



Inégalités sociales de santé : discours des filles et des femmes autochtones

ÉTAT DES CONNAISSANCES

MAI 2024

AUTRICES

Catherine Fournier, conseillère scientifique
Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Laforest, cheffe d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Odile Bergeron, conseillère scientifique
Réal Morin, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction du développement des individus et des communautés

Vana Ké, bibliothécaire
Direction valorisation scientifique et qualité

RÉVISION

Patricia Bouchard, chargée de projet, formatrice pour les dossiers autochtones et doctorante
École d'études autochtones de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Dominique Gagné, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur une version préliminaire de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices ainsi que les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

L'équipe de projet remercie les représentants et représentantes des organisations suivantes, leurs réflexions quant aux orientations du projet et pour leur relecture d'une version préliminaire de la synthèse :

Femmes Autochtones du Québec
Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN: 978-2-550-98409-2 (English PDF)
ISBN : 978-2-550-98333-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

Cette synthèse a été élaborée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux financée par l'entente en santé des Autochtones. Elle découle de la mise à jour de la Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes du Secrétariat à la condition féminine du Québec en réponse à l'orientation « Promouvoir les perspectives autochtones en matière d'égalité des genres afin de soutenir l'action des différents acteurs concernés par la santé et le bien-être des Premières Nations et des Inuit ».

Les actions actuelles et futures en matière d'égalité doivent être adaptées aux réalités des femmes des Premières Nations et Inuit. Afin de contribuer à orienter ces actions, la présente synthèse de connaissances vise à comprendre les facteurs systémiques et structurels influençant les inégalités sociales de santé selon les discours des filles et des femmes autochtones.

Ce document s'adresse principalement aux personnes œuvrant au Secrétariat à la condition féminine dans la mise en œuvre de la Stratégie. Elle s'adresse aussi aux acteurs de santé publique œuvrant en santé des femmes autochtones.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	5
1.1 Portrait sociodémographique tiré de données d'enquête	5
1.2 Rôles sociaux des femmes autochtones : regard historique.....	6
1.3 Quelques données sur les inégalités sociales de santé chez les Autochtones	7
1.4 Une note sur l'intersectionnalité.....	8
1.5 Les déterminants sociaux de la santé : une piste de compréhension	9
1.6 Expliquer un phénomène social en utilisant les discours.....	10
1.7 Question de recherche et objectifs.....	10
2 MÉTHODOLOGIE	11
2.1 Décortiquer la question de recherche	11
2.2 Recherche documentaire.....	12
2.3 Extraction et analyse des données.....	13
2.4 Évaluation de la qualité.....	13
2.5 Révision par les pairs.....	14
3 RÉSULTATS.....	15
3.1 Description des publications retenues.....	15
3.2 Thématiques en lien avec les inégalités sociales de santé	17
3.3 Des facteurs d'influence positifs	18
3.4 Des facteurs d'influence négatifs : les systèmes.....	20
3.5 Facteurs d'influence négatifs : enjeux de ressources.....	22
3.6 Facteurs d'influence négatifs : le colonialisme à travers les années	25
4 DISCUSSION.....	28
4.1 L'importance d'une perspective orientée vers les forces	28
4.2 Encore des défis systémiques à surmonter	29
4.3 Le legs des structures coloniales	30
4.4 Le fardeau des rôles sociaux : un frein à l'égalité.....	31
4.5 Forces et limites de la démarche.....	31
5 CONCLUSION.....	33

6	RÉFÉRENCES.....	34
ANNEXE 1	STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	39
ANNEXE 2	ORGANIGRAMME DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	42
ANNEXE 3	GRILLES D'EXTRACTION	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères de sélection	13
Tableau 2	Description des études retenues	16
Tableau 3	Facteurs d'influence pouvant amoindrir les inégalités sociales de santé	18
Tableau 4	Facteurs d'influence négatifs liés aux systèmes	20
Tableau 5	Facteurs d'influence négatifs liés aux enjeux opérationnels	22
Tableau 6	Facteurs d'influence négatifs liés au colonialisme	25

FAITS SAILLANTS

Les femmes autochtones sont centrales au développement des communautés. Toutefois, les inégalités sociales de santé observées au long de leur parcours de vie peuvent freiner leur pleine participation sociale, culturelle et économique. Les actions actuelles et futures en matière d'égalité doivent être adaptées aux réalités des Premières Nations et des Inuits. Afin d'aider à orienter ces actions, la présente synthèse de connaissances vise à comprendre les facteurs systémiques et structurels influençant leur santé et mieux-être de manière disproportionnée.

- Le corpus qualitatif sur lequel se base cette synthèse comprend onze articles révisés par les pairs et trois rapports de recherche. Cinq thématiques liées à la santé pour lesquelles les filles et femmes autochtones expriment être désavantagées ressortent de l'analyse : la violence (notamment la violence genrée et familiale vécue), la santé sexuelle (l'accès aux tests de dépistage par exemple), la santé périnatale (les soins et services avant et après l'accouchement), la santé mentale (notamment le stress et l'anxiété) et les comportements de santé (par exemple la sécurité alimentaire et la consommation de tabac).
- Les filles et les femmes autochtones témoignent de facteurs favorables à leur santé et à leur mieux-être : la continuité culturelle, les soins et services de santé culturellement sécuritaires et l'autodétermination. La connexion à la culture, la participation à des activités culturelles et spirituelles, la création d'une relation de confiance avec le personnel de soins et l'étroite implication des femmes dans les décisions entourant la communauté leur seraient bénéfiques. Soulignons par exemple l'accès facilité aux services de santé et une meilleure perception de sa santé mentale.
- L'influence négative des différents systèmes – de santé, de justice, d'éducation et de services sociaux – sur la santé et le mieux-être des filles et des femmes autochtones est abordée dans la quasi-totalité du corpus. Par exemple, des femmes resteraient dans des situations de violence familiale faute d'autre option ou par méfiance envers le système de protection de l'enfance qu'elles ne veulent pas alerter. D'ailleurs, les participantes vivant dans des régions éloignées rappellent les lacunes dans les services offerts : manque de continuité, transport absent ou coûteux, roulement de personnel.
- Des éléments liés à la gouvernance et aux idéologies coloniales occupent une place importante dans les discours. Plusieurs participantes décrivent des expériences de racisme, de discrimination, de marginalisation et des traumatismes historiques qui nuisent à leur santé et leur mieux-être. Ces expériences seraient une barrière d'accès aux soins et services et contribueraient à normaliser la violence envers les femmes autochtones.
- Les participantes mentionnent accomplir plusieurs tâches et responsabilités, accentuant les déséquilibres entre les genres et influençant négativement leur santé. La surcharge de responsabilités et l'absence de reconnaissance et valorisation de celles-ci augmenteraient le stress vécu et réduiraient l'accès aux soins. Des femmes témoignent être submergées de responsabilités; ces dernières étant attendues d'elles.

SOMMAIRE

Contexte

Les femmes autochtones sont centrales au développement des communautés. Toutefois, les inégalités sociales de santé observées au long de leur parcours de vie peuvent freiner leur pleine participation sociale, culturelle et économique.

Une inégalité sociale de santé est une différence de santé évitable et injuste observée entre des groupes sociaux. Ainsi, les personnes moins nanties et moins scolarisées sont généralement en moins bonne santé que celles dont le statut est plus favorable. Une perspective plus récente sur les inégalités sociales de santé est que celles-ci découlent du ou des rapports de pouvoir entre les groupes sociaux, et ce quel que soit le groupe désavantagé.

Les filles et les femmes autochtones vivent davantage d'enjeux de santé et de mieux-être comparativement aux hommes autochtones et aux femmes non autochtones. Elles ont une espérance de vie plus courte que les femmes non autochtones. Elles sont aussi plus à risque de faire une tentative de suicide et de vivre un accouchement prématuré. De plus, les femmes autochtones vivent davantage de violence, surtout sexuelle et familiale, et décèdent davantage par homicide comparativement aux femmes non autochtones et aux hommes autochtones.

Objectif

Les actions actuelles et à venir en matière d'égalité doivent être adaptées aux réalités des Premières Nations et des Inuits. Cette synthèse de connaissances vise donc à faire ressortir les facteurs systémiques et structurels accentuant les inégalités sociales de santé, et ce à partir des discours des filles et des femmes autochtones.

Résultats

Le corpus comprend quatorze publications dont les populations à l'étude sont réparties à travers le Canada : onze articles révisés par les pairs et trois rapports de recherche. Pour la majorité, les participantes sont des femmes de plus de dix-huit ans qui s'identifient comme Premières Nations ou Inuit. Trois études incluait des participantes adolescentes; le terme filles réfère à celles-ci. La taille des échantillons varie entre 12 et 164 répondantes.

L'analyse des résultats met de l'avant différentes thématiques liées à la santé pour lesquelles les filles et femmes autochtones expriment être désavantagées : la violence (notamment la violence genrée et familiale vécue), la santé sexuelle (l'accès aux tests de dépistage par exemple), la santé périnatale (les soins et services avant et après l'accouchement), la santé mentale (notamment le stress et l'anxiété) et les comportements de santé (par exemple la sécurité alimentaire et la consommation de tabac).

Des facteurs d'influence positifs

- La continuité culturelle est centrale dans les discours des filles et des femmes. La connexion à la culture et la participation à des activités culturelles et spirituelles seraient bénéfiques pour la santé des femmes. De jeunes filles associent ces dernières à la réduction de la violence genrée et à la réappropriation d'une sexualité saine. La santé mentale, sexuelle ainsi que les moments entourant l'accouchement seraient favorisés par la cohésion familiale, la réappropriation du rôle de la femme traditionnellement ancré dans le leadership, la transmission intergénérationnelle des savoirs et la pratique sage-femme.
- L'autodétermination autochtone pourrait mitiger les perturbations de l'exploitation minière selon une étude. Selon les femmes, leur implication dans la mise en œuvre de solutions pourrait limiter les perturbations sociales associées à l'ouverture d'une mine (augmentation de la violence genrée, difficultés de santé mentale et consommation de substances psychoactives).
- L'influence positive que peut avoir le système de santé est évoquée dans quatre études. La présence de compétence et de sécurisation culturelle ainsi que des relations positives avec les professionnels de la santé augmenteraient l'utilisation des services. De plus, des femmes vivant en contexte urbain ayant accès à des services de santé pour les Autochtones faisaient le lien avec une meilleure santé mentale.

Des défis systémiques à surmonter

- Cinq études mettent de l'avant les répercussions des services de santé non adéquats et non sécuritaires sur la santé. Par exemple, la rigidité du système de santé affecterait les expériences de soins périnataux. Les longs moments d'attente et les multiples consultations seraient épuisants, une source de stress et limiteraient l'accès aux services.
- La méfiance quant au système de services sociaux est abordée dans une étude. Selon les Inuit rencontrées, la peur de perdre la garde de ses enfants augmenterait le risque de violence familiale. Elles hésiteraient à demander de l'aide aux autorités, par crainte d'attirer l'attention.
- Dans trois études, les obstacles rencontrés dans les relations avec les services policiers et le système judiciaire nuiraient à leur sécurité et par extension à leur santé. Les participantes signalent des barrières à obtenir de l'aide en cas de violence : traitement inefficace des plaintes, long délai de réponse lors d'appels d'urgence, absence de patrouilles en tout temps dans les villages nordiques, lourde bureaucratie, manque de compétence culturelle et de suivi, et méfiance.
- Trois études, toutes se déroulant en communauté autochtone, évoquent le système d'éducation et ses lacunes dans l'éducation au consentement sexuel et à la gestion de son budget et de sa santé.

Enjeux de ressources et éloignement géographique

- Du côté des infrastructures et des ressources communautaires, les lacunes dans les services offerts (par exemple l'absence de ressources en hébergement) pourraient augmenter le

risque de vivre de la violence familiale. En effet, plusieurs femmes ont mentionné être demeurées dans une relation violente faute d'autres options viables.

- Quatre études mettent de l'avant l'influence de l'éloignement géographique sur l'accès aux services de santé sexuelle, périnatale et mentale. Des participantes témoignent du stress associé à l'évacuation lors d'un accouchement ou du manque de transport pour se rendre à un test de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le fardeau des rôles sociaux : un frein à l'égalité

- Les participantes disent accomplir une panoplie de tâches et responsabilités domestiques genrées. La surcharge de responsabilités et la non-reconnaissance de celles-ci augmenteraient le stress vécu, et ce même chez les filles qui mentionnent que les attentes sociales seraient plus grandes pour elles que les garçons.
- Des femmes expliquent n'avoir personne d'autre pour s'occuper des enfants pour un rendez-vous de santé et ainsi ne pas pouvoir s'y présenter.

Le legs de l'historique colonial

- Les discours mettent de l'avant des expériences actuelles de racisme et de discrimination sous diverses formes qui seraient un frein à leur santé, par exemple en étant une barrière d'accès aux soins.
- De nombreuses mesures gouvernementales comme les pensionnats autochtones et l'abattage des chiens de traîneaux, ainsi que d'autres mesures de sédentarisation forcée s'inscrivaient dans une perspective de domination et d'assimilation. Leurs répercussions sur la santé et le mieux-être sont ressenties encore aujourd'hui, notamment par la normalisation de la violence faite aux femmes autochtones.

Pour aller plus loin

Une meilleure compréhension des facteurs d'influence des inégalités sociales de santé mise de l'avant dans la synthèse peut être une étape préliminaire à des actions en matière d'égalité. Rappelons que les collaborations directes et la perspective d'autodétermination, soit le par et pour les femmes autochtones, seraient centrales à la mise en œuvre de politiques et de programmes équitables, inclusifs et adaptés à leurs réalités.

Méthodologie

Dans une démarche systématisée et reproductible, la littérature scientifique et grise rapportant les discours des filles et des femmes autochtones en lien avec les inégalités sociales de santé et ses facteurs d'influence ont été recensées et analysées. En premier lieu, un regroupement par thématiques liées aux inégalités sociales de santé a été réalisé dans un processus itératif. En second lieu, une approche déductive à partir des modèles de codes a été utilisée pour les facteurs d'influence recensés. Ceux-ci ont été catégorisés en s'inspirant de la nomenclature des déterminants systémiques et structurels du cadre de Loppie et Wien (2022).

1 INTRODUCTION

La participation et le soutien des femmes autochtones au développement familial et communautaire et à la santé et au mieux-être de leurs proches est indéniable (Halseth, 2013). Traditionnellement et tout au long de leur parcours de vie, elles occupaient différents rôles clés et valorisés qu'elles transmettaient aux futures générations de femmes : professeures, leaders, mères, guérisseuses, aînées, aidantes, gardiennes des savoirs. Encore aujourd'hui, elles sont centrales à l'organisation sociale des communautés (Maertens, 2022).

Les filles et les femmes autochtones vivent toutefois davantage d'enjeux de santé et de mieux-être comparativement aux hommes autochtones et aux femmes non autochtones. Elles ont une espérance de vie plus courte que les femmes non autochtones. Elles sont aussi plus à risque de faire une tentative de suicide, de vivre un accouchement prématuré et d'être victime de traite humaine (ENFFADA, 2019; Halseth, 2013; Statistique Canada, 2015). De plus, les femmes autochtones vivent davantage de violence, surtout sexuelle et familiale, et décèdent davantage par homicide comparativement aux femmes non autochtones et aux hommes autochtones (Halseth, 2013; Muckle, Bélanger, *et al.*, 2020).

