

des communautés et la suppression de la culture ont fortement marqué, et de manière durable, les pratiques autochtones en matière d'accouchement; ces dernières ont été partiellement remplacées par les pratiques habituelles de soins aux mères et aux enfants qui s'appuient sur des examens physiques et les vaccinations. En outre, de nombreuses femmes autochtones, vivant en régions rurales ou éloignées, doivent maintenant quitter leur famille et leur communauté pour aller accoucher dans des hôpitaux situés à plusieurs milliers de km de chez elles (Sweetwater & Barney, 2009; Couchie, & Sanderson, 2007; Smylie, Daoud, O'Brien, & Yu, publication à venir).

Les effets négatifs des politiques coloniales passées et actuelles et la marginalisation sociale, économique et politique continue des communautés autochtones au Canada ont également entraîné des disparités dans les déterminants sociaux sous-jacents de la santé, y compris la pauvreté, une moindre éducation, le chômage, de mauvaises conditions de logement, l'itinérance et l'insécurité alimentaire. Ces désavantages affectent souvent plus sérieusement les femmes autochtones que les hommes (Statistiques Canada, 2010). Dans de telles conditions sociales et économiques difficiles, il n'est donc pas surprenant que les femmes autochtones doivent faire face à des problèmes disproportionnés pendant leur grossesse, dont des taux de diabète gestationnel plus élevés (Harris, Caulfield, Sugamori, Whalen, & Henning, 1997; Rodrigues, Robinson, & Grays-Donald, 1999), les accouchements très loin de chez elles (Couchie & Sanderson, 2007; Smylie et al., publication à venir), et la dépression post-partum (Daoud, & Smylie, 2013)

par rapport aux autres femmes non-autochtones.

Cette fiche d'information a pour objectifs : 1) donner un contexte sur l'importance de la santé maternelle pour les communautés autochtones; 2) examiner l'état des connaissances sur la santé maternelle et l'expérience de la maternité des femmes autochtones en C.-B.; 3) décrire deux pratiques prometteuses en matière de soins de maternité pour les femmes autochtones, soit la formation de doula et les sages-femmes autochtones.

Pourquoi s'occuper de la santé maternelle chez les Autochtones?

En Colombie-Britannique, comme dans le reste du Canada, les peuples autochtones représentent un groupe de population assez important, jeune et en pleine croissance. Selon le recensement de 2006, l'âge médian de la population autochtone était de 28,1 ans, contre 40,8 ans pour l'ensemble de la population de la province (Statistiques Canada, 2006a, 2006b). Si la population jeune (moins de 18 ans) a diminué de 4,4 % entre 2001 et 2010 pour l'ensemble de la province, parmi les Autochtones ce groupe a au contraire augmenté de près de 11 % (Ministère du Développement des enfants et de la famille, 2011). L'importance et la croissance de la population jeune parmi les Premières Nations, les Indiens non-inscrits, les Inuits et les Métis² en C.-B. et au Canada trouvent leur origine dans les taux de fertilité et de natalité plus élevés pour ces groupes par rapport à la population non-autochtone. Selon le recensement de 2006, le taux de natalité chez les Autochtones est 1,5 fois celui des non-

autochtones (Statistiques Canada, 2008). De la même façon, pour l'ensemble du Canada entre 1996 et 2001, le taux de fertilité était de 2,9 enfants chez les femmes des Premières Nations/Indiennes, de 2,2 enfants pour les Métis et 3,4 enfants pour les Inuit contre 1,5 pour toutes les Canadiennes (Statistiques Canada, 2005). Les femmes autochtones accouchent aussi à un plus jeune âge que les non-autochtones. Par exemple, en 2006/7 le taux de grossesse parmi les femmes de moins de 20 ans en C.-B. était presque quatre fois plus élevé pour les femmes des Premières Nations que pour les autres femmes de C.-B. (Administrateur provincial de la santé, Colombie-Britannique, 2009).

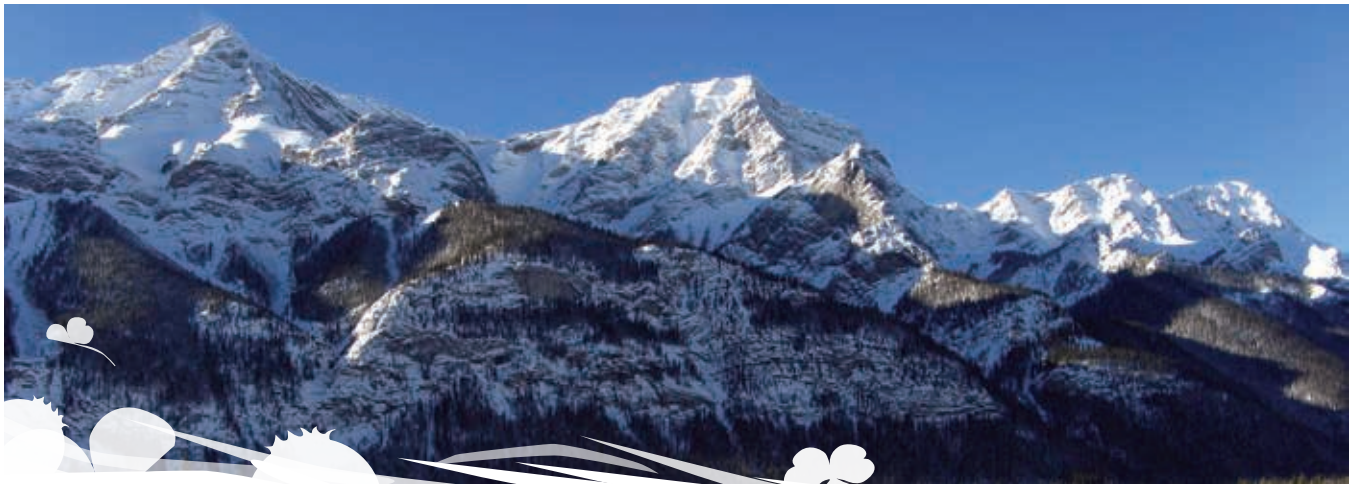
Mondialement, il y a une tendance à reconnaître et à enchâsser dans les lois les droits humains fondamentaux, y compris le droit à la santé, les droits des femmes, et les droits des peuples autochtones ; tous ces droits sont pertinents quand on parle de la santé et du vécu des mères autochtones (Mann, 2013). La santé maternelle est une priorité mondiale soulignée par les Nations-Unies dans leurs objectifs de développement du millénaire (Nations-Unies, 2000).

