly et Rees, 2018). Les programmes de parentalité répondant aux valeurs et aux besoins des pères pourraient être plus attrayants et encourager la participation des hommes (Reilly et Rees, 2018). Donc, les ressources avec des endroits conviviaux, où les hommes peuvent s'exprimer librement et sans jugement de leurs pairs, pourraient redoubler l'intérêt des pères et conforter leur volonté de participer à diverses activités.

La présence masculine dans les programmes est un élément clé pour garantir la participation des hommes (Reilly et Rees, 2018). Les ressources de la communauté de Pessamit sont principalement composées de professionnels de la santé de sexe féminin, ce qui pourrait expliquer la participation moindre des hommes. Le nombre limité d'hommes comme intervenants pourrait dissuader les pères de s'engager dans les ressources. En outre, la présence d'hommes au sein des professionnels de la santé fournit un modèle masculin aux pères qui peuvent facilement s'identifier à eux dans les ressources (Reilly et Rees, 2018). En plus, la participation des pères est d'autant plus grande que les professionnels sont des autochtones, car ces intervenants comprennent ce qu'ils vivent (Ball, 2009). Selon la métasynthèse de la littérature qualitative de Reilly (2021), qui avait pour but de promouvoir une meilleure connaissance des expériences, des défis et des facilitateurs des pères de Premières Nations, les ressources offrant un espace sécuritaire et positif aux pères avec leurs enfants pouvaient accroître leur sentiment d'autonomie et consolider leur identité masculine. Il serait intéressant que le Centre de santé recrute des hommes pour travailler dans les ressources. Ces hommes pourraient être des professionnels de la santé ou même des pairs aidants afin que les pères s'identifient à eux et participent aux ressources. À plus long terme, la promotion des différentes professions d'intervenants auprès des adolescents et des jeunes adultes pourrait stimuler leur intérêt et augmenter la présence des hommes dans les ressources. Ces différents éléments pourraient encourager les pères à participer aux ressources puisqu'ils pourront les considérer culturellement sécuritaires et acceptables. Les pères pourront créer des liens de confiance plus facilement puisqu'ils auront un sentiment d'appartenance à un groupe et qu'ils s'identifieront à un modèle masculin. Un sentiment d'*empowerment* sera aussi créé, car ils pourront identifier leurs forces parentales.

Dans les ressources, la culture est également importante pour les pères (Reilly, 2021). Les ressources de Pessamit intéressent probablement moins les pères parce qu'on n'y offre pas assez

d'activités culturelles qui attirent les hommes telles que la chasse ou la nature. Lorsque l'étudiante-chercheuse posait des questions reliées aux ressources, les pères semblaient intéressés à y participer si elles proposaient des activités extérieures avec leur enfant. En effet, l'étude de Ball (2009) a expliqué que les pères appréciaient les ressources destinées aux hommes et à leurs enfants, car ils pouvaient apprendre plus sur leur culture et notamment partager leurs connaissances et la langue autochtone avec leurs enfants. Les pères sont aussi portés à transmettre leurs valeurs à leurs enfants par la tradition orale (Reilly, 2021). Cette transmission orale aide les enfants à apprendre la langue et la culture autochtones. Dans l'étude d'Hare (2012), les pères transmettaient leurs connaissances par la danse autochtone (pow-wow), des chansons et des histoires autochtones. L'aspect culturel dans les services permet donc de renforcer le rôle de père en créant de l'*empowerment* (Reilly, 2021). Les ressources de Pessamit si elles incluaient davantage d'activités culturelles pourraient répondre aux besoins des pères. L'étude de Ball (2010) expliquait de plus que des activités interactives entre pères et enfants faisaient oublier les traumatismes que certains pères avaient subis dans les pensionnats autochtones.

Non seulement les ressources devraient attirer plus d'hommes, mais elles pourraient inclure davantage les autres membres de la famille tels que les grands-parents. En réalité, les ressources dédiées aux familles avec des enfants de 0-5 ans semblent concernées principalement les mères et leurs enfants. Une approche plus globale dans les programmes pourrait être bénéfique pour toute la famille si celle-ci est impliquée dans l'éducation des enfants (mères, pères, oncles, tantes, frères, sœurs, grands-parents) (Campbell et al., 2018; Reilly et Rees, 2018) . L'étude qualitative de McCalman et al. (2015) visait à comprendre le programme *Baby One Basket* qui soutenait les mères autochtones pendant leur grossesse et la période post-partum à Cape York en Australie. Les professionnels de la santé ont relaté que l'éducation auprès des familles ne s'adressait pas seulement à la mère, mais également aux autres membres de la famille qui s'impliquaient dans l'éducation de l'enfant (McCalman et al., 2015). Les familles étaient encouragées à partager à d'autres parents autochtones les expériences qu'elles avaient acquises dans le cadre de ce programme. Les expériences positives des parents augmentaient la participation des autres familles à ce programme (McCalman et al., 2015). La famille élargie étant importante pour les autochtones, la promotion de la participation de personnes autres que les parents pourrait augmenter l'engagement des familles dans les ressources de Pessamit.

## **Les enjeux plus larges**

Les parents ont parlé d'autres facteurs qui pourraient indirectement expliquer la non-participation aux ressources tels que l'insuffisance des ressources financières et structurelles ainsi que le manque de personnel.

### ***Le manque de ressources financières***

Le manque de ressources financières s'explique par l'arrêt de financement pour d'un programme en particulier ou le manque de financement en général. Un participant a rapporté que le manque de financement ne permettait pas à la communauté de Pessamit de créer des programmes. En effet, le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale ne sont pas offerts dans la communauté de Pessamit (Halseth et Greenwood, 2019). Dans l'étude de Grace et Trudgett (2012), les intervenants autochtones ont affirmé que plusieurs ressources contribuaient au développement des enfants mais que le financement de ces ressources n'était pas suffisant pour assurer leur continuité. Le manque de ressources financières influence le développement de l'enfant indirectement, puisque si la ressource n'existe pas, les enfants et les familles ne pourront pas en bénéficier. Une revue systématique, celle de Gibson et al. (2015), avait pour but de connaître les facilitateurs et les barrières pour ce qui est de la possibilité d'offrir aux autochtones des interventions en maladies chroniques. Les auteurs ont relevé que plusieurs sources de financement contribuaient à l'offre d'interventions. L'étude quantitative descriptive de Bailie et al. (2017), qui avait pour but d'identifier des stratégies pour améliorer l'accès aux soins d'autochtones d'Australie, vient également appuyer ces propos. Les intervenants ont affirmé que l'augmentation du financement aiderait à assurer un meilleur suivi auprès des autochtones, car ils pourraient les rencontrer pour leurs problèmes de santé (Bailie et al., 2017). L'étude qualitative de Green et al. (2020) visait à comprendre les points de vue des intervenants sur la collaboration dans les différents services dédiés aux familles avec des enfants qui ont un handicap. Ces auteurs ont expliqué que le manque de financement par le gouvernement influençait la planification des services pour l'avenir. Ces différentes études démontrent que le financement des ressources est essentiel pour promouvoir la santé et le développement des enfants autochtones.

### *Le manque de personnel et de ressources structurelles*

Un manque de personnel et de locaux a été rapporté par un père expliquait dont l'enfant de deux ans était toujours dans le groupe de poupons (1 an et moins) au CPE. Ce manque de personnel et de locaux peut aussi s'expliquer en partie par le manque de financement. Tout d'abord, la littérature montre que le roulement de personnel est un problème aigu dans les communautés autochtones. Dans l'étude de Bailie et al. (2017), les auteurs avaient identifié le roulement de personnel comme étant une barrière à la participation aux ressources. Une rétention du personnel était nécessaire pour assurer et maintenir des liens de confiance entre la communauté et les services de santé (Bailie et al., 2017). La littérature narrative de Fazelipour et Cunningham (2019) consistait à catégoriser les barrières et les facilitateurs à la suite d'interventions brèves afin de changer les comportements à risque des populations autochtones en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada. Les auteurs ont également désigné le roulement de personnel comme un facteur qui affectait la relation des autochtones et des intervenants, un manque de confiance étant rapporté par les autochtones (Fazelipour et Cunningham, 2019).

Le manque de personnel est connu dans les services de la communauté de Pessamit. En effet, un participant a expliqué que le Centre de santé avait mis en place un programme pour la prévention du suicide à l'école, mais qu'il n'y avait pas eu de personnel pour intervenir. Non seulement le roulement et la rétention du personnel constituent des problèmes dans les communautés, mais le recrutement du personnel est un problème connu dans la littérature. Une analyse documentaire canadienne, réalisée par les auteurs Kulig et al. (2015), a permis de décrire le problème de recrutement d'infirmières dans les régions éloignées. L'étude de Stout et Harp (2009) résume les programmes existants en matière de santé maternelle et infantile dans les communautés des Premières Nations et des Inuits au Canada; les auteurs mentionnent que le recrutement de personnel est difficile et se fait souvent auprès de professionnels de la santé à l'extérieur des communautés autochtones. Un recrutement de personnel dans les communautés autochtones pourrait être bénéfique pour les ressources. En effet, selon les études de Bailie et al. (2017) et de Gibson et al. (2015), les intervenants issus des Premières Nations augmentent l'engagement des autochtones dans les ressources. La présence d'intervenants autochtones crée une atmosphère amicale et relaxante pour les patients (Bailie et al., 2017; Gibson et al., 2015). De

plus, les patients éprouvent un sentiment de confiance et de respect. Donc, la présence de professionnels autochtones assure une sécurisation culturelle (Gibson et al., 2015).

Pour recruter du personnel, l'article de Kulig et al. (2015) propose quelques telles que des bourses d'études aux jeunes intéressés par la profession, un soutien des nouveaux infirmiers lors de leur transition en milieu rural ou des initiatives de l'employeur pour améliorer la qualité de vie. Quelques stratégies pourraient s'appliquer au recrutement de personnes autochtones. En effet, la revue de Wakerman et al. (2019) consistait à faire une synthèse des stratégies visant à favoriser la rétention du personnel dans les communautés autochtones en Australie; les auteurs ont mentionné qu'un soutien financier pourrait être fourni aux étudiants autochtones. De plus, les universités devraient prioriser les personnes autochtones souhaitant devenir des professionnels de la santé (Wakerman et al., 2019). Cette stratégie rejoint l'appel à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2012a) qui réclame « un financement adéquat pour remédier à l'insuffisance des places disponibles pour les élèves des Premières Nations qui souhaitent poursuivre des études postsecondaires ». Dans cette même optique, les auteurs Curtis et al. (2012) ont réalisé une revue de littérature pour identifier les meilleures pratiques de recrutement auprès de la population Maori en Nouvelle-Zélande dans les programmes de santé tertiaires Cette revue de littérature suggère que, si à l'école secondaire, on présente très tôt aux adolescents autochtones des emplois en santé, on favoriserait leur intérêt à étudier dans ce domaine. Les adolescents sont également invités à visiter les milieux de santé afin d'avoir un avant-goût de la profession (Curtis et al., 2012). Ces stratégies pourraient aider au recrutement du personnel. D'ailleurs, des professionnels autochtones de la communauté créeraient une stabilité dans le Centre de santé et un environnement sécuritaire pour la clientèle puisque ces intervenants connaissent la culture et la langue. Ces recherches appuient l'appel à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2012a) qui recommande « de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé ».