Ces inégalités sociales de santé limitent leur capacité d'agir et leur pleine participation au développement social, culturel et économique, d'où la pertinence de se pencher sur ce sujet.

1.1 Portrait sociodémographique tiré de données d'enquête

Quelques données sociodémographiques recueillies dans le cadre de deux enquêtes de santé à l'échelle du Québec et d'une à l'échelle canadienne tracent un bref portrait des femmes autochtones (emploi, revenu, éducation, logement et famille).

Qanuilirpipitaa? 2017

Dans l'enquête sur la santé des Inuit du Nunavik de 2017, la majorité des femmes de plus de 16 ans n'avait pas obtenu de diplôme d'études secondaires (61 %). Près d'une femme sur deux travaillait à temps plein, mais la même proportion mentionnait ne pas avoir suffisamment d'argent pour combler ses besoins (Riva *et al.*, 2020b). Du côté du logement, environ le tiers des femmes inuit vivait dans un logement surpeuplé, soit plus d'une personne par pièce (35 %). D'ailleurs, près d'une femme sur cinq mentionnait que son logement nécessitait des réparations majeures (18 %) (Riva *et al.*, 2020a). Enfin, environ 70 % des femmes étaient âgées de moins de 19 ans, lors de leur première grossesse (Moisan *et al.*, 2016).

Enquête régionale sur la santé des Premières Nations

Cette enquête est réalisée à partir d'un échantillon de toutes les Premières Nations au Québec vivant dans une communauté à l'exception des Cris. En 2015, 53 % des femmes avaient un emploi, une proportion légèrement supérieure à celle des hommes. Plus du quart des femmes avaient obtenu un diplôme d'études collégiales ou universitaires (28 %), mais parallèlement plus

du tiers des femmes n'avaient pas de diplôme d'études secondaires (36 %) (CSSSPNQL, 2018a). En outre, l'âge moyen à la première grossesse était d'environ 20 ans (CSSSPNQL, 2018b).

Enquête auprès des peuples autochtones

La population cible de cette enquête canadienne est celle de plus de 15 ans s'identifiant comme Autochtone et résidant à l'extérieur des communautés. En 2016, c'est la moitié des femmes autochtones qui détenaient un diplôme d'études postsecondaires (52 %) (Arriagada, 2021). Environ trois femmes sur cinq occupaient un emploi à temps plein (63 %), une proportion moins élevée que chez les hommes (71 %). Toutefois, environ une femme sur deux disait qu'elle serait incapable de s'acquitter d'une dépense imprévue de 500 \$ (49 %). Le taux de chômage chez les femmes des Premières Nations était de 14 %. Parmi celles au chômage, environ la moitié déclarait ne pas avoir les qualifications requises pour occuper les emplois disponibles (Anderson, 2019).

1.2 Rôles sociaux des femmes autochtones : regard historique

Avant leur contact avec les colonisateurs européens, il existait généralement un équilibre et une complémentarité entre les rôles des femmes et des hommes dans les sociétés autochtones (Indigenous Foundations, 2009). Tous les rôles étaient importants et tous avaient une place. De nombreuses nations étaient matrilineaires, une organisation sociale dans laquelle l'ascendance maternelle est celle prise en compte. Les femmes jouissaient d'une haute estime sociale, notamment comme mères et gardiennes des savoirs.

D'ailleurs, plusieurs sociétés autochtones adoptaient une division non binaire des genres, les personnes de la pluralité des genres faisant partie de la collectivité (Merasty *et al.*, 2021). Terme introduit pour la première fois par l'aînée Myra Laramee, la bispiritualité (*two-spirit*) réfère aux personnes s'identifiant comme ayant un esprit masculin et un esprit féminin. Elle décrit une identité sexuelle, spirituelle et de genre et était historiquement associée à des rôles précis dans la collectivité. Aujourd'hui, la bispiritualité réfère aux personnes de la pluralité des genres autochtones, mais sa signification et son utilisation varient selon les langues, les nations, les communautés et les individus.

La colonisation a bouleversé les rôles sociaux des filles et des femmes (ENFFADA, 2019). Un système de valeurs européen prônant le patriarcat et la binarité des genres a été imposé (Indigenous Foundations, 2009; Perreault, 2015). Le gouvernement canadien et les églises chrétiennes ont ciblé les femmes autochtones puisqu'elles avaient un rôle central à l'organisation des communautés. Elles étaient un obstacle à leur domination et à l'imposition d'un modèle hétéropatriarcal (Simpson, 2016).

Ainsi, de multiples pratiques visant le contrôle et l'assimilation des peuples et des femmes autochtones ont été mises en place. Soulignons la sédentarisation forcée, la dépossession territoriale, l'abattage de chiens de traîneau, la rafle des enfants autochtones dans les années 60 et leur adoption par des familles non autochtones, les pensionnats autochtones et la *Loi sur les*

Indiens de 1876. Cette loi redéfinissait les rôles sociaux au sein des Premières Nations au Canada en imposant le modèle occidental aux systèmes politiques, sociaux et familiaux ancestraux et en écartant les femmes autochtones. La loi accroissait la place occupée par les hommes dans la gouvernance; une normalisation de la domination masculine au sein des conseils de bande s'en est notamment suivie (Maertens, 2022).

Ce bref regard historique met en lumière les enjeux coloniaux vécus par les filles et les femmes autochtones, des enjeux qui exacerbent les inégalités sociales de santé.

1.3 Quelques données sur les inégalités sociales de santé chez les Autochtones

Une inégalité sociale de santé est une différence de santé évitable et injuste observée entre deux groupes sociaux. Les inégalités touchent l'ensemble de la société selon un continuum. Ainsi, les personnes moins nanties et moins scolarisées sont généralement en moins bonne santé que celles dont le statut est plus favorable. L'accès inéquitable aux conditions influençant la santé, comme le revenu, l'emploi, l'éducation et les soins de santé, affecte davantage certains groupes, dont les Autochtones et les femmes (Agence de la santé publique du Canada, 2023). Une perspective plus récente sur la question des inégalités sociales de santé est que celles-ci découlent du ou des rapports de pouvoir entre les groupes sociaux, et ce quel que soit le groupe désavantagé (Carde, 2020).

En bref, le contexte historique, social et économique amène les filles et les femmes autochtones à faire face à de nombreuses disparités en matière de santé comparativement aux hommes autochtones et aux femmes non autochtones (Halseth, 2013). La santé des personnes bispirituelles est aussi particulièrement affectée par l'imposition du système de valeurs occidental.

Concernant la santé physique

- Les femmes autochtones ont en moyenne un taux plus élevé de cholestérol, de glycémie, de dyslipidémie et de diabète que les femmes non autochtones (Dyck *et al.*, 2010; Halseth, 2013; Jaffer *et al.*, 2021).
- Au Canada, des taux plus élevés de maladies cardiovasculaires sont signalés chez les femmes des Premières Nations (17 %), Inuit (18 %) et Métis (17 %) comparativement aux femmes non autochtones (14 %) (Jaffer *et al.*, 2021).

Concernant la santé mentale

- Les femmes autochtones sont trois fois plus susceptibles de faire une tentative de suicide que les autres femmes canadiennes (Halseth, 2013).
- Plus de huit femmes autochtones sur dix vivant en milieu urbain rapportaient des symptômes dépressifs sévères (82 %) (Benoit *et al.*, 2016).

- Les personnes bispirituelles sont plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété, de consommer des substances psychoactives, de faire une tentative de suicide et de vivre de la violence comparativement aux Autochtones cisgenres (personne pour qui le genre attribué à la naissance est le même que celui par lequel elle se définit) et hétérosexuels (Hunt, 2016).

Concernant la santé sexuelle et reproductive

- Les taux de cancer du col utérin et de décès reliés à ce cancer sont plus élevés chez les femmes autochtones que celles qui ne le sont pas (Halseth, 2013).
- Un taux plus élevé d'accouchement prématuré est observé chez les femmes autochtones par rapport aux femmes non autochtones (Sheppard *et al.*, 2017).
- Les femmes autochtones auraient une probabilité plus élevée de contracter le VIH/sida et d'en décéder comparativement aux femmes non autochtones (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Halseth, 2013)

Qui plus est, les normes, les valeurs et les attitudes sociales dictant les comportements et les rôles de genre affectent aussi la santé et le mieux-être des hommes (Organisation mondiale de la santé, 2021). Les quelques exemples suivants rappellent la pertinence, pour viser l'équité en santé, de ne pas s'intéresser seulement aux disparités entre les femmes et les hommes autochtones.

- Les normes de masculinité rationalisent des comportements à risque pour la santé comme fumer, ne pas porter de condom, abuser de l'alcool et négliger de consulter pour des soins de santé (Organisation mondiale de la santé, 2021).
- Les hommes autochtones ont une espérance de vie moins élevée que celle des femmes autochtones et des hommes non autochtones, et sont plus à risque de décéder par suicide (Halseth, 2013; Kumar & Tjepkema, 2019).
- Dans les recherches sur les victimes de violence, les hommes autochtones sont sous-représentés alors qu'ils sont trois fois plus à risque d'être victimes de violence familiale que les hommes non autochtones (Brownridge, 2010).
- Dans les villages du Nunavik, les hommes ont de hauts niveaux de détresse psychologique, d'idéations suicidaires et rapportent fréquemment un revenu insuffisant pour répondre à leurs besoins (Muckle, Fraser, *et al.*, 2020).

1.4 Une note sur l'intersectionnalité

Les inégalités sociales de santé présentées précédemment sont parfois des comparaisons de données de santé entre les femmes autochtones et les femmes non autochtones ou entre les femmes et les hommes autochtones. En d'autres mots, ces exemples d'inégalités sociales de santé pourraient être liés à l'identité de genre, à l'appartenance culturelle ou à un croisement des systèmes d'oppression. C'est ce qu'on appelle l'intersectionnalité (Morrison, 2015).

Les systèmes d'oppression se basent sur des hiérarchies et des biais sociaux historiquement ancrés (Carde *et al.*, 2015). Par exemple, on peut penser :

- Au colonialisme, soit la dévalorisation des cultures des peuples d'origine d'un territoire et leur assimilation forcée à la culture des colonisateurs;
- À la misogynie qui est le mépris et les préjugés envers ce qui est considéré comme féminin pouvant se manifester par l'exclusion institutionnelle ainsi que la violence genrée;
- Au classisme qui signifie la discrimination et l'exclusion basées sur l'appartenance à une classe sociale, en fonction du revenu, du statut d'emploi, ou du lieu de résidence par exemple.

Alors, chacune des positions sociales – par exemple être une femme, être bispirituelle, être Autochtone, vivre avec un faible revenu, vivre en région éloignée, etc. – se croise dans diverses situations et à différents moments, et ces croisements affectent la santé et le mieux-être. Les stratifications sociales n'agissent donc pas indépendamment les unes des autres (Carde *et al.*, 2015). En d'autres mots, ne s'intéresser qu'aux écarts entre les femmes et les hommes autochtones minimiserait le rôle des autres stratifications sociales.

1.5 Les déterminants sociaux de la santé : une piste de compréhension

Devant les écarts de santé observés chez les Autochtones, des facteurs affectant leur santé et leur mieux-être, au-delà des facteurs génétiques non modifiables, doivent être considérés, par exemple la culture, l'environnement politique, l'exclusion sociale et l'accès aux services (Halseth, 2013). Il s'agit de déterminants sociaux de la santé, soit les conditions sociales qui influencent la santé, et la vulnérabilité aux blessures et aux maladies (Centre de collaboration nationale en santé publique, 2012).

À cet égard, le cadre conceptuel de Loppie et Wien (2022) considère les contraintes et réalités propres aux Autochtones du Canada. Trois niveaux de déterminants sociaux de la santé sont distingués :

- Les **déterminants immédiats** sont les comportements en matière de santé (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, activité physique, etc.), le milieu géophysique (salubrité et surpeuplement des logements, accès à l'eau et au transport, etc.), l'emploi, le revenu et l'éducation. Ces déterminants influencent directement l'état de santé.
- Les **déterminants systémiques** sont le système de santé, le système de services sociaux et de protection de l'enfance, le système de justice, le système d'éducation, les infrastructures, ressources et capacités communautaires, la gestion environnementale et la résurgence culturelle. La gestion environnementale réfère à l'utilisation responsable et durable de l'environnement et à sa protection par des individus ou des groupes. La résurgence culturelle réfère à la récupération et à la régénération des langues et traditions autochtones et au lien avec les territoires ancestraux. Ci-après la résurgence sera nommée continuité culturelle

puisque les cultures autochtones ont toujours eu une certaine vitalité. Ces déterminants renvoient aux conséquences des systèmes sociocommunautaires défaillants sur les individus et leur santé, et par extension, sur les inégalités de santé.

- Les **déterminants structurels** sont les idéologies coloniales (discrimination, racisme et sexisme), la gouvernance coloniale (pensionnats autochtones et pratiques assimilatrices) et l'autodétermination autochtone (possession et contrôle des terres, des ressources, des services et des pouvoirs décisionnels). Ces déterminants influent sur la santé par leurs effets sur les déterminants systémiques et immédiats.

1.6 Expliquer un phénomène social en utilisant les discours

Les inégalités sociales sont un phénomène social. Elles sont générées par des forces structurelles qui répartissent inéquitablement les déterminants sociaux de la santé (Morrison, 2015). La compréhension de ce phénomène peut être affinée en s'intéressant aux discours des filles et des femmes autochtones. En effet, les recherches qui visent à expliquer l'action des déterminants de la santé selon une approche populationnelle ont tout à gagner d'inclure étroitement dans leurs protocoles les personnes visées. Celles-ci sont les mieux placées pour décrire les facteurs qui influencent inéquitablement leur santé tout au long de leur vie (Roy & De Koninck, 2013). Les méthodologies qualitatives aident à saisir le sens des expériences sur lesquelles il est possible d'agir et à comprendre les causes profondes des inégalités sociales de santé d'une population (Felner & Henderson, 2022). Enfin, l'importance de la transmission verbale des histoires de vie chez les peuples autochtones vient confirmer l'utilité des méthodes qualitatives dans les recherches les concernant.

1.7 Question de recherche et objectifs

Les actions actuelles et futures en matière d'égalité doivent être adaptées aux réalités des femmes des Premières Nations et Inuit. La compréhension des facteurs systémiques et structurels les influençant selon les discours des filles et des femmes autochtones peut alors contribuer à orienter les actions. La présente synthèse de connaissances vise donc à répondre à la question : « Comment les filles et les femmes autochtones expliquent-elles les inégalités sociales de santé observées? » De plus, cette synthèse s'articule autour de deux objectifs.

- Répertorier les inégalités sociales de santé qui ressortent des discours des filles et des femmes autochtones.
- Recenser et décrire les facteurs d'influence qui ressortent des discours des filles et des femmes autochtones.

2 MÉTHODOLOGIE

La présente synthèse des connaissances utilise une démarche systématisée et reproductible. La littérature scientifique et la littérature grise rapportant les discours des filles et des femmes autochtones en lien avec les inégalités sociales de santé et ses facteurs d'influence ont été recensées, extraites, puis analysées.

2.1 Décortiquer la question de recherche

La question de recherche a été formulée à l'aide de l'acronyme PS soit « Population et Situation ».