Les désavantages sociaux et économiques et les iniquités en matière de santé que connaissent les femmes autochtones et leurs familles par rapport aux Canadiens non-autochtones sont par définition inacceptables,³ surtout pour un pays relativement riche comme le Canada. Ces conditions défavorables sont en contradiction avec un nombre d'alliances et de traités internationaux, y compris :

- L'article 12 du Pacte international des Nations Unies relatif aux droits

² Afin de tenir compte de tous les peuples autochtones, et d'être en même temps respectueux et précis d'un point de vue historique, les termes « Premières Nations » (qui renvoie aux Indiens inscrit vivant dans les réserves et hors réserve) « Indiens non-inscrits », « Inuit », et « Métis » sont utilisés dans ce document à moins de citer une référence spécifique, auquel cas on utilisera le même terme que celui figurant dans la référence.

³ Une iniquité en matière de santé est définie comme une différence inutile, évitable et injuste entre la santé d'une personne ou les soins médicaux qu'elle reçoit et la santé d'une autre personne et les soins médicaux qui lui sont fournis (Whitehead, 1991 traduction libre).



Crédit: FreeImages.com, ID 956548

économiques, sociaux et culturels, qui reconnaît « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. » Le Pacte énonce que la santé est un droit humain fondamental et est dépendante de la réalisation d'autres droits énoncés dans la Charte internationale des droits de l'homme, notamment le droit à la nourriture, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la non-discrimination et à l'égalité, (Haut-Commissariat aux droits de l'homme, 1966; Conseil économique et social des Nations Unies, 2000).

- La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones qui définit les droits individuels et collectifs des peuples indigènes quant à leur culture, leur identité, leur langue, l'emploi, la santé et l'éducation. La Déclaration souligne notamment, les droits des peuples indigènes de maintenir et de renforcer leurs institutions, leurs cultures et traditions; elle interdit la discrimination contre les peuples indigènes, elle encourage leur participation pleine et entière dans toutes les décisions qui les concernent et reconnaît leur droit de vivre en tant que peuples distincts et de poursuivre leurs propres visions du développement économique et social (Nations Unies, 2008;

Forum permanent sur les questions autochtones, n.d.; Centre des nouvelles des Nations Unies, 2007). En ce qui concerne les femmes, l'article 22 de la Déclaration énonce : « Une attention particulière est accordée aux droits et aux besoins spéciaux des anciens, des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes handicapées autochtones dans l'application de la présente Déclaration. » Elle veut s'assurer également que les femmes et les enfants autochtones soient pleinement protégés contre toutes les formes de violence et de discrimination (Nations Unies, 2008).

- La Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Haut-commissariat aux droits de l'homme, 1979).

Ce que nous savons et ce que nous ne savons pas sur les résultats des grossesses chez les Premières nations/ Indiens, Inuits et Métis de Colombie-Britannique

Malheureusement, il y a de grosses lacunes dans les informations relativement à la santé maternelle et au vécu de leur maternité pour les femmes autochtones de C.-B.

Souvent, les informations spécifiques à des groupes ethniques ne sont pas collectées concernant l'état de santé des mères; les données disponibles ne sont généralement pas détaillées pour pouvoir établir les différences entre les Premières Nations, les Indiens non-inscrits, les Inuits et les Métis, mais couvrent plutôt ces populations de manière collective en tant qu'Autochtones ou excluent un ou plusieurs de ces groupes. De telles lacunes ne sont pas propres à la C.-B mais généralisées dans l'ensemble du Canada.

Les informations disponibles indiquent que les femmes autochtones en C.-B et dans l'ensemble du Canada sont en moins bonne santé et vivent une moins bonne expérience lors de leur accouchement que les femmes non autochtones. Ces données indiquent également des disparités importantes entre les femmes autochtones et les non-autochtones quant à l'accès à des soins maternels culturellement acceptables, dispensés près de leur foyer et de leur famille. Ce chapitre donne un aperçu des informations disponibles quant à l'état de la santé maternelle, l'expérience de la maternité et l'accès aux soins de maternité pour les femmes autochtones en C.-B et au Canada. Les principales sources de données utilisées dans ce chapitre incluent le rapport publié en 2007 sur la santé et le bien-être

Un fardeau disproportionné de pauvreté et d'insécurité alimentaire et le manque d'accès à des aliments sains dans le Nord et dans les communautés autochtones éloignées signifie qu'actuellement de nombreuses familles autochtones ne peuvent manger sainement.



Crédit: FreeImages.com, ID 692542

des peuples autochtones en C.-B par l'Administrateur provincial de la santé, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations en 2006. L'Enquête sur les enfants autochtones, et l'Enquête sur l'expérience de la maternité au Canada. Pour des informations sur les déterminants sociaux de la santé maternelle et des enfants et les résultats des grossesses chez les Autochtones, le lecteur doit se référer aux fiches d'information : *Nos bébés, notre avenir : les résultats entourant la grossesse chez les Autochtones en Colombie-Britannique* (Smylie, 2012) et *Agir sur les déterminants sociaux de la santé des nourrissons, des enfants, et des familles autochtones de la Colombie-Britannique* (Smylie, 2013).

L'état de la santé maternelle et l'expérience de la maternité pendant la grossesse et après

Activité physique, nutrition et poids
Les pratiques culturelles traditionnelles relatives à la grossesse chez les Premières Nations, les Indiens, les Inuits, et les Métis encouragent presque toutes le

travail et l'activité physique de manière modérée au cours de la grossesse, comme une saine habitude qui contribue à acquérir la force qu'exige la grossesse (Eni, 2005). Il y a aussi beaucoup d'enseignements quant à l'importance de la nutrition maternelle, souvent considérée comme une responsabilité de la communauté. L'interruption des modes de vie et des régimes alimentaires traditionnels entraînée par la colonisation, et la dégradation de l'environnement qui y est associée, est liée à une épidémie croissante d'obésité parmi les peuples autochtones (Young Reading, Elias, & O'Neil, 2000 ; Lix, Bruce, Sarkar, & Young, 2009). Un fardeau disproportionné de pauvreté et d'insécurité alimentaire et le manque d'accès à des aliments sains dans le Nord et dans les communautés autochtones éloignées signifie qu'actuellement de nombreuses familles autochtones ne peuvent manger sainement. Il n'est pas surprenant que les femmes des Premières Nations en C.-B, qu'elles vivent dans une réserve ou en dehors de celle-ci, courent un plus grand risque d'être obèses avant de devenir enceintes par rapport à d'autres résidentes de la province;(53

% des femmes des Premières Nations vivant dans une réserve et 46 % de celles vivant hors réserve par rapport à 30 % d'autres femmes) (Administrateur provincial de la santé, 2009).