### ***L'importance de la formation professionnelle***

Le manque de personnel dans une communauté peut conduire à l'embauche de personnel non qualifié. La formation inadéquate ou le manque de formation continue des intervenants ont été soulignés par quelques participants. Les familles utilisant les ressources pourraient considérer les

services culturellement non sécurisants et non acceptables. En effet, les patients peuvent être insatisfaits des interventions si les intervenants n'ont pas des connaissances ou des compétences professionnelles mises à jour. Ce besoin d'avoir plus de professionnels qualifiés est relevé dans l'étude de Stout et Harp (2009). Le problème du manque de personnel qui soit qualifié ou qui suive une formation continue a également été soulevé dans l'étude d'Habjan et al. (2012) qui avait but d'explorer les expériences en matière de soutien social et sanitaire vécues par des membres de 13 nations autochtones en Ontario. Selon les participants de l'étude d'Habjan et al. (2012), le manque d'éducation du personnel a un impact sur les services offerts dans les communautés autochtones. Donc, une formation adéquate des professionnels permettrait aux membres des communautés autochtones de bénéficier d'interventions répondant à leurs besoins (Habjan et al., 2012; Stout et Harp, 2009). De plus, la formation du personnel lui donne un sentiment de compétence et renforce l'autonomisation des soins dans les communautés autochtones (Habjan et al., 2012). La formation des professionnels semble donc très importante pour que les autochtones aient confiance dans les services offerts dans la communauté. De plus, sans un financement adéquat, les ressources ne peuvent répondre aux besoins des familles autochtones.

### ***La relation de confiance avec les professionnels de la santé dans les ressources externes***

Les parents ayant eu recours à des professionnels à l'extérieur de la communauté ont identifié comme barrières le temps du déplacement et le fait que les professionnels de la santé étaient non autochtones. Dans l'étude d'Hare (2012), les participants ont expliqué que des problèmes de confiance dans les intervenants pouvaient influencer leur engagement dans les ressources. Ces familles ont rapporté que les intervenants issus des Premières Nations favorisaient une relation de confiance (Hare, 2012). De plus, les intervenants devraient être respectueux envers les familles pour s'assurer de leur engagement dans les ressources à l'extérieur de la communauté. Ce point a été rapporté dans l'étude de Wright et al. (2019b) où les mères souhaitaient que les ressources en milieu urbain offrent un environnement chaleureux, mais également qu'elles intègrent la culture autochtone dans leurs services. Ces mères ont remarqué que la culture autochtone était ignorée et elles ont considéré cette méconnaissance comme une forme de racisme. Le sentiment de dévalorisation a été rapporté chez ces mères autochtones (Wright et al., 2019b). Sachant que les intervenants à l'extérieur de la communauté de Pessamit sont tous non autochtones,

il est important que ces professionnels créent un environnement accueillant et chaleureux pour que les familles ne se sentent pas jugées lorsqu'elles utilisent ces ressources externes.

### ***Le respect des valeurs et de la culture autochtones***

Le racisme perçu par les autochtones éveille une méfiance envers les ressources (Reading, 2013). L'étude qualitative descriptive de Tremblay et al. (2021) réalisée auprès de la communauté de Manawan au Québec avait pour but d'identifier les facilitateurs et les obstacles dans les soins de santé chez les Atikamekw. Les participants ayant utilisé des ressources à l'extérieur de la communauté avaient vécu du racisme et de la discrimination. Ces mauvaises expériences engendraient une méfiance et ces personnes évitaient d'utiliser les ressources à l'extérieur de la communauté (Tremblay et al., 2021). Dans la présente étude, une mère avait été en froid avec une spécialiste à l'extérieur de la communauté de Pessamit parce que l'intervenante ne voulait pas qu'elle échange en langue innue avec son enfant. Cette mère avait senti un non-respect de la langue innue et une atteinte à ses valeurs autochtones. Selon le concept d'acceptabilité de Sekhon et al. (2017), la spécialiste et les ressources ne répondaient pas aux besoins de cette mère. La mère a vraiment senti qu'on ne la respectait pas et le comportement de cette spécialiste rendait la ressource inacceptable selon les composantes « attitude affective » et « éthique » (Sekhon et al., 2017). Afin que les ressources à l'extérieur de la communauté soient plus acceptables, il est important qu'elles inspirent un sentiment de confiance aux familles qui y participent. Ces ressources répondraient alors aux besoins et aux valeurs des familles et les parents verraient des résultats positifs sur la santé de leur enfant (Sekhon et al., 2017). Un investissement pour augmenter la présence de spécialistes dans la communauté pourrait être pertinent, ainsi les familles n'auraient plus à aller à l'extérieur de la communauté pour recevoir des soins et des services spécialisés.

### **Les recommandations proposées pour promouvoir la participation et l'engagement des familles dans les ressources à Pessamit**

À la suite des résultats obtenus dans la recherche, quelques-unes des recommandations proposées par les participants pour renforcer la participation et l'engagement des familles ont été retenues et résumées ci-dessous :

1. Créer une table de concertation entre les différents secteurs pour les familles avec des enfants de 0-5 ans

2. Augmenter la visibilité des ressources à l'aide de différents moyens de communication (affiches, réseaux sociaux, journal, site *web*, radio de Pessamit)
3. Offrir plus d'activités extérieures destinées aux enfants de 0-5 ans en compagnie de leur père
4. Offrir plus d'activités qui incluent la culture et la langue innue
5. Augmenter le recrutement d'intervenants autochtones
6. Promouvoir le Centre Uatik-U comme un endroit convivial et chaleureux pour les familles
7. Offrir des horaires plus flexibles
8. Créer des capsules vidéo en lien avec la parentalité
9. Créer des moyens pour faire connaître les opinions et les plaintes des familles sur les divers services

Les recommandations faites par les parents rejoignent quelques suggestions relevées dans les écrits scientifiques.

La table de concertation pour la petite enfance a été proposée par un père. Il existe une table de concertation dans la communauté, mais elle est axée sur les saines habitudes de vie à Pessamit. En plus de s'inspirer de cette table de concertation, le Centre de santé pourrait s'inspirer des différentes tables de concertation au Québec. La table de concertation 0-5 ans du quartier Côte-des-Neiges à Montréal, un quartier défavorisé avec une population d'origines diverses, pourrait servir d'exemple (Arrondissement.com, 2018). Cette table poursuit plusieurs objectifs comme soutenir les compétences parentales, améliorer l'accès aux services pour les familles en contexte de vulnérabilité et assurer le développement de l'enfant. Les responsables ont pensé plusieurs projets qui tenaient compte de la diversité des familles. Un projet intéressant avait pour but d'améliorer les services spécifiquement destinés aux pères en leur proposant des activités avec leurs enfants de 0-5 ans. Ce projet est un exemple d'une activité qui cible les pères pour renforcer leurs compétences parentales. Donc, une table de concertation pour la petite enfance à Pessamit pourrait concevoir des projets selon les besoins et les préférences des familles dans la communauté. Elle pourrait également donner un pouvoir aux familles puisque celles-ci pourraient exprimer leurs inquiétudes, leurs besoins et leurs opinions sur les projets à venir ainsi que sur les différentes ressources offertes par la communauté.

Une des raisons pour laquelle un père de la présente étude souhaitait création d'une table de concertation pour la petite enfance à Pessamit était le manque de communication entre le secteur de la santé et celui des services sociaux. L'étude de Green et al. (2020) visant à comprendre les points de vue des intervenants sur la collaboration entre les différents secteurs pour assurer des services aux enfants avec un handicap en Australie, confirme le bien-fondé de la proposition de ce père. Effectivement, la collaboration est primordiale pour l'implantation de programmes. Les auteurs soulignent l'importance pour les différents secteurs de ne pas travailler en vase clos, mais plutôt d'avoir une compréhension mutuelle (Green et al., 2020). Le travail en vase clos des intervenants impliqués dans les ressources pour la petite enfance et dans les écoles avait un impact négatif sur la coordination des projets et sur la communication puisque certains secteurs (santé, éducation et social) n'étaient pas informés des projets en cours dans d'autres secteurs (Green et al., 2020). La table de concertation prend alors tout son sens puisqu'elle pourrait servir à coordonner des programmes selon les financements alloués par le gouvernement fédéral. Depuis la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2012a), plusieurs actions ont été proposées, dont l'élaboration de programmes destinés à la petite enfance adaptés à la culture autochtone et aux besoins des familles ainsi qu'un financement à plus long terme des centres de santé dans les communautés autochtones.

Les parents de Pessamit ont souligné que les ressources n'étaient pas assez visibles pour la population et ils proposaient de faire de la publicité par divers moyens (affiches, réseaux sociaux). Par exemple, le Centre Uatik-U n'était pas bien connu des familles. Les parents de l'étude de Ball et Lewis (2014) déploraient eux aussi le manque d'information sur des programmes déjà existants destinés aux enfants dans la communauté. Une autre étude, celle d'Heaman et al. (2015), appuie également les propos des parents de Pessamit. Les mères ayant utilisé le *Prenatal Care* ont suggéré de faire la promotion des ressources par des sites Internet, par le cellulaire ou par des feuillets afin d'informer les familles sur l'importance de ces ressources (Heaman et al., 2015). En plus de compter sur les professionnels de la santé pour transmettre l'information, les participants de la présente étude ont mentionné divers modes de communication tels que des affiches dans les endroits publics (dépanneur, centre de santé, CPE, restaurants), de la publicité sur le site *web*, la page *Facebook*, le journal et la radio de Pessamit.

Un lieu convivial et chaleureux où les familles pourraient échanger entre elles et où les enfants pourraient faire des activités était souhaité par quelques parents. Ceci désir se justifie, car l'article de Kitson et Bowes (2010) dit qu'un environnement convivial dans les centres destinés à la petite enfance pourrait encourager davantage la participation des parents aux ressources. De plus, un lieu de rassemblement des familles brise l'isolement et donne l'occasion de se créer des liens sociaux. À Pessamit, il existe un centre communautaire, le Centre Uatik-U, pour les familles avec des enfants de 0-5 ans et la promotion de ce centre serait bénéfique pour les parents avec des enfants de 0-5 ans. En outre, le Centre Uatik-U offre des activités qui intègrent la langue et la culture innues. L'intégration de la culture et de la langue innues était un facteur facilitant cité par les parents. Les auteurs Kitson et Bowes (2010) confirment la pertinence de leurs propos en mentionnant que des connaissances autochtones dans les services rendent les ressources attrayantes et accessibles pour les familles autochtones.

Quelques parents ont rapporté que les ressources n'offraient pas assez d'activités extérieures pour les enfants de 0-5 ans. Selon l'étude de Grace et Trudgett (2012), ces activités conviennent plus aux jeunes de 0-5 ans puisque les enfants peuvent s'exprimer et bouger. D'après les mêmes auteurs, les activités axées sur la culture comme la lecture, la musique et de la danse autochtones pourraient faciliter la participation des familles dans les ressources. Des activités comme la chasse, la pêche et autres activités en lien avec la nature correspondent mieux aux besoins des pères (Ball, 2009). Il serait donc intéressant de créer des activités extérieures autant pour l'été que pour l'hiver. Ces activités pourraient compter des éléments culturels et faire appel à des intervenants masculins pour que les hommes y participent. La communauté de Pessamit possède un vaste territoire et le Papinachois est une terre patrimoniale où les Innus peuvent aller pêcher. Il pourrait être intéressant de faire des activités au Papinachois avec les familles. De plus, la participation des familles à ces ressources pourrait augmenter si les horaires répondaient à leurs réalités familiales. Par exemple, les activités extérieures et intérieures pourraient se dérouler selon un horaire particulier la fin de semaine pour que les familles puissent y participer. Bref, la table de concertation pourrait avoir comme objectif de créer des activités extérieures et de favoriser des milieux chaleureux pour des interactions entre familles.

La création de capsules vidéo sur la parentalité a été proposée par un père comme une ressource. Les capsules vidéo sont un autre moyen de faciliter l'accès à l'information. En effet, les vidéos sont toujours disponibles et les parents peuvent les consulter quand ils le souhaitent selon leurs besoins. De plus, les parents seront plus enclins à utiliser ce type de ressource puisqu'il promeut le développement et le bien-être de leur enfant. La communauté de Pessamit pourrait s'inspirer de l'application parentale *EasyPeasy* utilisée par les parents et des enfants âgés de 2 à 5 ans en Angleterre (McKeown, 2019). Cette application donnait des conseils et des idées de jeux simples que les parents pouvaient faire avec leurs enfants. L'application comprenait également des capsules vidéo sur les jeux. Les parents avaient accès à un forum incluant des parents et des professionnels (McKeown, 2019). Ils pouvaient partager leurs préoccupations, leurs questionnements et leurs apprentissages. Après seulement 10 semaines, cette application a donné des résultats significatifs : une meilleure autorégulation cognitive des enfants ainsi qu'un meilleur sentiment de contrôle parental (McKeown, 2019). Cette application semble donc aider les familles. En contexte de pandémie, il serait peut-être intéressant de s'inspirer de cette application et de l'adapter aux besoins des familles autochtones en la rendant disponible en innu. De plus, la création de vidéos en lien avec la parentalité pourrait être facile d'accès et disponible en tout temps pour des parents qui veulent en savoir plus sur le rôle parental.

La dernière recommandation concerne la mise en place d'un mécanisme pour que les familles puissent communiquer leurs plaintes, leurs opinions et leur satisfaction aux différentes ressources. Pour l'instant, le processus de traitement des plaintes est informel. La clientèle peut être redirigée vers la direction du Centre de la santé au besoin, mais il n'existe pas de mécanisme de gestion des plaintes. Le Conseil de bande des Innus de Pessamit travaille à enclencher une procédure officielle. Des formulaires de plaintes pourront aider à déterminer si les ressources répondent aux besoins des familles et, s'il y a lieu, à apporter des changements dans les ressources. De façon anonyme, les familles pourront écrire des commentaires positifs ou des points à améliorer. Par la suite, un ou des représentants des familles pourront faire part des commentaires à la table de concertation.

## Les retombées générales de l'étude

Cette section s'ajoute à la partie sur les retombées de l'étude présentées dans la section précédente. L'étude ne portait pas spécifiquement sur les infirmières et les participant(e)s n'ont pas directement discuté des soins ou des ressources en lien avec les infirmières, mais des points pertinents ont été retenus pour la pratique et la formation infirmières. Les résultats ont montré qu'on devait apporter des changements sur les plans structurels et financiers pour faciliter la participation et l'engagement des familles autochtones dans les ressources.

À propos de la pratique infirmière, cette étude met en évidence le rôle important que jouent les infirmières dans la promotion de la santé (Lessard, 2016). Ces professionnelles sont bien placées pour communiquer avec les familles et les informer sur les bénéfices des ressources pour leur santé, et ce, même si elles n'ont pas un problème particulier. Cette promotion de la santé vise à ce que l'individu ait un meilleur contrôle de sa santé et qu'il l'améliore (Gouvernement du Canada, 2017).

De plus, les infirmières jouent souvent un rôle direct dans les ressources des communautés. Par exemple, à Pessamit, les infirmières sont impliquées dans le PAPPN. Dans l'approche infirmière, la collaboration et l'*empowerment* sont des concepts clés qui peuvent renforcer l'engagement et la participation des familles dans les ressources. Cette collaboration continue entraînera le partage d'informations et de connaissances et par la suite l'individu pourra utiliser ses nouvelles connaissances pour les appliquer dans son quotidien (Ninacs, 2008). L'infirmière peut s'assurer que les interventions répondent aux besoins des familles et que les compétences parentales sont renforcées. Elle peut aussi accroître l'engagement des familles en utilisant leur langue maternelle (ex. Innu à Pessamit) et en intégrant leur culture dans les soins et les activités (ex. conseils de nutrition en lien avec les aliments traditionnels). L'infirmière souligne les forces des parents pour que ceux-ci réalisent combien gratifiante est l'éducation d'un enfant (le sentiment de fierté d'être présent à leur enfant, de le voir grandir et évoluer). Elle s'assure également d'avoir une relation de confiance avec les familles afin de créer un espace sans tension pour que les parents puissent exprimer leurs besoins ou leurs insatisfactions concernant les ressources.

En matière de formation, les professionnels de la santé, y compris les infirmières, œuvrant à l'extérieur de la communauté devraient avoir une formation qui porterait sur la sensibilisation à aux réalités autochtones, mais également sur la sécurisation culturelle afin de bien interagir avec

les autochtones. Les familles interrogées pour cette étude disaient être souvent envoyées à des spécialistes à l'extérieur de la communauté. Selon les expériences des participants, il semble que les intervenants ne sont pas bien formés pour intervenir auprès des familles autochtones. La formation sur la sécurisation culturelle est essentielle pour créer une relation de confiance entre les patients et les intervenants (Brooks-Cleator et al., 2018). Cette relation de confiance est fondée sur le respect de la culture et des valeurs autochtones ainsi que sur une compréhension du contexte historique (Brooks-Cleator et al., 2018). L'environnement où l'intervention se réalise doit être sans jugement, sans racisme, sans discrimination et sans stéréotypes et un partage de pouvoir devrait se faire. Pour souligner l'*empowerment* des patients, les professionnels devraient également reconnaître leurs points forts comme la fierté, le progrès de leurs enfants ou les défis relevés (ex. la monoparentalité). Pour une meilleure formation sur la sécurisation culturelle, les infirmières pourraient prendre des cours en ligne (ex. la formation de sensibilisation aux réalités autochtones disponible sur l'environnement d'apprentissage numérique) ou choisir des formations expérientielles (ex. visite d'un centre d'amitié, collaboration dans un projet avec un membre de Premières Nations) (Gouvernement du Québec, 2021).

Enfin, l'étude met en lumière les problèmes structurels et financiers sous-jacents qui représentent des barrières d'accès aux ressources pour les populations autochtones. Pour des changements structurels et financiers, des actions au niveau des décideurs sont nécessaires. Un plus grand investissement financier dans les ressources permettrait d'augmenter les services et le personnel dans les communautés autochtones. La promotion des carrières dans le domaine de la santé auprès des adolescents autochtones semble essentielle si on veut augmenter le personnel issu des Premières Nations. Selon Curtis et al. (2012), il est important de parler des professions de la santé à l'école secondaire et de permettre aux adolescents de visiter les milieux de santé pour voir le travail des professionnels. Des initiatives financières comme des bourses pourraient inciter les autochtones à étudier dans le domaine de la santé (Kulig et al., 2015; Wakerman et al., 2019). De plus, le recrutement de personnel masculin serait également important pour renforcer la participation des pères autochtones dans les ressources (Ball, 2009; Reilly et Rees, 2018).

## **Les futures recherches**

Pour la recherche, cette étude apporte des éléments intéressants sur la participation des familles dans les ressources. D'autres recherches plus approfondies devraient être réalisées, surtout avec les pères afin de connaître davantage les approches à privilégier pour favoriser l'engagement des hommes autochtones dans les ressources. Des études réalisées auprès des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité seraient également pertinentes étant donné que ce projet de recherche les excluait. Il pourrait être aussi intéressant de réaliser des études auprès de la famille élargie, car seulement un participant (grand-père) venait de la famille élargie.

Cette étude pourrait inspirer pour les futures recherches avec les communautés autochtones puisque cette expérience a été positive et fructueuse pour la communauté autochtone et pour l'étudiante-chercheuse. Plusieurs conseils tirés de cette expérience pourraient être considérés comme l'importance de passer du temps dans la communauté pour créer une relation de confiance, la nécessité de connaître les préoccupations de la communauté et d'avoir une communication régulière avec une ou des personnes de la communauté.

## **Les forces et les limites**

Quelques forces de cette étude ont été relevées. La première force était la relation de confiance entre l'étudiante-chercheuse et l'infirmière-ressource de la communauté de Pessamit. Cette relation a permis à l'étudiante-chercheuse non seulement de réaliser cette étude, mais également de s'intégrer dans la communauté et de parler avec différents professionnels et des parents. La deuxième force était la composition de l'échantillon. Contrairement à d'autres études, un nombre important d'hommes (40%) a participé. Les études portant sur les parents autochtones ont majoritairement un échantillon composé uniquement de mères. Quelques études se font auprès des pères autochtones, mais elles sont plus axées sur l'expérience de parentalité et moins en lien avec les ressources pour les enfants de 0-5 ans. La troisième force portait sur le choix de la problématique qui a été élaborée en fonction des propos des professionnels de la santé de la communauté de Pessamit. Cette force montre la pertinence et l'importance de la problématique qui a produit des retombées utiles à la communauté. Ces retombées représentent la dernière force de l'étude. Les résultats de l'étude ont permis de faire des recommandations répondant aux besoins

des professionnels et donc, de contribuer à la promotion des ressources pour que les familles participent dans les services.

Toutefois, quelques limites de l'étude ont été soulignées. La première limite porte sur l'échantillon qui comprend presque uniquement des parents sauf un grand-père. Il aurait été bien d'avoir d'autres membres de la famille puisqu'on sait que la parentalité pour les autochtones n'inclut pas seulement le père et la mère. La famille éloignée peut s'impliquer énormément dans l'éducation des enfants autochtones. Une grande diversité de l'échantillon aurait permis d'avoir peut-être une vision différente de l'utilisation des ressources dans la communauté. Le fait qu'une bonne partie des participants avait un emploi et un niveau d'éducation élevé constitue la deuxième limite. De plus, les participants étaient bien entourés par leurs proches et ne semblaient pas vivre dans un contexte de vulnérabilité (isolement, problèmes sociaux). L'échantillon donc ne représente pas des personnes vivant dans un contexte de vulnérabilité. La dernière limite, c'était la pandémie qui a limité le recrutement des participants et la collecte de données. Dans un contexte de pandémie, l'étudiante-chercheuse ne pouvait pas passer beaucoup de temps dans la communauté et donc le temps de solliciter directement les parents pour participer à la recherche était limité. Elle n'a également pu faire de suivis et d'observations afin d'enrichir les données. Différents moyens ont été utilisés pour réaliser les entrevues individuelles. Les participants avaient le choix de faire les entretiens par téléphone, en personne ou par Zoom. Les entrevues par Zoom et par téléphone n'étaient peut-être pas l'idéal puisque le lien entre le participant et l'étudiante-chercheuse était différent de celui qu'on peut établir en personne.

## **Conclusion**

Les expériences vécues par les familles autochtones dans les ressources destinées aux enfants de 0-5 ans sont un sujet peu étudié au Québec. Cette étude visait à explorer les barrières et les facilitants concernant la participation et l'engagement des familles avec des enfants 0-5 ans dans les ressources de la communauté de Pessamit.

Les nouvelles connaissances acquises sur ce sujet ont permis de mieux comprendre les réalités des autochtones et leur conception des ressources. Les parents de la communauté de Pessamit souhaitent le bien-être de leur enfant et veulent aussi être de bons parents. Il n'est pas rare que les familles aillent chercher de l'aide auprès de la famille élargie pour des conseils de parentalité. Toutefois, les ressources de la communauté de Pessamit ne sont pas utilisées à leur plein potentiel par les familles.

Les résultats de cette étude viennent également corroborer certains résultats rapportés dans les écrits scientifiques. Ils pourront aider à mieux répondre aux besoins des familles autochtones dans les soins de santé autant dans les communautés que dans les milieux urbains. Dans une autre perspective, ces résultats pourraient contribuer à la réconciliation avec les autochtones en sensibilisant les professionnels de la santé aux obstacles et aux facilitants vécus par les familles autochtones.

Il est important de faire plus de recherches avec les communautés autochtones pour faire avancer le processus de réconciliation avec les autochtones. Ces recherches seront bénéfiques pour les communautés autochtones puisqu'elles contribueront à leur donner plus d'autonomie dans les ressources et à améliorer leur santé et leur bien-être.

## Références

- Adelson, N. (2005, Mar-Apr). The embodiment of inequity: health disparities in aboriginal Canada. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique*, 96 Suppl 2(Suppl 2), S45-S61. <https://doi.org/10.1007/BF03403702>
- Agir tôt. (2019). *Agir en petite enfance* <http://agirtot.org/thematiques/agir-en-petite-enfance/agir-en-petite-enfance/>
- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment : The Role of Racism in the Health and Well-Being of Indigenous Peoples in Canada*. Institut Wellesley. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Arrondissement.com. (2018). *Vie de quartier: Table de concertation et de quartier* [https://www.arrondissement.com/cdn\\_ndg/s204-table-concertation-quartier/](https://www.arrondissement.com/cdn_ndg/s204-table-concertation-quartier/)
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador* <https://cerpe.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/29/2016/08/Protocole-de-recherche-des-Premieres-Nations-au-Quebec-Labrador-2014.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. (2009 ). *Compétence culturelle et sécurité culturelle en enseignement infirmier des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FrenchFinalReviewofliterature.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Les soins infirmiers adaptés à la santé autochtone et la santé des Autochtones : Fixer le cap d'une orientation stratégique pour les soins infirmiers au Canada*. [https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/aboriginal\\_nursing-charting\\_policy\\_direction\\_for\\_nursing\\_in\\_canada\\_f.pdf?la=fr&hash=4EF65A820EC789A8CFFFC84652CD3D96D93609F6](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/aboriginal_nursing-charting_policy_direction_for_nursing_in_canada_f.pdf?la=fr&hash=4EF65A820EC789A8CFFFC84652CD3D96D93609F6)
- Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé*. <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-FR.pdf>
- Bailie, J., Matthews, V., Laycock, A., Schultz, R., Burgess, C. P., Peiris, D., Larkins, S. et Bailie, R. (2017, 2017/07/14). Improving preventive health care in Aboriginal and Torres Strait Islander primary care settings. *Globalization and Health*, 13(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0267-z>
- Ball, J. (2009). Fathering in the Shadows: Indigenous Fathers and Canada's Colonial Legacies. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 624(1), 29-48. <https://doi.org/10.1177/0002716209334181>

- Ball, J. (2010). Indigenous fathers' involvement in reconstituting "Circles of care". *American Journal of Community Psychology*, 45(1-2), 124-138. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9293-1>
- Ball, J. et Lewis, M. (2014). First Nations Elders' and parents' views on supporting their children's language development.
- Beavis, A. S., Hojjati, A., Kassam, A., Choudhury, D., Fraser, M., Masching, R. et Nixon, S. A. (2015). What all students in healthcare training programs should learn to increase health equity: perspectives on postcolonialism and the health of Aboriginal Peoples in Canada [Historical Article]. *BMC Medical Education*, 15, 155. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0442-y>
- Blanchet Garneau, A. et Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle. *Association de recherche en soins infirmiers*, 4(111), 22-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/rsi.111.0022>
- Bombay, A., Matheson, K. et Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: implications for the concept of historical trauma [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320-338. <https://doi.org/10.1177/1363461513503380>
- Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers*, (120), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0023>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brooks-Cleator, L., Phillipps, B. et Giles, A. (2018, Dec). Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review. *Can J Nurs Res*, 50(4), 202-213. <https://doi.org/10.1177/0844562118770334>
- Campbell, S., McCalman, J., Redman-MacLaren, M., Canuto, K., Vine, K., Sewter, J. et McDonald, M. (2018, 2018/03/24). Implementing the Baby One Program: a qualitative evaluation of family-centred child health promotion in remote Australian Aboriginal communities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1711-7>
- Canales, M. K., Weiner, D., Samos, M., Wampler, N. S., Cunha, A. et Geer, B. (2011). Multi-generational Perspectives on Health, Cancer and Biomedicine : Northeastern Native American Perspectives Shaped by Mistrust. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22, 894-911. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0096>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019). *L'accès aux services de santé comme un déterminant de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>

- Cheah, C. S. L. et Chirkov, V. (2008). Parents' Personal and Cultural Beliefs Regarding Young Children: A Cross-Cultural Study of Aboriginal and Euro-Canadian Mothers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(4), 402-423. <https://doi.org/10.1177/0022022108318130>
- Comité canadien de l'UNICEF. (2009). *La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception*. [https://www.unicef.ca/sites/default/files/imce\\_uploads/UTILITY%20NAV/MEDIA%20C/ENTER/PUBLICATIONS/FRENCH/Pour%20tous%20les%20enfants\\_sans%20exception%2009.pdf](https://www.unicef.ca/sites/default/files/imce_uploads/UTILITY%20NAV/MEDIA%20C/ENTER/PUBLICATIONS/FRENCH/Pour%20tous%20les%20enfants_sans%20exception%2009.pdf)
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2017a). *Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi : Portrait des familles*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/EE05iFrVqIRkvKv#pdfviewer>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2017b). *Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations du Québec : Habiletés parentales*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/EE05iFrVqIRkvKv#pdfviewer>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec - 2015 : Pensionnats autochtones et services de protection de la jeunesse* CSSPNQL. [http://www.cssspnql.com/docs/default-source/ers-phase-3/pensionnats\\_ers\\_phase-3\\_fra.pdf?sfvrsn=2](http://www.cssspnql.com/docs/default-source/ers-phase-3/pensionnats_ers_phase-3_fra.pdf?sfvrsn=2)
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012a). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. [https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels\\_a\\_l>Action\\_French.pdf](https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l>Action_French.pdf)
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2012b). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Rapport intérimaire*. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/cvrc-trcc/IR4-3-1-2012-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/cvrc-trcc/IR4-3-1-2012-fra.pdf)
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Les survivants s'expriment*. [http://www.trc.ca/assets/pdf/French\\_Survivors\\_Speak\\_Web.pdf](http://www.trc.ca/assets/pdf/French_Survivors_Speak_Web.pdf)
- Commission Royale sur les peuples autochtones. (1996). *Un passé, un avenir* <https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>
- Coombes, J., Hunter, K., Mackean, T., Holland, A. J. A., Sullivan, E. et Ivers, R. (2018). Factors that impact access to ongoing health care for First Nation children with a chronic condition [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *BMC Health Services Research*, 18(1), 448. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3263-y>
- Currie, C. L., Copeland, J. L., Metz, G. A., Chief Moon-Riley, K. et Davies, C. M. (2020). Past-Year Racial Discrimination and Allostatic Load Among Indigenous Adults in Canada: The

Role of Cultural Continuity. *Psychosomatic Medicine*, 82(1), 99-107.  
<https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000754>

Curtis, E., Wikaire, E., Stokes, K. et Reid, P. (2012, 2012/03/15). Addressing indigenous health workforce inequities: A literature review exploring 'best' practice for recruitment into tertiary health programmes. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 13.  
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-13>

Dion, J., Hains, J., Ross, A. et Collin-Vezina, D. (2016). Pensionnats autochtones : impact intergénérationnel. *Enfances, Familles, Générations*, 25.  
<https://www.erudit.org/fr/revues/efg/2016-n25-efg03027/1039497ar/>

Eni, R. et Rowe, G. (2011). Understanding parenting in Manitoba First nations: implications for program development. *Family & Community Health*, 34(3), 221-228.  
<https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e3182196095>

Fazelipour, M. et Cunningham, F. (2019, 2019/11/05). Barriers and facilitators to the implementation of brief interventions targeting smoking, nutrition, and physical activity for indigenous populations: a narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1059-2>

First Nations Information Governance Centre. (2018). *National Report of The First Nations Regional Health Survey Phase 3 : Volume 1*. [https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d\\_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf)

Gauthier, B. et Bourgeois, I. (2016). *Recherche sociale, 6e édition: De la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec.

Gerlach, A. J., Browne, A. J. et Greenwood, M. (2017, 11). Engaging Indigenous families in a community-based Indigenous early childhood programme in British Columbia, Canada: A cultural safety perspective. *Health & Social Care in the Community*, 25(6), 1763-1773.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/hsc.12450>

Gibson, O., Lisy, K., Davy, C., Aromataris, E., Kite, E., Lockwood, C., Riitano, D., McBride, K. et Brown, A. (2015, May). Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review [Review]. *Implementation Science*, 10, 11, article n° 71. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0261-x>

Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H. et Burrage, R. L. (2019). The impact of historical trauma on health outcomes for indigenous populations in the USA and Canada: A systematic review. *American Psychologist*, 74(1), 20-35.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000338>

Gouvernement du Canada. (2017). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante->

[publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html](https://www.sac-isc.gc.ca/fr/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html)

Gouvernement du Canada. (2018a). *Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones*. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/apprentissage-jeunes-enfants-autochtones/2018-cadre.html>

Gouvernement du Canada. (2019a). *EPTC 2 (2018) – Chapitre 9 : Recherche impliquant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada*. [https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-eptc2\\_2018\\_chapter9-chapitre9.html](https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-eptc2_2018_chapter9-chapitre9.html)

Gouvernement du Canada. (2019b). *Hommage à Jordan River Anderson*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1583703111205/1583703134432>

Gouvernement du Canada. (2019c). *Projet de loi C-92 : Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/charte-charter/c92.html>

Gouvernement du Canada. (2020a). *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/F-11.73/TexteComplet.html>

Gouvernement du Canada. (2020b). *Principe de Jordan* <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1568396042341/1568396159824>

Gouvernement du Canada. (2020c). *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1572379399301/1572379483050>

Gouvernement du Québec. (2012). *Développement des enfants*. [https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/developpement\\_des\\_enfants/Pages/index.aspx](https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/developpement_des_enfants/Pages/index.aspx)

Gouvernement du Québec. (2019b). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès - Rapport final* <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=2>

[Record #284 is using a reference type undefined in this output style.]

Grace, R. et Trudgett, M. (2012). It's not rocket science: The perspectives of Indigenous early childhood workers on supporting the engagement of Indigenous families in early childhood settings. *Australasian Journal of Early Childhood*, 37(2), 10-18. <https://doi.org/10.1177/183693911203700203>

Gracey, M. et King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet* 374(9683), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)

Green, A., Abbott, P., Lockett, T., Davidson, P. M., Delaney, J., Delaney, P., Gunasekera, H. et DiGiacomo, M. (2020, 2020/05/03). Collaborating across sectors to provide early intervention for Aboriginal and Torres Strait Islander children with disability and their

- families: a qualitative study of provider perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 388-399. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1692798>
- Greenwood, M., de Leeuw, S. et Lindsay, N. (2018, 2018/04/28/). Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet*, 391(10131), 1645-1648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30177-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30177-6)
- Groupe de travail sur la santé autochtone. (2016). *Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts* Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des médecins indigènes du Canada. [https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/\\_PDFs/Communique\\_SystemicRacism\\_FR\\_E.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/_PDFs/Communique_SystemicRacism_FR_E.pdf)
- Guay, C., Grammond, S. et Delisle-L'Heureux, C. (2018). La famille élargie, incontournable chez les Innus. *Service social*, 64(1), 103-118. <https://doi.org/10.7202/1055893ar>
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Ectj*, 29(2), 75.
- Guest, G., Namey, E. et Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PloS one*, 15(5), e0232076.
- Habjan, S., Prince, H. et Kelley, M. L. (2012). Caregiving for Elders in First Nations Communities: Social System Perspective on Barriers and Challenges. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 31(2), 209-222. <https://doi.org/10.1017/S071498081200013X>
- Hackett, C., Feeny, D. et Tompa, E. (2016, Nov). Canada's residential school system: measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. *J Epidemiol Community Health*, 70(11), 1096-1105. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207380>
- Halabi, I. O., Scholtes, B., Voz, B., Gillain, N., Durieux, N., Odero, A., Baumann, M., Ziegler, O., Gagnayre, R., Guillaume, M., Bragard, I. et Pétré, B. (2020, 2020/01/01/). "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 5-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.001>
- Halseth, R. et Greenwood, M. (2019). *Indigenous early childhood development in Canada : Current state of knowledge and future directions*. National Collaboration Centre for Aboriginal Health. <https://www.nccah-ccnsa.ca/docs/health/RPT-ECD-PHAC-Greenwood-Halseth-EN.pdf>
- Hare, J. (2012). 'They tell a story and there's meaning behind that story': Indigenous knowledge and young indigenous children's literacy learning. *Journal of Early Childhood Literacy*, 12(4), 389-414. <https://doi.org/10.1177/1468798411417378>

- Harrison, R. L., Veronneau, J. et Leroux, B. (2012). Effectiveness of Maternal Counseling in Reducing Caries in Cree Children. *Journal of Dental Research*, 91(11), 1032-1037. <https://doi.org/10.1177/0022034512459758>
- Heaman, M. I., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., Tjaden, L., Gregory, P. et Cook, C. (2015). Perceptions of barriers, facilitators and motivators related to use of prenatal care: A qualitative descriptive study of inner-city women in Winnipeg, Canada. *SAGE Open Medicine*, 3, 2050312115621314. <https://doi.org/10.1177/2050312115621314>
- Heart, M. Y. H. B. (2003, 2003/03/01). The Historical Trauma Response Among Natives and Its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1), 7-13. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399988>
- Henderson, W. B. (2006, 2020). *Loi sur les Indiens*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/loi-sur-les-indiens>
- Herk, K. A., Smith, D. et Andrew, C. (2010, Dec-2011 Jan). Identity matters: Aboriginal mothers' experiences of accessing health care. *Contemp Nurse*, 37(1), 57-68. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.1.057>
- Herman, R. (2015). *Approaching Research in Indigenous Settings: Nine Guidelines*. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/fGuCd9fh79f4rsN>
- Hirsch, M. (2011, Winter2011). Self-Determination in Indigenous Health: A Comprehensive Perspective [Article]. *Fourth World Journal*, 10(2), 1-30. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=70555629&lang=fr&site=ehost-live>
- Houlding, C., Schmidt, F., Stern, S. B., Jamieson, J. et Borg, D. (2012, 2012/12/01/). The perceived impact and acceptability of Group Triple P Positive Parenting Program for Aboriginal parents in Canada. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2287-2294. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.001>
- Indigenous corporate training INC. (2015). *21 things you may not have known about the Indian Act*. <https://www.ictinc.ca/blog/21-things-you-may-not-have-known-about-the-indian-act->
- Irvine, J., Kitty, D. et Pেকেles, G. (2012). Healing winds: Aboriginal child and youth health in Canada. *Paediatrics & child health*, 17(7), 363-364. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448534/>
- Kitson, R. et Bowes, J. (2010). Incorporating Indigenous ways of knowing in early education for Indigenous children. *Australasian Journal of Early Childhood*, 35(4), 81-89.
- Kulig, J. C., Kilpatrick, K., Moffitt, P. et Zimmer, L. (2015). Recruitment and retention in rural nursing: It's still an issue. *Nursing Leadership*, 28(2), 40-50.
- Lafrance, J. et Collins, D. (2003). Residential schools and Aboriginal parenting: Voice of parents. <https://www.suicideinfo.ca/resource/siecno-20130875/>

- Lawrence, H. P., Binguis, D., Douglas, J., McKeown, L., Switzer, B., Figueiredo, R. et Laporte, A. (2008). A 2-year community-randomized controlled trial of fluoride varnish to prevent early childhood caries in Aboriginal children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(6), 503-516. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2008.00427.x>
- Leclerc, A.-M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M.-C. et Miquelon, P. (2018). Sécurisation culturelle en santé *Perspective infirmière*, 15(3), 50-53. <https://www.oiiq.org/securisation-culturelle-en-sante-un-concept-emergent>
- Leske, R., Sarmardin, D., Woods, A. et Thorpe, K. (2015). What Works and Why?: Early Childhood Professionals' Perspectives on Effective Early Childhood Education and Care Services for Indigenous Families. *Australasian Journal of Early Childhood*, 40(1), 109-118. <https://doi.org/10.1177/183693911504000114>
- Lessard, J. (2016). Promotion de la santé À nous de jouer. *Perspective infirmière*, 13(2), 31-33. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no02/11-sante-publique.pdf>
- Loppie, S., Reading, C. et de Leeuw, S. (2014). *L'effet du racisme sur les autochtones et ses conséquences*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-AboriginalExperiencesRacismImpacts-Loppie-Reading-deLeeuw-FR.pdf>
- Makarenko, J. (2008). *The Indian Act : Historical Overview* <http://www.mapleleafweb.com/features/the-indian-act-historical-overview>
- Manuel, A. (2018). *Décoloniser le Canada : Cinquante ans de militantisme autochtone*. Écosociété.
- McCalman, J., Heyeres, M., Campbell, S., Bainbridge, R., Chamberlain, C., Strobel, N. et Ruben, A. (2017). Family-centred interventions by primary healthcare services for Indigenous early childhood wellbeing in Australia, Canada, New Zealand and the United States: a systematic scoping review [Review Systematic Review]. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1247-2>
- McCalman, J., Searles, A., Bainbridge, R., Ham, R., Mein, J., Neville, J., Campbell, S. et Tsey, K. (2015, 2015/05/21). Empowering families by engaging and relating Murri way: a grounded theory study of the implementation of the Cape York Baby Basket program. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0543-y>
- McKeown, S. (2019). Social and emotional development is EasyPeasy. *Early Years Educator*, 20(11), 35-37.
- McNally, M. et Martin, D. (2017). La santé des Premières nations, des Inuits et des Métis: les facteurs que doivent envisager les leaders en santé canadiens dans la foulée du rapport de

- la Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 123-128. <https://doi.org/10.1177/0840470417695453>
- Michel, P., Brudon, A., Pomey, M. P., Durieu, I., Baille, N., Schott, A. M., Dadon, I., Saout, C., Kouevi, A., Blanchardon, F., Volta-Paulet, B., Reynaud, Q. et Haesebaert, J. (2020, 2020/02/01/). Approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(1), 51-56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.09.010>
- Miller, J. R. (2012, 2020). *Pensionnats indiens au Canada*. Encyclopédie canadienne. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/pensionnats>
- Munns, A., Toye, C., Hegney, D., Kickett, M., Marriott, R. et Walker, R. (2017). Aboriginal parent support: A partnership approach. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e437-e450. <https://doi.org/10.1111/jocn.13979>
- Mytton, J., Ingram, J., Manns, S. et Thomas, J. (2014). Facilitators and Barriers to Engagement in Parenting Programs: A Qualitative Systematic Review. *Health Education & Behavior*, 41(2), 127-137. <https://doi.org/10.1177/1090198113485755>
- Naderifar, M., Goli, H. et Ghaljaie, F. (2017). Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3), -. <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>
- Nations Unies. (2008). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_fr.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf)
- Nelson, S. E. et Wilson, K. (2018). Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Social Science & Medicine*, 218, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.017>
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Les Presses de l'Université Laval.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. et Hoagwood, K. (2015, 2015/09/01). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Papps, E. et Ramsden, I. (1996). Cultural Safety in Nursing : the New Zealand Experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>

- Paradies, Y. (2016). Colonisation, racism and indigenous health. *Journal of Population Research*, 33(1), 83-96. <https://doi.org/10.1007/s12546-016-9159-y>
- Paradies, Y. (2018). Racism and Indigenous Health *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.86>
- Paradies, Y. et Currie, C. (2018). *Racism hurts : Exploring the health impacts of Anti-Indigenous Racism*. <http://www.icscollaborative.com/webinars/racism-hurts-exploring-the-health-impacts-of-anti-indigenous-racism>
- Poonwassie, A. et Charter, A. (2007, 01/30). An Aboriginal Worldview of Helping: Empowering Approaches. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 35(1). <https://cjcc-ucc.ualgary.ca/article/view/58663>
- Pope, C., Ziebland, S. et Mays, N. (2006). Chapter 7 - Analysing qualitative data. Dans C. Pope et N. Mays (dir.), *Qualitative research in health care* (3<sup>e</sup> éd., p. 63-80).
- Reading, C. (2013). *Comprendre le racisme*. <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=103>
- Reilly, L. (2021). First Nations Men Experiencing Fatherhood. *International Journal of Mens Social and Community Health*, 4(1), e92-e102.
- Reilly, L. et Rees, S. (2018). Fatherhood in Australian Aboriginal and Torres Strait Islander communities: An Examination of Barriers and Opportunities to Strengthen the Male Parenting Role. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 420-430. <https://doi.org/10.1177/1557988317735928>
- Ringer, J. (2017, Jul). Cultural safety and engagement: Keys to improving access to care. *Healthcare Management Forum*, 30(4), 213-217. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/0840470417702473>
- Robert, D. et Gaudet, S. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative*. Les Presses de l'Université d'Ottawa 2018.
- Ross, A., Dion, J., Cantinotti, M., Collin-Vezina, D. et Paquette, L. (2015). Impact of residential schooling and of child abuse on substance use problem in Indigenous Peoples. *Addictive Behaviors*, 51, 182-192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.014>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Sandelowski, M. (2010, Feb). What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>

- Sekhon, M., Cartwright, M. et Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions : an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(88), 1-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.
- Sinclair, N. J. et Dainard, S. (2016, 2019). *Rafle des années soixante*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sixties-scoop>
- Smylie, J. et Adomako, P. (2009). *Indigenous Children's Health Report : Health assessment in action* <http://caid.ca/IndChiHeaRep2009.pdf>
- Smylie, J., Kirst, M., McShane, K., Firestone, M., Wolfe, S. et O'Campo, P. (2016, 2016/02/01/). Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review. *Social Science & Medicine*, 150, 128-143. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.019>
- Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. (2020a). *À propos de Spirit Bear* <https://fncaringsociety.com/fr/à-propos-de-spirit-bear>
- Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada. (2020b). *La Plan de Spirit Bear* <https://fncaringsociety.com/fr/le-plan-de-spirit-bear>
- Spence, N. D., Wells, S., Graham, K. et George, J. (2016). Racial Discrimination, Cultural Resilience, and Stress [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(5), 298-307. <https://doi.org/10.1177/0706743716638653>
- Statistique Canada. (2017). *Pessamit, IRI [Subdivision de recensement], Québec et Québec [Province] (tableau)*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2496802&Geo2=PR&Code2=24&SearchText=Pessamit&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=2496802&TABID=1&type=0>
- Statistique Canada. (2017a). *Les différentes caractéristiques des familles des enfants autochtones de 0 à 4 ans*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016020/98-200-x2016020-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2017b). *Les peuples autochtones au Canada: faits saillants du recensement de 2016*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2021). *Système d'inscription des Indiens* [Document inédit] Services aux Autochtones Canada.
- Stout, R. et Harp, R. (2009). *Aboriginal Maternal And Infant Health In Canada : Review Of On-Reserve Programming* INDIGENA Creative Group

[https://www.afn.ca/uploads/files/education2/aboriginal\\_maternal\\_and\\_infant\\_health\\_in\\_canada.pdf](https://www.afn.ca/uploads/files/education2/aboriginal_maternal_and_infant_health_in_canada.pdf)

- Tremblay, M.-C., Bradette-Laplante, M., Witteman, H. O., Dogba, M. J., Breault, P., Paquette, J.-S., Careau, E. et Echaquan, S. (2021). Providing culturally safe care to Indigenous people living with diabetes: Identifying barriers and enablers from different perspectives. *Health Expectations*, 24(2), 296-306. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13168>
- Trocmé, N., Knoke, D. et Blackstock, C. (2004). Pathways to the Overrepresentation of Aboriginal Children in Canada's Child Welfare System. *Social Service Review*, 78(4), 577-600. <https://doi.org/10.1086/424545>
- Trudgett, M. et Grace, R. (2011). Engaging with early childhood education and care services: The perspectives of Indigenous Australian mothers and their young children. *Kulumun: Journal of the Wollotuka Institute*, 1(1), 15-36.
- Underwood, K., Ineese-Nash, N. et Haché, A. (2019). Colonialism in Early Education, Care, and Intervention: A Knowledge Synthesis. *Journal of Childhood Studies*, 44(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.18357/jcs444201919209>
- Vaismoradi, M., Jones, J., Turunen, H. et Snelgrove, S. (2016). Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *Journal of Nursing Education and Practice* 6(5), 100-110. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v6n5p100>
- Vaismoradi, M., Turunen, H. et Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Viscogliosi, C., Asselin, H., Basile, S., Borwick, K., Couturier, Y., Drolet, M. J., Gagnon, D., Obradovic, N., Torrie, J., Zhou, D. et Levasseur, M. (2020, Feb 27). Importance of Indigenous elders' contributions to individual and community wellness: results from a scoping review on social participation and intergenerational solidarity. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 27, 27. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.17269/s41997-019-00292-3>
- Vowel, C. (2021). *Écrits autochtones: Comprendre les enjeux des Premières Nations* (traduit par M. Lavigne). VARIA.
- Wakerman, J., Humphreys, J., Russell, D., Guthridge, S., Bourke, L., Dunbar, T., Zhao, Y., Ramjan, M., Murakami-Gold, L. et Jones, M. P. (2019, 2019/12/16). Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Human Resources for Health*, 17(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0432-y>
- Whitbeck, L. B., Adams, G. W., Hoyt, D. R. et Chen, X. (2004). Conceptualizing and Measuring Historical Trauma Among American Indian People. *American Journal of Community Psychology*, 33(3-4), 119-130. <https://doi.org/10.1023/b:Ajcp.0000027000.77357.31>

- Wilk, P., Maltby, A. et Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada-a scoping review. *Public Health Rev*, 38, 8. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0055-6>
- Wright, A., Wahoush, O., Ballantyne, M., Gabel, C. et Jack, S. M. (2018). Selection and Use of Health Services for Infants' Needs by Indigenous Mothers in Canada: Integrative Literature Review. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(2), 89-102. <https://doi.org/10.1177/0844562118757096>
- Wright, A. L., Jack, S. M., Ballantyne, M., Gabel, C., Bomberry, R. et Wahoush, O. (2019a). How Indigenous mothers experience selecting and using early childhood development services to care for their infants. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1601486>
- Wright, A. L., Jack, S. M., Ballantyne, M., Gabel, C., Bomberry, R. et Wahoush, O. (2019b). Indigenous mothers' experiences of using primary care in Hamilton, Ontario, for their infants. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1600940. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1600940>
- Zoom Video Communications Inc. (2019). *Confidentialité et sécurité de Zoom Video Communications*. [https://explore.zoom.us/fr-fr/privacy-and-security.html?\\_ga=2.102383560.85154088.1606420655-1056417663.1606420655](https://explore.zoom.us/fr-fr/privacy-and-security.html?_ga=2.102383560.85154088.1606420655-1056417663.1606420655)

## Appendice 1 : Centre Uatik-U



### NOS SERVICES

- Présentation de conférence ;
- Présentation d'ateliers thématiques ;
- Halte-garderie pour les parents ayant des enfants de 0-5 ans ;
- Cours de chants et prières innues ;
- Cours d'artisanat ;
- Présentation de contes et légendes innues ;
- Cours de cuisine ;
- Cuisine collective ;
- Café causerie
- Location de salles de réunion.



## MAMU ATUSSETAU



**Soutenir, outiller et  
accompagner les  
familles de la  
communauté de  
Pessamit vers le  
mieux-être collectif**

Ou sur la page   
[facebook](#) Centre Uatik-u



## MISSION

- Être un lien de rassemblement pour la population en générale ;
- Offrir des activités de prévention ;
- Promouvoir les saines habitudes de vie ;
- Promouvoir la langue, les valeurs et la culture innue
- Soutenir et accompagner les parents pour le mieux-être de leurs enfants.



## CLIENTÈLE VISÉE

- Toutes les activités du Centre Multi-Services Uatik<sup>u</sup> de Pessamit sont destinées à toutes les familles de la communauté. Tous les membres de la famille qui s'occupent de près ou de loin des enfants peuvent également avoir accès à nos services.
- Parents ayant des enfants 0-5 ans
- Population en générale
- Aînés
- Intervenants du milieu
- Écoles : primaire et secondaire



## NOTRE ENGAGEMENT

- Offrir aux familles qui font appel à nos services, des ateliers de formation ou des sessions d'informations traitant des situations auxquelles elles ont à faire face ;
- Offrir un soutien à la famille et à ses membres qui en expriment le besoin et ce en concertation avec les ressources et les services du milieu ;
- Développer les compétences de chacun par des ateliers et des conférences ;
- Favoriser l'entraide par les pairs afin d'améliorer leur situation et briser l'isolement ;
- Informer les parents sur les ressources disponibles dans le milieu.



## Appendice 2 : Affiche pour la recherche de participants

# Recherche de participants



Cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence [CC BY-SA](#)

Cette photo par Auteur inconnu est soumise à la licence [CC BY-SA](#)

Mon nom est Lili Jacques, infirmière clinicienne. Je suis étudiante à la maîtrise en option expertise-conseil à la Faculté des sciences infirmière à l'Université de Montréal.

Je cherche des personnes de 18 ans et plus s'impliquant dans la parentalité d'un enfant de 5 ans et moins (mère, père, grands-parents, oncles, tantes, cousins, cousines, ami(e)s) pour participer à mon projet de recherche. Les entrevues seront réalisées via la plateforme *Zoom*. Les participants pourront décider s'ils souhaitent participer dans une entrevue individuelle ou dans un groupe de discussion.

Le but de ce projet est d'explorer les barrières et les facilitateurs influençant la participation et l'engagement des familles autochtones avec des enfants de 0-5 ans dans les ressources de la communauté de Pessamit.

Intéressé(e)s à participer \* ?

Pour plus d'informations vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :

**[lili.jacques@umontreal.ca](mailto:lili.jacques@umontreal.ca)**



\* Chaque participant recevra une carte-cadeau *Walmart* de 25\$

## Appendice 3 : Formulaire d'information et de consentement

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### Les barrières et les facilitateurs de la participation et l'engagement des familles avec de jeunes enfants (0 à 5 ans) dans les ressources de la communauté de Pessamit

Chercheur-étudiant :	Lili Jacques, étudiante à la maîtrise option expertise-conseil, Département de la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Directeur de recherche :	Lisa Merry, professeure adjointe, Département de la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Collaboratrice :	Anita Rousselot, infirmière clinicienne chef en soins de 1ere ligne et directrice adjointe du centre de Santé et des services sociaux de Pessamit

No de projet au CERSES : Projet no CERSES-21-015-D

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

#### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

---

##### 1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à explorer les barrières et les facilitateurs influençant la participation et l'engagement des familles autochtones avec des enfants âgés de 0-5 ans dans les ressources (ex : le Programme d'aide préscolaire des Premières nations (PAPPN) et le Centre Uatik-U, le soutien à la famille et le programme de santé maternelle infantile) de la communauté de Pessamit. Les ressources destinées aux jeunes enfants sont essentielles à leur développement. Nous souhaitons recueillir les opinions des personnes -pères, mères, grands-parents, tantes, oncles, cousin(e)s, ami(e)s, frères et sœurs, s'impliquant dans le développement d'un enfant de 0-5 ans.

##### 2. Participation à la recherche

Votre participation consistera à répondre à quelques questions sociodémographiques ainsi qu'à participer à une entrevue soit individuelle de 30 à 60 min ou soit de groupe (avec d'autres membres de votre famille et/ou des personnes de la communauté que vous avez choisies) de 60 à 90 min. L'entrevue se déroulera sur la plateforme *Zoom*, en personne ou par téléphone. Cet entretien sera enregistré avec l'accord de votre consentement. Des notes écrites seront prises tout au long de l'entrevue.

##### 3. Enregistrements audio/Video

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entrevue soit enregistrée?  
Oui  Non

Notez que la vidéo ne sera pas sauvegardée et seulement l'audio sera gardé. Aucun enregistrement ne sera partagé avec de tierces parties.

#### **4. Risques et inconvénients**

Cette étude présente peu de risques pour vous. Cependant, il est possible que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Si jamais vous éprouvez une détresse émotionnelle ou psychologique, nous vous encourageons fortement à consulter (ex. : urgence psychosociale de Pessamit). L'entrevue peut dépasser le temps alloué qui peut être un inconvénient.

#### **5. Avantages et bénéfices**

Il n'y a pas d'avantage direct particulier pour vous à participer à ce projet. Vous contribuerez cependant à une meilleure compréhension des expériences vécues dans les ressources par les familles de la communauté. De plus, cette meilleure compréhension sera utile pour les professionnels de la santé de la communauté en renforçant ou en adaptant leurs services selon les besoins de familles. Vous pouvez également trouver cela agréable de partager vos expériences.

#### **6. Confidentialité des renseignements recueillis**

Tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet demeureront confidentiels. Vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. Votre nom n'apparaîtra sur aucun document lié à ce projet, à l'exception du formulaire de consentement et du document principal des codes d'identification. Si vous préférez donner votre consentement verbalement, votre nom et votre déclaration d'intention de participation seront audio-enregistré (par *Zoom*). *Zoom* respecte les lois et les règlements applicables pour la confidentialité et la sécurité. Pour l'entrevue/le groupe de discussion, seulement l'audio sera sauvegardé. Si vous participez dans un groupe, nous vous rappelons que la confidentialité des échanges dépend de l'engagement réciproque à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas pris part à la rencontre. Si vous deviez vous rendre au Centre de santé pour réaliser l'entrevue, vous pourriez être reconnus par les professionnels du Centre de santé. Par contre, vos propos seront dé identifié.

Tous les documents et enregistrements seront sauvegardés sur le serveur sécurisé OneDrive de l'Université de Montréal, et seront protégé par un mot de passe unique. Le document reliant votre nom à votre dossier de recherche sera sauvegardé dans un fichier électronique séparé des données (du questionnaire sociodémographique, l'entrevue et la transcription de l'entrevue). Le consentement (soit le formulaire signé ou l'enregistrement audio) sera également sauvegardé dans un fichier séparé. Seulement, l'étudiante chercheuse et sa directrice auront accès aux fichiers OneDrive à l'université de Montréal. Si un assistant de recherche est embauché pour aider avec les transcriptions, cette personne signera un accord de confidentialité et aura un accès limité aux données uniquement durant la période nécessaire. Les enregistrements, ainsi que toute information personnelle, seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

Afin de partager les données et respecter les propriétés intellectuelles, la communauté de Pessamit (Anita Rousselot) conservera une copie des données ne permettant de vous identifier (données anonymisées) dans un logiciel avec un mot de passe. Les données seront sauvegardées sur une clé USB avec un mot de passe et déposée dans un endroit sous clé.

Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les citations utilisées dans le mémoire (ou autres présentations et publications) seront anonymes, c'est-à-dire, que les participants ne pourront pas être identifiés.

#### **7. Compensation**

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche. Cependant, une carte-cadeau *Walmart* d'une valeur de 25\$ sera envoyée par courriel pour chaque participant à la fin de l'entrevue.

## **8. Participation volontaire et Droit de retrait**

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Vous avez également le droit de refuser de répondre aux questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre sans que cela nuise à votre participation dans ce projet de recherche. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Lili Jacques par téléphone ou courriel indiqués ci-dessous. À votre demande, toutes les données qui vous concernent pourront aussi être détruites, à moins qu'ils n'aient été anonymisés, auquel cas il ne sera plus possible de les identifier. Après le déclenchement du processus de publication, il sera aussi impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

Le refus de participer ou de se retirer du projet de recherche n'affectera en rien votre accès aux services.

## **9. Responsabilité**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **10. Diffusion des résultats**

Avant la diffusion des résultats, un résumé vous sera envoyé par courriel afin de valider les résultats avec vous.

Vous aurez accès aux résultats de l'étude par un résumé et/ou une présentation en personne (si le contexte le permet) ou par la plateforme *Zoom*.

Les résultats de ce projet pourront être publiés dans des revues professionnelles et présentés à des conférences et réunions académiques. Aucun nom individuel ou information d'identification personnelle ne sera partagée dans les résumés de données, les rapports, les publications ou les présentations résultant de ce projet.

Toutes informations recueillies dans ce projet sont considérées comme les propriétés intellectuelles de la communauté Pessamit et une reconnaissance sera indiquée dans le mémoire et tous autres présentations/publications avec les résultats. Aucun résultat sera partagé ou publié sans le consentement de la communauté (la collaboratrice, Madame Rousselot, qui représente la communauté va approuver toute activité de diffusion)

## **11. Personnes ressources**

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Lili Jacques au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED].

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

Courriel : [cerses@umontreal.ca](mailto:cerses@umontreal.ca)

Téléphone : 514 341-6111 #2604

### **Site Web:**

<https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100, de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

## B) CONSENTEMENT

---

### Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### Engagement du chercheur responsable

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Appendice 4 : Questionnaire sociodémographique

### Questionnaire sociodémographique

Code du participant :

#### 1. Quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- 18 – 24 ans
- 25– 29 ans
- 30 – 34 ans
- 35 – 39 ans
- 40 – 44 ans
- 45 – 49 ans
- 50 – 59 ans
- 60 – 69 ans
- 70 – 79 ans
- 80 ans et plus
- Préfère ne pas répondre

#### 2. Quel est votre état civil ?

- Mariée
- Conjointe de fait
- Veuve
- Séparée
- Divorcée
- Célibataire
- Préfère ne pas répondre

#### 3. Avec qui habitez-vous ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Conjoint(e) / Mari / Femme
- Père et/ou mère
- Beau-père / Belle-mère
- Tante /Oncle
- Cousin(e)
- Beau-frère / Belle-sœur
- Enfants
- Petits-enfants
- Beau-fils/ Belle-fille
- Ami(e)
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- Préfère ne pas répondre

#### 4. Combien d'enfants vivent avec vous ?

Nombre d'enfants de 5 ans et moins qui vivent avec vous \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants de 6 ans et plus qui vivent avec vous \_\_\_\_\_

Ne s'applique pas (aucun enfant vit avec vous)

**5. Qui êtes-vous auprès de l'enfant (ou les enfants) de 5 ans et moins dont vous vous occupez? (S'applique pour les participants n'étant pas parent de l'enfant)**

Sœur / Frère

Tante / Oncle

Grand-mère / Grand-père

Cousin(e)

Ami(e) proche de la famille

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Ne s'applique pas (parent de l'enfant/les enfants)

**6. Êtes-vous de la communauté de Pessamit ?**

Oui

Non

Si non, quelle communauté autochtone venez-vous ? \_\_\_\_\_

**7. Quel est votre plus haut niveau d'éducation ?**

École primaire

École secondaire

Diplôme d'études professionnelles (DEP)

Cégep

Baccalauréat (1<sup>er</sup> Cycle)

Maîtrise ou Doctorat (2<sup>e</sup> Cycle ou 3<sup>e</sup> Cycle)

Aucun

Préfère ne pas répondre

**8. Quel est votre statut d'emploi actuel ?**

Travail à temps plein

Travail à temps partiel

Sans emploi et ne cherche pas d'emploi

Sans emploi et à la recherche d'un emploi

Handicapée/Invalidité ou retraitée et ne cherche pas de travail

Aux études

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Préfère ne pas répondre

**9. Si vous travaillez, quel est votre emploi actuel ? \_\_\_\_\_**

**10. Quelle est votre source de revenus (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)?**

Emploi

Emploi du conjoint(e)

Aide de la famille

- Aide sociale (chômage, pension alimentaire pour enfants, d'assurance invalidité)
- Préfère ne pas répondre

**11. Quel est le revenu total de votre ménage, de toutes sources (emploi, aide sociale, aide de la famille) et avant impôt ? Si vous ne savez pas exactement, veuillez estimer.**

- Moins de 5,000\$
- 5,000\$ - 19,999\$
- 20,000\$ - 49,999\$
- 50,000\$ - 75,000\$
- Plus de 75,000\$
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

**12. Combien de personnes vivent dans votre ménage et vivent des revenus ci-dessus?**

- Vous seulement
- 2 personnes et moins
- 3-4 personnes
- 5-6 personnes
- 7 personnes et plus

**13. Quelle langue parlez-vous à la maison ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)**

- Innu
- Français
- Anglais
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**14. Quelles ressources avez-vous déjà participé ?**

- Programme santé maternelle infantile
- Programme d'aide préscolaire des Premières nations (PAPPN)
- Soutien
- Centre Uatik-U
- Centre de santé de Pessamit (ex. : suivi postnatal à la 6<sup>e</sup> semaine)
- Aucune

## **Appendice 5 : Guide d'entrevue semi-structurée**

### **Guide d'entrevue semi-structurée**

#### Introduction

Bonjour, je me nomme Lili Jacques. Je suis étudiante à la maîtrise en expertise-conseil à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté ma demande d'entrevue. Nous parlerons des ressources de la communauté pour les familles avec de jeunes enfants de 0 à 5 ans (ex. : Entraide-parents), des professionnels de la santé dans la communauté et votre réseau social. L'entrevue durera entre 30 min et 60 min. Tout au long de cet entretien, je prendrai des notes. Sachez qu'en tout temps vous êtes libres d'interrompre l'entrevue si vous n'êtes pas confortables à répondre à une question, si vous avez un malaise, si vous ne comprenez pas le sens de la question ou toutes autres raisons. Dans aucun cas, vous êtes obligé de répondre aux questions. Avant de débiter, je voulais vous informer que tous nos échanges resteront confidentiels et ce même si l'entrevue est enregistrée. Vous avez le droit d'arrêter l'entrevue et/ou de vous retirer de l'étude à tout moment. Avez-vous des questions avant de commencer l'entretien ? L'enregistrement débute...

#### Réseau social

1. Parlez-moi un peu des enfants dans votre vie. Racontez-moi une expérience positive avec l'enfant.
2. Expliquez-moi votre relation avec l'enfant ou les enfants en décrivant le plus grand défi d'élever un jeune enfant et les aspects gratifiants.
3. Dites-moi qui s'impliquent dans l'éducation de l'enfant ou des enfants. Et comment ?
4. Décrivez-moi votre relation avec ces personnes qui s'impliquent dans l'éducation de l'enfant.

#### Ressources

1. Connaissez-vous les ressources offertes dans la communauté pour les familles avec de jeunes enfants (0 à 5 ans) ? Si oui, lesquelles ?
  - a. Quelles ressources utilisez-vous actuellement ou aviez-vous déjà utilisé ?
    - i. Pour quelles raisons avez-vous décidé d'utiliser ces ressources en particulier?
    - b. À quelle fréquence utilisez-vous les ressources ? (ex. : une fois par semaine, une fois par mois)
2. Racontez-moi une expérience (positive ou négative) en lien avec votre participation aux ressources de la communauté.

- a. Comment vous vous sentez quand vous participez aux ressources de la communauté?
  - b. Comment vous vous sentez après avoir utilisé les ressources ? (Sentez-vous mieux outillé ?)
3. Si vous aviez besoin d'aide avec l'éducation de l'enfant ou des enfants, est-ce que vous demandez de l'aide aux ressources ? Si oui, lesquelles ? Si non, expliquez.
- a. Selon vous, les ressources répondent-elles à vos besoins ? Expliquez
  - b. Pour quelles raisons vous ne participez plus de façon régulière aux ressources et aux services offerts dans la communauté ?
  - c. Quels sont les points forts et les points à améliorer dans les ressources de la communauté ?
  - d. Selon vous, les interventions se passent-elles dans un environnement de confiance (sécuritaire) ?
  - e. Selon vous, comment pourrait-on améliorer les ressources et les interventions ? Que pourrait-on faire pour accroître l'engagement des familles et l'utilisation des ressources ?

#### Professionnel de la santé

1. Racontez-moi une expérience ou des expériences avec les professionnels de la santé que vous avez rencontrés quand vous avez participé aux ressources de la communauté. Décrivez-moi dans votre histoire la relation que vous avez eue avec les professionnels de la santé quand vous avez participé aux ressources avec les points forts et à améliorer.
  - a. Selon vous, que pourraient faire les professionnels de la santé pour que les familles se sentent plus en confiance ?

Avez-vous d'autres idées ou des commentaires que vous aimeriez partager ?

Merci M. ou Mme X d'avoir pris votre précieux temps afin de répondre à mes questions. J'espère que l'entrevue a été agréable pour vous. Si jamais j'ai d'autres questions, est-ce possible de vous recontacter ? De plus, je vais vous partager par courriel un document avec un résumé des thèmes afin de valider les résultats avec vous. Je vous souhaite le meilleur pour le futur.

## Appendice 6 : Approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

1er avril 2021

Objet: Approbation éthique – « Les barrières et les facilitateurs de la participation et l'engagement des familles avec de jeunes enfants (0 à 5 ans) dans les ressources de la communauté de Pessamit »

Mme Lili Jacques,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERSES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Christine Grou, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)  
Université de Montréal

c.c. Lisa Merry, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières  
Cochercheurs

p.j. Certificat #CERSES-21-015-D

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique  
3333, Queen Mary  
Local 220-3  
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
cerses@umontreal.ca  
www.cerses.umontreal.ca

2021-05-26

**OBJET : Approbation de modification**

**Chercheuse requérante :** Lili Jacques

**Sous la direction de :** Lisa Merry, professeure adjointe

**Autres co-chercheurs :** Anita Rousselot, Infirmière clinicienne chef en soins de 1ère ligne et directrice adjointe du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit

**Titre du projet :** Les barrières et les facilitateurs de la participation et l'engagement des familles avec de jeunes enfants (0 à 5 ans) dans les ressources de la communauté de Pessamit

**Projet :** CERSES 21-015-D

**Source de financement :** non financé

**Modification :** Modification de la méthode de recrutement pour impliquer un agent de communication (2021-05-26)

---

Bonjour,

Vous avez transmis au Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, en date du 19 mai 2021, une demande de modification à votre projet cité en objet. L'évaluation a porté sur les documents transmis lors de votre demande.

Suite à cette évaluation, le Comité considère que les modifications apportées au projet de recherche répondent aux normes en vigueur au chapitre de l'éthique de la recherche. En conséquence je vous informe que votre demande est approuvée.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

**La présente lettre d'approbation éthique est une décision officielle du CERSES.**

Cordialement,  
Pour le CERSES,

Josée Côté  
Responsable de l'évaluation éthique continue  
Bureau de la conduite responsable en recherche  
Université de Montréal, [Josee.cote.1@umontreal.ca](mailto:Josee.cote.1@umontreal.ca)  
Comité desservi : [Comité d'éthique de la recherche en sciences et santé \(CERSES\)](#)

1/1

## Appendice 7 : Autorisation



### Autorisation

J'autorise, moi, **Stéphane Savard**, Directeur du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit que le projet de recherche de **madame Lili Jacques**, étudiante à la maîtrise de l'Université de Montréal à la Faculté des sciences infirmières, ait lieu. De plus, il n'est pas nécessaire d'avoir l'accord du CISSS de la Côte-Nord puisque nous sommes indépendants du CISSS de la Côte-Nord.

J'autorise également que ce soit **madame Anita Rousselot**, infirmière clinicienne chef en soins de 1<sup>re</sup> ligne et directrice adjointe du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit qui aura accès aux données anonymisées à la fin de ce projet de recherche.

Nom (Directeur du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit) :

Stéphane Savard

Signature (Directeur du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit) :

Date : 23 novembre 2021

## Appendice 8 : Partage d'information

### Partage d'information

#### 1. Propriété des données

La Première Nation/communauté de **Pessamit** est propriétaire des données collectées sur son territoire. C'est elle qui négocie et détermine la responsabilité et l'accès à ces données. Ce sera **madame Anita Rousselot**, infirmière clinicienne chef en soins de 1<sup>ère</sup> ligne et directrice adjointe du Centre de santé et des services sociaux de Pessamit qui aura accès aux données.

#### 2. Propriété intellectuelle

La Première Nation/communauté de **Pessamit** détient tous les droits de propriété intellectuelle (dont le *copyright*/droit d'auteur) applicables aux données transmises conformément à cette entente. L'entente attribue uniquement une licence pour l'accès à l'information générée par les données et son utilisation, et n'accorde aucun titre ou droit supplémentaire.

En ce qui a trait aux données créées pendant le projet, la Première Nation/communauté et le partenaire en sont conjointement propriétaires.

À la fin de ce projet, l'étudiante **madame Lili Jacques** déposera son mémoire sur Papyrus (Université de Montréal) disponible pour le public. Il est important de spécifier que tous les efforts seront faits pour assurer que la communauté est d'accord avec le contenu et la façon que le contenu est présenté dans le mémoire.

Nom (Directrice de recherche) :  Lisa Merry

Signature (Directrice de recherche) : \_\_\_\_\_

Date :  21/01/26

Nom (Étudiante chercheuse) :  Lili Jacques

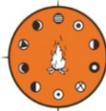
Signature (Étudiante chercheuse) : \_\_\_\_\_

Date :  21/01/25

Nom (Infirmière de Pessamit) :  Anita Rousselot

Signature (Infirmière de Pessamit) : \_\_\_\_\_

Date :  2021-01-26



Assemblée des Premières Nations  
Québec-Labrador  
250, Place Chef Michel Lavoie, bureau 201  
Wendake (Québec) G0A 4V0  
Tél. : 418-842-5020 • Téléc. : 418-842-2660  
www.apnqj-afnlq.com