Population : filles et femmes autochtones

Considérant notamment les répercussions genrées sur le mieux-être des Autochtones de la *Loi sur les Indiens*, les publications devaient porter spécifiquement sur des échantillons d'Autochtones du Canada, et proposer des résultats distincts pour les filles et les femmes. Au Canada, le terme « Autochtone » est une appellation légale définissant les premiers peuples ayant habité le territoire avant l'arrivée des colonisateurs européens. La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois peuples autochtones distincts : les Premières Nations (avec ou sans statut), les Inuit et les Métis.

Situation : inégalités sociales de santé et facteurs d'influence

Rappelons que les perspectives autochtones de la santé sont considérées comme englobantes, ne se limitant pas à l'absence de maladie. La santé dans ses nombreuses facettes (physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) s'appuie sur une diversité de piliers qui varient en fonction des peuples. Les langues et les cultures autochtones, les liens sociaux et familiaux, ainsi que les rapports au territoire en sont des exemples. La santé et le mieux-être vont donc bien au-delà de l'individu (CSSSPNQL, 2018c).

Il est possible de mesurer les inégalités de santé en s'intéressant à des écarts entre deux groupes concernant des indicateurs de santé (par exemple l'espérance de vie, la prévalence de maladies chroniques, la perception de la santé). Aussi, des écarts peuvent être observés en s'intéressant à des indicateurs de déterminants immédiats de la santé (par exemple les comportements de santé comme le tabagisme ou la pratique d'activité physique, les conditions de logement, les expériences négatives pendant l'enfance) (Raynault, 2019). Ces deux manières de faire état des inégalités sont recherchées dans les discours des filles et des femmes autochtones.

Afin d'explorer les facteurs à l'origine de ces inégalités, nommés facteurs d'influence dans le présent document, seuls les facteurs liés aux déterminants de niveaux systémiques ou structurels selon le cadre de Loppie et Wien (2022) sont recherchés. Bien que synonymes dans la présente synthèse, la terminologie facteurs d'influence a été préférée à celle de déterminants, puisqu'elle est plus près des discours des filles et des femmes autochtones.

2.2 Recherche documentaire

En collaboration avec une bibliothécaire de l'INSPQ, quatre concepts ont été déclinés en mots clés, descripteurs MeSH et termes d'indexation : 1) Autochtones; 2) déterminants de la santé/facteurs; 3) inégalités de santé (ajout de la mention de genre); et 4) Canada. Les détails de la stratégie de recherche documentaire se retrouvent en annexe.

Pour la recension d'articles révisés par les pairs, une bibliothécaire de l'INSPQ a effectué les recherches dans les bases de données Ovid (MEDLINE, Global Health et APA PsycInfo) et EBSCO (Health Policy Reference Center et SocINDEX) en juin 2022.

Pour la recherche dans la littérature grise, tout autre type de données originales publiées comme des rapports de recherche, des mots clés semblables à ceux utilisés pour recenser la littérature scientifique ont été employés. La recherche a été exécutée par une professionnelle appuyée par une bibliothécaire. Le moteur de recherche Google a été utilisé pour lancer des requêtes générales et des recherches à l'intérieur de sites Web ciblés. Les bases de données Santécom, CAIRN et Érudit ont aussi été scrutées.

Après le déploiement de la stratégie de recherche, les doublons ont été écartés, et les résumés des 977 publications ont été colligés : 882 articles scientifiques et 95 écrits de littérature grise. Un processus de sélection interjuges a eu lieu, et 14 publications (11 articles révisés par les pairs et 3 rapports d'organisations autochtones) satisfaisaient les critères de sélection du tableau ci-dessous. L'organigramme de recherche documentaire se trouve en annexe. Enfin, soulignons que des données spécifiques aux personnes de la pluralité de genre (dont bispirituelles) ont été recherchées initialement, mais le corpus final ne contient quasi aucune information sur celles-ci. Les critères de sélection ont donc été mis à jour.

Tableau 1 Critères de sélection

	Critère d'inclusion	Critère d'exclusion
Population	Femmes, sans limites d'âge	Échantillon d'hommes seulement
Contexte	Canada Premières Nations, Inuit et/ou Métis Résidant en communauté ou en milieu urbain	Hors Canada Étude portant en partie ou en totalité sur des individus non autochtones
Sujet	Aborde une ou des inégalités sociales de santé vécues par les filles et les femmes autochtones Mets en évidence un ou des facteurs d'influence en utilisant les discours des filles et des femmes autochtones (déterminants de niveau structurel ou systémique)	Ne s'intéresse qu'à des facteurs d'influence liés aux déterminants proximaux (p. ex. l'emploi, l'éducation et le revenu)
Méthodologie	Étude qualitative originale présentant clairement sa méthodologie Échantillon de plus de 10 personnes (Creswell & Creswell, 2018) Littérature scientifique ou littérature grise en anglais ou en français	Études quantitatives États des connaissances Thèses de doctorat et mémoires de maîtrise Commentaires et lettres à l'éditeur

2.3 Extraction et analyse des données

Une grille d'extraction a été utilisée pour recenser les caractéristiques des publications : auteurs et année de publication, provinces ou territoires de l'étude, recrutement, description de l'échantillon, inégalités sociales de santé et facteurs d'influence qui ressortent des discours. Une analyse thématique a été réalisée. En premier lieu, pour regrouper les inégalités sociales de santé en thématiques. Le regroupement a été réalisé dans un processus itératif par deux professionnelles après l'extraction de données. En second lieu, une approche déductive à partir des modèles de codes décrite par Crabtree et Miller (1999) a été utilisée pour les facteurs d'influence recensés. En effet, ceux-ci ont été catégorisés en s'inspirant de la nomenclature des déterminants systémiques et structurels du cadre théorique de Loppie et Wien. Enfin, les résultats des études sont rapportés sous forme narrative pour refléter les discours des participantes.

2.4 Évaluation de la qualité

Pour les articles révisés par les pairs, la version française de la grille d'analyse *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) a été utilisée, plus précisément les cinq questions sur les devis qualitatifs (Hong *et al.*, 2020). En répondant « 1 » ou « 0 » à ces questions, des scores de qualité variant de 0 à 5 sont calculés. Les scores ont été divisés selon trois niveaux de qualité : faible (scores de 1 et 2), moyenne (scores de 3 et 4), et élevée (score de 5). La moitié du corpus de publications a été évalué par une professionnelle, et par une autre pour la seconde partie. Les professionnelles se consultaient en cas de doutes quant à la cotation d'une publication.

Pour les rapports de littérature grise, la grille d'appréciation *Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance* (AACODS) (Tyndall, 2010) traduite en français par l'Institut

national d'excellence en santé et en services sociaux a été choisie. Cette grille comprend une série de questions évaluant six aspects de la qualité (compétence, exactitude, étendue, objectivité, date, et portée). Chacun des aspects reçoit une cote de « 1 » ou « 0 », pour des scores finaux allant de 0 à 6. Les scores ont été scindés en trois niveaux de qualité : faible (scores de 1 et 2), moyenne (scores de 3 et 4), et élevée (scores entre 5 et 6). Une seule professionnelle s'est chargée de l'évaluation de la qualité.

2.5 Révision par les pairs

En respect des mécanismes d'assurance qualité de l'INSPQ, une version préliminaire de la synthèse a été lue et évaluée par deux réviseuses. Une grille de révision standardisée a été fournie concernant le contenu, la méthode, les conclusions, l'exhaustivité du document et les enjeux éthiques. Afin d'en assurer le suivi, un tableau compilant les commentaires reçus et le traitement qui en a été fait a été complété. Puisque la synthèse a subi des modifications substantielles en aval de ce processus, une seconde validation des commentaires reçus a été effectuée par une professionnelle. Cette étape visait à s'assurer que la version finale de la synthèse réponde à l'ensemble des enjeux soulevés par les réviseuses.

3 RÉSULTATS

La présente section expose et décrit :

- Les principales caractéristiques des publications retenues;
- Les thématiques en lien avec les inégalités sociales de santé qui ressortent des discours des filles et des femmes autochtones;
- Les facteurs d'influence de niveau structurel et systémique qui amoindrissent ces inégalités;
- Les facteurs d'influence de niveau structurel et systémique qui exacerbent ces inégalités.

3.1 Description des publications retenues

Le tableau 2 présente les 14 publications retenues : 11 articles révisés par les pairs et trois rapports issus de la littérature grise. La vaste majorité des auteurs fait état d'une collaboration avec des participantes, des partenaires ou des comités communautaires pour définir l'objet de recherche, et interpréter et diffuser des résultats. Toutes les publications sont de langue anglaise.

Concernant les échantillons, cinq études s'intéressent exclusivement aux filles et femmes de Premières Nations et le même nombre aux filles et femmes inuit. Pour quatre études, l'échantillon est composé de filles et de femmes s'identifiant à différents peuples autochtones. La quasi-totalité des échantillons est composée de femmes adultes (plus de 18 ans), deux échantillons regroupent des adolescentes et des adultes et seulement un n'est composé que d'adolescentes. La taille des échantillons varie entre 12 et 164 répondantes.

Selon l'évaluation de qualité réalisée avec l'outil MMAT, deux articles révisés par les pairs sont de qualité élevée, huit de qualité moyenne et une de faible qualité. Certaines lacunes méthodologiques expliquent ces notes. Par exemple, l'utilisation des verbatims et des différents résultats de l'ensemble de collectes de données est parfois sommaire (Flores *et al.*, 2022; MacDonald *et al.*, 2015; Oliver *et al.*, 2015; Vang *et al.*, 2018). Aussi, les limites de l'étude ne sont pas toujours clairement explicitées ou la discussion n'est pas contextualisée à la lumière de ces limites (Corosky & Blystad, 2016; Lawford *et al.*, 2018). Quant à eux, les trois rapports de l'organisation *Pauktuutit Inuit Women of Canada* ont été évalués de qualité moyenne selon la grille AACODS. La principale lacune est l'absence de mention d'une révision par les pairs. De surcroît, l'analyse des données est peu expliquée.

Une grille d'extraction détaillée est aussi disponible à l'annexe 3.

Tableau 2 Description des études retenues

Auteurs	Peuple				Lieu	Âge		n	Score de qualité
	Autochtones	Premières Nations	Inuit	Métis		Femme	Filles		
Articles révisés par les pairs									
(Beaumier et Ford, 2010)			X		Igloolik, Nunavut	X		49	5 Élevée
(Corosky et Blystad, 2016)			X		Arviat, Nunavut	X	X	25	3 Moyenne
(de Finney <i>et al.</i> , 2013)		X			Colombie-Britannique	X		63	5 Élevée
(Flores <i>et al.</i> , 2022)		X		X	Toronto, Ontario	X		13	3 Moyenne
(Lawford <i>et al.</i> , 2018)		X			Manitoba	X		12	4 Moyenne
(Maar <i>et al.</i> , 2013) ^a		X			Ontario	X		30	4 Moyenne
(MacDonald <i>et al.</i> , 2015)		X			Est du Canada	X		26	4 Moyenne
(Oliver <i>et al.</i> , 2015)		X	X	X	Île-du-Prince-Édouard, Québec, Ontario et Colombie-Britannique		X	85	2 Faible
(van Herk <i>et al.</i> , 2011)	X	X	X		Non précisé	X		21	3 Moyenne
(Vang <i>et al.</i> , 2018)		X	X		Québec	X		33	4 Moyenne
(Wakewich <i>et al.</i> , 2016) ^a		X			Ontario	X		85	4 Moyenne
Rapports d'organisations autochtones									
(Pauktuutit Inuit Women of Canada <i>et al.</i> , 2014)			X		Qamani'tuaq, Nunavut	X	X	62	4 Moyenne
(Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020)			X		Inuit Nunangat	X		85	4 Moyenne
(Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019)			X		Inuit Nunangat	X		164	4 Moyenne

^a Les études avec un même exposant reposent sur un même échantillon.

3.2 Thématiques en lien avec les inégalités sociales de santé

La nature des données recueillies ne permet pas de présenter des écarts dans la prévalence de certains problèmes de santé entre les filles et les femmes autochtones, leurs homologues non autochtones et les hommes autochtones. L'analyse des résultats met de l'avant différentes thématiques liées aux inégalités sociales de santé pour lesquelles les filles et femmes autochtones expriment être disproportionnellement désavantagées. Afin de synthétiser l'information et simplifier la lecture, cinq thématiques sont présentées. Les thématiques ont été développées à partir des expériences des participantes en plus d'une perspective autochtone de la santé et du mieux-être. Une seule thématique peut donc regrouper des enjeux directement liés à la santé ou qui augmentent les risques de problèmes de santé.

Violence

L'exposition à la violence est un facteur de risque pour divers problèmes de santé mentale et physique. Cette thématique ressort des discours des participantes dans cinq études comme les affectant disproportionnellement que ce soit par l'augmentation perçue de la violence genrée et sa normalisation ainsi que la marginalisation et la stigmatisation (Corosky et Blystad, 2016; Oliver *et al.*, 2015; Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019).

Santé sexuelle

Dans cinq études, les participantes soulignent les difficultés d'accès au test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test Pap) et à d'autres soins en lien avec la santé sexuelle (Corosky et Blystad, 2016; Maar *et al.*, 2013; MacDonald *et al.*, 2015; Oliver *et al.*, 2015; Wakewich *et al.*, 2016).

Santé périnatale

Les enjeux liés à l'accouchement, les moments qui le précèdent et le suivent, dont l'accès aux soins périnataux, la probabilité d'utiliser ces services et les expériences de soins plus ou moins positives, se retrouvent dans trois études (Lawford *et al.*, 2018; Vang *et al.*, 2018; van Herk *et al.*, 2011).

Santé mentale

Les participantes de cinq études témoignent des difficultés de santé mentale rencontrées notamment le stress, l'anxiété, l'accès difficile aux soins de santé mentale et les expériences de soins plus ou moins positives (de Finney *et al.*, 2013; Flores *et al.*, 2022; Lawford *et al.*, 2018; Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014; Vang *et al.*, 2018).

Comportements de santé

La consommation de substances psychoactives et de tabac ainsi que les difficultés vécues en lien avec la sécurité alimentaire sont discutées dans trois études (Beaumier & Ford, 2010; de Finney *et al.*, 2013; Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014).

3.3 Des facteurs d'influence positifs

À travers le corpus, des filles et des femmes autochtones présentent des facteurs qui auraient une influence positive sur les cinq thématiques en lien avec les inégalités sociales de santé. À partir de la nomenclature de Loppie et Wien (20220, ces facteurs sont regroupés autour de l'autodétermination autochtone (un déterminant systémique), du système de santé et de la continuité culturelle (deux déterminants structurels). Ils sont résumés dans le tableau 3 et présentés en détail dans les paragraphes suivants.