Diabète gestationnel (GDM)

Le GDM est une intolérance au glucose qui se développe pendant la grossesse et est associée à une incidence plus élevée de problèmes lors de la maternité et pour l'enfant, tant à court terme qu'à long terme (Cleary, Ludwig, Riese, & Grant, 2006). La recherche a démontré que les enfants nés de mères souffrant de diabète gestationnel courent un plus grand risque de devenir obèses ou de développer eux-mêmes un diabète gestationnel et un diabète de type II (Committee on the Impact of Pregnancy Weight on Maternal and Child Health, 2007). La recherche a aussi démontré que ce diabète gestationnel est plus fréquent parmi les femmes des Premières Nations et Métis par rapport aux autres canadiennes (Cleary et al., 2006; Dyck, Klomp, Tan, Turnell, & Boctor, 2002; Harris et al., 1997; Dyke, Osgood, Hsiang Lin, Gao, & Stang, 2010; Johnson, Martin, & Sarin, 2002).

Les données sur la prévalence du diabète gestationnel parmi les femmes des Premières Nations, des Indiens non-inscrits, des Métis et Inuit de C.-B ne sont pas disponibles.

Outre des antécédents familiaux de diabète ou de diabète gestationnel, les facteurs de risque du GDM incluent : le surpoids ou l'obésité avant la grossesse, un régime alimentaire mal équilibré à teneur élevée en sucre et en hydrates de carbone, et le manque d'exercice. Comme mentionné dans le chapitre précédent, les données indiquent que les femmes des Premières Nations de C.-B. sont particulièrement exposées à ces facteurs de risque. Le diagnostic de GDM peut représenter un grand défi pour les femmes autochtones (affectées par la pauvreté de manière disproportionnée par rapport aux non-autochtones) puisque le régime alimentaire recommandé peut s'avérer trop coûteux ou inaccessible (c.-à-d. pour les femmes dans des communautés éloignées où les produits frais ne sont pas facilement disponibles).

Maltraitance et violence de la part du partenaire intime (IPV)

L'enquête sur l'expérience de maternité (EEM) est une enquête sur les nouvelles mères canadiennes à l'échelle nationale. En s'appuyant sur l'ensemble des données de l'EEM Daoud, Smylie, Urquia, Allan, et O'Campo (2013) ont déterminé que le nombre de cas de maltraitance et d'IPV étaient de presque quatre fois plus élevé parmi les femmes autochtones, (excluant les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve) que pour les non autochtones. La prise en compte du facteur pauvreté réduit cette disparité de manière importante, mais les femmes autochtones restent encore deux fois plus susceptibles de souffrir de maltraitance que les non autochtones. Ces chiffres sont particulièrement troublants considérant le rôle respecté et apprécié que tiennent traditionnellement les femmes autochtones dans leurs familles et leurs communautés.

La cigarette pendant la grossesse

Les trois quarts (75 %) des enfants de Premières Nations vivant dans une réserve en Colombie-Britannique et inclus dans l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations de 2008-2010 sont nés de mères qui n'ont pas fumé du tout pendant leurs grossesses (Autorité de la santé des Premières Nations, 2012). En outre, 14 % des enfants étaient nés de mères qui avaient fumé pendant toute leur grossesse et un peu plus de 10 % de mères ayant cessé de fumer pendant leur grossesse, pour un taux d'un peu moins de 25 % de mères qui fumaient. Ce taux est supérieur à celui du taux global de 10 % pour les femmes enceintes qui ont fumé durant leurs grossesses en C.-B., en 2005/2006 (British Columbia Reproductive Care Program, 2006). Un taux similaire d'usage du tabac pendant la grossesse pour les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve avait été constaté par le Ministère de la santé entre 1998 et 2004 (28,9%) (Administrateur provincial de la santé de la C.-B., 2009). Ce même rapport mentionnait un taux de 23 % pour les mères issues de Premières Nations vivant hors réserve et fumant pendant leur grossesse. On rapportait également un peu moins de 25 % d'enfants des Premières Nations qui vivaient dans

une réserve en Colombie-Britannique dans un foyer où d'autres personnes avaient fumé pendant la grossesse de la mère de l'enfant (Autorité de la santé des Premières Nations, 2012).

Usage d'autres substances pendant la grossesse

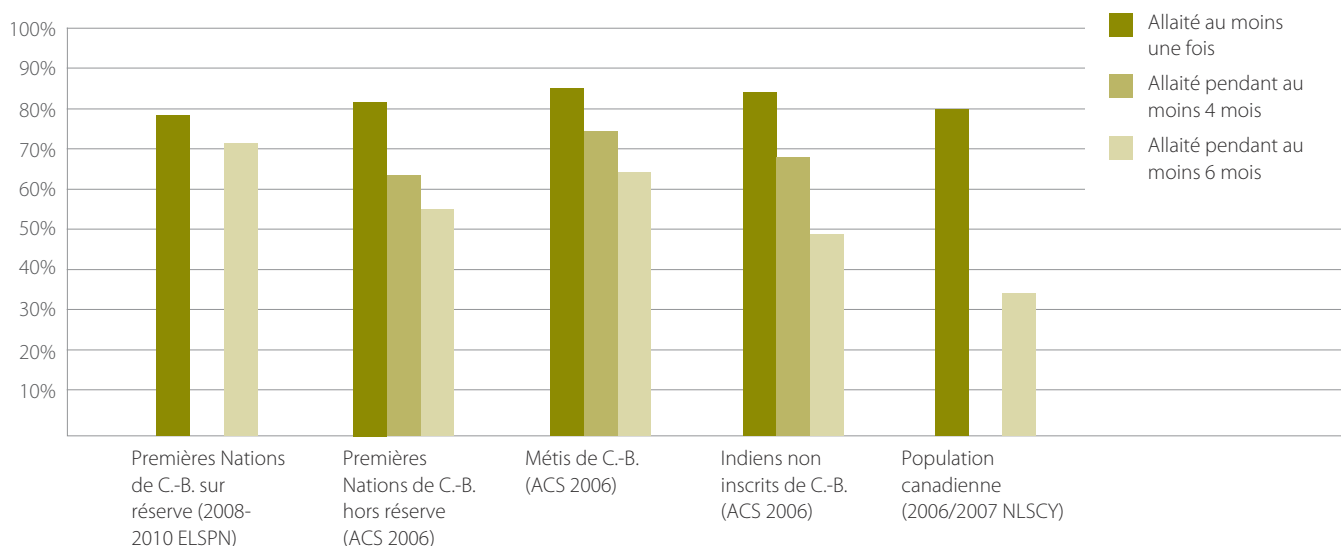
Entre 1998 et 2004, environ une mère sur 20 des Premières Nations mentionnait à son professionnel de santé prénatale avoir consommé de l'alcool pendant sa grossesse. Les taux étaient similaires pour les femmes vivant dans une réserve (4,8 %) et celles hors-réserve (5,7 %) (Administrateur provincial de la santé de la C.-B., 2009). Ces taux sont plus bas que ceux de consommation d'alcool pendant la grossesse rapportés pour l'ensemble de la population générale de Colombie-Britannique en 2006-2007 par l'EEM (7,7 %) (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

Les taux d'usage de drogues pendant leur grossesse rapportés par des mères des Premières Nations vivant sur réserve et hors réserve étaient de 4,4 % et de 6,9 % respectivement entre 1998 et 2004 (Administrateur provincial de la santé de la C.-B. 2009). Ces taux sont légèrement plus bas que celui d'usage de drogues pendant les trois mois précédant la grossesse et au cours de celle-ci rapporté



Crédit: FreeImages.com, ID 1260743

Figure 1 : Allaitement - commencé et poursuivi pour les enfants autochtones en C.-B et au Canada.