Tableau 3 Facteurs d'influence pouvant amoindrir les inégalités sociales de santé

Continuité culturelle		
Participation à des activités culturelles et spirituelles et connexion à la culture	Violence : moins de violence vécue par les femmes	Oliver <i>et al.</i> (2015)
	Santé sexuelle : réappropriation de la santé sexuelle	
	Comportements de santé : moins de stress, donc moins tabac	Finney <i>et al.</i> (2013)
Cohésion familiale	Santé sexuelle : levier à l'accès aux tests PAP en raison d'un partage d'idées positives sur la sexualité des femmes	Wakewich <i>et al.</i> (2016)
Réappropriation du rôle des femmes		
Transmission communautaire des connaissances sur la santé	Santé sexuelle : perception d'une bonne santé, partage de manières de prendre soin de sa santé	MacDonald <i>et al.</i> (2015)
Pratique sage-femme	Santé périnatale : perception d'un accouchement en adéquation aux besoins des femmes	Lawford <i>et al.</i> (2018)
Présence d'une personne accompagnatrice lors de déplacements vers les services de santé		Santé mentale : diminue le stress lié à l'évacuation pour accouchement
Accès à un chasseur et connaissances sur l'alimentation traditionnelle et la chasse	Comportements de santé : favorise la sécurité alimentaire	Beaumier et Ford (2010)
Autodétermination autochtone		
Implication des femmes autochtones dans les prises de décision	Violence, santé mentale et comportements de santé : mitigerait les répercussions spécifiques sur la santé des femmes	Pauktuutit <i>et al.</i> (2014)
Système de santé		
Présence de compétence et de sécurisation culturelle	Santé sexuelle : levier à l'accès aux tests PAP	MacDonald <i>et al.</i> (2015)
	Santé périnatale : expériences positives de soins pour les patientes, favorise l'utilisation des services	Vang <i>et al.</i> (2018) Van Herk <i>et al.</i> (2011)
Relations positives avec les professionnels de la santé	Santé sexuelle : levier à l'accès aux tests PAP	MacDonald <i>et al.</i> (2015)
Accès à des services de santé spécifiques aux Autochtones	Santé mentale : améliore la santé mentale perçue	Flores <i>et al.</i> (2022)

La continuité culturelle centrale aux discours de plusieurs femmes

Ressortant de six études, la connexion à la culture et la participation à des activités culturelles et spirituelles seraient bénéfiques pour la santé des femmes autochtones. Les jeunes participantes faisaient un lien avec ces dernières et la réduction de la violence genrée et la réappropriation de la santé sexuelle en luttant contre le colonialisme, les stéréotypes et les doubles standards (Oliver *et al.*, 2015). En outre, les femmes inuit qui n'avaient pas de chasseur dans leur foyer mentionnaient l'accès difficile aux aliments traditionnels qu'elles réservent d'abord aux autres membres de leur famille; la présence d'un chasseur était mise en lien avec une forme de sécurité alimentaire pour les femmes inuit (Beaumier et Ford, 2010). La santé mentale, sexuelle ainsi que la période entourant l'accouchement seraient favorisés par des facteurs liés à la continuité culturelle : notons la cohésion familiale, la réappropriation du rôle de la femme (traditionnellement ancré dans le leadership et la valeur accordée à la maternité), la transmission communautaire des savoirs, la pratique sage-femme et la présence d'une personne accompagnatrice lors des déplacements vers les services de santé (Lawford *et al.*, 2018; MacDonald *et al.*, 2015; Vang *et al.*, 2018; Wakewich *et al.*, 2016).

L'autodétermination autochtone pour mitiger les perturbations de l'exploitation minière

L'autodétermination autochtone, soit la capacité des filles et des femmes autochtones de décider pour elles-mêmes, est abordée dans une étude. Cette dernière se déroule dans une communauté du Nunavut où une entreprise d'exploitation minière est établie (Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014). Les lacunes dans l'engagement des femmes inuit dans la prise de décision pour la communauté et la mine y sont abordées. Selon les femmes, leur consultation et leur implication pour mettre en œuvre des services et des solutions pourraient limiter les perturbations sociales observées suivant l'ouverture de la mine (augmentation de la violence genrée, difficultés de santé mentale et consommation de substances psychoactives).

Système de santé culturellement sécuritaire : un levier à l'accès à la santé

L'influence positive que peut avoir le système de santé est évoquée dans quatre études. La présence de compétence et de sécurisation culturelle dans les soins de santé était perçue comme une manière d'augmenter l'utilisation de ces services, dont les tests PAP, et d'améliorer les expériences des patientes avec les soins périnataux (MacDonald *et al.*, 2015; Vang *et al.*, 2018; van Herk *et al.*, 2011). D'ailleurs, des relations positives avec les professionnels de la santé augmenteraient l'accès au test PAP selon les Mi'kmaq rencontrées (MacDonald *et al.*, 2015). De plus, l'étude de Flores et ses collègues (2022) sur les expériences des femmes Métis et des Premières Nations pendant la pandémie de la COVID-19 révèle que les participantes ayant eu accès à des services de santé spécifiques aux Autochtones se percevaient en meilleure santé mentale.

3.4 Des facteurs d'influence négatifs : les systèmes

L'influence des différents systèmes (de santé, de justice, d'éducation et de services sociaux) sur la santé et le mieux-être des filles et des femmes autochtones est abordée dans la quasi-totalité du corpus. Le tableau 4 regroupe les données en lien avec ces facteurs d'influence qui sont abordés dans les paragraphes suivants.

Tableau 4 Facteurs d'influence négatifs liés aux systèmes

Système de santé		
Manque de suivi et de rappel	Santé sexuelle : barrières à l'accès au test PAP	Maar <i>et al.</i> (2013)
Manque de compétence et sécurisation culturelle		
Difficulté de confidentialité dans les petites communautés		MacDonald <i>et al.</i> (2015) Wakewich <i>et al.</i> (2016)
Lourde bureaucratie	Santé périnatale : mauvaises expériences des patientes enceintes concernant les soins et les services	Vang <i>et al.</i> (2018)
Services de télémédecine non adaptés	Santé mentale : moins bonne santé mentale perçue	Flores <i>et al.</i> (2022)
Système de services sociaux		
Peur du retrait des enfants par les services de protection de la jeunesse	Violence : femmes restent dans des situations de violence pour ne pas alerter les services de protection de l'enfance	Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
Système de justice et services policiers		
Traitement inefficace des plaintes pour agressions sexuelles et difficultés à appliquer les sanctions légales	Violence : violence sexuelle vécue par les femmes n'est pas ou peu dénoncée	Corosky et Blystad (2016)
Peu de compétence culturelle des policiers et faible implication sociale	Violence : difficultés de dénoncer la violence genrée, surtout conjugale	Pauktuutit et Comack (2020)
Absence de patrouilles 24 heures sur 24		
Long délai de traitement des accusations criminelles/réponse lors d'appels d'urgence		Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
Méfiance envers le système de justice et les services policiers		
Système d'éducation		
Absence d'éducation au consentement sexuel	Violence : certaines femmes ne savent pas qu'elles peuvent refuser une relation sexuelle	Corosky et Blystad (2016)
Éducation à la santé non adaptée à la culture et aux besoins	Santé sexuelle : obstacle au dépistage du cancer du col de l'utérus	Maar <i>et al.</i> (2013)
Absence d'éducation à la gestion du budget	Comportements de santé : difficultés de planifier l'achat d'aliments pour les femmes (principales responsables de la planification des repas)	Beaumier et Ford (2010)

Systeme de santé et barrières à l'accès aux soins

Dans le corpus, on retrouve cinq études qui abordent le système de santé comme un facteur d'influence négatif. Ces études mettent de l'avant les répercussions des services de santé non adéquats et non sécuritaires sur les difficultés de santé vécues par les filles et les femmes autochtones.

Dans les petites communautés, des enjeux de confidentialité ont été soulevés. Ceux-ci seraient une barrière au dépistage du cancer du col de l'utérus pour des femmes des Premières Nations, certaines préférant recevoir les services à l'extérieur de la communauté, malgré la logistique plus compliquée de ce déplacement (MacDonald *et al.*, 2015; Wakewich *et al.*, 2016). D'ailleurs, l'absence de système de rappel, le manque de personnel qualifié et les incompréhensions culturelles feraient aussi obstacle à l'accès à ce service de santé sexuelle (Maar *et al.*, 2013), en plus de la rigidité du système et de la méfiance envers celui-ci (MacDonald *et al.*, 2015).

Cette rigidité du système de santé affecterait aussi les expériences de soins périnataux. Les procédures bureaucratiques (longue attente et multiples consultations avec différents professionnels de la santé) peuvent être épuisantes pour les patientes autochtones. Ces dernières rapportent un manque de familiarité avec la bureaucratie hospitalière (Vang *et al.*, 2018). D'ailleurs, lors de la pandémie de la COVID-19, des femmes ont rapporté que les soins médicaux à distance étaient difficiles d'accès et non adéquats, nuisant à leur santé mentale (Flores *et al.*, 2022)

La méfiance quant au système de services sociaux

Dans une étude, on y aborde que le système de protection de l'enfance serait particulièrement défavorable au mieux-être des femmes autochtones. La peur de perdre la garde de ses enfants augmenterait le risque de violence familiale. Ainsi, plusieurs mères autochtones hésiteraient à demander de l'aide aux autorités, par crainte d'attirer l'attention sur leur situation familiale difficile (Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019).

Lacunes du système de justice et des services policiers : exacerbation de la violence genrée

Les obstacles rencontrés par les filles et les femmes autochtones dans les relations avec les services policiers et le système judiciaire nuiraient à leur sécurité et par extension à leur santé. Trois études abordent le système de justice. Elles incluent des participantes inuit signalant des barrières à obtenir de l'aide dans des situations de violence. (Corosky et Blystad, 2016; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019). Différentes lacunes sont discutées par les participantes : traitement inefficace des plaintes pour agressions sexuelles et autres accusations criminelles, long délai de réponse lors d'appels d'urgence, absence de patrouilles en tout temps dans les communautés nordiques et lourde bureaucratie. Par ailleurs, le manque de compétence

culturelle et de suivi dans les services policiers ainsi que la méfiance envers le système de justice sont aussi mentionnés.

Un système d'éducation en inadéquation avec les besoins

Dans trois études, des filles et des femmes autochtones soulignent les lacunes du système d'éducation. L'éducation à la santé sexuelle et au consentement reçue serait insuffisante et ne correspondrait pas aux besoins et à la culture des filles et des femmes autochtones (Corosky et Blystad, 2016; Maar *et al.*, 2013). Cela les mettrait notamment à risque de vivre de la violence puisqu'elles ne savent pas toujours qu'elles peuvent refuser un rapport sexuel. De plus, les lacunes d'éducation à la gestion du budget exacerberaient les difficultés d'accès aux aliments du magasin et par la même occasion l'insécurité alimentaire. En effet, les femmes inuit ont mentionné être responsables des repas de la famille et parfois se priver pour en laisser aux autres (Beaumier et Ford, 2010).

3.5 Facteurs d'influence négatifs : enjeux de ressources

Un second regroupement de facteurs d'influence est celui concernant les infrastructures, les ressources et les capacités communautaires. Ce regroupement peut refléter la situation socioéconomique d'une communauté ou d'une localité. Le tableau 5 résume ces facteurs d'influence, détaillés dans les paragraphes suivants.

Tableau 5 Facteurs d'influence négatifs liés aux enjeux opérationnels

Infrastructures et ressources		
Éloignement géographique de la communauté	Violence : difficile de quitter une situation de violence lorsque les femmes le souhaitent	Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
	Santé sexuelle : barrière d'accès au test PAP	Maar <i>et al.</i> (2013)
	Santé périnatale : évacuation pour accouchement n'est pas en adéquation avec les besoins des femmes, difficile de se rendre aux lieux de services	Lawford <i>et al.</i> (2018) Van Herk <i>et al.</i> (2011) Vang <i>et al.</i> (2018)
Roulement de personnel	Violence : difficile de dénoncer la violence, ressources limitées en maison d'hébergement	Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
	Santé sexuelle : barrière à l'accès au test PAP	Maar <i>et al.</i> (2013) Wakewich <i>et al.</i> (2016)
	Santé mentale : continuité des services en santé mentale est compromise	Pauktuutit <i>et al.</i> (2014)
Sous-financement des services	Violence : femmes restent dans des situations de violence faute d'autre option viable	Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
Coût élevé pour quitter les communautés par avion		

Tableau 5 Facteurs d'influence négatifs liés aux enjeux opérationnels (suite)

Infrastructures et ressources (suite)		
Lacunes dans les services offerts aux femmes autochtones en situation de violence, de toxicomanie et de santé mentale	Violence : barrières à dénoncer la violence familiale et sexuelle, peut augmenter la violence faite aux femmes en raison d'enjeux de toxicomanie et de santé mentale d'autres individus	Pauktuutit <i>et al.</i> (2014) Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
	Santé mentale : peu de continuité dans les services	Pauktuutit <i>et al.</i> (2014)
	Comportements de santé : arrivée de la mine amène des revenus et perturbations sociales, augmentation de la consommation de substances psychoactives	
Infrastructures de justice insuffisante	Violence : absence de cellule de détention et violence genrée	Pauktuutit et Comack (2020)
Présence accrue de travailleurs temporaires masculins	Violence : davantage de violences sexuelles envers les femmes	Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
Capacité communautaire		
Tâches et responsabilités domestiques genrées	Violence : dépendance au revenu d'un partenaire violent pour les soins aux enfants	Pauktuutit et Comack (2020)
	Santé sexuelle : barrières d'accès aux soins (p. ex. devoir s'occuper des enfants)	Corosky et Blystad (2016) MacDonald <i>et al.</i> (2015)
	Santé mentale : source de stress (p. ex. attentes sociales plus élevées pour les jeunes filles que les garçons), évacuation pour accouchement est anxiogène (p. ex. enfants plus âgés à s'occuper)	Finney <i>et al.</i> (2013) Flores <i>et al.</i> (2022) Vang <i>et al.</i> (2018)
	Comportements de santé : majoritairement responsable des repas, elles peuvent se priver pour nourrir les autres membres de la famille, tabac est une façon de gérer le stress	Beaumier et Ford (2010) Finney <i>et al.</i> (2013)

Infrastructures et ressources déficitaires

Du côté des infrastructures et des ressources communautaires, les lacunes dans les services offerts aux filles et aux femmes inuit (par exemple l'absence de ressources en hébergement) sont soulevées comme un facteur augmentant le risque de vivre de la violence familiale (Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019). En effet, plusieurs femmes ont mentionné être demeurées dans une relation violente faute d'autres options. D'ailleurs, puisque plusieurs communautés nordiques ne sont accessibles que par avion, les femmes qui souhaitent quitter une situation de violence font face à des coûts élevés. Dans un même ordre d'idées, les lacunes dans les infrastructures de justice (par exemple l'absence de cellules de détention) nuisent à la possibilité de demander et de recevoir de l'aide en situation de violence (Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020).

De plus, quatre études mettent de l'avant l'influence de l'éloignement géographique de la communauté sur l'accès aux services de santé sexuelle, périnatale et mentale (Lawford *et al.*, 2018; Maar *et al.*, 2013; Vang *et al.*, 2018; van Herk *et al.*, 2011). Par exemple, des participantes

témoignent du stress associé à l'évacuation pour l'accouchement (Vang *et al.*, 2018) ou du manque de transport pour se rendre à un test de dépistage du cancer du col de l'utérus (Maar *et al.*, 2013).

Les lacunes dans la continuité des services de santé et sociaux disponibles pour les filles et les femmes autochtones (notamment les services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie) sont soulevées dans trois études (Maar *et al.*, 2013; Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014; Wakewich *et al.*, 2016). Par exemple, des femmes inuit témoignent des perturbations sociales à la suite de l'ouverture de la mine, dont l'augmentation de la consommation de substances psychoactives. Toutefois, les lacunes dans les services de toxicomanie exacerberaient cette augmentation (Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014). Aussi, le roulement de personnel diminuerait l'accès à des tests de dépistage du cancer du col de l'utérus pour des femmes des Premières Nations (Maar *et al.*, 2013; Wakewich *et al.*, 2016).

Capacité communautaire : surcharge de responsabilités

Les tâches, rôles et responsabilités domestiques remplis par les filles et les femmes autochtones peuvent être inclus dans la capacité communautaire, étant alors considérés comme une forme de ressources sociales. Toutefois, la répartition inéquitable des responsabilités au sein des collectivités autochtones contribue aux inégalités sociales de santé tel que mis de l'avant dans sept études.

Le stress engendré par ces responsabilités se répercute entre autres sur la santé mentale (de Finney *et al.*, 2013; Flores *et al.*, 2022). Par exemple, les participantes ont discuté des différentes façons dont la pandémie de COVID-19 a affecté négativement leur santé mentale. Cette situation a été exacerbée par les responsabilités spécifiques aux femmes, telles que prendre soin des enfants et les aider avec leur éducation en ligne (Flores *et al.*, 2022). D'ailleurs, ces responsabilités familiales sont un obstacle à l'accès aux soins de santé, certaines femmes mentionnant n'avoir personne d'autre pour s'occuper des enfants et de la maison pour aller à un rendez-vous (Maar *et al.*, 2013; MacDonald *et al.*, 2015). De jeunes femmes des Premières Nations rapportent que les adolescentes de leur communauté fument à cause du stress. Les responsabilités en matière de soins (par exemple devoir s'occuper de frères et sœurs plus jeunes) et de travail domestique (par exemple la cuisine et le ménage) sont une grande source de stress. Ces responsabilités sont données davantage aux filles qu'aux garçons (de Finney *et al.*, 2013).

D'ailleurs, l'insécurité alimentaire atteindrait davantage les femmes inuit que les hommes. Étant majoritairement responsables des repas de la famille, ces dernières ont déclaré régulièrement sauter des repas ou réduire la taille de leurs portions pour laisser les autres membres de leur famille manger en premier (Beaumier et Ford, 2010). Bref, les responsabilités genrées auraient des répercussions spécifiques sur la santé et le mieux-être des filles et des femmes autochtones.

3.6 Facteurs d'influence négatifs : le colonialisme à travers les années

L'influence du colonialisme à travers les années sur la santé et le mieux-être des filles et des femmes autochtones ressort aussi du corpus. Le tableau 6 résume les facteurs d'influence liés au colonialisme et les paragraphes suivants décrivent les résultats recensés.

Tableau 6 Facteurs d'influence négatifs liés au colonialisme

Idéologies coloniales		
Discrimination <ul style="list-style-type: none"> • Fondée sur le fait de vivre avec le VIH • Sur le statut socioéconomique • Raciale • Sexiste • Envers les personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres 	Violence : marginalisation et stigmatisation des femmes vivant avec le VIH, perception d'un risque augmenté de violence pour les jeunes qui dévoilent leur orientation sexuelle ou leur identité de genre	Corosky et Blystad (2016) Oliver <i>et al.</i> (2015)
	Santé sexuelle : barrière d'accès au test de dépistage du cancer du col de l'utérus; diminue la probabilité de demander de l'aide concernant le VIH	MacDonald <i>et al.</i> (2015) Wakewich <i>et al.</i> (2016) Oliver <i>et al.</i> (2015)
	Santé périnatale : barrière d'accès aux soins, diminue la probabilité de les utiliser, expériences négatives de soins pour les patientes	Vang <i>et al.</i> (2018) Van Herk <i>et al.</i> (2011)
Imposition du patriarcat	Violence : violence sexuelle vécue par les femmes, marginalisation et stigmatisation des femmes vivant avec le VIH	Corosky et Blystad (2016) Oliver <i>et al.</i> (2015)
	Santé sexuelle : barrière d'accès aux soins de santé	Corosky et Blystad (2016) MacDonald <i>et al.</i> (2015)
	Santé mentale : stress vécu en raison de l'imposition des rôles sociaux	Finney <i>et al.</i> (2013)
Normalisation de la violence faite aux femmes autochtones	Violence : violence sexuelle vécue par les femmes	Corosky et Blystad (2016) Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
Stéréotypes des femmes autochtones hypersexualisées	Violence : marginalisation et stigmatisation des femmes vivant avec le VIH	Oliver <i>et al.</i> (2015)
	Santé sexuelle : diminue la probabilité de demander de l'aide concernant le VIH	Oliver <i>et al.</i> (2015) Wakewich <i>et al.</i> (2016)

Tableau 6 Facteurs d'influence négatifs liés au colonialisme (suite)

Gouvernance coloniale		
Pensionnats autochtones	Violence : normalisation de la violence faite aux femmes	Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
	Santé sexuelle : honte et timidité associée au corps en raison des agressions sexuelles vécues, coupures familiales, pas d'éducation familiale au sujet du corps et de l'intimité	Maar <i>et al.</i> (2013) MacDonald <i>et al.</i> (2015) Wakewich <i>et al.</i> (2016)
Abattage des chiens de traîneaux	Violence : normalisation de la violence faite aux femmes	Pauktuutit et Comack (2020) Pauktuutit et Quintessential Research Group (2019)
Sédentarisation forcée		
Éradication des pratiques traditionnelles d'accouchement	Santé périnatale : accouchement qui n'est pas en adéquation avec les besoins des femmes	Lawford <i>et al.</i> (2018)

Idéologies coloniales : interactions teintées de croyances discriminatoires

Les croyances et visions persistantes découlant du colonialisme, et dépeignant les peuples autochtones, et les femmes en particulier, de manière péjorative se reflètent dans le vécu des participantes. Cela se traduit notamment sous forme de discrimination raciale, sexiste et fondée sur le statut sérologique qui augmente la marginalisation et la stigmatisation des femmes vivant avec le VIH (Oliver *et al.*, 2015). De plus, la discrimination envers les personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres amène les jeunes à percevoir qu'il est risqué de dévoiler leur identité de genre et d'orientation en raison des risques de violence (Corosky & Blystad, 2016). Enfin, selon les participantes, l'imposition des valeurs patriarcales et la banalisation de la violence genrée expliqueraient la marginalisation et la violence sexuelle vécue par des femmes autochtones (Corosky & Blystad, 2016; Oliver *et al.*, 2015; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019).

La santé sexuelle des filles et des femmes autochtones est particulièrement affectée par la discrimination et les stéréotypes de genre, comme rapporté dans deux études. Les jeunes femmes de l'étude de Oliver et ses collègues (2015) ont raconté des événements où elles ont subi des stéréotypes représentant les femmes autochtones comme étant hypersexualisées. Ces stéréotypes mettent en place un double standard selon lequel les hommes sont autorisés à être sexuellement actifs, et les femmes sont encouragées à être sexuellement passives. Les femmes autochtones vivaient donc davantage de rejet et de difficultés à obtenir de l'aide si elles contractent le VIH, comparativement aux hommes. Selon des femmes des Premières Nations en Ontario, l'accès à des tests de dépistage est aussi affecté par ce stéréotype de la femme autochtone hypersexualisée (Wakewich *et al.*, 2016). La peur de la stigmatisation liée au VPH serait un obstacle au dépistage du cancer du col de l'utérus. Des femmes seraient blâmées par leurs partenaires pour la transmission des ITSS. Bref, ces deux études témoignent des difficultés de santé sexuelle exprimées par les femmes qui sont influencées par des stéréotypes de genre.

L'influence de l'historique de gouvernance coloniale

Le rôle joué par les pensionnats autochtones et par d'autres politiques visant l'acculturation des Autochtones en lien avec la violence genrée est examiné dans deux études. Les événements d'abattage des chiens de traîneaux et de sédentarisation forcée vécus par les Inuit, de par leur effet perturbateur sur leurs traditions et systèmes de valeurs, seraient associés à l'augmentation de la violence genrée (Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019).

Les pensionnats autochtones ont aussi été mis en lien avec des enjeux de santé sexuelle. Des femmes ont abordé la honte et la timidité associées au corps en raison des agressions sexuelles qu'elles y ont vécues comme un frein à l'accès aux soins (MacDonald *et al.*, 2015; Maar *et al.*, 2013). De plus, les coupures familiales créées par les pensionnats auraient limité l'éducation familiale au sujet du corps et de l'intimité reçue par les filles et les femmes autochtones, un autre obstacle à la santé sexuelle (Wakewich *et al.*, 2016).

Enfin, des femmes des Premières Nations ayant vécu une évacuation pour accouchement témoignent de l'éradication des pratiques traditionnelles d'accouchement. Ces femmes expliquent que cette quasi-absence de pratiques traditionnelles nuit à la perception d'avoir un accouchement en adéquation avec ses besoins (Lawford *et al.*, 2018).

4 DISCUSSION

Dans la présente synthèse de connaissances, les discours des filles et des femmes autochtones mettent en lumière cinq thématiques liées aux inégalités sociales de santé : violence, santé sexuelle, périnatale et mentale, ainsi que comportements de santé. Les participantes expliquent ces inégalités par différents facteurs d'influence. Les facteurs qui auraient une influence positive, ceux liés au système et à la discrimination, puis les rôles et responsabilités genrés, seront revus. Les forces et les limites de la démarche clôtureront la section.

4.1 L'importance d'une perspective orientée vers les forces

Pour viser l'équité en santé, une perspective orientée vers les forces est aussi importante pour améliorer la santé des hommes que celles des femmes autochtones. Cette perspective consiste à identifier et à soutenir les diverses forces, motivations, facteurs de résilience et facteurs de protection qui favorisent le mieux-être des populations autochtones (CGIPN, 2020). Toutefois, il apparaît pertinent de cerner spécifiquement les forces perçues par les filles et les femmes autochtones. Dans le corpus, les discours de celles-ci témoignent de facteurs positifs – l'autodétermination, la continuité culturelle et les soins et services de santé culturellement sécuritaires – d'où la nécessité de mettre en place des conditions pour que ces forces prospèrent.

D'abord, les seules données recensées abordant l'autodétermination ont été collectées dans une communauté en lien avec les industries minières. Les avantages possibles de l'implication des femmes dans la prise de décision s'en dégagent (Pauktuutit Inuit Women of Canada *et al.*, 2014); l'importance de cette implication est aussi décrite dans la littérature (ENFFADA, 2019). En effet, les collaborations directes et la perspective d'autodétermination, soit le par et pour les femmes, seraient centrales à la mise en œuvre de politiques et de programmes équitables, inclusifs et adaptés à leurs réalités.

Ensuite, les données analysées soulignent que la continuité culturelle jouerait un rôle prépondérant dans le mieux-être des filles et des femmes autochtones. Ces résultats sont compatibles avec la littérature sur le sujet; la continuité culturelle serait un élément clé du mieux-être et de la guérison des Autochtones au Canada (Chandler et Dunlop, 2018; ENFFADA, 2019). Dans la présente synthèse, la continuité culturelle tiendrait une place particulière pour la santé des femmes, notamment en termes de revitalisation de la pratique sage-femme et du rôle de leadership des femmes et des mères autochtones qui seraient favorables à la santé périnatale et mentale (Lawford *et al.*, 2018; Wakewich *et al.*, 2016).

Enfin, la compétence et la sécurisation culturelle dans les services de santé ainsi que le développement de relations fondées sur le respect avec les professionnels de la santé favoriseraient la santé et le mieux-être (Flores *et al.*, 2022; MacDonald *et al.*, 2015; Vang *et al.*, 2018; van Herk *et al.*, 2011). Le bien-fondé d'offrir des services sociaux et de santé culturellement sécurisants pour améliorer l'état de santé des populations autochtones n'est pas nouveau (CERP, 2019), mais les données recensées soutiennent l'importance spécifique que cela

revêt pour la santé des femmes. L'accès aux soins de santé et aux services sociaux en serait facilité, puisque des femmes témoignent que des expériences passées positives favoriseraient l'utilisation des soins et services de santé.

4.2 Encore des défis systémiques à surmonter

Malgré tout, les discours des filles et des femmes autochtones témoignent de barrières à la santé et au mieux-être incrustées dans les systèmes de santé, sociaux, de justice et d'éducation. L'intersection des systèmes d'oppression se reflète dans l'ampleur des obstacles rencontrés. Par exemple, des participantes expriment les difficultés rencontrées dans le système de santé parce qu'elles sont des femmes, des Autochtones, des mères, qu'elles vivent en région éloignée et avec un faible revenu. Toutes ses réalités se croisent pour créer des défis systémiques.

La Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec (CERP, 2019) a révélé l'ampleur des obstacles auxquels font face les patients autochtones dans les services de santé. Les filles et les femmes autochtones feraient face à des embûches spécifiques. Dans le corpus, le manque de personnel, de suivi et de rappel dans le système de santé ainsi que les enjeux de confidentialité au sein des communautés autochtones affecteraient de manière disproportionnée leur santé (Maar *et al.*, 2013; MacDonald *et al.*, 2015; Wakewich *et al.*, 2016). Les participantes mentionnent que des services non sécuritaires et qui ne répondent pas à leurs besoins et réalités limiteraient leur accès aux soins de santé et leur utilisation.

Dans les données recensées, la méfiance quant aux services sociaux y est aussi abordée. Des mères vivant de la violence familiale craignent de porter plainte, pour ne pas alerter les services de protection de l'enfance et risquer de perdre la garde de leurs enfants (ENFFADA 2019). Les pratiques massives de retraits d'enfants autochtones par les services allochtones de protection de l'enfance expliqueraient cette méfiance. De ce fait, au Canada, les enfants autochtones sont surreprésentés dans les familles d'accueil. Ils sont aussi surreprésentés dans l'ensemble du continuum de services, notamment les investigations (Fallon *et al.*, 2021). De plus, la non-reconnaissance des cultures et valeurs autochtones au sein du système de protection de l'enfance briserait le lien entre les enfants et leur culture (ENFFADA, 2019).

Toutes les études du corpus sur le système de justice et les services policiers ont été réalisées dans l'Inuit Nunangat, mais la situation serait semblable ailleurs. Les femmes mentionnent les longs délais d'attente lorsqu'elles portent plainte contre un agresseur et ont besoin de services d'urgence (Corosky et Blystad, 2016; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, 2020; Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group, 2019). Des problèmes similaires surviennent dans les communautés des Premières Nations et Métis. Par exemple, la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (2019) a été instituée à la suite de révélation dans les médias d'agressions sexuelles et d'abus de pouvoir par des policiers envers des femmes des Premières Nations. Enfin, soulignons que les femmes autochtones sont deux fois plus susceptibles de déclarer avoir peu ou pas confiance envers la police que les femmes allochtones (17 % c. 8 %) (Heidinger, 2022).

Bien que seulement trois études, toutes se déroulant en communauté autochtone, évoquent le système d'éducation (Beumier et Ford, 2010; Corosky et Blystad, 2016; Maar *et al.*, 2013), les difficultés mentionnées tournent autour d'un même thème, soit les lacunes dans l'éducation au consentement sexuel et de la gestion de son budget et de sa santé. En éduquant autant les filles que les garçons sur ces sujets, le mieux-être des filles en serait favorisé. Ces résultats sont cohérents avec les témoignages recueillis par Services aux Autochtones Canada (2017) concernant l'éducation scolaire au sein des communautés autochtones. Le développement des compétences personnelles et sociales (planification financière, adoption d'un mode de vie sain, éducation sexuelle) ressort comme un besoin. Le manque notable de ressources, de financement et de personnel dans les communautés autochtones rendrait toutefois difficile la mise en œuvre de ce type d'enseignement (Services aux Autochtones Canada, 2017).