Source : Statistiques Canada, 2006c, 2009; Autorité de la santé des Premières Nations, 2012.

pour l'ensemble de la population de Colombie-Britannique en 2006-2007 dans l'EEM, soit 8,3 % (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

Allaitement

Les taux d'un début d'allaitement sont comparables entre les familles autochtones de C.-B. et celles de l'ensemble du Canada. Les taux d'allaitement poursuivi (pendant au moins six mois) sont plus élevés pour les peuples autochtones de C.-B. que pour la population canadienne dans son ensemble (Figure 1) (Statistiques Canada, 2006c, 2009 ; Autorité de la santé des Premières Nations, 2012). Ceci suggère que les mères autochtones qui décident d'allaiter reçoivent un soutien continu de leurs familles et/des professionnels de santé pour poursuivre l'allaitement.

Dépression post-partum

L'enquête sur l'expérience canadienne de maternité a déterminé que les femmes autochtones étaient deux

fois plus susceptibles de souffrir de dépression que les non autochtones (Daoud & Smylie, 2014). Ce chiffre disproportionné a aussi été rapporté dans une autre étude sur les femmes en milieu urbain (Bowen, & Muhajarine, 2006). D'autres recherches sont en cours pour mieux comprendre les causes de la dépression post-partum parmi les femmes autochtones (Daoud, & Smylie, 2014). Il n'y a pas de données disponibles propres aux femmes autochtones de C.-B.

Accès aux services de maternité des femmes autochtones en Colombie-Britannique

L'accès aux services de maternité représente un défi particulier pour de nombreuses femmes autochtones de C.-B. Il est important pour les mères autochtones que les services de maternité soient acceptables du point de vue

culturel et contrôlés par la communauté. Les populations autochtones de C.-B hésitent souvent à utiliser les services de santé car le système de santé repose sur une vision qui ne reconnaît pas de nombreuses croyances, valeurs, ou pratiques autochtones.⁴ La manière autochtone de s'occuper de la santé de la mère a été dévaluée au cours des ans dans l'ensemble du Canada, tant par les attitudes de la société que par la législation qui en limite leur usage (Laliberte et al, 2000). Le racisme comportemental, la discrimination et les iniquités structurelles désavantagent encore plus les femmes des Premières Nations dans leurs contacts avec les professionnels de la santé (Brown, & Fiske, 2001).

La distribution géographique des services de soins de maternité est fortement en faveur des centres urbains. Pour un grand nombre d'Autochtones de C.-B vivant dans le Nord ou en zones éloignées, cela se traduit par l'obligation de se déplacer pour accéder aux services

⁴ Voir, par exemple, Hampton et d'autres. (2010), McCormick (2009) et Browne (2000).

de santé. L'enquête sur l'expérience de maternité en milieu autochtone a déterminé que les femmes autochtones sont quatre fois plus susceptibles que les non-autochtones de devoir faire plus de 200 km pour accoucher (Smylie et al., publication à venir). En C.-B., l'impact de devoir quitter son foyer pour aller accoucher est le plus intensément ressenti dans certains district de santé, notamment la vallée de Bella Coola, les îles de la Reine Charlotte, le South Cariboo et Nisga'a. Pour ces régions, en 2003/2004, 59,4 %, 20,6 %, 8,0 % et 7,4 % des femmes respectivement ont dû accoucher en dehors de leur district de santé (BC Reproductive Care Program,

2004). La boîte de texte ci-dessous souligne les expériences de femmes Heiltsuk de Waglisla (Bella Bella) quant à l'importance d'accoucher chez elles au lieu de devoir se déplacer sur une grande distance vers un autre centre d'obstétrique.

En plus des barrières géographiques, on a identifié d'autres barrières qui risquent d'empêcher l'accès des femmes autochtones aux services de soin prénatal, notamment les barrières financières et psychosociales, la nature des programmes, et les perceptions individuelles (BC Perinatal Services, 2006). Comme exemples de barrières

financières on peut citer le coût du transport, la garde d'enfants, les classes prénatales, etc., alors que dans les barrières psychosociales on peut citer entre autres le stress, la dépression, l'ambivalence ou les craintes pendant la grossesse. Les programmes de soins peuvent être plus orientés vers les femmes mariées que les femmes célibataires, ne pas tenir compte des traditions et des pratiques autochtones ou manquer de professionnels de santé disponibles. Les femmes peuvent également avoir une perception de leur grossesse qui limite leur accès aux services de soin prénatal; par exemple la perception que la grossesse est un

L'importance d'accoucher chez soi – L'expérience des femmes Heiltsuk de Waglisla (Bella Bella)

Cette étude examine l'importance d'accoucher chez elles pour les femmes autochtones de la communauté éloignée de Heiltsuk de Waglisla/Bella Bella C.-B. Plusieurs communautés des Premières Nations de Colombie-Britannique ont perdu des services de maternité locaux au cours des dernières années, ce qui a forcé les femmes à se déplacer sur de grandes distances pour accoucher. Les décisions menant à ces fermetures ont été improvisées et typiquement prises sans consultation de la communauté.

Les Heiltsuk ont toujours accouché dans leur communauté mais depuis 2001, la politique est que les femmes doivent partir pour accoucher ailleurs. Les femmes doivent habituellement se rendre à Vancouver, à plus de 600 km pour accoucher à l'hôpital BC Women Hospital.

Bien que toutes les femmes des zones rurales ressentent l'impact des coupures dans les services de maternité locaux, des données probantes qualitatives suggèrent que les

communautés autochtones en souffrent davantage. Cet état de fait est dû à l'importance historique de la naissance dans la vie autochtone, considérée comme un événement pour toute la communauté qui renforce les liens entre les familles et les nations. Il est aussi important de reconnaître la signification d'avoir un enfant né sur les terres traditionnelles et l'engagement et le soutien de la communauté entière dans l'accueil de l'enfant, pratique qui marque de façon cérémonieuse le début de la vie de l'enfant à l'occasion du choix de son nom, de la tenue d'un « potlach », et du transfert de savoir traditionnel important de la part des Aînés. Ces célébrations peuvent encore se tenir, mais il y a quand même un décalage si une femme doit quitter la communauté pour accoucher dans un endroit inconnu et lointain. La signification sociale de la naissance n'est pas un facteur pris en considération lorsque la décision est prise de fermer les services de soins de maternité dans la communauté.

L'importance de l'appui de la famille et de la communauté lors de l'accouchement est résumée ainsi par une participante :

Je ne pouvais pas croire le soutien, il y a beaucoup de soutien ici. Si quelque chose arrive, si un problème survient dans une famille, toute la communauté se mobilise

et vient à son aide pour la soutenir, que ce soit sur le plan financier ou, en cas de décès, par l'envoi de nourriture.

Une autre participante a parlé de l'importance du soutien de la famille du point de vue des soins :

Je pense que cela fait une grande différence d'avoir nos bébés ici, parce qu'il y a le soutien de la famille et il y en a avec vraiment besoin car certaines mères souffrent de post-partum, et ne serait-ce que pour bénéficier de tout ce soutien.

On a également trouvé que le fait pour les femmes de devoir quitter leur communauté pour aller accoucher ailleurs a un lien avec une plus grande morbidité et mortalité périnatale et davantage d'anxiété, de stress et de naissances prématurées.

Les recommandations faites suite à cette étude, et formellement ratifiées par le Conseil de Bande de Heiltsuk, soulignent l'importance de la participation de la communauté dans la prise de décision sur l'allocation de ressources aux soins de maternité et l'importance du lieu et de la présence de la communauté lors de l'accouchement.

Source : Kornelsen et al., 2010.

événement naturel qui ne nécessite aucune intervention, ou avoir une vision négative des professionnels de la santé et des services en fonction de leurs expériences antérieures (Ibid.). Les femmes autochtones des zones urbaines ont aussi exprimé des inquiétudes quant à un accès à des services culturellement appropriés et acceptables pour la communauté, en dépit de la proximité géographique de services d'obstétrique de pointe disponibles en milieu urbain (Su, 2009; Smylie, Wolfe, & Senese, 2012).

Il n'est donc pas surprenant, au vue de ces barrières et de ces inquiétudes quant aux services de soin que la recherche indique que de nombreuses femmes autochtones ne reçoivent pas de soins prénatals suffisants, qu'il s'agisse de consultations chez un médecin de famille, un obstétricien ou de classes prénatales (BC Perinatal Services, 2006), alors qu'elles reçoivent peut-être des soins prénatals sous d'autres formes dans leurs communautés. Par exemple, les femmes de Premières Nations vivant dans une réserve en C.-B. sont beaucoup moins susceptibles de faire au moins neuf visites prénatales pendant leur grossesse et elles consultent un médecin pour les soins prénatals plus tard que les mères non autochtones (Ibid.). Malheureusement, les données n'étaient pas disponibles quant aux visites à des professionnels de santé multidisciplinaires comme les sages-femmes, les infirmières praticiennes, et les infirmières, qui permettraient de comprendre la nature exacte de ces lacunes dans les soins.

Quel est le lien entre les données sur la santé maternelle et l'expérience de la maternité chez les Autochtones et les déterminants de la santé, les services de santé et les

politiques en matière de santé?

Les données sur la santé maternelle et l'expérience de la maternité chez les Autochtones permettent de conclure qu'il est nécessaire de mettre en place une grande variété de services, de programmes et de politiques de santé. On devra faire particulièrement attention à la réduction des disparités entre autochtones et non autochtones et entre hommes et femmes dans les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. En outre, il est démontré qu'il faut répondre au besoin de services de maternité supervisés par la communauté autochtone et de programmes offerts là où vivent les femmes autochtones (tant dans les zones rurales qu'urbaines).

Les pratiques les meilleures et les plus prometteuses en matière de santé maternelle chez les Autochtones

Le projet de formation au doula autochtone

Le projet de formation au doula repose sur un partenariat entre le Conseil de la santé des Premières Nations et la British Columbia's Provincial Health Services Association. En 2009, 26 femmes autochtones ont bénéficié de la formation de doula et reçu leur certification dans les territoires de Secwepemc et Gitksan (Kamloops et Hazelton) sur la base d'un programme de doula autochtone spécifique. Ces doulas autochtones offriront un soutien aux femmes et à leurs familles avant, pendant et après l'accouchement. Ce soutien couvre toute la durée du travail et de l'accouchement et inclut aussi l'aide aux soins dispensés au nouveau-né.

Le projet vise aussi à combler le vide créé par l'interruption des pratiques traditionnelles d'accouchement dans

les communautés autochtones en C.-B. Selon Indigo Sweetwater et Lucy Barney (2009) qui ont élaboré le programme pilote, une « doula autochtone peut aider les familles et la mère en train d'accoucher à remettre le processus de la naissance au cœur de nos communautés, son lieu d'origine et son lieu d'appartenance. ». Des plans sont en cours d'élaboration pour étendre ce projet et mettre au point le programme de formation de doula autochtone.

Programme Sheway

Le programme Sheway, établi dans le quartier est du centre-ville de Vancouver en 1993, est un exemple de programme modèle réussi visant à améliorer la santé maternelle et infantile dans les zones urbaines, en particulier pour les femmes enceintes aux prises avec l'usage de substances et diverses dépendances. Même si ce programme ne vise pas particulièrement les femmes autochtones, cette catégorie représente environ 70 % de leur clientèle (Sheway, n.d.). Le programme ne concerne que les femmes, met la culture au premier plan et repose sur le principe de la réduction des méfaits. Le programme est financé par diverses sources, tant publiques que privées, et est partenaire de la Vancouver Native Health Society. Une gamme de soins prénatals et postnatals, médicaux et infirmiers y sont fournis, notamment : déjeuners quotidiens nutritifs et chauds, coupons alimentaires, paniers provenant de la banque alimentaire, suppléments nutritifs, ticket de bus pour se rendre aux consultations médicales, lait maternisé, couches, vêtements, équipement et autres articles pour les bébés, visites au domicile, programmes de divertissement et créatifs, conseil et appui en alimentation, conseils en matière de consommation d'alcool et de drogue et de prise de méthadone, appui aux habiletés des parents, plaidoyer en faveur du logement et questions juridiques (Poole, 2000).

Une évaluation du programme entrepris par Poole (2000) a noté des



Crédit: Glenbow Archives, ID NA-3672-4, « Trois sages-femmes inuites, Wassagamack, Août 1970 »

améliorations dans les résultats de santé maternelle et des naissances et notamment : amélioration de la nutrition, réduction de l'usage de drogues, amélioration du logement, réduction du nombre d'enfants pris en charge par le Ministère du développement et de la famille, amélioration du poids des bébés à la naissance, vaccinations à jour. La réussite du programme a été attribuée à un certain nombre de ses caractéristiques, et notamment : un esprit d'équipe dans l'exécution des services de manière continue et intégrée, une approche bienveillante et neutre dans la fourniture de services, une organisation non-hiérarchique des services dans une atmosphère ouverte et informelle, l'occasion de rencontrer des femmes dans des situations similaires, l'accès aux éléments essentiels non-médicaux, et la capacité à contrôler la sécurité et l'anonymat (Benoit, Carroll, Lawr, & Chaudhry, 2001; Benoit, Carroll, Chaudry, 2003).

Les sages-femmes autochtones

« Les plus anciennes traditions de la profession de sage-femme du Canada proviennent des peuples autochtones. Les sages-femmes ont fait partie de pratiquement chaque communauté autochtone et quelques sages-femmes continuent de pratiquer aujourd'hui » (Shroff, 1997).

Les communautés autochtones du Canada ont toujours compté des sages-femmes (National Aboriginal Council of Midwives [NACM], 2012). La colonisation et les changements qu'elle a apportés dans les services médicaux des communautés autochtones, dont la médicalisation de l'accouchement, a considérablement affaibli les pratiques des sages-femmes autochtones au Canada pendant de nombreuses années (NACM, 2012; NAHO, 2008). Depuis 1986, la profession de sage-femme autochtone est réapparue dans des régions éloignées, des zones

rurales et urbaines à travers le Canada; actuellement il existe huit services de sage-femme indiqués sur le site Web du NACM.

Dans la documentation, il est déterminé que la pratique de sage-femme autochtone constitue une meilleure pratique (McNeil et al., 2010 ; Van Wagner, Epoo, Nastapoka, & Harney, 2007 ; Conseil canadien de la santé, 2011). Selon le National Council of Aboriginal Midwives (Conseil national des sages-femmes autochtones) (NACM, 2012) une sage-femme autochtone se définit comme suit :

Un fournisseur de services de santé primaire dévoué ayant les compétences pour soigner des femmes enceintes, les bébés, et leurs familles durant toute la grossesse et pendant les premières semaines après l'accouchement. C'est aussi une personne bien informée de tous les aspects de la médecine concernant les femmes; elle apporte l'information qui permet de conserver la famille et la communauté en bonne santé. Les sages-femmes font la promotion de l'allaitement, d'une bonne nutrition, et appuient les habiletés parentales. Une sage-femme est le gardien des cérémonies concernant les jeunes, comme les rites du passage à la puberté. Elle est à la fois un leader et un mentor, chargée de transmettre des valeurs importantes sur la santé à la prochaine génération. (Paragraphe 1)

Le site Web du NACM, référencé dans la section Ressources supplémentaires en page suivante, inclut des informations supplémentaires sur la profession de sage-femme autochtone au Canada, y compris la gouvernance, les moyens de formation et une trousse à outils de la profession de sage-femme pour les communautés intéressées à établir ces services.

Conclusion

Cet article commençait avec un commentaire de la sage-femme et aînée Mohawk Katsi Cook, encourageant les Autochtones à prendre leurs responsabilités et « rappeler aux femmes le pouvoir inhérent à ce processus de transformation que doit être une naissance. » Pour les Autochtones, le fait de pouvoir répondre aux besoins physiques, psychologiques, émotifs et spirituels des femmes enceintes ou qui allaitent a toujours constitué une priorité de la famille et de la communauté et l'est encore. Malheureusement, les politiques coloniales passées et actuelles ont affaibli les pratiques riches et diversifiées et bien intégrées dans les sociétés autochtones qui ont soutenu nos femmes en tant que mères et leur ont donné du pouvoir. Le handicap social qui en a découlé, et qui reste un défi pour beaucoup de femmes autochtones alors qu'elles sont le plus vulnérables, se traduit par un nombre disproportionné de problèmes de santé (le diabète gestationnel, l'obésité, la dépression post-partum) et de comportements liés au stress (fumer) pour ces femmes par rapport aux non-autochtones. Malgré tous ces défis cependant, les femmes, les familles et les communautés autochtones travaillent dur pour parvenir à une bonne santé et au bien-être. Par exemple, les taux d'allaitement soutenu pour les familles autochtones sont plus élevés que ceux de la population canadienne dans son ensemble. Un certain nombre d'initiatives importantes initiées par les communautés, y compris la pratique de doula et de sage-femme, ont été mises en œuvre afin d'améliorer l'accès à des soins de maternité culturellement appropriés. Nous sommes donc à une époque de changements intéressants pour la santé maternelle chez les Autochtones de C.-B.

Ressources supplémentaires

- BC Perinatal Health Program (BCPHP): www.bcphp.ca
- Système canadien de surveillance périnatale (SCSP): <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/index-fra.php>
- First Nations Health Council: www.fnhc.ca
- First Nations Regional Longitudinal Health Survey: www.rhs-ers.ca/english
- National Aboriginal Council of Midwives (NACM): aboriginalmidwives.ca

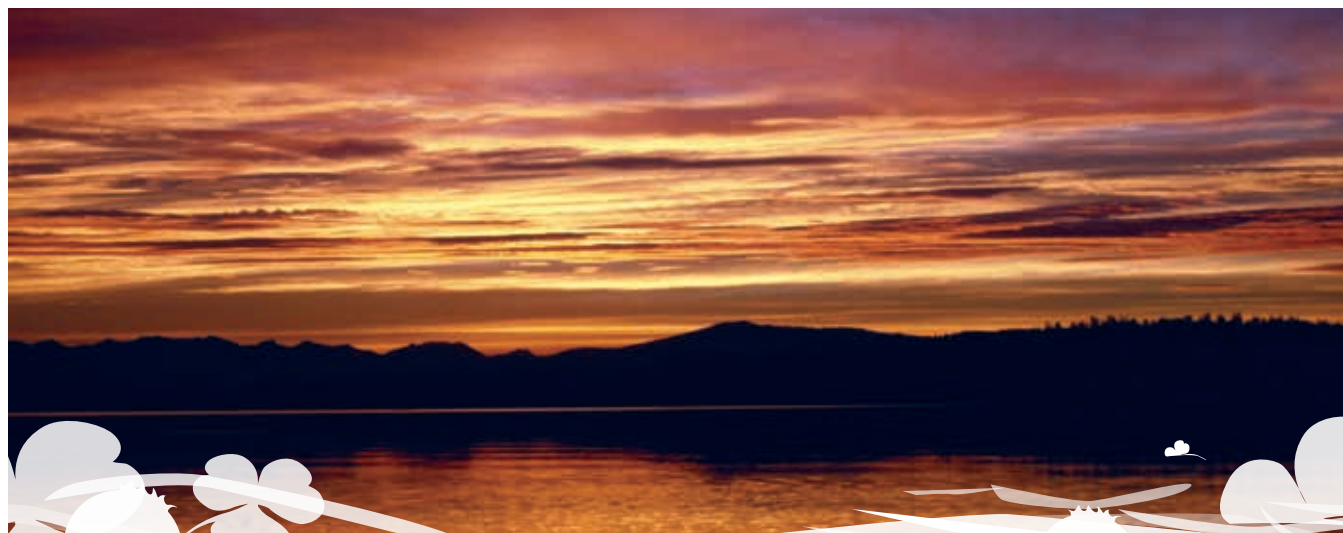
Bibliographie

- Benoit, C., Carroll, D., & Chaudhry, M. (2003). In search of a healing place: Aboriginal women in Vancouver's Downtown Eastside. *Social Science and Medicine*, 56: 821-833.
- Benoit, C., Carroll, D., Lawr, L., & Chaudhry, M. (2001). *Marginalized voices from the Downtown Eastside: Aboriginal women speak about their health experiences*. Toronto, ON: National Network on Environments and Women's Health, Centre of Excellence on Women's Health, York University.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35: 491-498. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00064.x
- British Columbia Perinatal Services. (2006). *Aboriginal maternal health in British Columbia – A toolbox*. Vancouver, BC: Author.
- British Columbia (BC). Provincial Health Officer. (2009). *Pathways to health and healing – 2nd report on the health and well-being of Aboriginal people in British Columbia. Provincial Health Officer's annual report 2007*. Victoria, BC: Ministry of Healthy Living and Sport.
- British Columbia Reproductive Care Program. (2004). *BC Deliveries by maternal residence and delivery hospital highest level of service 2003/2004*. Victoria, BC: Government of BC, BC Reproductive Care Program.
- British Columbia Reproductive Care Program. (2006). *British Columbia perinatal database registry annual report 2006*. Vancouver, BC: Author.

- Browne, A. (2000). *First Nations women's encounters with mainstream health care services and systems*. Vancouver, BC: BC Centre of Excellence for Women's Health.
- Browne A., & Fiske J. (2001). First Nations women's encounters with mainstream health care services. *Western Journal of Nursing Research*, 23(2): 126-47.
- Cleary, E., Ludwig, S., Riese, N., & Grant, L. (2006). Educational strategies to improve screening for gestational diabetes mellitus in Aboriginal women in a remote northern community. *Canadian Journal of Diabetes*, 30(3): 264-268.
- Committee on the Impact of Pregnancy Weight on Maternal and Child Health. (2007). *Influence of pregnancy weight on maternal and child health – Workshop Report*. Washington, DC: National Academies Press.
- Couchie, C., & Sanderson, S. (2007). A report on best practices for returning birth to rural and remote Aboriginal communities. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 29(3): 250-254.
- Daoud, N., & Smylie, J. (2014). *Unpublished analysis, Canadian Maternity Experiences Survey*. Toronto, ON: Centre for Research on Inner City Health, Saint Michael's Hospital.
- Daoud, N., Smylie, J., Urquia, M., Allan, B., & O'Campo, P. (2013). The contribution of socioeconomic position to the excesses of violence and intimate partner violence among Aboriginal versus non-Aboriginal women in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 104(4): e278-83.
- Dyck, R., Klomp, H., Tan, L.K., Turnell, R.W., & Boctor, M.A. (2002). A comparison of rates, risk factors, and outcomes of gestational diabetes between Aboriginal and non-Aboriginal women in the Saskatoon Health District. *Diabetes Care*, 25: 487-493.
- Dyke, R., Osgood, N., Hsiang Lin, T., Gao, A., & Stang, M.R. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3): 249-256.
- Eni, R. (2005). *An articulation of the standpoint of peer support workers to inform childbearing program supports in Manitoba First Nation communities – Institutional ethnography as de-colonizing methodology*. Winnipeg, MB: University of Manitoba.

- First Nations Health Authority. (2012). *Healthy children, healthy families, healthy communities: BC provincial results 2008-10*. First Nations Regional Health Survey. Retrieved July 16, 2013 from http://www.fnhc.ca/pdf/RHS_Report.pdf
- Hampton, M., Baydala, A., Bourassa, C., McKay-McNabb, K., Placsko, C., Goodwill, K., et al. (2010). Completing the circle: Elders speak about end-of-life care with Aboriginal families in Canada. *Journal of Palliative Care*, 26(1): 6-14.
- Harris, S.B., Caulfield, L.E., Sugamori, M.E., Whalen, E.A., & Henning, B. (1997). The epidemiology of diabetes in pregnant Native Canadians. A risk profile. *Diabetes Care*, 20(9): 1422-1425.
- Health Council of Canada. (2011). *Understanding and improving Aboriginal maternal and child health in Canada – Conversations about promising practices across Canada*. Toronto, ON: Health Council of Canada. Retrieved December 18, 2012 from http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.01-HCC_AboriginalHealth_FINAL1.pdf
- Johnson, S., Martin, D., & Sarin, C. (2002). Diabetes mellitus in the First Nations population of British Columbia, Canada. Part 3. Prevalence of diagnosed cases. *International Journal of Circumpolar Health*, 61: 260-263.
- Kornelsen, J., Kotaska, A., Waterfall, P., Willie, L., & Wilson, D. (2010). The geography of belonging: The experience of birthing at home for First Nations women. *Health & Place*, 16(4): 638-45. doi:10.1016/j.healthplace.2010.02.001
- Laliberte, R.F., Settee, P., Waldram, J.B., Innes, R., Macdougall, B., McBain, L., & Barron, F.L. (Eds.) (2000). *Expressions in Canadian Native studies*. Saskatoon, SK: University of Saskatchewan, University Extension Press.
- Lix, L., Bruce, S., Sarkar, J., & Young, T.K. (2009). Risk factors and chronic conditions among Aboriginal and non-Aboriginal populations. *Health Reports*, 20(4): 21-29.
- Mann, M.M. (2013). International teen reproductive health and development: The Canadian First Nations context. *The International Indigenous Policy Journal*, 4(1): 11.
- McCormick, R. (2009). Aboriginal approaches to counselling. In J. Kirmayer & G.G. Valaskakis (eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*, pp. 337-354. Vancouver, BC: UBC Press.
- McNeil, D.A., Rikhy, S., Siever, J., Johnston, A., Goitom, M., & Tough, S. (2010). Recent promising practices to improve the health and well-being of Aboriginal women and children. In *Healthy moms, babies and children: Improving the health of Aboriginal populations in Canada*, pp. 9-156. Edmonton, AB: Alberta Centre for Child, Family and Community Research.
- Ministry of Children and Family Development. (2011). *Revised 2011/12 – 2013/14 Service Plan*. Victoria, BC: Government of British Columbia, Ministry of Children and Family Development. Retrieved May 16, 2011 from <http://www.bcbudget.gov.bc.ca/2011/sp/pdf/ministry/cfd.pdf>
- National Aboriginal Council of Midwives [NACMJ]. (2012). *Aboriginal midwifery in Canada*. Montreal, QC: Author. Retrieved July 16, 2013 from <http://aboriginalmidwives.ca/aboriginal-midwifery-in-Canada>
- National Aboriginal Health Organization [NAHO]. (2008). *Celebrating birth – Aboriginal midwifery in Canada*. Ottawa, ON: Author.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (1966). *International covenant on economic, social and cultural rights*. Geneva: Author. Retrieved July 16, 2013 from <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (1979). *Convention on the elimination of all forms of discrimination against women*. Geneva: Author. Retrieved July 16, 2013 from <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Poole, N. (2000). *Evaluation report of the Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women*. Vancouver, BC: BC Centre of Excellence for Women's Health.
- Public Health Agency of Canada. (2009). *What mothers say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa, ON: Author. Retrieved July 16, 2013 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-eng.pdf>
- Rodrigues, S., Robinson, E., & Gray-Donald, K. (1999). Prevalence of gestational diabetes mellitus among James Bay Cree women in Northern Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 160(9): 1293-1297.
- Sheway. (n.d.). *Sheway overview*. Vancouver, BC: Vancouver Native Health Society. Retrieved May 18, 2011 from http://www.vnhs.net/index.php?option=com_content&view
- Shroff, F.M. (ed.) (1997). *The new midwifery: Reflections on renaissance and regulation*. Toronto, ON: Women's Press.
- Smylie, J. (2012). *Our babies, our future: Aboriginal birth outcomes in British Columbia*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved July 16, 2013 from <http://www.nccah-ccnsa.ca/en/publications.aspx?sortcode=2.8.10&searchCat=1&Page=1#sthash.QEIJiT8H.dpuf>
- Smylie, J. (2013). *Addressing the social determinants of health of Aboriginal infants, children and families in British Columbia*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved July 16, 2013 from <http://www.nccah-ccnsa.ca/34/Publications.nccah#sthash.92AdGREX.dpuf>
- Smylie, J., Daoud, N., O'Brien, K., & Yu, M. (forthcoming). *Long distance deliveries: Disparities in proximal access to maternity services for Aboriginal compared to non-Aboriginal women in Canada*. Toronto, ON: Centre for Research on Inner City Health, Manuscript in preparation.
- Smylie, J., Wolfe, S., & Senese, L. (2012). *For seven generations: Visioning for a Toronto Aboriginal birth centre*. Toronto, ON: Native Canadian Centre of Toronto, Community Meeting Report, June 5-12, 2012.
- Statistics Canada. (2005). *Women in Canada 2005*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue Number 89-503-XIE.
- Statistics Canada. (2006a). *Community Profiles*. Ottawa, ON: Statistics Canada. Retrieved May 11, 2010 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/details/Page.cfm?Lang=E&Geo1=PR&Code1=59&Geo2=PR&Code2=01&Data=Count&SearchText=British%20Columbia&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=&GeoCode=59>
- Statistics Canada. (2006b). *Aboriginal Population Profile*. Ottawa, ON: Statistics Canada. Retrieved May 11, 2010 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/details/page.cfm?Lang=E&Geo1=PR&Code1=59&Geo2=PR&Code2=01&Data=Count&SearchText=British%20Columbia&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=&GeoCode=59>

- Statistics Canada. (2006c). *2006 Profile of Aboriginal children, youth and adults*. Ottawa, ON: Statistics Canada [Online]. Retrieved May 19, 2010 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/89-635/index.cfm>
- Statistics Canada. (2008). *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis, and First Nations, 2006; Census*. Ottawa, ON: Ministry of Industry, Catalogue number 7-558-XIE.
- Statistics Canada. (2009). *National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) Cycle 7, 2006-2007*. Ottawa, ON: Author.
- Statistics Canada. (2010). Aboriginal women in Canada. In *Women in Canada, Chapter 8*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue Number: 89-503-XWE. Retrieved March 25, 2011 from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2005001/chap8-eng.htm>
- Su, M. (2009). *Aboriginal women's experiences seeking help in an urban emergency department*. Vancouver, BC: Unpublished Masters of Nursing Science Thesis, University of British Columbia. Retrieved March 23, 2011 from https://circle.ubc.ca/bitstream/handle/2429/7156/ubc_2009_spring_su_michelle.pdf;jsessionid=756E3F46E4D4152CF80C280B456A93A8?squence=1
- Sweetwater, I., & Barney, L. (2009). BC Aboriginal doula training - Project piloted in Secwepemc and Gitksan territory. *The Aboriginal Nurse*. Spring: 10-11.
- United Nations. (2000). *United Nations Millennium Declaration*. Geneva: United Nations. Retrieved March 25th, 2011 from <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
- United Nations. (2008). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. New York: United Nations. Retrieved May 19, 2010 from <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/en/drip.html>
- United Nations Economic and Social Council. (2000). *Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York: United Nations. Retrieved May 19, 2010 from <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/40d009901358b0e2c1256915005090be?OpenDocument>
- United Nations News Centre. (2007). *United Nations adopts Declaration on Rights of Indigenous Peoples*, September 13. Retrieved July 16, 2013 from <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=23794&Cr=indigenous&Cr1>
- United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues. (n.d.). *Frequently asked questions: Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. New York: United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues. Retrieved May 19, 2010 from <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/FAQsindigenousdeclaration.pdf>
- Van Wagner, V., Epoo, B., Nastapoka, J., & Harney, E. (2007). Reclaiming birth, health, and community: Midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(4): 384-91.
- Wessman, J., & Harvey, N. (2000). An interview with Katsi Cook. *Talking Leaves Magazine*, 10(1). Retrieved March 30, 2011 from <http://www.lostvalley.org/talkingleaves/node/61>
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3): 217-228.
- Young, T.L., Reading, J., Elias, B., & O'Neil, J.D. (2000). Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: Status of an epidemic in progress. *Canadian Medical Association Journal*, 163(5): 561-6.



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :
UNIVERSITÉ DU NORD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
3333 UNIVERSITY WAY, PRINCE GEORGE (C.-B.) V2N 4Z9

1 250 960 5250
CCNSA@UNBC.CA
WWW.NCCAHC-CCNSA.CA