4.3 Le legs des structures coloniales

Les discours des filles et des femmes autochtones mettent de l'avant des expériences de racisme et de discrimination sous diverses formes qui mettraient à mal leur santé. Soulignons que le racisme et l'exclusion sociale sont considérés comme un déterminant de la santé dans le cadre choisi, mais aussi dans d'autres (Raphael *et al.*, 2021). Bien que les gestes discriminatoires tendent à être de moins en moins acceptés ouvertement (Howell *et al.*, 2016), les Autochtones au Canada vivent différentes formes d'exclusion (Raphael *et al.*, 2021).

Les comportements et attitudes racistes, sexistes ou classistes (liés à la race, au genre ou à la classe sociale) prennent racine dans des idéologies discriminatoires (Howell *et al.*, 2016). Ces idéologies créent et maintiennent une hiérarchie sociale dans laquelle des personnes se trouvent privilégiées, et d'autres opprimées. Par exemple, les Autochtones ont été opprimés par les colonisateurs et cette hiérarchie sociale injustifiée moralement est maintenue (Howell *et al.*, 2016). Pour qu'un individu ou une organisation adopte des gestes discriminatoires contre un groupe, il doit donc y avoir une croyance que c'est acceptable en raison du rang hiérarchique inférieur de ce groupe. Historiquement, de nombreuses mesures gouvernementales comme les pensionnats autochtones, l'abattage des chiens de traîneau ainsi que des mesures de sédentarisation forcée s'inscrivaient dans une perspective de domination (Simpson, 2016). Leurs répercussions sur la santé et le mieux-être sont ressenties encore aujourd'hui comme en témoignent les participantes aux études recensées, notamment par la normalisation de la violence faite aux femmes autochtones.

4.4 Le fardeau des rôles sociaux : un frein à l'égalité

Les femmes à travers le monde portent un fardeau disproportionné de travail non rémunéré (Gladu, 2021). En raison des rôles de genre patriarcaux, les tâches associées au travail domestique, au travail bénévole et aux soins familiaux incombent généralement aux femmes (Gladu, 2021). Ce travail, qui ne fait pas partie de l'économie du marché du travail, est indispensable au fonctionnement des foyers, des communautés et de l'économie. Les Canadiennes travaillent près des deux tiers du total des heures non rémunérées et rencontrent des défis spécifiques en raison de ces responsabilités domestiques, par exemple une sécurité économique affaiblie ou des enjeux de santé mentale et physique (Gladu, 2021). Cette réalité ressort aussi du discours des filles et des femmes autochtones.

D'ailleurs, historiquement les femmes jouaient différents rôles clés et valorisés dans les communautés autochtones qui existent encore dans une forme moderne (mère, aidante, soignante) (Maertens, 2022). Toutefois, contrairement à une certaine réciprocité historique des genres, ces rôles ne sont pas actuellement valorisés de la même manière que des rôles ou des emplois dits masculins. Dans le corpus, les filles et les femmes autochtones expriment accomplir une panoplie de tâches et responsabilités domestiques genrées. Celles-ci accentuent les déséquilibres entre les genres. La surcharge de responsabilités et la non-reconnaissance de celles-ci auraient une influence sur la santé mentale en augmentant le stress vécu (de Finney *et al.*, 2013; Flores *et al.*, 2022) et en limitant l'accès aux soins de santé, des femmes expliquant par exemple n'avoir personne d'autre pour s'occuper des enfants pour un rendez-vous (Maar *et al.*, 2013; MacDonald *et al.*, 2015). Les attentes genrées nuiraient à la santé des filles et des femmes autochtones qui ensuite limiterait leur pleine participation au développement social et économique.

4.5 Forces et limites de la démarche

Soulignons d'abord que de se concentrer sur les discours des filles et des femmes autochtones aura permis de recenser et de décrire des facteurs d'influence qui, selon elles, nuisent inévitablement à leur santé et leur mieux-être. Les perspectives des filles et des femmes autochtones étaient valorisées mettant ainsi en évidence les problèmes ressentis et des pistes de solutions. Par contre, cette démarche comporte des limites.

Tout d'abord, l'extraction et l'analyse des données illustrent les résultats globaux des études recensées. En fonction de la disponibilité des données et de leur hétérogénéité, un portrait d'ensemble a été dressé, c'est un travail exploratoire pour de futures démarches. Ainsi, les données recueillies n'ont pas été analysées en fonction du peuple autochtone d'origine, alors que les réalités géographiques, politiques et culturelles peuvent varier d'une communauté autochtone à l'autre. Il n'y a pas non plus eu d'analyse selon l'âge (adolescence, jeune adulte, aînée, etc.). Pourtant, le niveau développemental et les expériences associées, par exemple la discrimination, peuvent différer selon l'âge. En d'autres mots, il a été impossible de mettre de l'avant certains éléments spécifiques au contexte de vie.

De même, certaines thématiques d'inégalités sociales de santé ne sont pas ressorties des données extraites, notamment les maladies infectieuses et chroniques. Dans un même ordre d'idée, certains sujets étaient absents des discours du corpus, par exemple les stérilisations imposées vécues par les femmes autochtones (CSSSPNQL, 2022). Ceci peut s'expliquer par le fait que des expériences traumatisantes peuvent être difficiles à aborder dans le cadre d'un projet de recherche.

Enfin, par souci de faisabilité et de compréhension plus approfondie des inégalités sociales de santé, les facteurs d'influence d'intérêt étaient ceux de niveau systémique et structurel. Pourtant, les disparités de revenu et d'emploi, des déterminants de la santé immédiats, expliqueraient en grande partie les écarts de santé entre les femmes et les hommes autochtones (Hu et Hajizadeh, 2022). D'ailleurs, les cibles proximales (par exemple favoriser la persévérance scolaire) seraient parfois plus à la portée des moyens disponibles que d'effectuer des changements systémiques (par exemple dans le système de santé et des services sociaux). Malgré tout, ces déterminants proximaux ont été influencés, et le sont toujours, par des facteurs structurels et systémiques, ce qui est l'intérêt de la présente synthèse des connaissances.

5 CONCLUSION

La présente synthèse dresse un portrait des facteurs qui influencent les inégalités sociales de santé, et ce selon les discours des filles et des femmes autochtones. Les publications retenues mettent en lumière cinq thématiques liées aux inégalités sociales de santé : la violence, la santé sexuelle, périnatale et mentale ainsi que les comportements de santé. Ensuite, en s'appuyant sur le cadre de Loppie et Wien (2022), des facteurs d'influence systémiques et structurels sont mis de l'avant.

Les filles et les femmes autochtones témoignent de facteurs qui favoriseraient leur santé et leur mieux-être – l'autodétermination, la continuité culturelle et les soins et services de santé culturellement sécuritaires – d'où la nécessité de mettre en place des conditions pour que ces forces prospèrent. Malgré tout, les filles et les femmes signalent des barrières incrustées dans les systèmes de santé, sociaux, de justice et d'éducation et des manques en ce qui concerne des infrastructures et des ressources communautaires.

Soulignons la place importante occupée par des éléments liés à la gouvernance et aux idéologies coloniales dans les discours des filles et des femmes autochtones. Plusieurs participantes ont décrit des expériences de racisme, de discrimination, de marginalisation et des traumatismes historiques qui nuisent à leur santé et leur mieux-être.

De plus, les filles et les femmes autochtones expriment accomplir une panoplie de tâches et responsabilités domestiques genrées accentuant les déséquilibres entre les genres. La surcharge de responsabilités et la non reconnaissance et valorisation de celles-ci auraient une influence sur leur santé. Les participantes décrivent l'augmentation du stress vécu et la réduction de l'accès aux soins de santé; les femmes étant submergées de responsabilités envers les autres.

Bref, des actions en matière d'égalité adaptées aux besoins et aux réalités des femmes des Premières Nations et Inuit pourront amoindrir les inégalités sociales de santé. La compréhension des facteurs d'influence mise de l'avant dans la synthèse peut être une étape préliminaire à ces actions. Les collaborations directes et la perspective d'autodétermination, soit le par et pour les femmes, seraient centrales à la mise en œuvre de politiques et de programmes équitables, inclusifs et adaptés à leurs réalités.

6 RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Chapter 8: HIV/AIDS among Aboriginal people in Canada*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/ch8-eng.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2023). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Anderson, T. (2019). *L'emploi chez les hommes et les femmes des Premières Nations vivant hors réserve*. Statistiques Canada.
- Arriagada, P. (2021). *Les réalisations, les expériences et les résultats sur le marché du travail des femmes des Premières Nations, métisses et inuites titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme de niveau supérieur*. Statistique Canada.
- Beaumier, M. C. et Ford, J. D. (2010). Food insecurity among Inuit women exacerbated by socio-economic stresses and climate change. *Canadian Journal of Public Health*, 101(3), 196-201. [10.1007/bf03404373](https://doi.org/10.1007/bf03404373)
- Benoit, A. C., Cotnam, J., Raboud, J., Greene, S., Beaver, K., Zoccole, A., O'Brien-Teengs, D., Balfour, L., Wu, W. et Loutfy, M. (2016). Experiences of chronic stress and mental health concerns among urban Indigenous women. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 809-823. [10.1007/s00737-016-0622-8](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0622-8)
- Brownridge, D. A. (2010). Intimate Partner Violence Against Aboriginal Men in Canada. *Australian et New Zealand Journal of Criminology*, 43(2), 223-237. [10.1375/acri.43.2.223](https://doi.org/10.1375/acri.43.2.223)
- Carde, E. (2020). Les inégalités sociales de santé : Décryptage d'un concept. *Revue du CREMIS: Citoyennetés quotidiennes*, 12(1), 43-47.
- Carde, E., Bernheim, E., Bernier, D. et Giguère, N. (2015). L'approche « intégrée » des rapports sociaux inégalitaires : Intersectionnalité, inégalités sociales et santé. *Revue du CREMIS: Voir les (in)égalités*, 8(2), 22-27.
- Centre de collaboration nationale en santé publique. (2012). *Que sont les déterminants sociaux de la santé?*
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2020). *Strengths-Based Approaches to Indigenous Research and the Development of Well-Being Indicators*. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations.
- Chandler, M. J. et Dunlop, W. L. (2018). Cultural Wounds Demand Cultural Medicines. In M. Greenwood, S. de Leeuw, et N. M. Lindsay, *Determinants of Indigenous Peoples' Health, Second Edition: Beyond the Social* (p. 147-160). Canadian Scholars.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018a). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015: Emploi, revenu et insécurité alimentaire*.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018b). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015: Portrait sociodémographique*.

- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018c). *La santé publique chez les Premières Nations au Québec—Une responsabilité partagée, pour une action concertée*. <https://cssspnql.com/produit/la-sante-publique-chez-les-premieres-nations-au-quebec-une-responsabilite-partagee-pour-une-action-concertee/>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2022). *Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. <https://cssspnql.com/produit/consentement-libre-et-eclairé-et-les-sterilisations-imposees-de-femmes-des-premieres-nations-et-inuit-au-quebec/>
- Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : Écoute, réconciliation et progrès : Rapport final*. Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics.
- Corosky, G. J. et Blystad, A. (2016). Staying healthy "under the sheets": Inuit youth experiences of access to sexual and reproductive health and rights in Arviat, Nunavut, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 75(S1), Article 31812. [10.3402/ijch.v75.31812](https://doi.org/10.3402/ijch.v75.31812)
- Crabtree, B. et Miller, W. (1999). A template approach to text analysis: Developing and using codebooks. In Crabtree, B., et Miller, W., *Doing qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Creswell, J. W. et Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (5^e éd.). Thousand Oaks: SAGE.
- de Finney, S., Greaves, L., Janyst, P., Hemsing, N., Jategaonkar, N., Browne, A., Devries, K., Johnson, J. et Poole, N. (2013). "I had to Grow up Pretty Quickly": Social, Cultural, and Gender Contexts of Aboriginal Girls' Smoking. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal et Indigenous Community Health*, 11(2), 151-170.
- Dyck, R., Osgood, N., Lin, T. H., Gao, A. et Stang, M. R. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 249-256. [10.1503/cmaj.090846](https://doi.org/10.1503/cmaj.090846)
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place: Le sommaire du rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*. <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Le-sommaire.pdf>
- Fallon, B., Lefebvre, R., Trocmé, N., Richard, K., Hélie, S., Montgomery, M., Bennet, M., Joh-Carnella, N., Saint-Girons, M., Filippelli, J., MacLaurin, B., Black, T., Esposito, T., King, B., Collin-Vézina, D., Dallaire, R., Gray, R., Levi, J., Orr, M., ... Soop, S. (2021). *Denouncing the continued overrepresentation of First Nations children in Canadian child welfare: Findings from the First Nations/Canadian incidence study of reported child abuse and neglect-2019*. Assembly of First Nations. <https://cwrp.ca/publications/denouncing-continued-overrepresentation-first-nations-children-canadian-child-welfare>
- Felner, J. K. et Henderson, V. (2022). Practical strategies for health equity researchers to enhance analytic rigor and generate meaningful insights from qualitative data. *Preventing Chronic Disease*, 19, E69. <https://doi.org/10.5888/pcd19.220134>

- Flores, J., Emory, K., Santos, X., Mashford-Pringle, A., Barahona-Lopez, K., Bozinovic, K., Adams, J., Chen, C., Zuo, Y. et Nguyen, D. (2022). "I think the mental part is the biggest factor": An exploratory qualitative study of COVID-19 and its negative effects on Indigenous women in Toronto, Canada. *Frontiers in Sociology*, 7, Article 790397. [10.3389/fsoc.2022.790397](https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.790397)
- Gladu, M. (2021). *Women's Unpaid Work in Canada*. Chambre des communes du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2021/parl/x71-1/XC71-1-1-432-8-eng.pdf
- Halseth, R. (2013). *Les femmes autochtones au Canada: Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccsa.ca/docs/determinants/RPT-AboriginalWomenCanada-Halseth-FR.pdf>
- Heidinger, L. (2022). *Violent victimization and perceptions of safety: Experiences of First Nations, Métis and Inuit women in Canada* (Catalogue 85-002-X). Statistique Canada, Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2022001/article/00004-eng.pdf?st=Eshdfy00>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O' Cathain, A., Rousseau, M.-C. et Vedel, I. (2020). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version française 2018 – Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études incluses dans une revue mixte: Manuel pour les usagers*. Département de médecine familiale de l'Université McGill.
- Howell, T., Auger, M., Gomes, T., Brown, F. L. et Leon, A. Y. (2016). Sharing Our Wisdom: A Holistic Aboriginal Health Initiative. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 111-132. [10.18357/ijih111201616015](https://doi.org/10.18357/ijih111201616015)
- Hu, M. et Hajizadeh, M. (2022). Mind the Gap: What Factors Determine the Worse Health Status of Indigenous Women Relative to Men Living Off-Reserve in Canada? *Journal of racial and ethnic health disparities*. Medline-Ovid. [10.1007/s40615-022-01301-x](https://doi.org/10.1007/s40615-022-01301-x)
- Hunt, S. (2016). *An Introduction to the Health of Two-Spirit People: Historical, contemporary and emergent issues*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-HealthTwoSpirit-Hunt-EN.pdf>
- Indigenous Foundations. (2009). *Marginalization of Aboriginal women*. https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/marginalization_of_aboriginal_women/
- Jaffer, S., Foulds, H. J. A., Parry, M., Gonsalves, C. A., Pacheco, C., Clavel, M.-A., Mullen, K. A., Yip, C. Y. Y., Mulvagh, S. L., et Norris, C. M. (2021). The Canadian Women's Heart Health Alliance ATLAS on the Epidemiology, Diagnosis, and Management of Cardiovascular Disease in Women—Chapter 2: Scope of the Problem. *CJC Open*, 3, 1-11. [10.1016/j.cjco.2020.10.009](https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.10.009)
- Kumar, M. B. et Tjepkema, M. (2019). *Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort* (Catalogue 99-011-X). Statistique Canada, Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-eng.htm>
- Lawford, K. M., Giles, A. R. et Bourgeault, I. L. (2018). Canada's evacuation policy for pregnant First Nations women: Resignation, resilience, and resistance. *Women and Birth*, 31(6), 479-488. Medline-Ovid. [10.1016/j.wombi.2018.01.009](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.01.009)

- Loppie, C. et Wien, F. (2022). *Comprendre les inégalités en santé vécues par les peuples autochtones à la lumière d'un modèle de déterminants sociaux*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10373/RPT-Health Inequalities FR-web.pdf>
- Maar, M., Burchell, A., Little, J., Ogilvie, G., Severini, A., Yang, J. M. et Zehbe, I. (2013). A Qualitative Study of Provider Perspectives of Structural Barriers to Cervical Cancer Screening Among First Nations Women. *Women's Health Issues*, 23(5), e319-e325. [10.1016/j.whi.2013.06.005](https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.06.005)
- MacDonald, C., Martin-Misener, R., Steenbeek, A. et Browne, A. (2015). Honouring Stories: Mi'kmaq Women's Experiences With Pap Screening in Eastern Canada. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 47(1), 72-96. [10.1177/084456211504700106](https://doi.org/10.1177/084456211504700106)
- Maertens, H. (2022). *L'implication politique des femmes autochtones au Québec*, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Merasty, C., Gareau, F., Jackson, R., Masching, R. et Dopler, S. (2021). *Health and well-being among Indigenous trans, two-spirit and non-binary people*. Trans PULSE Canada.
- Moisan, C., Baril, C., Muckle, G. et Belanger, R. E. (2016). Teen pregnancy in Inuit communities—Gaps still needed to be filled. *International journal of circumpolar health*, 75, 31790. [10.3402/ijch.v75.31790](https://doi.org/10.3402/ijch.v75.31790)
- Morrison, V. (2015). *Inégalités de santé et intersectionnalité*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2758>
- Muckle, G., Bélanger, R., Lafrenaye-Dugas, A.-J., Poliakova, N., Riva, M., Fletcher, C., Moisan, C., Godbout, N. et Fraser, S. (2020). *Interpersonal violence and community safety* (Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?). Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec.
- Muckle, G., Fraser, S., Desrochers-Couture, M., Pépin, C., Bélanger, R., Fletcher, C., Poliakova, N. et Moisan, C. (2020). *Mental health and wellness* (Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?). Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec.
- Oliver, V., Flicker, S., Danforth, J., Kongsom, E., Wilson, C., Jackson, R., Restoule, J.-P., Prentice, T., Larkin, J. et Mitchell, C. (2015). 'Women are supposed to be the leaders': Intersections of gender, race and colonisation in HIV prevention with Indigenous young people. *Culture, Health et Sexuality*, 17(7), 906-919. [10.1080/13691058.2015.1009170](https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1009170)
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Gender and health*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>
- Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack, E. (2020). *Addressing Gendered Violence against Inuit Women: A review of police policies and practices in Inuit Nunangat*. Pauktuutit Inuit Women of Canada. <https://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/Pauktuutit Addressing Gendered Violence English.pdf>

- Pauktuutit Inuit Women of Canada, Czyzewski, K., Tester, F., Aaruaq, N. et Blangy, S. (2014). *The Impact of Resource Extraction on Inuit Women and Families in Qamani'tuaq, Nunavut Territory—A Qualitative Assessment*. Pauktuutit Inuit Women of Canada and University of British Columbia.
<https://pauktuutit.ca/project/the-impact-of-resource-extraction-on-inuit-women-and-families-in-qamanituaq-nunavut-territory-a-qualitative-assessment/>
- Pauktuutit Inuit Women of Canada, et Quintessential Research Group. (2019). *Study of gender-based violence and shelter service needs across Inuit Nunangat*. Pauktuutit Inuit Women of Canada.
<https://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/PIWC-Rpt-GBV-and-Shelter-Service-Needs-2019-03.pdf>
- Perreault, J. (2015). La violence intersectionnelle dans la pensée féministe autochtone contemporaine. *Recherches féministes*, 28(2), 33-52. [10.7202/1034174ar](https://doi.org/10.7202/1034174ar)
- Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. et Raphael, A. (2021). *Déterminants sociaux de la santé: Les réalités canadiennes, 2e édition*. Faculté des sciences de la santé de l'Université Ontario Tech et École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
- Raynault, M.-F. (2019). *À la ligne de départ – Éléments essentiels pour documenter les inégalités sociales de santé*. Agir contre les inégalités sociales de santé, une donnée à la fois!, Journées annuelles de santé publique.
- Riva, M., Fletcher, C., Dufresne, P., Lachance, A. et Muckle, G. (2020a). *Housing and drinking water* (Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now? Quebec). Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec.
- Riva, M., Fletcher, C., Dufresne, P., Lachance, A. et Muckle, G. (2020b). *Sociodemographic characteristics* (Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now? Quebec). Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec.
- Roy, B. et De Koninck, M. (2013). La recherche qualitative sur les inégalités sociales de santé: Le parcours de vie. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 104(2), e154-e158. [10.1007/BF03405680](https://doi.org/10.1007/BF03405680)

ANNEXE 1 STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Base de données Ovid (MEDLINE, APA PsycInfo, Global Health)

#	Requête
1	<p>MeSH MEDLINE : "American Native Continental Ancestry Group"/ or exp "Indians, North American"/ or "Indigenous Peoples"/ or</p> <p>MeSH PsycInfo et Global Health : "American Indians"/ or Inuit/ or</p> <p>(ab#na* or aborigin* or "ai/an" or aleut* or algonqui* or (america* adj2 indian*) or amerind* or anishina* or at?ikame* or autocht* or cree* or cri or cris or dene* or eskimo* or (first adj (nation* or people*)) or huron* or indigenous or in?uit* or innu* or inuk* or iroquoi* or mal#cite* or m#tis or micmac* or "mi#ma*" or mohawk* or naskap* or native* or tribal or tribe or tribes or wendat*).ti,ab,kf.</p>
2	<p>MeSH MEDLINE : "Health Equity"/ or exp "Health Inequities"/ or "Protective Factors"/ or "Risk Factors"/ or "Social Determinants of Health"/ or "Sociology, Medical"/ or</p> <p>MeSH PsycInfo et Global Health : "Health Disparities"/ or "Protective Factors"/ or "Risk Factors"/ or "Sociocultural Factors"/ or</p> <p>(access or accessibilit* or advantage* or ancestral or assimilat* or barrier* or "care system*" or colonial* or coloni#ation* or "community capacit*" or connection* or contaminat* or correlate or correlates or cultural or determinant* or determination or difference* or disadvantage* or discrep* or dispossession* or distance* or divergence* or ecolog* or economic* or education* or employment or environment* or equalit* or equit* or facilitator* or factor* or "food insecurity" or funding* or gap or gaps or geographic* or governance or (health adj (care* or service* or system*)) or healthcare* or historic* or homeless* or housing or identit* or income* or "indian act" or inequalit* or inequit* or infrastructure* or intergeneration* or jurisdiction* or land\$1 or language* or law\$1 or linguistic* or "living condition*" or marginali* or mercury or metal\$1 or model* or norm\$1 or "odds ratio*" or opportunit* or parit* or pattern* or policies or policy or political or poverty or practice* or predictor* or preference* or psychosocial or racis* or reciprocit* or "relative risk*" or remoteness or "residential school*" or resource* or "school system*" or sedent* or social or spiritual* or status* or territor* or tradition* or trajector* or transition* or trauma* or unemployment or unequal* or variation* or versus or violence*).ti,kf.</p>
3	<p>MeSH MEDLINE : "Gender equity"/ or "Women's health"/ or "Women's rights"/ or</p> <p>MeSH PsycInfo et Global Health : Feminism/ or "Gender Equality"/ or "Gender Gap"/ or "Human Sex Differences"/ or</p> <p>((bispiritu* or gender* or lgbt* or multigender* or "non-binar*" or nonbinar* or queer* or "sexual minorit*" or transgender* or "two-spirit" or wom#n or girl*) and (advantage* or affirming or alienat* or alter or barrier* or cisnormativ* or "colonial bias" or compar* or consideration* or determin* or difference* or "differential analys#s" or disadvantage* or disaggregat* or discrep* or discriminat* or disempowerment* or disengag* or disparit* or displacement* or diverg* or equalit* or equit* or erasure* or exclu* or factor* or gap or gaps or heterocisnormativ* or imposition* or inclusi* or incorporat* or inequal* or inequit* or injustice or integrat* or interaction* or invisibilit* or justice or marginali* or "odds ratio*" or parit* or perspective* or privilege* or reject* or "relative risk*" or representation* or sensitiv* or sexism or status* or unfair* or variation* or versus or visibilit* or vulnerab*).ti,ab,kf.</p>
4	<p>MeSH MEDLINE : exp Canada/ or</p> <p>(canada* or canadi* or alberta* or "british columbia*" or ee#ou or "james bay" or labrador* or manitoba* or "new brunswick*" or "new foundland*" or newfoundland* or "northwest territor*" or "nova scotia*" or nunav* or ontarian* or ontario* or "prince edward island*" or quebec* or saskatchewan* or yukon*).ti,ab,kf.</p>
5	and/1-4
6	5 and (english or french).lg.
7	..l/ 6 yr=2010-2022

Base de données EBSCO (Health Policy Reference Center, SocINDEX)

#	Requête
S1	<p>TI (ab?na* OR aborigin* OR "ai/an" OR aleut* OR algonqui* OR (america* N3 indian*) OR amerind* OR anishina* OR at#ikame* OR autocht* OR cree* OR cri OR cris OR dene* OR eskimo* OR (first W0 (nation* OR people*)) OR huron* OR indigenous OR in#uit* OR innu* OR inuk* OR iroquoi* OR mal?cite* OR m?tis OR micmac* OR "mi?ma*" OR mohawk* OR naskap* OR native* OR tribal OR tribe OR tribes OR wendat*) OR</p> <p>AB (ab?na* OR aborigin* OR "ai/an" OR aleut* OR algonqui* OR (america* N3 indian*) OR amerind* OR anishina* OR at#ikame* OR autocht* OR cree* OR cri OR cris OR dene* OR eskimo* OR (first W0 (nation* OR people*)) OR huron* OR indigenous OR in#uit* OR innu* OR inuk* OR iroquoi* OR mal?cite* OR m?tis OR micmac* OR "mi?ma*" OR mohawk* OR naskap* OR native* OR tribal OR tribe OR tribes OR wendat*)</p>
S2	<p>TI (access OR accessibilit* OR advantage* OR ancestral OR assimilat* OR barrier* OR "care system*" OR colonial* OR coloni?ation* OR "community capacit*" OR connection* OR contaminat* OR correlate OR correlates OR cultural OR determinant* OR determination OR difference* OR disadvantage* OR discrep* OR dispossession* OR distance* OR divergence* OR ecolog* OR economic* OR education* OR employment OR environment* OR equalit* OR equit* OR facilitator* OR factor* OR "food insecurity" OR funding* OR gap OR gaps OR geographic* OR governance OR (health W0 (care* OR service* OR system*)) OR healthcare* OR historic* OR homeless* OR housing OR identit* OR income* OR "indian act" OR inequalit* OR inequit* OR infrastructure* OR intergeneration* OR jurisdiction* OR land? OR language* OR law? OR linguistic* OR "living condition*" OR marginali* OR mercury OR metal? OR model* OR norm? OR "odds ratio*" OR opportunit* OR parit* OR pattern* OR policies OR policy OR political OR poverty OR practice* OR predictor* OR preference* OR psychosocial OR racis* OR reciprocit* OR "relative risk*" OR remoteness OR "residential school*" OR resource* OR "school system*" OR sedent* OR social OR spiritual* OR status* OR terror* OR tradition* OR trajector* OR transition* OR trauma* OR unemployment OR unequal* OR variation* OR versus OR violence*)</p> <p>TI ((bispiritu* OR gender* OR lgbt* OR multigender* OR "non-binar*" OR nonbinar* OR queer* OR "sexual minorit*" OR transgender* OR "two-spirit" OR wom?n OR girl*) AND (advantage* OR affirming OR alienat* OR alter OR barrier* OR cisnormativ* OR "colonial bias" OR compar* OR consideration* OR determin* OR difference* OR "differential analys?s" OR disadvantag* OR disaggregat* OR discrep* OR discriminat* OR disempowerment* OR disengag* OR disparit* OR displacement* OR diverg* OR equalit* OR equit* OR erasure* OR exclu* OR factor* OR gap OR gaps OR heterocisnormativ* OR imposition* OR inclusi* OR incorporat* OR inequal* OR inequit* OR injustice OR integrat* OR interaction* OR invisibilit* OR justice OR marginali* OR "odds ratio*" OR parit* OR perspective* OR privilege* OR reject* OR "relative risk*" OR representation* OR sensitiv* OR sexism OR status* OR unfair* OR variation* OR versus OR visibilit* OR vulnerab*)) OR</p>
S3	<p>AB ((bispiritu* OR gender* OR lgbt* OR multigender* OR "non-binar*" OR nonbinar* OR queer* OR "sexual minorit*" OR transgender* OR "two-spirit" OR wom?n OR girl*) AND (advantage* OR affirming OR alienat* OR alter OR barrier* OR cisnormativ* OR "colonial bias" OR compar* OR consideration* OR determin* OR difference* OR "differential analys?s" OR disadvantag* OR disaggregat* OR discrep* OR discriminat* OR disempowerment* OR disengag* OR disparit* OR displacement* OR diverg* OR equalit* OR equit* OR erasure* OR exclu* OR factor* OR gap OR gaps OR heterocisnormativ* OR imposition* OR inclusi* OR incorporat* OR inequal* OR inequit* OR injustice OR integrat* OR interaction* OR invisibilit* OR justice OR marginali* OR "odds ratio*" OR parit* OR perspective* OR privilege* OR reject* OR "relative risk*" OR representation* OR sensitiv* OR sexism OR status* OR unfair* OR variation* OR versus OR visibilit* OR vulnerab*))</p>
S4	<p>TI (canada* OR canadi* OR alberta* OR "british columbia*" OR ee?ou OR "james bay" OR labrador* OR manitoba* OR "new brunswick*" OR "new foundland*" OR newfoundland* OR "northwest territor*" OR "nova scotia*" OR nunav* OR ontarian* OR ontario* OR "prince edward island*" OR quebec* OR saskatchewan* OR yukon*) OR</p> <p>AB (canada* OR canadi* OR alberta* OR "british columbia*" OR ee?ou OR "james bay" OR labrador* OR manitoba* OR "new brunswick*" OR "new foundland*" OR newfoundland* OR "northwest territor*" OR "nova scotia*" OR nunav* OR ontarian* OR ontario* OR "prince edward island*" OR quebec* OR saskatchewan* OR yukon*)</p>
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4
S6	S5 AND LA (english OR french)
S7	S6 AND (DT 2010-2022)

Moteur de recherche Google

	Autochtone	Facteurs d'influence	Inégalités de santé et genre	Canada
Anglais	indigenous OR inuit OR "first nation" OR metis OR aboriginal OR "native american" OR "american indian"	determinants OR trajectory OR predictor OR pattern OR correlate OR factor OR model OR system OR discrimination OR oppression OR determination OR marginalization OR colonial OR "Indian act"	gender OR sex AROUND(3) inequality OR inequity OR disparity OR role OR based OR gap OR disadvantage	Canada
Français CAIRN (site :) Érudit (site :)	autochtone OR inuit OR "première nation" OR métis OR amérindien	déterminants OR trajectoire OR prédicteur OR modèle OR corrélât OR facteur OR modèle OR système OR discrimination OR détermination OR colonial OR "loi sur les indiens"	genre OR sexe AROUND(3) iniquité OR inégalité OR disparité OR rôle OR basé OR écart OR désavantage	Canada

Base de données Santécom

	Autochtone	Facteurs d'influence	Genre	Canada
Anglais	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Indigenous</i> • <i>Aboriginal</i> • <i>First nations</i> • <i>Inuit</i> • <i>Metis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>inequality</i> • <i>inequity</i> • <i>determinant</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>gender</i> • <i>sex</i> • <i>women</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Canada
Français	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtone • Premières nations • Inuit • Métis 	<ul style="list-style-type: none"> • inégalités • iniquités • déterminants 	<ul style="list-style-type: none"> • genre • sexe • femmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Canada

Liste des sites Web d'organisation utilisée pour la recherche documentaire

Organisations autochtones :

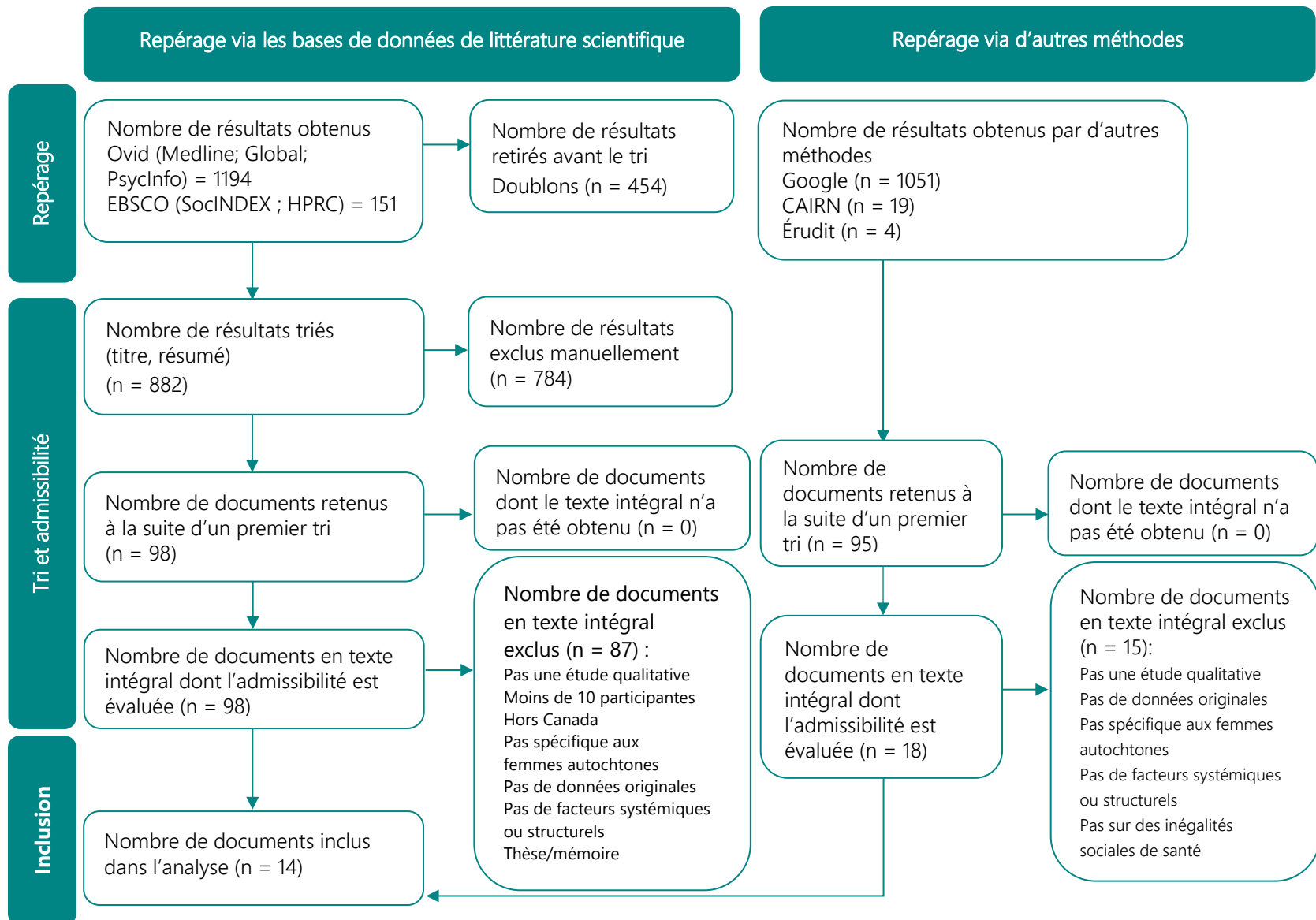
faq-qnw.org
nwsn.info
pauktuutit.ca
apnql.com
nrbhss.ca
rcaaql.info
arcticnet.ulaval.ca
creehealth.org
cssspnql.com
fnha.ca
fnigc.ca
sac-isc.gc.ca
inuitcircumpolar.com
paho.org
ahf.ca
reseautlnetwork.com

afn.ca
fncaringsociety.com
cngov.ca
itk.ca
naho.ca
nccih.ca
ccnsa.ca
nafc.ca
namhr.ca
reseaudialog.ca
sentinellenord.ulaval.ca
nativeresearchnetwork.org
iwgia.org
nwac.ca
saturviit.ca
yellowheadinstitute.org

Organisations de santé :

schoolofpublicpolicy.sk.ca
cihr-irsc.gc.ca
www150.statcan.gc.ca
phac-aspc.gc.ca
inrs.ca
prism.ucalgary.ca
cpha.ca
hc-sc.gc.ca
afm.mb.ca
mcmasterforum.org

ANNEXE 2 ORGANIGRAMME DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE



ANNEXE 3 GRILLES D'EXTRACTION

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Méthodologie	Participant(e)s (n)	Contexte	Facteurs d'influence	Thématiques liées aux ISS
Articles révisés par les pairs						
Beaumier et Ford (2010)	Décrire ce qui influence l'insécurité alimentaire (accès, disponibilité et qualité de la nourriture).	Étude de cas et recherche communautaire : <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles semi-dirigées • Groupes de discussion • Observation participante 	Inuit de 21 à 70 ans (36) Informateurs clés (13)	Igloolik, Nunavut	Système d'éducation Infrastructures, ressources et capacités communautaires Continuité culturelle	Comportements de santé
Corosky et Blystad (2016)	Générer des données sur les expériences des jeunes en matière de droits sexuels et reproductifs et d'accès aux soins afin de guider les interventions.	Recherche participative : <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles semi-dirigées 	Inuit (hommes) de 17 à 22 ans (9) Inuit (femmes) de 16 à 22 ans (10) Représentants communautaires (6)	Arviat, Nunavut	Système de justice Système d'éducation Infrastructures, ressources et capacités communautaires Idéologies coloniales	Violence Santé sexuelle
De Finney <i>et al.</i> (2013)	Étudier les interprétations des adolescentes sur l'influence du contexte social, du genre et des antécédents culturels sur le tabagisme.	Recherche communautaire : <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles semi-dirigées • Groupes de discussion 	Premières Nations de 13 à 19 ans (63) Collaborateurs communautaires (5)	Six communautés, Colombie-Britannique	Infrastructures, ressources et capacités communautaires Continuité culturelle Idéologies coloniales	Santé mentale Comportements de santé

Grilles d'extraction (suite)

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Méthodologie	Participant(e)s (n)	Contexte	Facteurs d'influence	Thématiques liées aux ISS
Articles révisés par les pairs (suite)						
Flores <i>et al.</i> (2022)	Explorer les expériences des femmes autochtones au cours de la première année de la pandémie de COVID-19.	Approche ethnographique : <ul style="list-style-type: none"> Entrevues individuelles semi-dirigées 	Premières Nations ou Métis, âgées de 22 à 60 ans (13)	Toronto, Ontario	Système de soins de santé Infrastructures, ressources et capacités communautaires	Santé mentale
Lawford <i>et al.</i> (2018)	Décrire les expériences et les points de vue des femmes des Premières Nations sur la politique d'évacuation de Santé Canada.	Étude phénoménologique : <ul style="list-style-type: none"> Entrevues individuelles semi-dirigées 	Femmes ayant été évacuées pour l'accouchement (7) Adultes ayant vécu indirectement l'évacuation (4 femmes, 1 homme)	Manitoba	Infrastructures, ressources et capacités communautaires Continuité culturelle Gouvernance coloniale	Santé périnatale
Maar <i>et al.</i> (2013)	Examiner les obstacles structurels au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières Nations.	Recherche-action participative : <ul style="list-style-type: none"> Entrevues individuelles semi-dirigées 	Professionnelles de la santé (17 femmes, 1 homme), 12 sont membres de communautés Anishinaabe	Ontario	Système de soins de santé Système d'éducation Infrastructures, ressources et capacités communautaires Gouvernance coloniale	Santé sexuelle

Grilles d'extraction (suite)

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Méthodologie	Participant(e)s (n)	Contexte	Facteurs d'influence	Thématiques liées aux ISS
Articles révisés par les pairs (suite)						
MacDonald <i>et al.</i> (2015)	Explorer les expériences des femmes Mi'kmaq avec le dépistage du cancer du col de l'utérus (test PAP).	Recherche participative : <ul style="list-style-type: none"> • Cercles de partage • Entrevues individuelles semi-dirigées • Entrevues de validation des résultats préliminaires 	Mi'kmaq âgées de 21 à 75 ans (18) Professionnelles de santé (8)	Est du Canada	Système de soins de santé Infrastructures, ressources et capacités communautaires Idéologies coloniales Gouvernance coloniale	Santé sexuelle
Oliver <i>et al.</i> (2015)	Explorer la relation entre le genre et le colonialisme à partir réalités vécues par les jeunes des communautés autochtones.	Recherche participative : <ul style="list-style-type: none"> • Ateliers communautaires • Entrevues individuelles semi-dirigées 	Jeunes Autochtones, âge médian de 16 ans, majorité des filles (85)	Île-du-Prince-Édouard Québec Ontario Colombie-Britannique	Continuité culturelle Idéologies coloniales	Violence Santé sexuelle
Van Herk <i>et al.</i> (2011)	Explorer comment les perceptions des professionnels de la santé sur l'identité des femmes autochtones influencent leurs expériences d'accès aux soins périnataux en milieu urbain.	Recherche participative : <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles semi-dirigées 	Informateurs clés : parents, Aînés, gestionnaires de programme, et professionnels de la santé et des services sociaux (17 femmes, 4 hommes, dont 9 Premières Nations et 4 Inuit)	Emplacement non précisé	Système de services sociaux Infrastructures, ressources et capacités communautaires Idéologies coloniales	Santé périnatale

Grilles d'extraction (suite)

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Méthodologie	Participant(e)s (n)	Contexte	Facteurs d'influence	Thématiques liées aux ISS
Articles révisés par les pairs (suite)						
Vang <i>et al.</i> (2018)	Explorer le lien entre l'évacuation pour l'accouchement et la qualité de la relation médicale entre les femmes autochtones et leurs professionnels de la santé.	Recherche participative : <ul style="list-style-type: none"> Entrevues individuelles semi-dirigées 	Femmes des Premières Nations ou Inuit ayant une expérience d'évacuation pour accouchement (25) Professionnels de la santé (8)	Québec	Système de soins de santé Infrastructures, ressources et capacités communautaires Continuité culturelle Idéologies coloniales	Santé périnatale Santé mentale
Wakewich <i>et al.</i> (2016)	Explorer l'influence des perceptions corporelles des femmes des Premières Nations sur le niveau de confort et la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Recueillir des recommandations pour surmonter les barrières au dépistage du col de l'utérus.	Recherche-action participative : <ul style="list-style-type: none"> Entrevues individuelles semi-dirigées Groupes de discussion 	Femmes Anishinaabe (69) Aînées et professionnelles de la santé (16, dont 12 Premières Nations et 15 femmes)	Ontario	Système de soins de santé Infrastructures, ressources et capacités communautaires Continuité culturelle Idéologies coloniales Gouvernance coloniale	Santé sexuelle

Grilles d'extraction (suite)

Auteur(s)	Objectif de l'étude	Méthodologie	Participant(e)s (n)	Contexte	Facteurs d'influence	Thématiques liées aux ISS
Rapports de recherche						
Pauktuutit Inuit Women of Canada <i>et al.</i> (2014)	Explorer les répercussions de l'exploitation d'une mine sur les femmes et les familles inuit.	Recherche-action participative : <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles semi-dirigées • Groupes de discussion • Ateliers de formation à la recherche 	Femmes et adolescentes Inuit (62) Informateurs clés (œuvrant par exemple en éducation et en services sociaux)	Qamani'tuaq, Nunavut	Infrastructures, ressources et capacités communautaires Autodétermination autochtone	Violence Santé mentale Comportements de santé
Pauktuutit Inuit Women of Canada et Comack (2020)	Explorer l'adéquation entre les services de police et les besoins des femmes inuit victimes de violence.	Recherche participative : <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles semi-dirigées • Groupes de discussion 	Femmes Inuit (45) Prestataires de services sociaux et policiers (40)	Inuit Nunangat	Système de justice Infrastructures, ressources et capacités communautaires Idéologies coloniales Gouvernance coloniale	Violence
Pauktuutit Inuit Women of Canada et Quintessential Research Group (2019)	Cerner les déterminants de la violence envers les femmes inuit. Cartographier les services et les programmes d'aide existants.	Recherche participative : <ul style="list-style-type: none"> • Entrevues individuelles semi-dirigées • Cercles de discussion 	164 participants Membres de la communauté (67 femmes, 13 hommes) Prestataires de services (44) Intervenantes en maison d'hébergement (13) Informateurs clés (37)	Inuit Nunangat	Système de services sociaux Système de justice Infrastructures, ressources et capacités communautaires Idéologies coloniales Gouvernance coloniale	Violence

ISS : inégalités sociales de santé

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca