



Mise en garde

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

Warning

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

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Université de Sherbrooke

**Étude sur la perception de la santé par la population autochtone
en situation d'itinérance à Val-d'Or**

Par
Melissa Behloul
Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de
l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et à la Faculté de médecine et des
sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de
maître ès sciences
(M. Sc.) en sciences de la santé

Rouyn-Noranda, Québec, Canada
Novembre 2025

Membres du jury d'évaluation

Stéphane Grenier, TS. Ph. D., directeur de recherche
Dave Bergeron, Inf. Ph. D., co-directeur de recherche, Département des sciences de la
santé, Université du Québec à Rimouski
Oscar Labra, TS. Ph. D., évaluateur interne aux programmes recherche en sciences de la
santé, École de travail social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Inès Zombré, Inf. M. Sc. Ph. D., évaluatrice externe, Département des sciences de la
santé, Université du Québec à Rimouski

© Melissa Behloul, 2026

SOMMAIRE

Étude sur la perception de la santé par la population autochtone
en situation d'itinérance à Val-d'Or

Par

Melissa Behloul

Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue et à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de
l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du diplôme de maitre ès sciences (M.Sc.)
en sciences de la santé, Université du Québec en en Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-
Noranda, Québec, Canada, J9X 5E4

Cette étude qualitative descriptive présente les résultats d'une recherche réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en sciences de la santé. Elle porte sur la perception de la santé chez la population autochtone en situation d'itinérance à Val-d'Or. Cette dernière est en effet souvent surreprésentée parmi les personnes en situation d'itinérance et fait face à des obstacles systémiques, ainsi qu'à des inégalités dans l'accès aux soins de santé et à l'accompagnement. Ces défis supplémentaires entravent leur capacité à accéder aux soins nécessaires et à sortir de l'itinérance, créant ainsi un cercle vicieux où la persistance de cette situation expose ces individus à des conditions de vie précaires, exacerbant ainsi leur état de santé.

Dans ce cadre, l'intégration des concepts de "vie moindre", de "couveuse sociale" et de "sécurisation culturelle" offre un cadre conceptuel pertinent et éclairant. Ce cadre conceptuel offre une analyse profonde des défis complexes et multidimensionnels qui se posent en matière de santé pour les personnes autochtones en situation d'itinérance. Il met en lumière les conditions sociales, économiques et culturelles qui façonnent l'expérience de cette population marginalisée et vulnérable, soulignant les lacunes des approches institutionnelles actuelles, souvent déconnectées des réalités autochtones.

Dans le cadre de cette étude, un échantillonnage de commodité intentionnel a été fait en raison de la proximité géographique et de l'accessibilité pratique des participants. Au total, 11 entrevues avec 8 hommes et 3 femmes ont été collectées. Les récits des participants font état d'expériences marquées par la discrimination, la méfiance et un manque de respect des spécificités culturelles, soulignant ainsi la nécessité de repenser les "couveuses sociales" pour en faire des lieux d'autonomie et de dignité, où la culture autochtone est au cœur des interventions, avec la sécurisation culturelle comme priorité institutionnelle.

Mots clés : population autochtone, itinérance, perception de la santé, accès aux soins, inégalités sociales, précarité, déterminants sociaux de la santé.

SUMMARY

Study on the Perception of Health by Indigenous People Experiencing Homelessness in Val-d'Or

By

Melissa Behloul

Health sciences Program

A memory presented to the University of Quebec in Abitibi-Temiscamingue and Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health sciences, University of Quebec in Abitibi-Temiscamingue, Rouyn-Noranda, Quebec, Canada, J9X 5E4

This descriptive qualitative study focuses on research conducted as part of a master's thesis in health sciences. It delves into how Indigenous individuals experiencing homelessness in Val-d'Or perceive health. This population often faces systemic barriers and inequities in accessing healthcare and support services, making them disproportionately represented among the homeless. These challenges create a vicious cycle, where limited healthcare access exacerbates poor living conditions and worsens their health over time.

In this context, the integration of the concepts of "lesser life", "social incubator ", and " cultural safety " provides a relevant and insightful conceptual framework. This framework offers a deep analysis of the complex and multidimensional challenges related to health for Indigenous people experiencing homelessness. It highlights the social, economic, and cultural conditions that shape the experiences of this marginalized and vulnerable population, emphasizing the gaps in current institutional approaches, which are often disconnected from Indigenous realities.

In this study, a purposive convenience sampling was conducted due to the geographical proximity and practical accessibility of the participants. A total of 11 interviews were collected, with 8 men and 3 women. The participants' narratives reflect experiences marked by discrimination, mistrust, and a lack of respect for cultural specifics, thus highlighting the need to rethink "social incubators " as spaces for autonomy and dignity, where Indigenous culture is at the heart of interventions, with cultural security as an institutional priority.

Keywords: Indigenous communities, homelessness, health perceptions, healthcare access, social inequities, vulnerability, social determinants of health.

Table des matières

INTRODUCTION.....	9
1. PROBLÈMATIQUE	11
2. RECENSION DES ÉCRITS.....	15
2.1 Études sur la perception de la santé chez les personnes autochtones	15
2.2 Études sur la perception de la santé en contexte d'itinérance	17
2.3 Études sur l'expérience des personnes autochtones en situation d'itinérance face aux soins	18
2.4 Études en régions non-métropolitaines : spécificités et lacunes.....	19
2.5 Analyse transversale des études recensées	20
2.5.1 Holisme, ancrage territorial et résilience culturelle	20
2.5.2 Obstacles structurels, discrimination et dimension relationnelle	21
2.5.3 Expériences autochtones en situation d'itinérance et enjeux de co- construction.....	22
3. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	24
4. CADRE CONCEPTUEL : L'INTERRELATION ENTRE VIE MOINDRE, COUVEUSE SOCIALE ET SÉCURISATION CULTURELLE DANS LE CONTEXTE DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES EN SITUATION D'ITINÉRANCE	26
4.1 Concept de vie moindre : comprendre les trajectoires de marginalisation	26
4.2 Couveuse sociale : entre soutien et maintien dans la dépendance	29
4.3 Interrelation entre vie moindre, couveuse sociale et sécurisation culturelle.....	34
4.4 Conclusion.....	35
5. MÉTHODOLOGIE	37
5.1 Définition et rôle des établissements et services.....	37
5.1.1 Les différents services d'accompagnement à Val-d'Or	38
5.1.1.1 La Piaule de Val-d'Or.....	38
5.1.1.2 Le poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA)	38
5.1.1.3 La clinique Minowé	39
5.1.1.4 La clinique de traitement par agonistes des opioïdes (clinique TAO)	39
5.1.1.5 La clinique Pikatemps.....	39
5.2 Lieu et procédure de recrutement des participants	39
5.3 Échantillon	41
5.3.1 Constitution de l'échantillon	41

5.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants	42
5.4 Devis de recherche	42
5.5 Instrument de collecte de données	42
5.6 Méthode d'analyse des données de recherche	44
5.7 Principes de scientificité.....	45
5.8 Considérations éthiques	46
5.8.1 Consentement à la recherche.....	46
5.8.2 Engagement et mesure visant à assurer la confidentialité	47
5.8.3 Indemnité compensatoire et conflits d'intérêts	47
6. RÉSULTATS DE RECHERCHE.....	48
6.1 Description de l'échantillon de recherche :	48
6.2 Présentation des résultats de recherche :	49
6.2.1 La vie moindre	50
6.2.1.1 Défis et stigmates vécus.....	51
6.2.1.1.1 Présence de traumatismes répétés	51
6.2.1.1.2 Développement de dépendances	53
6.2.1.2 En mode survie biologique.....	54
6.2.1.2.1 La mise sur pause de la santé et la priorisation des besoins fondamentaux	54
6.2.1.2.2 Impact de la vie de rue sur la santé :	55
6.2.1.3 En mode survie sociale	55
6.2.1.3.1 Sentiment d'éloignement de sa communauté	55
6.2.1.3.2 Absence ou perte des membres de sa famille	56
6.2.1.4 Restriction des opportunités pour se maintenir en santé	57
6.2.1.4.1 Prise et entreposage des médicaments	58
6.2.1.4.2 Difficulté d'accès aux services	59
6.2.1.5 Maintien d'opportunité de développement personnel.....	59
6.2.1.5.1 Travail perçu comme un levier pour la santé pour les hommes autochtones	60
6.2.1.5.2 Lien mère-enfant perçu comme un voie de guérison pour les femmes autochtones.....	61
6.2.2 La couveuse sociale	63
6.2.2.1 Barrières structurelles et standardisation des pratiques de soins.....	63
6.2.2.1.1 Racisme et discrimination vécus dans les établissements de santé.....	63
6.2.2.1.2 Écart culturel et manque de prise en compte des particularités culturelles ...	66

6.2.2.1.3 Déshumanisation et technicisation des soins dans les établissements de santé	68
6.2.2.2 Sentiment d'aliénation envers les établissements de santé	70
6.2.2.2.1 Méfiance et rejet du système de la santé occidental	70
6.2.3 La sécurisation culturelle	71
6.2.3.1 Vision holistique de la santé	71
6.2.3.1.1 Importance de la spiritualité dans le processus de guérison	71
6.2.3.2 Rôle des professionnels de la santé pour rétablir la confiance	73
6.2.3.2.1 Écoute, respect et empathie	73
6.2.3.2.2 Répondre aux besoins immédiats en vue d'améliorer leur santé à long terme	75
6.2.4 Conclusion générale	76
7. DISCUSSION	78
7.1 La vie moindré : la santé reléguée au second plan dans un contexte de survie	78
7.2 Discrimination systémique et couveuse sociale : un système qui façonne la perception de la santé	81
7.3 Les besoins spécifiques et les perspectives d'accompagnement : place de la sécurisation culturelle	83
7.4 Forces et limites de l'étude	85
7.4.1 Forces	85
7.4.2 Limites	85
7.5 Retombées du projet de recherche	86
7.5.1 Retombées scientifiques	86
7.5.2 Retombées sociétales	87
7.6 Recommandations	88
7.6.1 Reconfiguration des couveuses sociales	88
7.6.2 Institutionnalisation de la sécurisation culturelle	89
CONCLUSION	93
LISTE DE RÉFÉRENCES	94
ANNEXE A – GUIDE D'ENTREVUE	105
ANNEXE B - FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT	108

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des participants	36
Tableau 2: Synthèse thématique des résultats de recherche	37

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement les participantes et les participants de notre étude: sans leur confiance, leur disponibilité et leur authenticité dans le partage de leur vécu, ce mémoire n'aurait pas vu le jour. Je tiens ensuite à exprimer ma profonde reconnaissance à ma direction de recherche (Stéphane Grenier et Dave Bergeron), dont la rigueur scientifique, la disponibilité et les encouragements constants m'ont guidé à chaque étape de ce travail. Merci à mes parents, dont le soutien indéfectible, la confiance en mes capacités et les sacrifices quotidiens ont été le socle sur lequel j'ai pu m'appuyer tout au long de ce parcours. J'adresse également mes remerciements les plus chaleureux à mon petit cercle d'ami.e.s (vous saurez qui vous êtes) pour votre présence bienveillante, vos conseils avisés et votre énergie positive jusqu'à la ligne d'arrivée.

Remercier tout particulièrement nos partenaires de recherche : la Piaule de Val-D'Or, qui nous a généreusement ouvert ses portes et offert un cadre sécurisant pour la conduite de mes entrevues; les communautés autochtones et le centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD), dans l'appui institutionnel, l'enthousiasme et les encouragements ont grandement contribué à la faisabilité et à la portée de ce projet.

Enfin, je tiens à remercier le département des sciences de la santé de l'UQAT de m'avoir accueilli dans ce programme, de m'avoir offert un environnement d'apprentissage stimulant et des ressources précieuses, et de m'avoir permis d'approfondir mes connaissances et compétences dans le domaine.

INTRODUCTION

La santé est un pilier fondamental de la qualité de vie, et au Canada, des progrès notables ont été réalisés ces dernières décennies, notamment la diminution des taux de mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie (Bushnick *et al.*, 2018). Cependant, ces avancées sont inégales, particulièrement pour les populations autochtones, dont les indicateurs de santé demeurent inférieurs à ceux du reste de la population canadienne (Agence de la santé publique du Canada, 2017; Kolahdooz *et al.*, 2015). Les défis de santé auxquels ces communautés font face sont le résultat de décennies de colonisation, de racisme systémique et d'accès limité aux soins de santé (Truth et Reconciliation Commission of Canada, 2015). Ces inégalités se reflètent non seulement dans les maladies physiques évitables, mais aussi dans les problématiques de santé mentale exacerbées par les traumatismes intergénérationnels liés aux pensionnats (Poirier *et al.*, 2021; Gwynn *et al.*, 2020; Lavalley *et al.*, 2020; Chi, 2019; Standing Committee on Public Accounts, 2018; Reading et Wien, 2009).

Ces disparités ne peuvent être comprises sans reconnaître la diversité des peuples autochtones. Ils s'identifient comme Inuit, Métis ou Premières Nations, et, parmi ces derniers, l'appartenance à une nation spécifique par exemple Cri, Mohawk ou Algonquin constitue un élément clé de leur identité culturelle et sociale. Cette richesse, qui comprend entre 60 et 80 nations au Canada dont dix Premières Nations et une nation inuite au Québec, influence directement l'accès aux soins et la pertinence des interventions de santé (Guimond *et al.*, 2009).

De plus, l'itinérance, qui touche de manière disproportionnée les Autochtones, révèle des facteurs supplémentaires de vulnérabilité, comme la rupture des liens familiaux, communautaires et culturels (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023; Seltz et Roussopoulos, 2020; Patrick, 2014).

Le manque de services adaptés aux besoins culturels spécifiques des Autochtones en situation d'itinérance aggrave leurs conditions de santé, tant physiques que mentales (Chandler et Lalonde, 2019 ; Kirmayer *et al.*, 2011). Ce cercle vicieux d'itinérance et de précarité empêche une prise en charge complète de leur santé et renforce les inégalités sociales et sanitaires auxquelles ils sont confrontés (Standing Committee on Public Accounts, 2018; Earle, 2013; Farmer, 2012; Tjepkema et Wilkins, 2011; Reinhartz *et al.*, 2006).

Ainsi, ce projet de recherche se situe au croisement de plusieurs enjeux majeurs : les inégalités de santé vécues par les populations autochtones, la surreprésentation des Autochtones en situation d'itinérance, et le manque de services adaptés aux besoins culturels spécifiques. Dans ce contexte, il devient essentiel de comprendre comment ces personnes perçoivent leur santé et les services qui leur sont offerts, afin de mieux saisir les défis qu'elles rencontrent et de proposer des solutions susceptibles d'améliorer les pratiques de soins et d'accompagnement. Cette étude s'inscrit ainsi dans un contexte non métropolitain, correspondant à une zone rurale incluant une ville (small city, 20 000 à 49 999 habitants) selon la typologie de Desjardins (2011). Val-d'Or, offre donc un cadre particulier où les dynamiques territoriales, les infrastructures limitées et l'éloignement des grands centres urbains influencent l'accès aux services et les expériences de santé des populations vulnérables. Cette étude permet donc de tenir compte des spécificités territoriales et démographiques propres à ce milieu, tout en reliant la compréhension des expériences vécues à l'amélioration concrète des interventions pour cette population.

Ce mémoire s'articule en sept grandes parties, chacune visant à éclairer une dimension essentielle de ce projet de recherche. La première partie présente la problématique de recherche, en exposant les inégalités de santé vécues par les personnes autochtones en situation d'itinérance et les déterminants structurels de ces inégalités. La deuxième partie propose une recension des écrits organisée autour de thèmes clés : la perception de la santé chez les personnes autochtones, la perception de la santé en contexte d'itinérance, l'expérience des Autochtones en situation d'itinérance face aux soins, les particularités régionales, et une analyse transversale permettant de faire émerger les principaux constats et lacunes. La troisième partie correspond à la justification de la question de recherche. La quatrième partie est consacrée au cadre conceptuel, qui mobilise les notions de « vie moindre », de « couveuse sociale » et de « sécurisation culturelle » pour structurer l'analyse des données et offrir une lecture critique des dynamiques de santé en contexte d'itinérance autochtone. La cinquième partie détaille la méthodologie adoptée et les considérations éthiques. La sixième partie présente les résultats, organisés autour des trois concepts du cadre conceptuel, et illustrés par des extraits d'entrevues qui témoignent de la richesse des expériences partagées. Enfin, la septième partie propose une discussion critique des résultats en lien avec la problématique et le cadre conceptuel, suivie de retombées et recommandations concrètes pour adapter les pratiques de soins et d'accompagnement aux réalités des Autochtones en situation d'itinérance.

1. PROBLÉMATIQUE

La santé est un aspect fondamental de la qualité de vie (Soulas et Brédart, 2012). Elle peut être définie comme étant « la mesure dans laquelle un individu ou un groupe est capable, d'une part, de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins et, d'autre part, de s'adapter aux environnements interpersonnel, social, biologique et physique. La santé est donc une ressource de la vie quotidienne, et non un objectif de vie ; c'est un concept positif qui englobe les ressources sociales et personnelles ainsi que les capacités physiques et psychologiques » (McCartney *et al.*, 2019).

Pour les Autochtones, la définition de la santé dépasse largement l'absence de maladies. Elle englobe une vision holistique qui repose sur l'harmonie entre le bien-être physique, mental, spirituel et social. Cette approche met en lumière l'interconnexion de ces dimensions pour maintenir un équilibre global (Sasakamoose *et al.*, 2016). De plus, elle intègre une connexion profonde avec les coutumes ancestrales, les pratiques traditionnelles qui façonnent leur identité culturelle et la terre qui est considérée comme une source de vie (Saggers et Gray, 2020). Cela va bien au-delà de la simple utilisation des ressources naturelles; il s'agit d'une relation symbiotique où la préservation de leur environnement naturel est essentielle pour assurer la pérennité de la santé collective (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2022). De cette façon, la dégradation de l'environnement est perçue comme une menace directe pour le bien-être des communautés (Johnson et Sutherland, 2022).

Dans cette optique, la santé des communautés autochtones est donc un reflet de leur mode de vie communautaire, où le respect des valeurs traditionnelles et des coutumes ancestrales est primordial (Martin, 2014). Le soutien mutuel, la solidarité et la prise en charge collective sont considérées comme des pierres angulaires de la santé collective. En préservant les liens sociaux et en favorisant la cohésion au sein de la communauté, les Autochtones créent un environnement propice à la guérison et au bien-être global (Saggers et Gray, 2020). Ces valeurs communautaires intrinsèquement liées à leur identité culturelle, constituent un socle fondamental de leur approche globale de la santé (Sanchez, 2016).

Toutefois, malgré cette conception holistique et profondément enracinée de leur culture, les communautés autochtones au Canada sont confrontées à des défis de santé majeurs trouvant leur origine dans des décennies de colonisation, de pensionnats, de racisme

systemique et d'un accès limité aux soins de santé (Breault *et al.*, 2021). Ces inégalités structurelles ont contribué à creuser un écart entre les indicateurs de santé des populations autochtones et ceux du reste de la population canadienne (Reading et Wien, 2009).

Le racisme systémique dans le système de santé est un des éléments qui a également contribué au développement et au maintien des inégalités qui affectent les populations autochtones (Blanc, 2021). Le racisme systémique, souvent enraciné dans des préjugés implicites et des pratiques institutionnelles discriminatoires, se traduit par un accès limité à des soins adaptés, une qualité de service inférieure et une absence de sécurisation culturelle (Belaid *et al.*, 2025). Ces obstacles ont occasionné une méfiance croissante envers les professionnels de santé et les établissements de santé, limitant la capacité des Autochtones à rechercher ou recevoir des soins adéquats (Truth et Reconciliation Commission of Canada, 2015). Des cas tragiques, tels que les décès de Joyce Echaquan¹ et Brian Sinclair², illustrent l'impact direct de ce racisme dans des hôpitaux canadiens (Ramsoondar *et al.*, 2023).

Le racisme systémique a aussi une influence directe sur les déterminants proximaux de la santé des populations autochtones. Ces déterminants désignent les conditions de vie immédiates qui agissent directement sur la santé physique et mentale des individus, telles que le logement, l'accès aux soins de santé et la sécurité alimentaire (Reading et Wien, 2009). À la différence des déterminants distaux, ces facteurs constituent les circonstances matérielles essentielles pour garantir une qualité de vie minimale et prévenir les maladies (Andermann, 2017). Cependant, leur altération par des pratiques discriminatoires et des politiques inadaptées contribue à aggraver les disparités en santé en se reflétant dans la surreprésentation des Autochtones dans les statistiques de maladies physiques évitables (Masson, 2023). Ces maladies incluent des problèmes buccodentaires, l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle, qui sont souvent liés à une alimentation déséquilibrée et à un manque d'accès aux soins préventifs (Poirier *et al.*, 2021; Gwynn *et al.*, 2020; Chi, 2019; Crowshoe *et al.*, 2018; Standing Committee on Public Accounts, 2018).

¹Joyce Echaquan, femme atikamekw de Manawan, est décédée le 28 septembre 2020 à l'hôpital de Joliette après avoir diffusé en direct sur Facebook des propos discriminatoires tenus à son égard par le personnel soignant (Shingler, 2020).

²Brian Sinclair, homme anishinaabe de Winnipeg amputé des deux jambes, est décédé en septembre 2008 après avoir attendu plus de 30 heures sans recevoir de soins dans la salle de tri d'un service d'urgence (Lett, 2013).

En parallèle à ces maladies physiques évitables, la santé mentale des Autochtones au Canada est également affectée par les traumatismes intergénérationnels engendrés par les pensionnats autochtones (Gaulin, 2021). Les survivants des pensionnats ont souvent été exposés à des abus physiques, psychologiques, sexuels et spirituels, ainsi qu'à la perte de leur identité culturelle. Ces expériences traumatisantes ont non seulement affecté directement les survivants, mais ont également été transmises aux générations suivantes par le biais de comportements destructeurs, d'abus de substances et d'une incapacité à établir des relations saines (Standing Committee on Public Accounts, 2018). D'ailleurs, en Colombie-Britannique, les Premières Nations représentent seulement 3,4 % de la population provinciale, mais comptaient pour 14 % des surdoses en 2017 (First Nations Health Authority, 2017). Cette surreprésentation marquée témoigne de l'ampleur des inégalités systémiques en matière de santé auxquelles ces communautés demeurent confrontées (Lavalley *et al.*, 2020).

Le racisme systémique a aussi engendré une instabilité sociale et économique qui exacerbe le phénomène de l'itinérance au Canada, particulièrement chez les populations autochtones (Seltz et Roussopoulos, 2020). Ce phénomène se manifeste par l'absence de logement stable, sûr et adéquat, incluant les personnes vivant dans la rue, en refuge, dans des situations de logement temporaire ou hébergées de manière transitoire chez d'autres personnes (Gaetz *et al.*, 2013). Cette situation entraîne la perte des liens familiaux, communautaires et culturels, ainsi que les traumatismes psychologiques, entraînent une exclusion sociale. Cette marginalisation, amplifiée par les inégalités systémiques telles que l'accès inégal à l'éducation, aux soins de santé, aux opportunités de travail, contribue à rendre l'itinérance disproportionnée et unique dans ces communautés en raison de la rupture avec leur identité culturelle et spirituelle (Seltz et Roussopoulos, 2020). Une personne autochtone sur quinze (6,7%) risque de se retrouver en situation d'itinérance, contre une personne sur 128 (0,78%) parmi la population générale (Patrick, 2014).

Considérant que le logement est un déterminant proximal de la santé (Vandentorren *et al.*, 2021; Domergue et Taoussi, 2016), la persistance de l'itinérance expose inévitablement les personnes concernées à des conditions de vie précaires (Telliano, 2024). Cette situation est d'autant plus préoccupante pour les personnes autochtones, qui sont confrontées à un manque de services d'accompagnement adaptés à leurs besoins culturels spécifiques (Chandler et Lalonde, 2019 ; Kirmayer *et al.*, 2011). L'absence de tels services complique considérablement les trajectoires de sortie de l'itinérance, en maintenant les individus dans

une précarité chronique et en entravant une prise en charge globale de leur santé. Cela contribue à renforcer les inégalités sociales et sanitaires auxquelles cette population est déjà historiquement et structurellement exposée (Standing Committee on Public Accounts, 2017; Earle, 2013; Farmer, 2012; Tjepkema et Wilkins, 2011; Reinharz *et al.*, 2006).

Dans ce contexte, le projet de recherche actuel vise à explorer les perceptions que les personnes autochtones en situation d'itinérance ont de leur état de santé, ainsi que des services de soins et d'accompagnement qui leur sont proposés. Bien que plusieurs études aient été menées sur la santé des Autochtones, il demeure essentiel d'approfondir les connaissances disponibles et de contribuer à l'évolution de pratiques de soins et d'accompagnement culturellement sécurisantes, plus particulièrement pour les personnes autochtones en situation d'itinérance, afin de mieux répondre aux besoins de ce groupe particulièrement vulnérable.

En s'appuyant sur une analyse des déterminants sociaux, des effets du racisme systémique, des traumatismes intergénérationnels et de la précarité liée à l'itinérance, la présente problématique montre que la santé des Autochtones en situation d'itinérance ne peut être appréhendée de manière isolée. Elle est inextricablement liée aux contextes sociaux, culturels et institutionnels. Comprendre ces interactions est indispensable pour identifier les obstacles et les besoins spécifiques de cette population, et constitue le fondement sur lequel s'appuie l'étude pour proposer des pistes concrètes visant à améliorer les pratiques de soins et d'accompagnement culturellement sécurisants. La problématique conduit donc naturellement à la formulation de la question de recherche, qui orientera l'exploration des perceptions et expériences des participants.

2. RECENSION DES ÉCRITS

L'objectif de cette recension des écrits est de dresser un état des connaissances scientifiques actuel en lien avec la question de recherche portant sur la perception de la santé et de l'accès aux soins chez les personnes autochtones en situation d'itinérance. Plus précisément, il s'agit de mieux comprendre comment cette population conçoit la santé, quels obstacles structurels sociaux et culturels influencent cette perception, et comment les expériences historiques et contemporaines façonnent leurs rapports aux services de santé. En éclairant les angles morts, les convergences et les divergences des travaux existants, cette recension vise également à identifier les lacunes méthodologiques et théoriques dans la littérature, afin de justifier la pertinence du projet de recherche proposé.

Cette recension repose sur la littérature scientifique, sélectionnée à partir de recherches effectuées dans les bases de données *Google scholar*, *Medline* et *CINAHL*. Ont été inclus des articles empiriques ouvrent la parenthèse (études qualitatives, quantitatives, mixtes), des revues de littérature, des thèses, des mémoires ainsi que des rapports de recherche. Les disciplines mobilisées couvrent principalement la santé publique, les sciences sociales, les études autochtones, et les soins infirmiers. Les critères de sélection incluaient la pertinence thématique (itinérance, santé, peuples autochtones, accès aux soins, déterminants de la santé, colonialisme), la rigueur méthodologique, ainsi que la capacité de écrits à apporter un éclairage sur les dynamiques intersectorielles à l'œuvre dans la perception de la santé chez les personnes autochtones vivant en situation de précarité.

Afin de structurer l'analyse et de faire ressortir les dimensions centrales du sujet, cette recension est organisée en sections thématiques correspondant aux rubriques de notre document. Celles-ci sont : 1) Études sur la perception de la santé chez les personnes autochtones; 2) Études sur la perception de la santé en contexte d'itinérance; 3) Études sur l'expérience des personnes autochtones en situation d'itinérance face aux soins; 4) Études en milieux régionaux et non-métropolitaines : spécificités et lacunes; 5) Analyse transversale des études recensées

2.1 Études sur la perception de la santé chez les personnes autochtones

Pour les personnes autochtones, la santé ne se résume pas à l'absence de maladie : elle repose sur un équilibre dynamique entre le corps, l'esprit, la communauté et le territoire (Reading et Wien, 2009). L'étude de Landry *et al.*, (2019) aborde ce lien par le concept de

Mino pimatisiwin qui renvoie à une existence harmonieuse où la personne cultive sa santé physique, mentale, spirituelle et relationnelle tout en honorant ses responsabilités envers la famille, la communauté et le territoire. Dans cette perspective, les participants autochtones en milieu urbain de l'étude considèrent les parcs et les centres d'amitié autochtone comme de véritables paysages thérapeutiques, leur permettant de renouer avec le territoire, de renforcer leur identité et de raviver leur fierté.

Cette quête d'ancrage positif se heurte toutefois, à la persistance du colonialisme et du racisme. L'étude de Smith-Peter (2018) montre que les guérisseurs consultés associent des épisodes de mépris ou de marginalisation de leurs savoirs à une méfiance accrue envers le système de santé occidental dominant. D'où leur appel à une ouverture institutionnelle aux savoirs et pratiques autochtones et à une formation obligatoire à la sécurisation culturelle pour tout le corps médical.

La revue systématique qualitative de Barbo et al. (2024) rejoint les constats de l'étude de Smith-Peter (2018) en mettant en lumière les perceptions contrastées qu'ont les personnes autochtones des soins de santé primaires au Canada. Bien que certaines aient rapporté des expériences positives fondées sur l'écoute, la confiance et le respect culturel, la majorité des récits témoignent d'attitudes discriminatoires, de racisme institutionnel et de barrières systémiques persistantes, en particulier en milieux ruraux ou isolés. Pour de nombreux participants, être en santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais s'ancre dans des relations respectueuses, un sentiment de sécurité culturelle, où leur identité et leurs savoirs traditionnels sont pleinement reconnus.

Les conséquences de ces expériences sont également documentées quantitativement. L'étude de Kitching (2017) révèle que 27,3 % des 836 participants autochtones rapportent un besoin de santé non comblé dans l'année ; avoir déjà subi une discrimination médicale multiplie par trois cette probabilité. Cette étude montre que la présence de comorbidités et les expériences de discrimination de la part du corps médical augmentent significativement le risque de ne pas recevoir les soins nécessaires, soulignant l'importance d'une formation en sécurisation culturelle et de mesures adaptées pour répondre aux besoins complexes de cette communauté. Bien que le devis soit transversal et l'auto-déclaration sujette à des biais de mémoire ou de désirabilité sociale, l'étude souligne l'ampleur du problème dans les grands centres urbains.

Pris ensemble, ces études dressent un tableau nuancé: la conception holistique de la santé autochtone offre un puissant potentiel de guérison lorsque les milieux de vie, les services et le personnel soignant reconnaissent et valorisent cette vision. Mais, tant que les pratiques discriminatoires ne sont pas activement démantelées, les expériences positives resteront ponctuelles et l'accès équitable aux soins demeurera hors portée pour de nombreuses personnes autochtones (Nguyen *et al.*, 2020).

2.2 *Études sur la perception de la santé en contexte d'itinérance*

La perception de la santé chez les personnes en situation d'itinérance ne se réduit pas à un simple indicateur médical: elle se construit autour d'un équilibre fragile entre la satisfaction des besoins médicaux, la lutte pour la survie quotidienne et la préservation de la dignité (Purkey et MacKenzie, 2019). Elle est façonnée par des contraintes matérielles, des obstacles structurels et la qualité des relations avec les acteurs de santé. Ce que l'on sait, c'est que cette perception intègre plusieurs dimensions complémentaires. Sur le plan structurel, Duhoux *et al.* (2018) montrent qu'en dépit d'une importante prévalence de troubles mentaux, l'accès aux services reste fragmenté en raison d'un manque de coordination et de contraintes administratives. L'instabilité résidentielle a également un impact direct : Hunter *et al.* (2014) révèlent que 26 % des personnes sous médication déclarent une non-adhérence à leur traitement, particulièrement chez les moins de 40 ans. De plus, Omerov *et al.* (2020) soulignent que les besoins de base, comme le logement, la nourriture et l'hygiène, sont souvent prioritaires sur les soins, engendrant jusqu'à 82 % de besoins de santé non comblés. Sur le plan relationnel, O'Carroll et Wainright (2019) observent que la peur d'un accueil stigmatisant retarde fréquemment la consultation, aggravant l'état de santé, tandis que Miller *et al.* (2024) confirment que l'écoute active, la cohérence de suivi et l'absence de jugement favorisent l'adhésion aux soins.

En revanche, ce que l'on sait moins, c'est comment les personnes en situation d'itinérance définissent elles-mêmes ce que signifie "être en santé" et quels critères jugent-elles prioritaires. La littérature scientifique sur ce sujet est encore restreinte, et l'on remarque une rareté des études francophones et canadiennes, limitant la compréhension des spécificités culturelles, linguistiques et ethniques, laissant ainsi certaines expériences invisibilisées (Mc Conalogue *et al.*, 2021).

En somme, la santé perçue en contexte d'itinérance apparaît comme un construit multidimensionnel où l'accès aux soins est indissociable des conditions de vie et des interactions humaines. Si les obstacles structurels et relationnels sont bien documentés, la compréhension fine des représentations et des trajectoires de perception demeure lacunaire. Pour y remédier, il est nécessaire de mener des recherches longitudinales et contextualisées, intégrant la voix des personnes concernées dans la définition même de la santé (Bedmar *et al.*, 2024; Paradis-Gagné *et al.*, 2023).

2.3 Études sur l'expérience des personnes autochtones en situation d'itinérance face aux soins

Lorsque l'itinérance autochtone s'inscrit dans la continuité des héritages coloniaux, la confiance dans les services de santé se trouve profondément érodée (Wylie *et al.*, 2019). Hendel (2021), à travers 30 entretiens auprès d'Autochtone du Nord de l'Ontario, montre comment la précarité du logement et l'inaccessibilité des services forment un verrou d'inégalités aboutissant à une explosion des problèmes de santé, tandis que la stigmatisation et l'invisibilité cultivent la défiance envers les professionnels de la santé et retardent le recours aux soins. Ce constat trouve un écho dans l'étude ethnographique de Browne *et al.* (2011), qui, grâce à 20 mois d'immersion et 44 entretiens semi-directifs dans un service d'urgence urbain, révèle que de nombreux patients autochtones anticipent des jugements négatifs liés à leur statut socio-économique, à leur appartenance ethnique ou à la stigmatisation de leur parcours, si bien qu'ils formulent leurs besoins de soin de manière prudente entraînant ainsi une détérioration accélérée de leur état de santé.

Or, cette méfiance se cristallise dès le plus jeune âge : Kidd *et al.* (2019), dans leur enquête auprès de 332 jeunes Autochtones en situation d'itinérance, documentent que 72% d'entre eux vivent des besoins de santé mentale non satisfaits, 60 % évitent les services par peur d'être « mal reçus », et 41 % lient cette défiance à un historique de placement en protection de l'enfance. Même si ces données, collectées rétrospectivement et auto-rapportées, peuvent comporter des biais de mémoire ou de désirabilité sociale, elles illustrent néanmoins l'ancrage précoce de cette méfiance envers le système de soins.

En somme, ces recherches convergent pour montrer que la défiance des personnes autochtones n'est pas un simple obstacle individuel, mais le produit d'un héritage colonial qui continue de structurer les rapports avec le système de soins. Les constats tirés des

expériences d'adultes comme de jeunes démontrent que la méfiance, enracinée dans des trajectoires de stigmatisation et d'exclusion institutionnelle, mine l'accès aux services et compromet la santé dès le plus jeune âge. Une telle réalité impose de dépasser les réponses strictement biomédicales : améliorer la santé de ces populations exige de transformer les modèles de prise en charge afin d'y intégrer la reconnaissance culturelle et la remise en question des logiques coloniales qui perpétuent les inégalités (Haynes *et al.*, 2021).

2.4 Études en régions non-métropolitaines : spécificités et lacunes

Dans les régions non-métropolitaines (Desjardins, 2011), l'itinérance est loin d'être marginale (Forchuk *et al.* 2025). L'analyse de 55 dénombrements ruraux (2018-2021) réalisée par Schiff *et al.* (2022) montre que dans de nombreuses régions du Canada, le taux d'itinérance dépasse celui des grands centres : 32 des 55 territoires recensés affichaient un taux supérieur à 0.30 % de leur population, soit de 1.5 à 5 fois celui des métropoles. Les peuples autochtones sont systématiquement surreprésentés parmi les personnes en situation d'itinérance, et plus de huit personnes sur dix recensées demeuraient dans la même région depuis plus d'un an, confirmant que l'itinérance rurale n'est pas simplement un phénomène migratoire vers les centres urbains.

L'écart entre la métropole et sa périphérie apparaît encore plus marqué lorsqu'on s'intéresse aux trajectoires individuelles, à Montréal, par exemple, 80% des jeunes suivis par Roy *et al.* (2014) parviennent à maintenir 90 jours consécutifs de stabilité résidentielle, mais presque toujours grâce à des ressources accessibles en ville (obtention d'un diplôme, emploi, soutien psychologique rapide). En région, où ces leviers sont rares, les chances de sortir de la rue chutent drastiquement. Le portrait se complexifie encore lorsqu'on s'intéresse aux femmes vivant l'itinérance en région. Dans les Laurentides, Grenier *et al.* (2019) soulignent que cette réalité demeure largement cachée, marquée par l'absence de transport collectif, la pénurie de logements abordables et les violences conjugales. Les activités de groupe, le suivi post-hébergement et l'accompagnement par les intervenants renforcent un sentiment de sécurité, mais leur effet reste fragile sans financement pérenne et sans services spécialisés accessibles.

Dans ce contexte, des projets pilotes locaux illustrent l'importance de solutions adaptées. À Val d'Or, l'initiative **Petapan**, un motorisé qui se déplace directement en ville à la

rencontre des personnes en situation d'itinérance a rejoint en 2023 près de 838 personnes, en misant sur une approche de soins mobiles et culturellement sécurisants, ce projet pilote montre que l'accès aux soins, lorsqu'il s'appuie sur la reconnaissance culturelle peut devenir un véritable espace de dignité (Yergeau, 2024).

Pris ensemble, ces travaux tracent un même fil conducteur : plus on s'éloigne des grands centres, plus l'itinérance échappe aux comptages officiels, moins les leviers de stabilisation sont disponibles et plus les obstacles logistiques pèsent lourd. Dans ces contextes, la santé perçue cesse d'être un simple état à améliorer et est sans cesse mise à l'épreuve par l'isolement territorial et la faiblesse des soutiens (MacDonald et Gaulin, 2020). Toutefois, des initiatives comme le projet **Petapan** rappellent que des solutions innovantes et adaptées au contexte local sont possibles (Yergeau, 2024).

2.5 Analyse transversale des études recensées

L'analyse transversale des études recensées fait émerger trois grands axes thématiques : l'holisme et l'ancrage culturel, les obstacles structurels et relationnels, ainsi que les spécificités contextuelles. Cette analyse révèle également la présence de lacunes méthodologiques et populationnelles.

2.5.1 Holisme, ancrage territorial et résilience culturelle

Les travaux de Landry *et al.* (2019) et Smith-Peter (2018) soulignent de manière convergente la centralité d'une vision holistique de la santé (le corps, l'esprit, le spirituel et l'émotionnel). Pour les peuples autochtones, les centres d'amitié et les espaces verts en milieu urbain sont identifiés comme des lieux d'ancrage territorial qui renforcent l'identité et la résilience. Pour notre étude, cette perspective est particulièrement pertinente : à Val D'Or, où la précarité résidentielle et l'itinérance marquent fortement le quotidien, la perception de la santé ne peut être dissociée de ces dimensions culturelles et territoriales. En effet, les personnes autochtones en situation d'itinérance mobilisent souvent les centres d'amitié comme des espaces de répit, de socialisation et de guérison, mais aussi des lieux où se tissent des liens de confiance avec les intervenants (Asamoah *et al.*, 2023). De la même manière, l'accès à des espaces naturels et communautaires, même en milieu urbain, constitue un facteur clé de bien-être et de continuité identitaire. Ainsi, prendre en compte cette conception holistique permet de dépasser une lecture biomédicale centrée sur les

symptômes pour analyser comment les personnes elles-mêmes définissent leur santé, en l'arrimant à leurs relations sociales, à leur territoire et à leur culture (Hayward *et al.*, 2020).

Toutefois, ces études restent limitées à certaines régions (Est canadien, Kahnawake) et mobilisent presque exclusivement des échantillons adultes anglophones en milieu urbain, sans tenir compte des réalités francophones, nordiques ou côtières. Cette limitation ne relève pas d'un détail méthodologique : elle révèle un véritable vide épistémologique, autrement dit un angle mort dans la production des savoirs scientifiques.

Dans ce contexte, notre étude se situe à Val-d'Or, une ville du nord-ouest du Québec, au cœur de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Caractérisée par une forte présence autochtone, un éloignement géographique important par rapport aux grands centres urbains, et une offre de services limitée (Bellot et Sylvestre, 2016). Cette ville constitue un terrain d'étude particulièrement pertinent pour combler une lacune importante de la littérature existante, en offrant une compréhension plus nuancée des expériences vécues par les communautés autochtones hors des grands centres urbains, et en prenant en compte les spécificités linguistiques, culturelles et territoriales propres à la région étudiée.

2.5.2 Obstacles structurels, discrimination et dimension relationnelle

Les études quantitatives de Kitching (2017) et Duhoux *et al.* (2018), ainsi que la revue systématique d'Omerov *et al.* (2020), montrent l'ampleur des besoins de santé non comblés chez les personnes en situation d'itinérance, besoins souvent aggravés par la discrimination et la hiérarchisation des urgences au détriment de la santé. Toutefois, les devis transversaux et l'auto-déclaration limitent la portée de ces résultats : ils sont vulnérables aux biais de mémoire et de désirabilité sociale, et n'offrent pas de suivi longitudinal permettant de saisir l'évolution des perceptions.

En complément, les revues systématiques de Barbo et Alam (2024) et de Miller *et al.* (2024) insistent sur le rôle central de la stigmatisation et de l'inégalité de traitement dans les trajectoires de soins. Mais leur ancrage presque exclusif dans des études menées aux États-Unis ou dans des régions anglophones pose un problème de transférabilité au contexte québécois, ou s'articulent à la fois d'autres régimes de protection sociale et des réalités linguistiques spécifiques. Cette limite est également perceptible dans l'ethnographie d'O'Carroll et Wainwright (2019) dont la richesse descriptive éclaire les logiques

organisationnelles de l'exclusion, mais dont l'applicabilité sociale dans un cadre non-métropolitain québécois comme Val-d'Or reste incertaine.

Pour notre étude, ces constats soulignent deux enjeux majeurs. La première limite tient au fait que la littérature décrit bien la discrimination, mais peine à en documenter les formes concrètes dans des milieux francophones non métropolitains où se conjuguent éloignement géographique, pauvreté structurelle et forte présence autochtone. La seconde limite concerne un vide épistémologique : les voix autochtones, en particulier celles des personnes en situation d'itinérance au Québec, demeurent largement absentes des corpus scientifiques. Notre projet vise précisément à combler ce manque en recueillant des récits situés sur la perception de la santé à Val-d'Or, en tenant compte des logiques de discrimination vécues, mais aussi des pratiques culturelles et communautaires qui soutiennent la résilience. Ce positionnement permettra non seulement de nuancer les résultats des études existantes mais aussi de proposer un savoir transférable aux réalités locales et utile pour adapter les services.

2.5.3 Expériences autochtones en situation d'itinérance et enjeux de co-construction

Les recherches spécifiques aux Autochtones en situation de vulnérabilité (Hendel 2021; Kidd *et al.*, 2019; Wylie *et al.*, 2019; Browne *et al.*, 2011) révèlent une défiance précoce envers les services de santé dans la continuité des héritages coloniaux et du placement en protection de la jeunesse. Elles montrent également le potentiel transformateur de projets coconstruits comme le « Petapan » à Val-d'Or (Yergeau, 2024) qui intègrent la reconnaissance culturelle et l'accompagnement adapté. Pourtant, ces initiatives restent ponctuelles et souvent confinées à des projets pilotes de courte durée, sans évaluation à moyen et long terme de leur impact sur la perception globale de la santé.

En somme, les études recensées présentent certaines limites : elles s'appuient sur de petits échantillons, souvent concentrés aux États-Unis ou dans l'Est du Canada, et tiennent peu compte des réalités nordiques, côtières et francophones, ce qui restreint leur transférabilité au contexte québécois. Bien que diverses approches aient été mobilisées, aucune n'a véritablement examiné la perception de la santé chez les personnes autochtone en situation d'itinérance dans les régions non-métropolitaines francophones du Québec, où les dynamiques culturelles et institutionnelles diffèrent de celles des grands centres. Notre

projet s'inscrit précisément dans cette perspective, en s'ancrant à Val-d'Or et en mettant de l'avant la voix autochtone ainsi que les particularités socio-culturelles locales.

3. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La problématique de recherche s'inscrit dans un contexte où les personnes autochtones en situation d'itinérance, notamment à Val-d'Or, demeurent marginalisées par les systèmes de santé, souvent conçus sans prise en compte réelle pour leurs réalités culturelles, sociales et historiques. Les approches en santé reposent sur des normes occidentales dominantes qui ne tiennent pas compte des conceptions autochtones du bien-être, incluant la dimension spirituelle, les liens familiaux et les impacts des traumatismes intergénérationnels. Dans ce cadre, la question de recherche est donc celle de savoir : Quelle est la perception de la santé chez la population autochtone en situation d'itinérance à Val-d'Or?

L'objectif général de ce projet est d'explorer la manière dont les personnes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or perçoivent leur propre santé ainsi que les soins qui leur sont offerts. Cette visée centrale met en lumière la dimension subjective et expérientielle de la santé, souvent négligée dans les approches biomédicales dominantes. Elle permet de contrer le regard sur la parole et le vécu des personnes concernées, en tenant compte de leur trajectoire de vie, du contexte social et culturel, et des rapports complexes qu'elles entretiennent avec les établissements de santé.

- **Explorer les représentations de la santé chez les personnes autochtones en situation d'itinérance**

Cet objectif vise à recueillir et analyser la manière dont les participants définissent la santé et le mieux-être dans leur quotidien. Il s'agira d'identifier les dimensions de la santé jugées prioritaires (physiques, psychologiques, spirituelles, sociales ou culturelles), ainsi que les repères ou pratiques mobilisés pour préserver un équilibre de vie malgré la précarité et la vulnérabilité. Cette étape permettra de saisir les continuités et les ruptures entre les conceptions autochtones de la santé et les approches institutionnelles occidentales.

- **Analyser les facteurs qui influencent la perception des services de santé et d'accompagnement**

cet objectif consiste à comprendre comment les différents déterminants tels que les expériences antérieures avec le système de santé, le vécu de discrimination, le rapport à la culture et à la spiritualité façonne la perception des établissements de

santé. On cherchera à mettre en évidence les obstacles structurels et relationnels qui limitent la confiance et l'utilisation des ressources disponibles.

- **Identifier les besoins spécifiques en matière de santé et d'accompagnement**

L'objectif est de dégager, à partir des récits et analyses, tous les besoins prioritaires exprimés par cette population, qu'il concerne l'accès à des soins adaptés, la reconnaissance des savoirs autochtones, le soutien psychosocial, ou la création d'espaces sécuritaires. Cette étape vise à formuler des constats utiles pour orienter les politiques publiques et ajuster les pratiques des établissements. Il s'agit de fournir des pistes concrètes permettant aux acteurs de la santé d'améliorer la pertinence, la qualité et l'accessibilité de leurs services pour les personnes autochtones en situation d'itinérance.

4. CADRE CONCEPTUEL : L'INTERRELATION ENTRE VIE MOINDRE, COUVEUSE SOCIALE ET SÉCURISATION CULTURELLE DANS LE CONTEXTE DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

L'étude de la santé des autochtones en situation d'itinérance nécessite une approche multidimensionnelle, qui tienne compte de multiples facteurs (historiques, sociaux, économiques et culturels) qui influence leur bien-être. Dans ce cadre, l'intégration des concepts de « vie moindre », de « couveuse sociale » et de « sécurisation culturelle » offre un cadre conceptuel pertinent et éclairant. Ces concepts, bien qu'apparaissent distincts, interagissent de manière complexe et étroite pour éclairer les dynamiques sous-jacentes de la santé des autochtones en situation d'itinérance et permettent d'aborder les enjeux de manière plus globale et nuancée.

La réalité étudiée s'inscrit à la fois dans un paradigme constructiviste interprétatif et dans un paradigme critique. Dans ce cadre, la santé, l'itinérance et la marginalisation ne sont pas considérées comme des réalités objectives et universelles, mais comme des phénomènes socialement construits. Le paradigme constructiviste interprétatif permet de comprendre les significations que les individus attribuent à leurs expériences, tandis que le paradigme critique met en lumière les rapports de pouvoir, les cadres institutionnels et les héritages historiques qui façonnent ces expériences (Creswell et Creswell, 2017). En mobilisant les concepts de *vie moindre* et de *couveuse sociale*, l'analyse s'inscrit dans une perspective critique qui vise à dévoiler les mécanismes structurels par lesquels les institutions, les politiques publiques et les normes sociales contribuent à produire et à maintenir des situations de vulnérabilité. Par ailleurs, l'intégration de la sécurisation culturelle inscrit également cette recherche dans une posture décoloniale, attentive aux savoirs situés, aux expériences vécues et aux rapports coloniaux qui façonnent le rapport des Autochtones aux systèmes de santé et de services sociaux. Ce positionnement paradigmatique permet ainsi de conjuguer compréhension des significations subjectives attribuées à la santé avec une analyse critique des structures sociales, offrant un cadre cohérent pour étudier les perceptions de la santé des Autochtones en situation d'itinérance dans un contexte non métropolitain comme Val-d'Or.

4.1 Concept de vie moindre : comprendre les trajectoires de marginalisation

Cette étude exige un conceptuel capable d'intégrer les dimensions sociales, politiques et relationnelles de l'existence. Le travail de Namian sur « la vie moindre » est largement cité par des chercheurs en itinérance (39 études sensées dans une recherche sur Google scholar), car il permet de comprendre comment la marginalisation érode les liens sociaux et fragilise les trajectoires de vie des personnes en situation de précarité, ce qui témoigne de son impact et de sa pertinence pour cette problématique complexe. De plus, notre recension des écrits confirme la pertinence de ce cadre : plusieurs recherches recensées montrent que la perception de la santé en contexte d'itinérance est indissociable des obstacles structurels (fragmentation des services, obstacles administratifs, priorisation des besoins de survie), mais aussi des interactions quotidiennes avec les institutions, souvent marquées par la marginalisation et la méfiance (O'Carroll et Wainwright, 2019; Duhoux *et al.*, 2018). Dans ce sens, l'apport de Namian éclaire finement la construction sociale de la vulnérabilité et met en évidence le rôle des dispositifs institutionnels qui, loin d'accompagner les individus, participent à reproduire leur précarité.

Dahlia Namian propose une réflexion sociologique profonde et sensible sur les expériences des personnes marginalisées vivant dans la précarité au Québec dans son ouvrage intitulé *Sociologie d'une vie moindre* (2012). Professeure de travail social, elle explore les parcours de vie marqués par l'exclusion sociale, économique et institutionnelle, en utilisant des histoires de vie pour examiner comment la pauvreté définit les existences, impacte les relations humaines et restreint les options offertes. d'après l'auteure, « les pratiques d'accompagnement s'adressent dans ces deux cas de figure à des personnes confrontées de façon analogue à une tension confondante de la survie biologique (sur mortalité élevée chez les itinérants et mort certaines pour les personnes malades en fin de vie) et de la survie sociale dans les deux cas, on fait face à des individus extrêmement isolés, ayant un réseau relationnel très réduit, voire absent, retirés de toute activité sociale significative (étude, travail, loisirs, etc.), exposant un régime où les limites de la vie sociale, biologique, voire économique et culturelle s'entremêlent et s'amalgament de manière saisissante » (Namian, 2011a, p. 41).

Au cœur de cette réflexion, elle développe le concept de « vie moindre », qui désigne des existences limitées par un manque d'accès aux ressources, de choix autonomes et de reconnaissance sociale. Ces « vies moindres » sont structurées par des mécanismes d'inégalités qui réduisent les opportunités de développement personnel et collectif. C'est

donc sous cet angle que nous définissons la vie moindre comme un « régime de vie particulier dont les coercitions à l'œuvre (obstacles, contraintes, entraves, empêchements, résistances) réduisent jusqu'au moindre l'action possible » (Namian, 2011a, p. 180).

Ce concept trouve une résonance particulière dans l'analyse de la situation des Autochtones en situation d'itinérance. Ces derniers, confrontés à une intersection complexe de défis liés à l'héritage colonial, aux discriminations systémiques et aux conditions de vie précaires, incarnent pleinement cette idée de « vie moindre ». Ces facteurs structurels contribuent à reproduire la précarité en limitant l'accès à des logements stables, en complexifiant l'accès aux soins et aux services sociaux, et en maintenant les individus dans des dispositifs institutionnels principalement orientés vers la gestion de l'urgence plutôt que vers la stabilisation à long terme. Si Namian met en exergue la manière dont les dispositifs institutionnels reproduisent la précarité, elle souligne également que les individus développent, malgré tout, des formes de résistance et de recherche de sens. Celles-ci se manifestent notamment par des stratégies d'adaptation et de contournement des règles institutionnelles, le maintien de liens sociaux et communautaires, ainsi que par la réaffirmation de leur identité et de leurs repères culturels. L'intérêt de cette approche est donc double : elle permet à la fois de saisir les mécanismes sociaux qui maintiennent les personnes dans la survie minimale, et de reconnaître la capacité d'agir qu'elles déploient dans des environnements marqués par l'instabilité et l'exclusion (Namian, 2012).

Dans cette perspective, l'ouvrage de Namian ne se limite pas à une critique des structures sociales existantes, mais ouvre aussi la voie à une compréhension nuancée des trajectoires de vie. Les personnes marginalisées ne sont pas seulement définies par la victimisation et la dépendance, mais également par leur résilience et leurs stratégies d'adaptation. Ce regard, qui articule à la fois vulnérabilité et agentivité, permet de comprendre que les Autochtones en situation d'itinérance ne sont pas de simples bénéficiaires passifs des services d'aide, mais des acteurs sociaux à part entière, capables de mobiliser leurs savoirs et leurs pratiques pour préserver leur dignité (Namian, 2011b).

L'approche ethnologique mobilisée par Namian (2012), repose sur une enquête qualitative immersive et prolongée, fondée sur l'observation directe des pratiques institutionnelles et l'analyse des interactions quotidiennes entre les personnes en situation de vulnérabilité et les dispositifs d'intervention. Elle permet ainsi de dévoiler les mécanismes sociaux, économiques et politiques qui favorisent la perpétuation des inégalités, tout en montrant

comment les institutions telles : le poste de police communautaire mixte autochtone de Val-d'Or, le centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, la clinique Minowé, *la Piaule* peuvent parfois accentuer l'exclusion, même lorsqu'elles sont animées de bonne volonté. Ce travail de réflexion dépasse donc la simple critique des structures existantes pour interroger la manière dont les politiques publiques peuvent être repensées pour offrir des solutions plus humaines et inclusives (Sigouin, 2014).

4.2 *Couveuse sociale : entre soutien et maintien dans la dépendance*

Dans son analyse des dynamiques de la précarité et de l'exclusion sociale, Dahlia Namian introduit aussi le concept de « *couveuse sociale* » pour décrire le rôle ambivalent des dispositifs institutionnels dans la gestion de la vulnérabilité. Ce concept, loin de se limiter à une simple critique des politiques sociales, soulève des interrogations profondes sur la manière dont ces institutions, tout en offrant une forme de soutien et de protection aux individus marginalisés, peuvent paradoxalement maintenir ces derniers dans une situation de dépendance et limiter leur capacité à s'émanciper. La « *couveuse sociale* » devient ainsi un cadre paradoxal, à la fois sécurisant et restrictif. Selon l'auteure, le terme de couveuse désigne un « espace politique potentiel servant d'incubateur pour les sujets inachevés ou inaboutis, une 'nourrice du devenir' visant la production d'individualités autonomes » (Namian, 2012, p. 200).

La *couveuse sociale* peut être perçue comme un espace de sécurité minimale, un lieu où les besoins fondamentaux des individus vulnérables sont partiellement satisfaits. Ces dispositifs (*la Piaule*, *Chez Willie*) sont cruciaux pour garantir la survie de ceux qui se trouvent dans des situations de précarité extrême. Ils permettent aux individus de subvenir à leurs besoins de base, tels que l'hébergement, l'alimentation, et parfois l'accès aux soins de santé. Ces structures sont souvent la première ligne de défense contre l'effondrement social, permettant de protéger temporairement les individus de la précarité absolue.

En s'inspirant de la "couveuse biologique", un environnement hermétiquement fermé et protégé, est née l'idée de la "couveuse sociale", un dispositif visant à offrir de la protection aux individus vulnérables, permettant ainsi leur réinsertion dans la société. « Le terme « couveuse », dont la définition littérale renvoie à l'idée d'une « technique de climatisation » permettant aux nouveau-nés prématurés de poursuivre, dans un espace protégé et climatisé, leur processus de singularisation (biologique) » (Namian, 2012, p. 181).

Cependant, ces dispositifs de soutien présentent une limite importante : ils n'offrent pas les moyens nécessaires pour briser les cycles de marginalisation. En effet, même si elles répondent à des besoins immédiats, ces institutions ne parviennent pas à s'attaquer aux causes profondes de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Leur fonctionnement se limite souvent à maintenir les individus dans une situation de survie minimale, sans leur permettre de dépasser cette étape et de se réinsérer durablement dans la société. Paradoxalement, ces structures qui visent à alléger les souffrances des plus démunis peuvent se transformer en espaces de confinement, empêchant les individus de recouvrer leur autonomie (Namian, 2011b).

On doit souligner que les acteurs institutionnels, tels que le centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, *la Piaule* ou encore la clinique Minowé, jouent un rôle ambigu dans ce processus. D'une part, ces institutions offrent un soutien essentiel en répondant aux besoins urgents des personnes vulnérables. Par exemple, elles fournissent un accès à des logements temporaires, à des services de santé, ou à de la nourriture. Elles permettent ainsi à des individus de maintenir leur existence dans un contexte difficile, voire de survivre face à des conditions extrêmes (Namian, 2011a).

Mais d'autre part, ces mêmes structures, bien qu'elles soient censées émanciper les individus, peuvent parfois reproduire l'exclusion sociale. Cette tension se manifeste particulièrement dans les contextes où les personnes dépendent de ces institutions pour des besoins de base, comme l'accès au logement, à la santé ou à l'alimentation. Ces structures, tout en répondant à des besoins vitaux, contribuent parfois à enfermer les individus dans un cycle de dépendance. Leurs services sont souvent uniformes et standardisés, ce qui ne permet pas de prendre en compte la diversité des situations personnelles, sociales et culturelles. Les individus se retrouvent ainsi dans une logique de maintien dans la précarité, plutôt que dans une dynamique de sortie de la marginalisation (Namian, 2012).

Namian souligne d'ailleurs dans son ouvrage que le mandat initial des établissements d'aide n'est plus d'actualité et qu'il est désormais nécessaire de revoir et de repenser leur rôle afin de mieux répondre aux défis contemporains de l'accompagnement des personnes vulnérables « il semble que si l'abolition des refuges ne semble pas être une solution envisageable actuellement, les différents acteurs impliqués dans la lutte contre l'itinérance semblent d'accord pour affirmer que ce style de réponse demeure non seulement

insuffisant, mais contribue à maintenir ce que certains nomment « le trou noir de l'itinérance » ou encore, comme nous le verrons dans l'ethnographie de ce lieu, du système» (Namian, 2012, p. 49).

Les *"couveuses sociales"* sont donc perçues comme un mécanisme paradoxal. D'une part, elles répondent à des besoins urgents et vitaux, offrant une sécurité temporaire aux personnes vulnérables. Mais d'autre part, elles renforcent la dépendance des individus aux systèmes d'aide, tout en empêchant leur émancipation réelle. Elles maintiennent ces personnes dans des situations de marginalité, sans leur offrir les outils nécessaires pour sortir durablement de la précarité (Namian, 2015).

Le concept de « couveuse sociale » trouve une application particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'analyser la situation des Autochtones en situation d'itinérance. Ces derniers sont souvent confrontés à des structures comme les refuges, les centres d'hébergement et les organismes communautaires, qui, bien qu'essentielles pour assurer la survie immédiate, n'offrent pas toujours des solutions permettant une transformation réelle de leurs trajectoires de vie. Les institutions qui ne tiennent pas compte des dimensions culturelles et identitaires des Autochtones risquent de renforcer un sentiment d'aliénation et d'exclusion, aggravant ainsi les effets de la marginalisation déjà existante (Cornell et Jorgensen; 2019).

Par conséquent, le concept de "couveuse sociale" trouve une résonance particulière dans l'analyse de la santé des Autochtones en situation d'itinérance, qui est influencée par des facteurs structurels, historiques et sociaux complexes. Ces facteurs incluent notamment l'héritage colonial, la discrimination systémique et les conditions de vie précaires (Palmater, 2015).

Ainsi, la « couveuse sociale » enrichit la réflexion en mettant en lumière les mécanismes d'encadrement et de dépendance institutionnelle. Elle interroge leur impact sur la santé et les trajectoires des Autochtones en itinérance, tout en soulignant la nécessité de repenser les modèles de soutien pour les rendre plus inclusifs, émancipateurs et adaptés culturellement. Ce regard critique invite à envisager des solutions qui aillent au-delà de la simple survie, et qui favorisent l'autonomie, la dignité et l'intégration réelle des individus dans la société (Vranken et Macquet, 2006).

Dans cette optique, le concept de *couveuse sociale* critique les politiques publiques telles que la Loi sur les Indiens ou les programmes d'assistance sociale fédéraux, qui, plutôt que d'encourager l'autodétermination des populations autochtones, favorisent des approches uniformisées et paternalistes. Ces politiques ne prennent pas en compte les spécificités culturelles et communautaires des Autochtones, maintenant ainsi une dépendance structurelle envers des systèmes qui perpétuent des dynamiques de pouvoir asymétriques. La « couveuse sociale » souligne ainsi la nécessité de repenser les modèles de soutien, non seulement pour qu'ils soient plus adaptés aux besoins réels des populations, mais aussi pour qu'ils soient véritablement émancipateurs et inclusifs. « La nouvelle normativité que sous-entend l'accompagnement est dès lors active : l'intervention doit parvenir à inciter l'individu à agir, à le solliciter, à mobiliser ses ressources, ses désirs, sa sensibilité, ses affects afin qu'il se prenne en charge lui-même...il ne s'agit plus de faire rentrer les individus dans des rangs mais de les "faire faire" » (Namian, 2012, p. 38).

Cependant, si le cadre de Namian (vie moindre et couveuse sociale) rend bien compte des logiques structurelles et relationnelles de l'itinérance, notre recension révèle aussi ses limites pour saisir la spécificité du vécu autochtone. Les études recensées soulignent que les personnes autochtones associent la santé à une conception holistique fondée sur l'équilibre entre le corps, l'esprit, la communauté et le territoire (Landry *et al.*, 2019). Elles montrent également que le colonialisme, le racisme systémique et la non-reconnaissance des savoirs autochtones constituent des freins majeurs à l'accès aux soins (Smith-Peter, 2018; Kitching, 2017). Ces dimensions, qui dépassent la perspective de Namian, sont pourtant centrales pour comprendre la défiance documentée envers les établissements de santé et les stratégies de retrait ou d'évitement observées dans la population autochtone en situation d'itinérance (Browne *et al.*, 2011; Kidd *et al.*, 2019).

C'est pourquoi le cadre de Namian doit être complété par celui de la sécurisation culturelle. En effet, là où Namian éclaire la vulnérabilité produite par les institutions, la sécurisation culturelle propose des pistes pour transformer ces institutions en espaces plus justes et inclusifs.

La sécurisation culturelle trouve son origine dans les travaux de Ramsden (2002) en Nouvelle-Zélande, qui a développé ce concept pour dénoncer les effets délétères des rapports de pouvoir coloniaux au sein des systèmes de santé. Elle déplace l'attention vers les structures institutionnelles, les rapports de pouvoir et les pratiques professionnelles

susceptibles de produire de l'exclusion et de l'humiliation. Dans cette perspective, un service n'est pas culturellement sécurisant parce qu'il se dit sensible à la culture, mais parce qu'il est reconnu comme tel par la personne qui reçoit les soins (Ramsden, 2002). Cette distinction est centrale, puisqu'elle confère aux personnes autochtones un rôle actif dans l'évaluation des pratiques et remet en question l'asymétrie traditionnelle entre institutions et usagers.

Dans le contexte canadien, la sécurisation culturelle a été largement mobilisée pour analyser les relations entre les peuples autochtones et les systèmes de santé, notamment à la suite des travaux de Dubé (2025) et Zombré (2025), qui montrent comment le racisme systémique, les stéréotypes et les logiques administratives contribuent à des expériences de soins marquées par la méfiance et l'évitement. Plusieurs études soulignent que l'absence de sécurisation culturelle se manifeste par des pratiques perçues comme intrusives, normalisantes ou déshumanisantes, renforçant ainsi la défiance envers les institutions (Allan et Smylie, 2015; Browne et al., 2011). Au Québec, des auteurs comme Lévesque (2015) et Landry et al. (2019) rappellent que la sécurisation culturelle implique une reconnaissance explicite des effets persistants du colonialisme, notamment les pensionnats, la Loi sur les Indiens et les politiques d'assimilation, qui continuent d'influencer le rapport des Autochtones aux services publics, y compris en contexte d'itinérance.

Dans cette recherche, la sécurisation culturelle permet de faire le lien entre les données empiriques et les concepts de vie moindre et de couveuse sociale. Les verbatims recueillis révèlent que plusieurs participants associent leur santé non seulement à l'accès aux soins, mais aussi à la qualité des relations établies avec les professionnels de santé, au sentiment d'être respectés et à la reconnaissance de leur identité culturelle. Les expériences de jugement, de méfiance ou de non-reconnaissance rapportées par les participants illustrent concrètement comment des dispositifs pourtant destinés à soutenir peuvent être vécus comme insécurisants sur le plan culturel, renforçant ainsi les dynamiques de retrait et d'évitement déjà décrites dans la littérature (Kidd et al., 2019; Smith-Peter, 2018). À l'inverse, les espaces perçus comme culturellement sécurisants, notamment lorsqu'ils intègrent des pratiques autochtones, une écoute non jugeante ou des liens avec la communauté apparaissent comme des lieux favorisant la confiance, l'engagement et le mieux-être.

Ce qui nous amène à dire que la sécurisation culturelle émerge comme une réponse aux limites des couveuses sociales, proposant une approche centrée sur le respect et l'intégration des savoirs et perspectives autochtones. Elle valorise les identités culturelles, reconnaît les traumatismes historiques, et promeut des partenariats égaux. Elle propose donc une alternative transformative, intégrant les savoirs et perspectives autochtones pour créer des services respectueux, inclusifs et adaptés (Lévesque, 2015).

Notre recension montre que cette approche répond directement aux enjeux identifiés dans les écrits : la nécessité de former les professionnels de la santé pour réduire les discriminations (Smith-Peter, 2018; Barbo et Alam, 2024), d'ancrer les services dans les réalités culturelles et linguistiques locales comme l'illustre le projet *Petapan* à Val-d'Or (Yergeau, 2024).

En somme, le recours conjoint au travail de Namian et à la sécurisation culturelle permet de combler un vide identifié dans la littérature. D'un côté, il offre une lecture structurelle de la marginalisation et des vulnérabilités produites par les institutions. De l'autre, il recentre l'analyse sur les savoirs et le pouvoir d'agir des personnes autochtones, en tenant compte des rapports coloniaux et des dynamiques culturelles qui façonnent leur rapport à la santé et aux soins. Ce cadre conceptuel intégré constitue ainsi une base solide pour analyser les perceptions de la santé et orienter des pistes d'action adaptées au contexte autochtone des régions non-métropolitaines du Québec.

4.3 Interrelation entre vie moindre, couveuse sociale et sécurisation culturelle

Les concepts de vie moindre, de couveuse sociale et de sécurisation culturelle s'entrelacent pour offrir une compréhension approfondie des défis auxquels font face les Autochtones en situation d'itinérance. Ensemble, ils forment une analyse critique des inégalités structurelles et proposent des approches innovantes pour favoriser l'inclusion et l'autonomisation des communautés autochtones.

En combinant ces trois concepts, il devient possible de repenser les interventions institutionnelles. La critique de la « vie moindre » met en évidence les limites des couveuses sociales et souligne la nécessité de passer d'une logique de gestion de la précarité à une logique d'émancipation. La sécurisation culturelle apparaît alors comme un levier clé pour transformer les systèmes en favorisant une reconnaissance culturelle, une inclusion authentique et une participation active des communautés autochtones. Cette dynamique

ouvre la voie à une société où la dignité, l'équité et l'autonomie sont au cœur des interactions entre institutions et populations autochtones.

Par conséquent, l'utilisation des concepts de la couveuse sociale et de la sécurisation culturelle comme cadre conceptuel pour l'analyse des résultats de cette recherche sur la perception de la santé chez les Autochtones en situation d'itinérance permettra d'offrir une approche plus complète et nuancée des défis auxquels cette population est confrontée. La couveuse sociale, en tant qu'approche d'accompagnement et de soutien, aidera à comprendre comment les dispositifs d'insertion sociale et de réinsertion peuvent jouer un double rôle d'accompagnement mais aussi de maintien dans précarité. Elle permettra ainsi de mettre en évidence l'importance de repenser les dispositifs et les pratiques pour favoriser l'intégration des individus dans un réseau de soutien adapté à leurs besoins. En parallèle, la sécurisation culturelle viendra enrichir l'analyse en soulignant l'importance de créer des environnements de soins où les Autochtones se sentent compris, respectés et à l'aise dans leur culture, ce qui est essentiel pour améliorer leur accès aux services de santé. Ces deux concepts, combinés, offriront une vision holistique qui permet de saisir les multiples dimensions de la situation de santé des Autochtones en situation d'itinérance, en tenant compte à la fois des aspects sociaux et culturels. Cela permettra d'identifier les leviers de transformation nécessaires pour développer des solutions adaptées, respectueuses et efficaces face aux défis spécifiques rencontrés par cette population vulnérable.

4.4 Conclusion

En articulant les concepts de *vie moindre*, de *couveuse sociale* et de *sécurisation culturelle*, ce cadre conceptuel répond aux principales lacunes mises en évidence dans la recension des écrits. Les études existantes décrivent bien l'ampleur des besoins de santé non comblés, la stigmatisation et les obstacles administratifs (Kitching, 2017; Duhoux *et al.*, 2018; Omerov *et al.*, 2020), mais elles demeurent limitées par une focalisation sur des contextes anglophones et métropolitains (Barbo et Alam, 2024; Miller *et al.*, 2024). De plus, si certaines recherches ethnographiques documentent les interactions quotidiennes avec les institutions (O'Carroll et Wainwright, 2019), elles restent éloignées du contexte québécois et n'accordent que peu de place à la voix des Autochtones eux-mêmes.

C'est précisément dans ces angles morts que s'inscrit notre cadre conceptuel. Le concept de *vie moindre* permet de saisir la manière dont les logiques sociales et institutionnelles réduisent les possibilités d'action et enferment les individus dans des trajectoires de survie.

Celui de *couveuse sociale* éclaire le rôle des dispositifs censés soutenir les personnes mais qui, dans les faits, peuvent entraver leur autonomie et reproduire la précarité. Enfin, la *sécurisation culturelle* vient corriger une limite récurrente: l'absence de reconnaissance des savoirs, des pratiques et des identités autochtones dans les modèles de soins. En les combinant, ce cadre ne se contente pas de documenter les inégalités, il propose une lecture intégrative qui tient compte à la fois des contraintes structurelles, des perceptions personnelles et de la capacité d'agir des individus.

Ainsi, notre cadre théorique ne vise pas seulement à analyser, mais aussi à offrir des pistes de transformation. Il permet d'ancrer la recherche dans un contexte non métropolitain et francophone comme Val-d'Or, où les réalités autochtones sont encore trop peu représentées dans la littérature. Ce positionnement ouvre la voie à des connaissances situées, capables d'éclairer les pratiques institutionnelles et d'inspirer des interventions plus holistiques, culturellement sécurisantes et adaptées aux besoins réels des communautés autochtones en situation d'itinérance.

5. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les éléments méthodologiques qui constituent le cadre de ce projet de recherche sur la perception de la santé chez la population autochtone en situation d'itinérance à Val-d'Or. Il convient de souligner que ce projet s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en sciences de la santé et, plus largement, s'intègre dans une démarche scientifique qualitative visant à mieux comprendre les facteurs pouvant influencer la perception de l'état de santé au sein de cette population dans le but de repenser les services de santé et d'accompagnement destinés aux populations autochtones en situation d'itinérance et l'accès à des soins adaptés et de qualité, en tenant compte des spécificités culturelles et sociales des communautés autochtones.

La méthodologie adoptée renvoie ici à une posture épistémologique et éthique qui reconnaît que la production de connaissance ne peut être dissociée des relations établies sur le terrain, du positionnement de la chercheuse et des dynamiques de pouvoir qui traversent la recherche avec les personnes autochtones en situation d'itinérance. Dans cette perspective, la recherche ne vise pas uniquement à recueillir des données, mais à créer les conditions d'un espace sécurisant permettant l'expression d'expériences souvent marquées par la méfiance à l'égard des institutions et du système de santé. Cette approche rejoint les travaux de Zombré (2025), qui conçoit la méthodologie comme un processus d'apprentissage relationnel fondé sur la reconnaissance, la réciprocité et le respect des savoirs expérientiels autochtones. Ainsi, la méthodologie adoptée repose sur l'idée que la relation précède la méthode et que l'établissement d'un climat de confiance constitue une condition essentielle à l'émergence de récits authentiques.

La suite du chapitre exposera la procédure suivie pour établir le terrain de recherche, la description du terrain de recherche, la constitution de l'échantillonnage, la description du devis de recherche, les instruments de collecte de données, la présentation des participants, la stratégie d'analyse, les forces et limites de l'étude ainsi que les considérations éthiques.

5.1 Définition et rôle des établissements et services

Les établissements d'accueil des personnes en situation d'itinérance sont divers et variés. Parmi les plus connus, on trouve les centres d'hébergement d'urgence (Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2004). Certaines structures offrent un

soutien psychologique gratuit pour répondre aux besoins en santé mentale des personnes en situation d'itinérance, souvent touchées par l'isolement, les traumatismes et les addictions (Trépanier, 2007). Ces établissements et services jouent donc un rôle fondamental dans la société en apportant un soutien crucial à ceux qui se retrouvent sans domicile fixe, souvent confrontés à des situations de précarité extrême. Leur objectif est de répondre aux besoins immédiats des personnes en situation d'itinérance tout en facilitant leur réinsertion dans la société (Poirier, 1996).

En plus de ces services d'urgence, il existe des structures de réinsertion ou des logements temporaires qui visent à offrir une transition plus pérenne vers un logement stable. Ces structures mettent en place des démarches pour permettre aux personnes en situation d'itinérance de se réinsérer dans la vie sociale et professionnelle, notamment par le biais de formations, de suivis psychologiques et de soutiens administratifs (Trépanier, 2007).

5.1.1 Les différents services d'accompagnement à Val-d'Or

Val-d'Or a développé un réseau complet de services et d'établissements pour soutenir les personnes en situation d'itinérance, rassemblant divers organismes et institutions afin de fournir un accompagnement répondant aux besoins spécifiques de cette population vulnérable. Parmi les initiatives clés, on trouve des centres d'hébergement, des programmes de réinsertion, des services de santé et des équipes d'intervention mobile, visant à améliorer la qualité de vie des personnes en situation d'itinérance et à faciliter leur intégration dans la communauté (Lévesque et Comat, 2018).

5.1.1.1 La Piaule de Val-d'Or

La Piaule a pour mission d'accueillir les personnes les plus vulnérables confrontées à une rupture sociale, en leur offrant un hébergement et un accompagnement dans leurs démarches d'intégration afin de favoriser leur réinsertion sociale. Ce centre d'hébergement d'urgence permet à ces individus de rompre leur isolement et de reprendre en main leur parcours de vie. De plus, des repas à prix réduit sont offerts chaque jour à près d'une centaine de personnes. Des vêtements et des produits d'hygiène sont également distribués (Yergeau, 2024).

5.1.1.2 Le poste de police communautaire mixte autochtone (PPCMA)

Le PPCMA a pour objectif de promouvoir une approche communautaire afin d'assurer la paix, l'ordre et la sécurité publique. Il intervient en second plan, en tant que policier. ère, en collaboration avec des intervenant.es sociaux. Son rôle principal est la prévention des méfaits, l'accompagnement vers les services adaptés et l'intervention en situation de crise, en partenariat avec le réseau de la santé et les acteurs communautaires (Dugré et Thomas, 2010).

5.1.1.3 La clinique Minowé

Résultant d'un partenariat entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, la clinique Minowé offre des services de santé et sociaux adaptés à la population autochtone en milieu urbain. Son nom, signifiant « être en santé » en langue anishinaabe, reflète son objectif de réduire les inégalités sociales et de santé vécues par les Autochtones en rendant les soins et services sociaux accessibles dans un environnement culturellement approprié (Lévesque et Comat., 2018).

5.1.1.4 La clinique de traitement par agonistes des opioïdes (clinique TAO)

La clinique TAO se spécialise dans le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes. Elle offre des services visant à atténuer les symptômes de sevrage et à réduire la consommation d'opioïdes chez les personnes souffrant de dépendance à ces substances (Yergeau, 2024).

5.1.1.5 La clinique Pikatemp

La clinique Pikatemp est composée d'une équipe multidisciplinaire d'une quinzaine d'intervenant.es. Son mandat est de fournir des services accessibles en prévention, en soutien psychosocial et en dépistage des infections transmissibles sexuellement ou par le sang. Elle s'adresse principalement aux personnes à risque en raison de leurs comportements sexuels ou de leur consommation de drogues ou d'alcool, en privilégiant une approche de réduction des méfaits (Yergeau, 2024).

5.2 *Lieu et procédure de recrutement des participants*

Le recrutement des participants autochtones en situation d'itinérance s'est fait à La Piaule de Val-d'Or, un organisme communautaire à but non lucratif qui offre de l'hébergement à court terme. Le lien avec La Piaule s'est fait avant le début de ma première session à la

maîtrise. Mon directeur de recherche, qui connaissait déjà les membres de l'équipe de La Piaule, m'a introduite auprès d'eux, ce qui a facilité le premier contact avec l'organisme.

Ma première présence à La Piaule a eu lieu durant la période des fêtes, alors que j'ai choisi de m'impliquer bénévolement en participant à la décoration de l'organisme pour Noël. Cet engagement m'a permis de créer un premier lien avec le personnel et les résidents, favorisant ainsi l'établissement d'un climat de confiance propice au recrutement et au bon déroulement de la recherche. Durant l'année 2024-2025, La Piaule a accueilli environ 547 personnes en situation d'itinérance dont 58% sont autochtones (La Piaule de Val d'Or, 2025). Nous avons procédé à un échantillonnage de commodité intentionnel. Ce type d'échantillonnage consiste à recruter volontairement des participants facilement accessibles au chercheur, notamment en raison de leur proximité géographique et de la faisabilité pratique de leur participation (Palinkas *et al.*, 2015; Baribeau, 2007; Onwuegbuzie et Leech, 2007).

J'ai commencé le recrutement de nos participants durant un dîner-pizza organisé par les intervenants de La Piaule de Val-d'Or, un événement conçu une fois par mois qui coïncidait parfaitement avec la promotion de notre projet de recherche. C'était une manière conviviale d'aborder les usagers et de leur présenter notre étude. À la fin du dîner, j'ai pris le temps de discuter avec quelques usagers pour voir qui pourrait être intéressé à participer à l'étude.

Le même jour, l'initiative fut levée de coller des affiches du projet de recherche à La Piaule, chez Willie et au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. En parallèle, j'étais à La Piaule à tous les soupers pour faire du bénévolat dans la cuisine. Ce travail de terrain a favorisé un rapprochement progressif avec les usagers, permettant à la fois de mieux faire connaître notre présence et de procéder au recrutement des participants. Cette étape s'est révélée particulièrement exigeante, compte tenu de la méfiance profondément ancrée que plusieurs entretiennent à l'égard du système. Toutefois, les nombreuses heures de bénévolat investies, combinées à l'engagement des intervenants sur place, ont joué un rôle déterminant en facilitant l'établissement d'un climat de confiance.

Initialement, une période d'un mois avait été planifiée pour le processus de recrutement et la réalisation des entrevues. Toutefois, ce délai a été largement dépassé, s'étendant finalement sur deux mois et demi, soit du début du mois de mai jusqu'à la mi-août, en raison de différentes contraintes logistiques et organisationnelles, telles que des annulations de dernière minute, des absences imprévues et des disponibilités limitées des personnes

participantes. Lors du premier contact avec les personnes participantes potentielles, une présentation détaillée du projet de recherche leur est faite, suivie de la remise du formulaire d'information et de consentement, afin de leur permettre de prendre une décision éclairée. Les entrevues étaient ensuite organisées dans les jours suivants, selon la disponibilité des personnes concernées. Pour favoriser un climat sécurisant et respectueux, elles se sont déroulées dans un local spécialement libéré pour la recherche, calme et isolé.

Le déroulement du recrutement a été marqué par plusieurs imprévus et obstacles. Certains rendez-vous fixés n'ont pas été honorés par les personnes participantes, malgré ma présence prolongée sur le terrain, notamment à La Piaule, sans possibilité de les contacter pour replanifier. Par ailleurs, j'ai été confrontée à des attitudes parfois condescendantes, ce qui a complexifié davantage le processus. Malgré ces difficultés, nous avons réussi à mener à bien des entrevues approfondies avec un total de 11 participant(e)s.

Les difficultés rencontrées lors du recrutement ne constituent pas des limites méthodologiques, mais s'inscrivent pleinement dans une démarche de recherche relationnelle et sécurisante, respectueuse des réalités vécues par les personnes autochtones en situation d'itinérance (Zombré, 2025).

5.3 Échantillon

5.3.1 Constitution de l'échantillon

Dans un premier temps, l'échantillonnage visé reposait sur un critère d'homogénéité, avec l'objectif d'obtenir une répartition équilibrée entre les sexes, soit un nombre équivalent de participants masculins et féminins. Cette parité était essentielle pour intégrer une perspective sensible au genre, reconnaissant que les femmes autochtones en situation d'itinérance peuvent vivre des réalités spécifiques, souvent marquées par des formes particulières de violence, de discrimination et de marginalisation, qui influencent leur rapport à la santé et aux services (Sanchez-Pimienta *et al.*, 2021). Toutefois, les observations effectuées sur le terrain ont rapidement révélé un déséquilibre marqué dans la composition de la population fréquentant La Piaule, avec une prédominance notable d'hommes. Cette disparité a eu pour effet de limiter la possibilité d'atteindre les objectifs initiaux en matière de représentativité de l'échantillon.

Il a également été observé qu'approcher des femmes autochtones en situation d'itinérance s'est avérée plus complexe que de le faire à leurs homologues masculins. Les interactions avec les hommes se sont généralement déroulées de manière plus fluide, facilitant l'établissement d'un lien de confiance. En revanche, les tentatives de contact avec les femmes ont souvent été marquées par une réticence plus prononcée, se traduisant par des attitudes de réserve, voire des propos condescendants à l'idée de participer à la recherche. Ce phénomène a constitué un défi méthodologique supplémentaire, d'autant plus significatif que la présence féminine dans le milieu étudié était déjà limitée, rendant l'obtention du consentement éclairé encore plus difficile.

5.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Pour participer à l'étude, les personnes devaient être âgées de 18 ans ou plus et avoir vécu en situation d'itinérance depuis au moins six mois.

À l'inverse, les personnes présentant une intoxication grave ou une incapacité à communiquer secondaire à une maladie mentale étaient exclues de l'étude. Cette décision visait, d'une part, à garantir la sécurité et le bien-être des personnes pendant le déroulement des entrevues, et, d'autre part, à assurer la qualité et la fiabilité des données recueillies, puisque la participation active et la capacité de s'exprimer clairement étaient essentielles à la démarche qualitative.

5.4 *Devis de recherche*

Notre devis de recherche s'appuie sur une approche descriptive qualitative, qui vise à produire des descriptions fidèles et nuancées de l'expérience des participants (Sandelowski, 2000). Ce choix méthodologique, largement reconnu en sciences de la santé et sociales, permet de rendre compte clairement des réalités étudiées en valorisant le langage et la perspective des participants (Colorafi et Evans, 2016; Lambert et Lambert, 2012).

5.5 *Instrument de collecte de données*

Pour cette recherche qualitative, on a choisi l'entretien semi-dirigé comme technique privilégiée pour mener à bien l'étude. Ce mode d'entretien, fondé sur l'échange, la richesse des réflexions et une faible directivité (Van Campenhoudt *et al.*, 2011), permet une grande fluidité et liberté dans l'exploration des thèmes. On peut ainsi s'adapter au rythme de la personne participante, sans être contraint par un ordre strict des thématiques. En raison de

la profondeur de compréhension recherchée et du caractère sensible du sujet, l'entretien semi-dirigé s'est avéré être la technique la plus adaptée pour recueillir les témoignages de personnes autochtones en situation d'itinérance.

Dans l'élaboration du guide d'entrevue, on a mobilisé le cadre conceptuel de Dahlia Namian, en particulier les notions de *vie moindre* et de *couveuse sociale*, ainsi que celui de *sécurisation culturelle*. Les concepts de *vie moindre* et de *couveuse sociale* ont permis de réfléchir à la manière dont certaines trajectoires de vie sont rendues invisibles ou perçues comme moins légitimes, ce qui a guidé l'élaboration de questions sur les obstacles à l'accès aux soins, la qualité perçue des services et les besoins non comblés. La notion de *sécurisation culturelle*, quant à elle, a orienté l'exploration des liens entre identité culturelle, sentiment de sécurité dans les soins reçus, et reconnaissance. Ces concepts ont ainsi aidé à structurer un guide qui va au-delà des aspects fonctionnels de l'accès aux soins, pour mieux saisir les expériences vécues dans un contexte de rapports sociaux inégaux.

Dans le guide, plusieurs thèmes clés ont été explorés afin de mieux comprendre les expériences des participantes en lien avec leur santé et l'accès aux soins. Il aborde notamment :

1. **La perception de la santé** : Ce thème explore comment les participants définissent et comprennent leur propre santé, en tenant compte de leurs perceptions personnelles et culturelles.
2. **La perception des services de soins** : Il s'agit d'examiner comment les participants perçoivent les services de soins auxquels ils ont accès, en mettant l'accent sur leur qualité, leur pertinence et leur accessibilité.
3. **Les problèmes de santé** : Ce thème se penche sur les problèmes qui affectent le bien-être des participants.
4. **L'expérience en matière d'accessibilité aux services de santé et d'accompagnement** : Ici, l'objectif est de comprendre les obstacles ou les facilités rencontrés par les participants pour accéder aux soins de santé et d'accompagnement.
5. **Les besoins en matière de services de soins et d'accompagnement** : Ce thème vise à identifier les besoins spécifiques des participantes en termes de services de

soins et d'accompagnement, afin de mieux cibler les lacunes existantes et améliorer l'offre de services.

Afin de favoriser une meilleure compréhension et une participation plus active, les questions ont été adaptées au niveau de littératie des participants, en évitant les termes techniques ou trop spécialisés.

5.6 Méthode d'analyse des données de recherche

L'approche méthodologique utilisée par Paillé et Mucchielli (2021) a orienté notre analyse de données. Elle repose sur l'analyse qualitative, combinant codification des données et analyse thématique, et permet d'identifier les unités de sens, de faire émerger les principaux thèmes et de comprendre les relations entre les phénomènes observés. Leur travail nous a ainsi aidé à structurer la réflexion et à organiser les informations recueillies de manière rigoureuse, tout en guidant l'identification des principaux axes et des liens entre les différents phénomènes analysés.

1. **Transcription des entrevues** : J'ai effectué une transcription rigoureuse et fidèle des échanges réalisés lors des entrevues, en conservant le contenu tel quel, sans y ajouter ni retirer d'informations. Cela permet de préserver l'intégrité des données, en s'assurant qu'aucune information importante ne soit altérée ou oubliée, garantissant ainsi une analyse basée sur des éléments exacts et exhaustifs (Paillé et Mucchielli, 2021).
2. **Lecture approfondie** : Une fois les entrevues transcrites, j'ai procédé à une lecture minutieuse des verbatim. Cela permet de se mettre dans les données et de bien comprendre le contexte, le ton, les nuances, les points de vue et les points clés abordés par les participants (Paillé et Mucchielli, 2021). Ma direction de recherche m'a été d'une grande aide dans l'analyse de la première entrevue, donnant ainsi d'orientations sur comment s'y prendre pour ne pas éprouver de la difficulté.
3. **Identifications et émergence des thèmes en commun** : À partir de lectures répétées des verbatim, j'ai commencé à identifier les thèmes récurrents qui émergent naturellement des entrevues. Cette étape est cruciale dans ma recherche, car l'identification de ces thèmes aide à structurer les résultats de manière cohérente et à faire émerger des tendances ou des points de vue partagés (Paillé et Mucchielli, 2021; Deslauriers, 1987).

4. **Structuration** : Une fois les thèmes identifiés, j'ai procédé à une organisation logique des thèmes, en les associant aux trois concepts de mon cadre théorique et à mes objectifs de recherche. Cette étape permet de donner une cohérence à l'analyse en classifiant les thèmes de manière systématique. L'utilisation de catégories théoriques guide l'analyse en la reliant au cadre conceptuel de l'étude. Cela permet également d'éclaircir et d'approfondir la signification des thèmes en fonction de la question de recherche (Paillé et Mucchielli, 2021).
5. **L'analyse et l'interprétation des résultats de recherche** : J'ai procédé à l'examen des thèmes émergents en les confrontant aux objectifs de l'étude et au cadre conceptuel. Cette mise en relation avec les connaissances existantes m'a permis de donner du sens aux résultats, de dégager les liens entre les thèmes et de tirer des conclusions cohérentes avec la question de recherche (Paillé et Mucchielli, 2021).
6. **Validation et vérification de l'analyse** : La dernière étape consiste à vérifier et valider l'analyse des données. Cela s'est fait en révisant les interprétations et en s'assurant de la cohérence des données avec les objectifs de la recherche avec ma direction de recherche.

5.7 Principes de scientificité

Dans cette recherche, nous avons apporté une attention particulière aux critères de scientificité proposés par Drapeau (2004), en cherchant à les appliquer de manière adaptée au terrain et aux objectifs de recherche.

La crédibilité a été travaillée en maintenant une posture réflexive continue, en étant attentive à mes propres biais liés à mon parcours médical. L'usage de verbatim dans l'analyse ont permis d'ancrer les résultats dans l'expérience réelle des participant·e·s.

La transférabilité a été assurée par une description détaillée du contexte de Val-d'Or, des caractéristiques des personnes rencontrées et du rôle des organismes partenaires. Ces précisions offrent au lecteur la possibilité d'évaluer la pertinence des résultats dans d'autres milieux urbains.

La confirmabilité a été recherchée en multipliant les retours aux données brutes afin que les résultats découlent directement des propos recueillis. Les discussions avec ma direction de recherche ont aussi servi à nuancer et valider mes interprétations, réduisant ainsi l'influence de ma seule subjectivité.

Enfin, l'authenticité s'est traduite par une attention portée aux dimensions culturelles et à la voix autochtone, dans le souci de rendre fidèlement compte de la réalité des participant·e·s et de préserver la complexité de leurs parcours

5.8 Considérations éthiques

Le projet peut être considéré comme un projet sensible, car il s'inscrit dans les normes éthiques de la recherche avec les autochtones. Nous avons respecté les principes en vigueur du chapitre 9 de l'Énoncé de politique des trois conseils 2 et de la Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone comme l'établissement d'une relation de confiance avec la communauté autochtone (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, et Instituts de recherche en santé du Canada, 2022; Basile, 2021). Considérant que les personnes participantes proviennent de différentes communautés de la région, nous avons présenté le projet aux autorités de plusieurs communautés (Conseil de la Nation Anishnabe du Lac Simon, Conseil des Anicinapek de Kitcisakik et Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James), pour ensuite obtenir leur autorisation de réaliser le projet de recherche.

Le projet a été soumis et approuvé par le comité éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQAT (le projet a été soumis et approuvé par une CER (2024-02_Behloul, M.).

5.8.1 Consentement à la recherche

Dans le cadre de cette étude, le consentement écrit a été privilégié, mais en cas de mauvaise compréhension du français ou de l'anglais écrit chez certains participants, un consentement verbal a été obtenu. Dans une telle situation, je me suis occupée de faire la lecture des énoncés du formulaire et je me suis assurée de la compréhension orale du formulaire de consentement tout en répondant aux questions si nécessaire. Tout consentement verbal a été, dans ce cas, consigné par enregistrement audio et également annoté dans un formulaire de consentement. Une copie du formulaire de consentement signé ou annoté a été remis aux participants. Par ailleurs, les participants ont été avisés qu'ils avaient le droit de ne pas répondre à une ou plusieurs questions qui les mettent mal à l'aise sans en justifier la raison, qu'ils étaient libres de se retirer en tout temps par avis verbal, ou ultérieurement en communiquant avec moi. En cas de retrait de la participation,

toutes les données déjà collectées concernant la personne participante étaient immédiatement supprimées. Lorsque le retrait survenait au cours de l'entrevue, l'enregistrement audio était interrompu et le contenu déjà recueilli était effacé sur place, sans être transcrit ni conservé, conformément aux principes éthiques de respect de l'autonomie et du consentement libre et éclairé.

5.8.2 Engagement et mesure visant à assurer la confidentialité

Les noms des participants ont été remplacés par des codes alphanumériques, afin d'assurer la confidentialité et de protéger l'anonymat des personnes participantes (Boivin *et al.*, 2018). Les enregistrements audios des entrevues ont été fait avec mon téléphone, je me suis assurée de leur suppression après la retranscription en verbatims. Toutes les données sont gardées dans un ordinateur protégé par un mot de passe sous ma responsabilité. Les données fournies dans le cadre de cette étude ne feront pas l'objet d'une utilisation secondaire et la diffusion des résultats de recherche ne permettra pas l'identification des participants à l'étude.

5.8.3 Indemnité compensatoire et conflits d'intérêts

Les participants n'ont reçu aucune indemnité pour leur participation, nous leur avons offert cinq tickets repas de La Piaule de Val-d'Or à chacun d'eux pour compenser de leur temps investi aux entrevues.

6. RÉSULTATS DE RECHERCHE

6.1 Description de l'échantillon de recherche :

Un total de 11 participant·e·s ont pris part à cette étude. Les caractéristiques socio-démographiques des participants sont présentées dans le Tableau 1, qui résume de manière détaillée les principales variables recueillies. Leur âge variait de 34 à 73 ans, avec une majorité d'hommes (72,7 %). Près de la moitié des participant·e·s provenaient de la communauté de Lac Simon (45,6 %). Sur le plan scolaire, plus de la moitié avait complété un niveau de secondaire 1 (54,5%).

Le processus de recrutement n'a pas été sans difficultés, en particulier sur le plan de la représentation des genres. Toutefois, il convient de souligner l'aide précieuse des intervenants de La Piaule, qui ont été d'une grande assistance tout au long du processus. Dans de nombreux cas, ce sont eux qui ont fait le lien avec les participants potentiels et facilité le recrutement, rendant la tâche beaucoup plus réalisable malgré les obstacles rencontrés sur le terrain.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des participants

Age	34 à 73 ans
Sexe	
Homme	8 (72,7 %)
Femme	3 (27,3 %)
Communauté de provenance	
Lac Simon	5 (45,6 %)
Kitcisakik	2 (18,1 %)
Mistissini	2 (18,1 %)
Winnaway	1 (9,1 %)
Obijiwan	1 (9,1 %)

Niveau de scolarité complété	
Primaire	9 (81,8 %)
Collégial	1 (9,1 %)
Universitaire	1 (9,1 %)

6.2 Présentation des résultats de recherche :

Pour une meilleure lecture et organisation des résultats de recherche, il est nécessaire de les structurer autour de trois rubriques correspondant aux trois concepts fondamentaux développés dans le cadre conceptuel : la vie moindre, la couveuse sociale et la sécurisation culturelle. Chaque rubrique représente une dimension particulière de l'analyse des résultats de recherche et offre une perspective unique sur le sujet traité.

En répartissant les résultats de recherche selon ces trois rubriques, cela apportera non seulement plus de poids à l'analyse des résultats de recherche, mais aussi mettra en évidence les interactions de ces trois concepts (rubriques) dans le cadre de ma recherche.

Tableau 2: Synthèse thématique des résultats de recherche

Rubriques	Sous-rubriques	Thèmes
Vie moindre	Défis et stigmates vécus	Présence de traumatismes répétés
		Développement de dépendances
	En mode survie biologique	Mise sur pause de la santé et priorisation de des besoins fondamentaux
		Impact de la vie de rue sur la santé
	En mode survie sociale	Sentiment d'éloignement de sa communauté
		Absence ou perte des membres de sa famille
		Prise et entreposage des médicaments

	Restriction des opportunités pour se maintenir en santé	Difficulté d'accès aux services
	Maintien d'opportunités de développement personnel	Travail perçu comme un levier pour la santé chez les hommes autochtones
		Lien mère-enfant perçu comme un voie de guérison chez les femmes autochtones
Couveuse sociale	Barrières structurelles et standardisation des pratiques de soins	Racisme et discrimination vécus dans les établissements de santé
		Écart culturel et manque de prise en compte des particularités culturelles
		Déshumanisation et technicisation des soins dans les établissements de santé
	Sentiment d'aliénation envers les établissements de santé	Méfiance et rejet du système de santé occidental
Sécurisation culturelle	Vision holistique de la santé	Importance de la spiritualité dans le processus de guérison
	Rôle des professionnels de la santé pour rétablir la confiance	Écoute, respect et empathie
		Répondre aux besoins immédiats en vue d'améliorer leur santé à long terme

6.2.1 La vie moindre

Dans cette section, nous explorons l'impact de l'itinérance sur la santé des participants de l'étude, en mettant particulièrement l'accent sur les défis qu'ils rencontrent dans la gestion de leur bien-être physique et mental. Bien que la santé soit une préoccupation importante

pour la majorité des personnes interrogées, elles soulignent que, dans un contexte de précarité extrême, leurs priorités quotidiennes, telles que la satisfaction de leurs besoins élémentaires (se nourrir, se loger), prennent le dessus sur les préoccupations liées à leur état de santé.

C'est dans cette perspective que la présente rubrique est structurée, laquelle explore l'impact de l'itinérance sur la santé et la qualité de vie des participants. Nous présentons d'abord les défis et stigmates vécus, puis les formes de survie biologique et sociale, avant d'examiner les restrictions dans l'accès aux soins et enfin les opportunités de développement personnel qui subsistent malgré les épreuves.

6.2.1.1 Défis et stigmates vécus

Cette sous-rubrique met en lumière deux thèmes principaux : présence de traumatismes répétés et développement de dépendances.

6.2.1.1.1 Présence de traumatismes répétés

Pour beaucoup de nos participants à l'étude, l'enfance a été marquée par des conditions de précarité affective et sociale où l'alcoolisme et la violence faisaient partie intégrante de la vie quotidienne. Grandir dans de telles conditions a souvent conduit à des traumatismes profonds, affectant non seulement leur bien-être émotionnel, mais aussi leur capacité à établir des relations saines à l'âge adulte. Les violences physiques et psychologiques subies, ainsi que l'instabilité générée par l'alcoolisme des parents, ont engendré un sentiment de vulnérabilité, de honte et de désespoir qui a persisté bien après l'enfance, contribuant au maintien de ces individus dans un état de vie moindre, où l'accès à un véritable soutien et à des ressources pour surmonter ces défis demeure limité. Les propos de ce participant illustrent les traumatismes vécus: « [...] comme des harcèlements que je reçois... des harcèlements qui ne sont pas capables de lâcher prise de tourner la page...c'est pour ça que moi je suis venu m'installer à Val-d'Or pour avoir l'esprit tranquille » (Participant 1).

D'autres participants ont connu des relations de couples également toxiques et violentes, où les partenaires étaient soit abusifs, soit également pris dans des cycles de consommation excessive. Ces relations ont renforcé la souffrance psychologique, créant un climat de peur, de manipulation et d'isolement. Les violences émotionnelles et physiques vécues dans ces contextes ont exacerbé les effets de l'enfance traumatique, entraînant des

blessures invisibles, mais profondes, qui continuent d'affecter leur perception d'eux-mêmes et des autres, renforçant ainsi leur vulnérabilité et leur difficulté à sortir de ce cycle de souffrance et de précarité comme le démontre les propos de cette participante :

Je n'ai jamais trompé mon autre chum qui est décédé mais lui, il m'a toujours trompé. C'est lui qui a fait de la violence verbale. Il m'a brûlé. Puis, il me traite n'importe comment, des gros mots. Mais après ça, plus tard, c'est lui qui pleure pour que je revienne. Puis moi comme une conne je vais le revoir... Ça arrive tout le temps. (Participante 2)

L'impact de cet entourage toxique, qu'il soit familial ou relationnel, se fait sentir à court et à long terme. À court terme, les participants éprouvent des symptômes de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression, et une difficulté à gérer les émotions. Sur le long terme, ces expériences peuvent conduire à une altération durable de l'estime de soi et de la capacité à entretenir des relations saines et équilibrées. Cette souffrance continue, souvent refoulée ou non exprimée, contribue à fragiliser encore davantage leur santé mentale, créant un terrain propice à l'adoption de stratégies d'évasion, telles que la consommation de substances. Comme le souligne ce participant : « Ouais...je fais de l'insomnie, des crises de paniques... peut-être à cause la violence physique de mon père dans mon enfance » (Participant 1).

Un autre constat poignant et douloureux est ressorti lors des entrevues est que toutes les femmes autochtones ayant participé, ainsi qu'un des hommes, ont rapporté avoir été victimes d'abus sexuels durant leur enfance. Ces abus, perpétrés par des membres de leur famille ou dans le contexte des pensionnats administrés par le clergé, ont laissé des marques indélébiles sur leur santé mentale et leur bien-être global. La citation suivante illustre cela : « [...] il y avait des affaires qui ne sont pas correctes, comme des attouchements. Puis... il y avait un curé au pensionnat qui venait » (Participant 3).

Ces traumatismes ont engendré des séquelles profondes et complexes. Sur le plan individuel, ils se traduisent par une détresse psychologique qui, bien qu'elle puisse parfois être invisible en surface, persiste et influence les pensées, les émotions et les comportements au quotidien. Sur le plan collectif, ces abus ont eu pour effet de creuser un fossé au sein des relations familiales et communautaires. La trahison, la douleur et le silence entourant ces expériences ont déchiré les liens familiaux, amplifiant les tensions et

le sentiment d'isolement, des éléments clés qui maintiennent ces individus dans un cycle de survie difficile à briser.

Mon enfance n'a pas été belle, j'ai été agressée sexuellement par mon père... Les autres ils n'ont jamais su. Mon père me disait tout le temps de ne pas en parler aux autres. Puis j'ai eu un de mes oncles aujourd'hui qui me déteste, je ne sais pas pourquoi... Il pensait que je parlais de lui. Mais moi j'ai affronté un de mes oncles pour lui dire que vraiment, pourquoi tu ne le dis pas que tu m'as fait ça? Lui, il voulait me donner un coup de poing... Ça ne passait pas. J'ai pogné l'adrénaline, je l'ai quasiment battu. Il avait peur de moi. Il m'a demandé son pardon. J'ai dit : « Je t'ai déjà pardonné ça fait longtemps. Pourquoi tu penses que je parle avec toi aujourd'hui ? Toi, pardonne-toi. Pardonne-toi toi-même ». Moi, je ne regarde pas en arrière. J'ai pardonné à tout le monde qui m'a fait du mal. Tout ça, ça va rester là. Moi j'avance dans ma vie pareil malgré ce qu'il s'est passé dans ma vie. Moi je ne suis pas une fille qui va juger le monde. J'ai une vie à vivre. (Participante 11)

La souffrance liée à ces expériences, cumulée à des décennies de marginalisation systémique, s'inscrit dans une spirale de désespoir et de déséquilibre psychologique. Ces blessures invisibles mettent en lumière l'ampleur des traumatismes intergénérationnels qui continuent de hanter les communautés autochtones, où les pensionnats ont marqué non seulement les victimes directes, mais aussi leurs descendants.

Ainsi, l'entourage toxique, qu'il soit familial ou relationnel et le lourd passé marqué par les violences sexuelles, joue un rôle clé dans le maintien dans la précarité ainsi que la fragilisation de la santé mentale des participants, les plongeant dans une souffrance souvent insupportable, et alimentant leur recours à la consommation comme un mécanisme de défense contre des douleurs trop profondes pour être affrontées autrement.

6.2.1.1.2 Développement de dépendances

Face à la précarité, à l'isolement et aux conditions de vie difficiles liées à leur situation d'itinérance, l'alcool ou les drogues offrent un refuge momentané. Ces substances leur permettent également d'omettre les souffrances du passé, notamment les traumatismes profonds issus de violences parentales, d'abus sexuels ou d'autres formes de maltraitance vécues durant leur enfance. Ainsi, pour certains, la consommation devient une forme de gestion de la douleur émotionnelle, une manière de se déconnecter de réalités trop lourdes à supporter. Comme le relate un participant : « Oui je buvais beaucoup auparavant... j'étais

trop renfermé... très isolé... je pensais trop au négatif des autres et dans mon enfance à chaque fois qu'il me frappait, mon père. J'ai tendance à chaque fois de revivre ça en ce moment » (Participant 1).

Cependant, comme beaucoup l'ont souligné, cette consommation est une réponse à un problème profond, mais elle représente aussi une arme à double tranchant. Elle est à la fois un mécanisme d'évasion, mais elle aggrave également la situation en créant un cercle vicieux.

Le problème que j'avais, c'est qu'à cause que j'ai perdu beaucoup de monde dans ma vie. Au début, ça n'allait pas bien... je me suis laissé aller par ça. C'est comme ça que je suis tombée dans la drogue. J'étais trop triste. (D600L)

Et la dépendance qui en découle engendre des troubles physiques et alimente les problèmes de santé mentale, comme la dépression et l'anxiété conduisant parfois certains participants à des pensées suicidaires, voire à des tentatives de suicide. Plusieurs ont partagé avoir frôlé la mort à plusieurs reprises, dans des moments où la douleur de la perte et la détresse psychologique étaient trop lourdes à porter.

Il m'arrivait beaucoup de fois de me ramasser à l'hôpital parce que je faisais des spasmes... pas des convulsions, des spasmes. J'en faisais pas mal souvent parce que je ne mangeais pas quand je buvais... Ça me prenait ma bière le matin... Puis je vomissais, j'étais malade. Parce que je buvais [...] des grosses bouteilles. Puis c'est ça qui me rendait tellement malade le matin et à cause de ça, j'ai une cirrhose du foie. (Participant 3)

6.2.1.2 En mode survie biologique

La deuxième sous-rubrique met en lumière la manière dont l'itinérance amène les individus à fonctionner en « mode survie », où les priorités vitales relèguent la santé au second plan. Elle se décline en deux thèmes : la mise sur pause de la santé et priorisation des besoins fondamentaux, et l'impact de la vie de rue sur la santé.

6.2.1.2.1 La mise sur pause de la santé et la priorisation des besoins fondamentaux

La majorité des participants à l'étude soulignent que, bien que leur santé soit importante, d'autres priorités de la vie occupent une place plus centrale dans leur quotidien. Ils se concentrent souvent sur des aspects essentiels de leur existence, tels que la satisfaction

de leurs besoins fondamentaux, comme se nourrir et se loger. Cette approche témoigne de leur capacité à s'adapter aux défis de la vie quotidienne, où la gestion des priorités immédiates peut parfois amener à reléguer au second plan les préoccupations liées à la santé.

Mais c'est vrai qu'à ce moment-là, je suis trop en mode survie... calmer la faim, en premier... calmer la faim. C'est sûr que tant que je n'ai pas de stabilité, je vais devoir survivre. Genre me nourrir, genre essayer de trouver une place sec pour dormir, puis essayer de pas tomber malade, à faire attention, genre, mais t'es tellement incapable quand t'es dans la rue. (Participant 4)

6.2.1.2.2 Impact de la vie de rue sur la santé :

Certains participants à l'étude ont partagé les répercussions profondes que la vie dans la rue a sur leur état de santé, mettant en lumière des expériences souvent négligées. Ils rapportent que les conditions de vie particulièrement rudes (exposition prolongée aux intempéries, manque de confort, stress chronique et alimentation irrégulière) ont eu un impact considérable sur leur bien-être physique et mental. Beaucoup d'entre eux se sentent vieillir prématurément, évoquant un épuisement physique et une détérioration générale de leur santé qu'ils attribuent directement à ces conditions. Tel que le mentionne ce participant : « [...] ça prend du temps pour récupérer, on dirait je me sens vieillir. Ce genre de bouffe, c'est juste jamais comme qu'est-ce que t'aurais besoin » (Participant 4).

6.2.1.3 En mode survie sociale

Au-delà du biologique, les participants décrivent aussi un mode de survie sociale marqué par deux expériences : le sentiment d'éloignement de sa communauté et l'absence ou la perte des membres de sa famille.

6.2.1.3.1 Sentiment d'éloignement de sa communauté

Certains participants autochtones de notre étude ont partagé une réflexion profonde et bouleversante : ils disent se sentir étrangers dans leur propre communauté. Ce sentiment d'éloignement est significatif et illustre un enjeu central dans la perte d'identité culturelle que vivent de nombreux Autochtones au Canada. Comme l'exprime une participante : « Je ne me suis jamais retournée dans ma communauté parce que ce n'était plus ma place. Ça faisait 11 ans que je restais plus là-bas » (Participante 10).

Pour ces individus, ce décalage identitaire trouve souvent ses racines dans leur parcours de vie. En quittant leur communauté à un jeune âge, souvent pour des raisons liées à l'éducation, aux opportunités économiques ou à des circonstances familiales, ils se sont retrouvés immergés dans la culture dominante occidentale.

Au fil du temps, cette immersion, bien qu'enrichissante à certains égards, a également entraîné une dilution de leur lien avec les pratiques, les valeurs et les traditions autochtones. Ainsi, lorsqu'ils retournent dans leur communauté, un paradoxe émerge : ils ressentent un attachement profond à leur identité autochtone tout en se heurtant à un sentiment d'éloignement culturel et social.

Ma sœur était en famille d'accueil, elle est chez les blancs depuis qu'elle est jeune, puis quand elle est revenue, elle disait qu'elle voulait retourner chez elle. Pourtant c'est notre sœur, c'est chez papa, maman, non elle veut retourner, ça prend du temps avant qu'elle comprenne ça. (Participant 5)

Ce sentiment d'aliénation est particulièrement complexe. D'un côté, ces participants sont parfois perçus par leur propre communauté comme ayant été "blanchis", c'est-à-dire influencés par les normes et modes de vie occidentaux au point de sembler déconnectés de leur héritage. De l'autre, dans la société dominante, ils continuent à être marginalisés en raison de leur identité autochtone. En reconnaissant cette réalité, il devient possible de mieux comprendre les défis auxquels sont confrontés les personnes autochtones en situation d'itinérance qui doivent naviguer entre deux mondes.

6.2.1.3.2 Absence ou perte des membres de sa famille

La majorité des participants autochtones de notre étude ont évoqué l'impact profond et dévastateur de la perte d'un ou plusieurs membres de leur famille. Cette expérience de deuil, qu'elle soit récente ou plus ancienne, a été décrite par beaucoup comme un bouleversement majeur qui a non seulement affecté leur équilibre émotionnel et mental, mais aussi leur santé physique. En effet, ils soulignent que la perte d'un proche n'a fait qu'aggraver des difficultés déjà existantes dans leurs vies, marquées par des conditions précaires et souvent insurmontables liées à leur statut d'Autochtones en situation d'itinérance. Pour plusieurs d'entre eux, la perte d'un membre de la famille a été un événement traumatique dans une vie déjà marquée par des luttes incessantes pour la survie, où l'absence de famille et de proches, qui pourraient jouer le rôle de filet de sécurité,

a amplifié leur vulnérabilité. Ces participants ont décrit comment cette perte a exacerbée leur sentiment d'impuissance et de désespoir.

Mon filleul est décédé. Je ne comprenais pas pourquoi il s'est suicidé. Il a eu le courage de faire ça. Mon chum aussi j'ai fait mes deuils de lui. Pour ma nièce et mon père je n'ai pas eu le temps de faire le deuil. C'était tellement rapide, puis c'est des événements qui s'enchaînaient. En même temps, oui, c'est ça qui a été dur pour moi. Ça m'a fait beaucoup de mal, en tout cas. (Participante 2)

Une vie déjà caractérisée par des conditions précaires, une lutte constante pour la survie et davantage exacerbée par l'absence de famille, privant ainsi ces individus du soutien affectif conduit ces personnes à une négligence de leur propre santé, tant physique que mentale.

En effet, plusieurs ont indiqué qu'ils avaient mis de côté leurs besoins de soins médicaux et leur bien-être général, submergés par la tristesse, la colère et la frustration face à la perte de leurs proches. Le sentiment d'impuissance et d'abandon a été amplifié par le contexte difficile dans lequel ils se trouvent. En réaction à cette souffrance, plusieurs ont eu recours à des stratégies d'adaptation, notamment la consommation de substances (alcool, drogues), qui, selon eux, les aident à « faire le deuil » ou à oublier temporairement leur douleur. Cette consommation, bien qu'elle soit souvent perçue comme un moyen d'évasion, présente des effets contrastés et ambivalents sur leur vécu. D'un côté, plusieurs d'entre eux considèrent que l'usage de substances leur permet de fuir, ne serait-ce que temporairement, la dureté de leur existence.

Ainsi, cette spirale d'isolement, de souffrance, de négligence et de dépendance montre à quel point les pertes familiales, combinées aux conditions socio-économiques difficiles vécues par les Autochtones en situation d'itinérance, peuvent avoir des répercussions dramatiques sur leur bien-être. Il est clair que, pour ces participants, la perte d'un proche a non seulement été un choc émotionnel majeur, mais aussi un facteur déclencheur d'une détérioration de leur santé physique et mentale, amplifiant encore les difficultés auxquelles ils font face au quotidien.

6.2.1.4 Restriction des opportunités pour se maintenir en santé

Cette sous-rubrique met en avant deux obstacles majeurs rencontrés : la prise et l'entreposage des médicaments, la difficulté d'accès aux services.

6.2.1.4.1 Prise et entreposage des médicaments

Une proportion significative de participants itinérants rapporte des difficultés liées à la prise régulière de leurs médicaments. Cette problématique est multifactorielle et se manifeste principalement par des oublis fréquents de prise de médicaments, des défis liés au stockage sécuritaire de ces derniers, et le risque de vol qui mène à leur perte. Comme l'explique un participant : « Oui, dans l'auto...Je ne vais pas les laisser nulle part. C'est ça l'itinérance, on se fait voler des affaires » (Participant 6).

Les participants décrivent que leur mobilité constante contribue à leurs oublis fréquents. En effet, les déplacements quotidiens pour se trouver des lieux de repos, obtenir de la nourriture, et gérer d'autres aspects de la vie quotidienne accaparent leur attention et leur énergie. Pris dans l'urgence de répondre à leurs besoins de base et dans des situations souvent stressantes, ils peinent à intégrer la prise de médicaments dans leurs routines, d'autant plus que ces dernières sont caractérisées par des imprévus et des déplacements incessants. Comme l'explique un participant : « [...] Ils m'ont donné des médicaments pis... je ne les ai pas pris depuis deux jours. J'oubli quand je mange, le matin j'oublie » (Participant 3).

À cela s'ajoute la difficulté d'entreposer des médicaments de manière sécurisée. L'absence de domicile fixe prive les participants de lieux stables où ils pourraient garder leurs traitements en toute sécurité. La rue ne permet ni le stockage à température adéquate (notamment pour les médicaments sensibles) ni un accès constant aux traitements lorsque nécessaire. Les sacs, souvent leur seul bien personnel transportable, deviennent les lieux principaux de stockage. Cependant, ces sacs sont vulnérables au vol, un problème que plusieurs participants évoquent. Perdre un sac signifie perdre non seulement des biens personnels mais aussi leurs médicaments essentiels, ce qui compromet leur suivi médical.

C'est moi qui garde mes pilules... je ne peux pas les laisser chez nous... je dois les garder sur moi... Une fois j'ai perdu mes pilules parce que j'avais perdu mon sac gris. Je ne sais pas qui l'avait, mon sac... je suis partie à la pharmacie...il m'a donné une autre affaire. (Participant 7)

En somme, les itinérants qui participent à notre étude font face à une série d'obstacles spécifiques: le manque de stabilité et de routine, les difficultés logistiques pour conserver leurs médicaments en sécurité et le risque de vol. Ces difficultés rendent difficile la gestion

autonome de leur traitement, mettant en lumière un besoin de stratégies adaptées pour aider cette population vulnérable dans l'adhésion à leurs prescriptions médicales.

6.2.1.4.2 Difficulté d'accès aux services

Les participants soulignent l'impact des barrières organisationnelles du système de santé sur leur perception de l'accessibilité : les temps d'attente prolongés aux urgences, l'absence d'un accueil chaleureux et la rotation constante des soignants les obligent à répéter à chaque visite l'historique de leur état de santé. Cette absence de suivi personnalisé génère frustration et épuisement, au point que certains hésitent à solliciter des soins : « Qu'est-ce qui peut faciliter... c'est le sourire, bonjour...c'est ça. [...] ça n'a pas toujours été le cas non plus... depuis au moins 10 ans je n'ai pas eu tout le temps les mêmes médecins » (Participant 8).

Un autre obstacle majeur est le poids des difficultés financières : sans ressources pour couvrir le transport, les médicaments ou même les consultations de base, les participants peinent à suivre un traitement régulier. Cette inaccessibilité aux soins de routine favorise l'apparition et la chronicisation de problèmes de santé mineurs, créant un cercle vicieux où les conditions de vie précaires aggravent l'état général.

[...] ça doit faire au moins 10 ans que j'en porte pas à cause de questions monétaires. Aujourd'hui les lunettes coûtent vraiment une beurrée mais, par contre, je suis capable de voir là-bas une horloge, je suis capable de la reconnaître. (Participant 8)

Ces témoignages mettent en évidence la vulnérabilité extrême des personnes vivant dans la rue, confrontées à un cercle vicieux où les conditions de vie difficiles aggravent leur santé, et où le manque d'accès aux soins empêche toute amélioration durable.

6.2.1.5 Maintien d'opportunité de développement personnel

Enfin, malgré un contexte difficile, les participants identifient deux leviers qui contribuent à leur mieux-être et leur reconstruction : le travail perçu comme un levier pour la santé des hommes autochtones et le lien mère-enfant comme voie de guérison pour les femmes autochtones.

6.2.1.5.1 Travail perçu comme un levier pour la santé pour les hommes autochtones

Du côté des hommes, le travail est une composante importante dans leur vie. Pour ces hommes, malgré leur situation d'itinérance souvent marquée par des difficultés profondes, le travail reste un pilier essentiel de leur identité et de leur estime de soi. Certains d'entre eux réussissent, malgré les obstacles, à maintenir une activité professionnelle, tandis que d'autres cherchent désespérément à retrouver un emploi. Ce désir de travailler transcende leur situation, devenant une véritable quête existentielle.

Mais j'ai appliqué pour plusieurs postes, ça n'a pas répondu. Mais encore là, je ne faisais pas de suivi. Quand je suis sobre, j'attaque. Je suis tellement fatiguant, j'appelle le boss... tsé ils savent que j'existe. Tout d'un coup, deux semaines, je ne m'en vais pas au travail. Mais là, j'applique. (Participant 6)

Cette perception du travail met en lumière l'importance de ce dernier dans la construction de l'identité masculine, où il est souvent associé à la capacité de se prendre en charge, de subvenir à ses besoins et de participer activement à la société. Comme l'explique un participant : « Avant, j'avais une chambre. Donc même en étant itinérant, je vais travailler. Quelqu'un qui ne travaille pas, il meurt » (Participant 4).

En revanche, une tendance significative a émergé parmi les participants à l'étude, révélant une instabilité professionnelle marquée. La majorité des participants ont rapporté une expérience de changement fréquent d'emploi, reflétant une quête incessante de meilleures conditions de travail et, en parallèle, une lutte contre des obstacles systémiques liés à leur identité. Comme l'illustre un participant : « J'ai eu toutes sortes de jobs. Mais le plus important, c'était quand j'ai travaillé pour Jones Bay Corporation, à Montréal. Je changeais tout le temps de jobs et je travaillais tout le temps, même quand j'étais étudiant » (Participant 5).

Un facteur clé évoqué par certains participants est le sentiment d'exploitation. Ils ont rapporté avoir occupé des postes précaires, souvent mal rémunérés et exigeants, où leurs efforts étaient bien au-delà des compensations offertes. Ce déséquilibre, doublé d'une reconnaissance insuffisante de leur contribution, a généré une frustration profonde. Pour beaucoup, cette situation a entraîné une perte de motivation durable, les poussant à quitter leurs emplois sans avoir nécessairement de meilleures opportunités en perspective. Le sentiment de sous-évaluation, combiné à l'absence de perspectives d'évolution

professionnelle, a renforcé un cycle d'instabilité. Cette dynamique les a souvent conduits à s'éloigner du marché de l'emploi, aggravant ainsi leur situation socio-économique. Cette expérience est clairement exprimée par une participante : « Je travaillais puis j'avais l'impression que l'échange était injuste. On m'extorquait de l'argent. Puis à long terme, ça m'a comme beaucoup affecté... l'argent ne me tente plus » (Participant 4).

Un autre aspect fondamental à souligner est l'impact des conditions de travail sur leur santé physique et mentale. La majorité des participants ont occupé des emplois dans des environnements dangereux ou stressants, souvent sans mesures de sécurité adéquates, expositions à des risques physiques et pressions constantes figurent parmi les difficultés mentionnées. Ces conditions ont non seulement altéré leur qualité de vie, mais ont aussi accentué leur sentiment d'exploitation et leur marginalisation. Parfois, les participants ont été contraints de quitter ces emplois pour préserver leur santé, malgré l'incertitude financière qui en résultait.

[...] peut-être c'est parce que quand je travaillais au bord du chemin pour nettoyer, il fallait je n'avais pas mis le casque. Et quand tu fais ça tout l'été c'est risqué. Personne ne les mettait... Si on l'avait mis, ça aurait été correct. Notre boss nous a même pas dit de porter un casque. (Participant 5)

Ce portrait met en lumière les défis multiples auxquels font face ces personnes, notamment le lien complexe entre leur identité autochtone, leur situation d'itinérance et de précarité, et les dynamiques d'exploitation et d'instabilité dans le marché du travail

6.2.1.5.2 Lien mère-enfant perçu comme un voie de guérison pour les femmes autochtones

Le rapprochement entre les femmes et leurs enfants revêt une dimension thérapeutique profonde. La présence des enfants peut être une source d'énergie et de motivation pour les mères. Par ailleurs, ces interactions renforcent les compétences parentales et restaurent la confiance en soi, souvent érodée par les expériences d'itinérance. En recréant des liens affectifs sains, les femmes peuvent amorcer un processus de guérison qui répond tant à leurs besoins physiques que psychologiques (Croteau, 2020). D'ailleurs, l'importance capitale du rapprochement avec leurs enfants dans leur processus de guérison mentale a été souligné par la totalité des participantes à l'étude. Pour elles, la présence de leurs enfants représente bien plus qu'un simple soutien émotionnel : elle est perçue comme une nécessité, un élément fondamental pour retrouver la stabilité et le bien-être. Être avec leurs

enfants leur procure un sentiment de réconfort, de motivation, et de renouveau, les aidant à surmonter les épreuves et à envisager l'avenir de manière plus positive. Comme le décrit une participante : « J'ai des enfants, il faut que je sois là pour mes enfants... être là pour mes enfants m'apaise beaucoup... mes enfants sont tout pour moi » (Participante 10).

Pour l'une d'entre elles, ce besoin de proximité avec son enfant est si crucial qu'elle envisage même un nouveau départ en s'installant avec sa fille, loin de l'endroit où elle a vécu des expériences difficiles. Elle perçoit ce changement de lieu et de cadre de vie comme une véritable opportunité de se libérer des charges émotionnelles liées à son passé. Elle exprime la conviction que cette décision lui apportera un bien-être authentique et durable, lui permettant de tourner la page et de construire une vie plus sereine. Pour elle, ce nouveau départ aux côtés de sa fille représente non seulement une rupture avec une période de souffrance, mais aussi la possibilité de se reconstruire dans un environnement qui favorisera son épanouissement et sa guérison.

[...] peut-être que ma vie va être plus mieux avec elle, parce qu'elle ne consomme pas. Elle n'aime pas ça me voir consommer. J'attends pour elle, pour qu'elle s'en va. J'ai hâte de partir, ça fait quasiment un an que j'ai hâte de passer à ça. (Participante 2)

Ainsi, pour toutes ces femmes, être avec leurs enfants est bien plus qu'un simple choix ou une préférence ; c'est une nécessité vitale pour leur santé mentale et leur bien-être émotionnel. Cette proximité leur offre la force de surmonter leurs difficultés et de voir l'avenir avec espoir, montrant à quel point les liens familiaux peuvent être puissants dans le processus de guérison. En reconnaissant le potentiel transformateur de ces liens familiaux et en intégrant pleinement les principes de la sécurisation culturelle, il est possible de se frayer un chemin vers la guérison et le bien-être pour ces femmes et leurs enfants.

En conclusion, cette section met en évidence les défis complexes auxquels sont confrontées les Autochtones en situation d'itinérance, dont la santé physique et mentale est étroitement liée à des facteurs sociaux, économiques et culturels. La lutte quotidienne pour satisfaire des besoins fondamentaux comme se nourrir et se loger relègue souvent la santé au second plan, et l'accès aux soins de santé, ainsi que la prise régulière de médicaments, sont rendus encore plus difficiles. La perte de proches, les traumatismes liés à la déconnexion culturelle et l'absence de liens familiaux amplifient la souffrance émotionnelle. Les récits témoignent également des effets des abus et violences vécus, contribuant à des comportements d'évasion comme la consommation de substances. Cependant, certains

trouvent dans le travail un moyen de se reconstruire, illustrant ainsi leur résilience. Par conséquent, cette section souligne la nécessité urgente d'adopter des approches de soutien adaptées et holistiques, qui tiennent compte des réalités sociales, culturelles et émotionnelles de ces populations afin d'améliorer leur bien-être et leur accès aux soins.

6.2.2 La couveuse sociale

Dans cette rubrique, nous analysons la manière dont les institutions, à travers leurs normes et leurs pratiques, contribuent à maintenir les Autochtones en situation d'itinérance dans un état de marginalité. Loin d'offrir un appui inconditionnel, le système de soins et les dispositifs sociaux tendent souvent à reproduire les inégalités structurelles. Cette « couveuse sociale » se manifeste à travers des barrières structurelles et la standardisation des pratiques de soins ainsi qu'à travers un sentiment d'aliénation envers les établissements de santé.

6.2.2.1 Barrières structurelles et standardisation des pratiques de soins

Cette sous-rubrique met en lumière trois thèmes majeurs : le racisme et la discrimination vécus dans les établissements de santé, l'écart culturel et le manque de prise en compte des particularités culturelles ainsi que la déshumanisation et la technicisation des soins.

6.2.2.1.1 Racisme et discrimination vécus dans les établissements de santé

De nombreux participants rapportent des expériences de discrimination systémique dans les hôpitaux, liées à leur identité autochtone et à leur situation d'itinérance. Ces préjugés se traduisent par des traitements médicaux inadéquats, une absence de suivi, et des attitudes condescendantes de la part des soignants.

Ces attitudes discriminatoires exacerbent le sentiment de marginalisation des patients, renforcent leur méfiance envers le système de santé et compromettent leur accès à des soins adéquats. Certains participants ont rapporté des termes dégradants utilisés à leur rencontre, notamment dans des moments critiques comme un accouchement. Un participant rapporte ainsi : « À l'accouchement de ma fille, vu qu'on était autochtones, ils parlaient de sauvages. En plus, on était les seuls autochtones sur l'étage. Ils parlaient en nous désignant de sauvages » (Participant 4).

La stigmatisation conduit souvent à des soins médicaux mal adaptés ou à des diagnostics erronés, alimentant un cercle vicieux de négligence médicale et de méfiance.

Beaucoup ont fait état de discrimination systématique, notamment en raison de leur origine autochtone, ce qui a, dans certains cas, conduit à une négligence médicale flagrante. Ces témoignages, souvent poignants et empreints de colère et de tristesse, révèlent non seulement des dysfonctionnements dans le système de santé, mais aussi des formes de maltraitance institutionnalisée, alimentées par des préjugés et des stéréotypes raciaux persistants. Ce racisme systémique a exacerbé les difficultés des participants à accéder à des soins adéquats et à être traités avec dignité, mettant en lumière des inégalités profondes au sein du système de santé : « [...] à l'hôpital, il a juste posé des questions. Qu'est-ce que je fais ici? Puis, il a pris ma pression, puis bye bye » (Participant 3).

Cette discrimination à l'hôpital, telle que rapportée par les participants à l'étude, repose souvent sur des jugements fondés sur des critères sociaux, ethniques et sur la condition d'itinérance des patients. Les préjugés liés à leur statut d'autochtone et leur situation de vie les amènent fréquemment à être perçus de manière négative par les soignants. Plusieurs participants ont rapporté avoir été confrontés à des attitudes paternalistes, condescendantes, voire hostiles de la part des médecins et des infirmiers, simplement en raison de leur origine autochtone ou de leur statut d'itinérant. Dans ces situations, les patients se sentent non seulement ignorés ou sous-estimés, mais aussi moins dignes de recevoir des soins de qualité. Le regard discriminant des soignants a un impact profond sur l'estime de soi des patients, qui peuvent en venir à douter de leur droit à être traités dignement et à recevoir des soins appropriés. Cette stigmatisation renforce leur sentiment de marginalisation et leur méfiance envers le système de santé, rendant plus difficile leur accès à des soins adéquats. En outre, ce traitement injuste peut conduire à des soins inappropriés, voire à l'absence de soins, exacerbant les inégalités en matière de santé. Ce manque de respect et de reconnaissance altère la relation de confiance nécessaire pour une prise en charge de qualité, rendant l'expérience des soins plus douloureuse et moins efficace. Un participant illustre cette réalité en partageant son vécu lors de la naissance de sa fille :

À l'accouchement de ma fille, je me sentais trop enfermé à l'intérieur. J'aime ça prendre un petit moment dehors ou quelque chose comme ça. Y avait même une qui disait on devrait appeler la DPJ pour pouvoir faire une plainte. (Participant 4)

Le regard discriminant des soignants nourrit une méfiance croissante chez les patients, les poussant à éviter les établissements de santé ou à sous-estimer leurs propres besoins

médicaux. De plus, cette stigmatisation contribue à l'isolement social des itinérants autochtones, renforçant leur sentiment de rejet et d'impuissance face à un système de santé qu'ils perçoivent comme inhospitalier et inaccessible. Le résultat est une relation de soins altérée, où le manque de confiance et de respect engendre des soins inefficaces, voire négligents, exacerbant ainsi les inégalités en matière de santé et les difficultés d'accès à une prise en charge appropriée.

C'est comme si j'étais juste pour une prescription de quelque chose, n'importe quoi. Comme si j'étais un junkie. Mais je ne suis pas vraiment du genre à penser que les médicaments sont vraiment nécessaires. Dès que j'arrive là-bas, j'ai l'impression comme si j'essayais d'aller abuser du système un peu. Pourtant, je vais juste en dernière nécessité. L'urgence, ça prend une urgence pour y aller. Si je suis capable de faire un truc moi-même, si je me coupe, je suis capable de nettoyer tout seul... Mais si c'est compliqué que ça, je suis sûr que je vais à l'hôpital. Si j'ai une artère de boucher, je ne vais pas me faire un pontage. De un, je n'ai pas les cossins pour le faire. De deux, je n'ai pas l'expérience non plus. (Participant 9)

Un usager pourrait se retrouver avec un traitement ou un service qui n'a aucun rapport avec ses besoins en raison de la stigmatisation et des préjugés auxquels il fait face. Lorsque les soignants portent des jugements basés sur l'origine ethnique, le statut social ou la condition d'itinérance de l'utilisateur, ces biais peuvent influencer leurs décisions médicales et mener à des diagnostics erronés ou à des recommandations inappropriées. Par exemple, un patient autochtone itinérant pourrait se voir prescrire un traitement standardisé ou généralisé, sans que ses symptômes spécifiques ne soient pris en compte de manière approfondie, simplement en raison des stéréotypes associés à sa situation. De plus, les soignants, influencés par des idées préconçues, peuvent sous-estimer l'importance de certains symptômes ou ignorer des problèmes de santé sous-jacents, réduisant ainsi l'accès à des soins adaptés. Cette dynamique crée une fracture entre les besoins réels de l'utilisateur et les services qui lui sont proposés, aboutissant à un traitement qui ne correspond pas à sa réalité, et qui peut aggraver sa condition ou conduire à des solutions inefficaces. Un participant résume cette expérience en affirmant : « [...] comme si j'étais la patate chaude. On te jette...et puis je finis avec des services qui n'ont aucun rapport avec mon état » (Participant 4).

En conséquence, pour les Autochtones en situation d'itinérance victimes de discrimination, l'expérience hospitalière devient un véritable parcours semé d'embûches. Le sentiment de

ne pas être pris au sérieux, d'être ignoré ou maltraité, est amplifié par la peur d'être perçu comme un fardeau pour le système de soins. En raison de leur statut d'itinérant et de leur origine autochtone, ces patients ont souvent l'impression de déranger ou de solliciter des ressources déjà limitées, ce qui renforce leur sentiment de culpabilité et d'impuissance. Ce stress supplémentaire, nourri par des stéréotypes et des attitudes discriminatoires, aggrave leur état de santé et les dissuade parfois de chercher les soins nécessaires. Il ne s'agit pas seulement de mauvais traitements envers des personnes vulnérables, mais aussi d'un échec du système de santé à offrir une prise en charge équitable et à garantir à tous les citoyens un accès égal aux soins, sans distinction ni stigmatisation.

[...] mais c'est vrai qu'à ce moment-là, je suis, genre, trop en mode survie. La même considération qu'un être humain. Vraiment, rien que ça, genre, c'est...merveilleux. Pas avoir l'impression d'être une épine dans le pied. Parce que souvent je me sens comme si j'étais un fardeau. (Participant 11)

6.2.2.1.2 Écart culturel et manque de prise en compte des particularités culturelles

Dans le cadre de mes entrevues de recherche, plusieurs participants ont mis en lumière une différence culturelle marquée entre les Autochtones et les Allochtones, touchant divers aspects tels que les croyances, la notion du temps, les relations interpersonnelles et les habitudes alimentaires. Ces différences culturelles profondes influencent de manière significative le bien-être des communautés autochtones et la manière dont elles interagissent avec les services de santé.

[...] genre, c'est qu'on fonctionne avec des horaires, des heures, des échéances, mais dans le bois, genre, c'est le soleil se lève, on commence à faire nos affaires. On voit les fruits qui commencent à sortir, on commence à préparer les paniers. C'est plus au fur et à mesure... Pas vraiment au fur et à mesure parce qu'on a quand même des genres de saisons. C'est clair qu'on ne se mettra pas à faire des paniers genre en plein hiver pour ramasser les fruits. On va faire ça plus au printemps puis à l'été. Sinon tu me disais, genre, quand on est dans un problème, on a de la misère à voir... le trouble dans son ensemble. (Participant 4)

Un des points saillants soulevés concerne l'alimentation. Les participants ont mentionné que l'introduction de la nourriture allochtone dans les communautés autochtones a profondément bouleversé leur métabolisme. Traditionnellement, les Autochtones consommaient une alimentation basée sur les produits locaux, tels que le gibier, le poisson,

les baies et les plantes, qui étaient non seulement adaptés à leur environnement, mais aussi riches en nutriments essentiels. En revanche, l'alimentation allochtone introduite au fil des ans, souvent hautement transformée et riche en sucres et en graisses, a créé un déséquilibre métabolique chez de nombreuses personnes. Cette transition alimentaire est largement responsable de l'augmentation de l'obésité au sein des communautés autochtones (Atallah, 2017).

[...] bêtement, un blanc va manger une frite, il va prendre un certain nombre de calories. Mais nous autres, on va manger la même affaire, mais on va tout absorber ce qu'il y a dans la bouffe. C'est facile qu'on devienne obèse. (Participant 4)

Sur le plan médico-social, une autre problématique importante soulevée est l'absence d'une approche culturellement adaptée chez les professionnels de la santé. Beaucoup de participants ont exprimé leur frustration face à des soins perçus comme standardisés et insensibles aux spécificités culturelles autochtones. Par exemple, certains professionnels ne comprennent pas l'importance des croyances spirituelles dans le processus de guérison ou ne tiennent pas compte des contextes sociaux et historiques qui façonnent la santé des Autochtones. Cette absence de compréhension culturelle engendre un sentiment de déconnexion et de méfiance envers le système de santé dominant. Comme l'explique un participant : « [...] nous n'avons pas eu l'occasion. Je sais qu'il est un homme très occupé... il n'a pas posé de questions par rapport à nos croyances, nos cultures et nos façons de soigner » (Participant 9). Ce manque de prise en compte a parfois mené à une rupture avec la médecine conventionnelle, comme le témoigne une autre déclaration: « Je n'avais pas confiance en la médecine à cette époque et [...] j'ai abandonné toutes mes médecines » (Participant 9).

Un aspect positif ressort toutefois : plusieurs participants ont indiqué préférer l'approche des professionnels de la santé travaillant directement dans les communautés autochtones. Ces professionnels, souvent plus proches des réalités culturelles et sociales des Autochtones, sont perçus comme plus empathiques et mieux informés des besoins spécifiques des membres de la communauté. Dans ces contextes, les professionnels développent des relations de confiance avec les patients, car ils connaissent non seulement chaque individu, mais aussi les dynamiques sociales et culturelles qui influencent leur santé. Cette proximité humaine favorise un climat de respect mutuel et améliore l'efficacité des interventions en santé.

[...] l'infirmière en communauté parlait vraiment comme vous le dites, elle aidait. Elle prenait son temps puis, elle connaît le monde comment qu'ils sont, même avec les aînés elle ne bouscule pas, elle choque pas... puis y a toujours un interprète avec elle. (Participant 5)

6.2.2.1.3 Déshumanisation et technicisation des soins dans les établissements de santé

Un autre élément qui nourrit cette méfiance est la dimension commerciale du système de santé. Le système de santé semble prioriser pour les personnes rencontrées les intérêts financiers plutôt que le véritable bien-être des patients. Les médicaments sont parfois prescrits sans une évaluation approfondie des alternatives, et la logique commerciale semble transformer les soignants en agents d'un système qui cherche à maximiser les profits, parfois au détriment de la qualité des soins. Pour les populations autochtones, cette approche entre en conflit avec les principes fondamentaux de leur médecine traditionnelle, qui ne fait pas payer monétairement les soins, mais plutôt repose sur des valeurs de partage, de guérison collective et de respect envers la nature. Dans ce cadre, la dimension commerciale du système de santé moderne engendre une méfiance encore plus grande, car elle va à l'encontre de l'idée que la santé devrait être accessible à tous, sans considération financière, et qu'elle doit être guidée par le respect de l'individu et de ses besoins spirituels et physiques. Un participant illustre cette incompréhension en affirmant : « [...] Toutes sortes de pilules, je ne sais même pas ce qu'ils mettent là-dedans. Un autre produit va venir puis c'est un autre. Je ne sais plus lequel choisir » (Participant 5).

Par ailleurs, pour les autochtones peu scolarisés, l'inefficacité des soins est aussi renforcée par l'incompréhension du vocabulaire médical utilisé par les soignants. Les termes techniques et complexes employés dans les consultations rendent difficile pour ces patients de comprendre pleinement leur état de santé, les traitements proposés ou les risques encourus. Cette barrière linguistique et culturelle accentue leur sentiment d'être ignorés ou maltraités, car ils n'ont ni les moyens ni le vocabulaire pour poser des questions ou exprimer clairement leurs besoins.

[...] c'est qu'il s'est fait entraîner par mes frères pour prendre de la dialyse. Ils ne savent pas c'est quoi la dialyse. Ils ne sont jamais allés à l'école. Les mots comme ça, ils ne connaissent pas ça. Moi je sais que la plupart de ceux qui ont pris leur dialyse, une semaine après, ils sont partis. (Participant 5)

Cette combinaison de déshumanisation des soins, de logique commerciale perçue comme exploitative, et de fautes médicales ayant des conséquences dramatiques contribue à une rupture de confiance durable envers le système de santé traditionnel.

De plus, il ressort que la majorité des participants accordent une préférence marquée à la médecine holistique traditionnelle plutôt qu'à la médecine occidentale ou « médecine blanche », en raison de l'intégration profonde de cette dernière dans leur culture autochtone. Pour eux, la médecine traditionnelle n'est pas seulement un ensemble de pratiques de soins, mais un véritable pilier culturel et spirituel, qui reflète un rapport harmonieux avec la nature, les ancêtres. Cette médecine holistique, qui englobe les dimensions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles, est perçue comme un tout indissociable et indispensable à l'équilibre de l'individu et de la communauté.

[...] oui, il y a un monsieur qui fabriquait ça lui-même. J'ai essayé une fois et je me sentais plus mieux. Puis là, je ne suis pas au contact avec elle. Ça l'est plus mieux avec les plantes que le médicament, je trouve. Je me sentais plus mieux avec ça. Plus en forme. (Participant 2)

Les participants soulignent également une déconnexion ressentie avec la médecine occidentale, qu'ils considèrent souvent comme déshumanisante et décontextualisée par rapport à leur vision du monde. Un point clé qui revient fréquemment est l'idée que de nombreux professionnels de la santé issus de l'Occident ne reconnaissent pas la validité des savoirs autochtones. Ils insistent sur le fait que les pratiques et les connaissances ancestrales sont systématiquement ignorées ou marginalisées au profit d'un savoir occidental jugé universel et supérieur. Cette exclusion du savoir traditionnel autochtone engendre une fracture dans les relations entre les populations autochtones et les systèmes de santé, et nourrit un sentiment d'injustice et de méfiance envers la médecine « blanche ». Un participant exprime cette perception en soulignant : « [...] j'ai remarqué souvent parmi les non-autochtones, tout ce qu'ils ont c'est leurs papiers. Toujours des prescriptions. On va te droguer...La médecine, ce n'est pas pareil avec la nôtre. Comme aujourd'hui, c'est fait par les chimistes » (Participant 5).

6.2.2.2 Sentiment d'aliénation envers les établissements de santé

La deuxième sous-rubrique met en évidence l'impact subjectif de ces expériences. Au-delà des barrières structurelles, les Autochtones en situation d'itinérance expriment un sentiment d'aliénation qui se traduit par une méfiance et un rejet du système de santé occidental.

6.2.2.2.1 Méfiance et rejet du système de la santé occidental

La méfiance des participants à notre étude envers le système de santé et la médecine conventionnelle, souvent qualifiée de « médecine blanche », réside dans ce que beaucoup de nos participants perçoivent comme une déshumanisation des soins de santé. Le système médical, tel qu'il est conçu aujourd'hui, est souvent perçu comme une machine froide, fonctionnant selon des protocoles standardisés, où le patient est réduit à un simple ensemble de symptômes à traiter. Cette approche contraste fortement avec les valeurs humaines et communautaires profondément ancrées dans les cultures autochtones, où la santé est perçue comme un équilibre entre le corps, l'esprit et la nature, et où les relations humaines sont au cœur des processus de soin.

Pour être honnête personne ne m'a posé de question. À l'hôpital Douglas, on m'a juste dit prend ces médicaments sans explications...j'ai dû prendre 6 médicaments mais mon état ne s'est pas amélioré c'est pour ça que je me disais que ce n'est pas les médicaments qu'il me faut pour guérir. Je ne crois pas en les médicaments. (Participant 9)

Dans cette optique, l'hôpital et les établissements médicaux sont souvent vécus comme des lieux étrangers et inaccessibles pour les autochtones, où les soignants, souvent mal informés ou déconnectés des réalités culturelles et sociales des populations autochtones, semblent incapables d'entendre véritablement ce que ces patients leur disent. Plutôt que d'écouter activement les expériences et les besoins uniques des patients, les soignants agissent parfois davantage en tant que techniciens appliquant des protocoles qu'en tant que soignants attentifs à l'individualité et à la souffrance humaine. Cette approche déshumanisante renforce le sentiment d'être perçu non comme un individu avec une histoire et des besoins particuliers, mais comme un simple objet à traiter. Cette déconnexion émotionnelle et culturelle nourrit une profonde méfiance envers le système de santé, qui est perçu non seulement comme inefficace, mais aussi comme distant et insensible aux réalités vécues par les communautés autochtones. Un participant souligne cette vision en

affirmant : « Je pense que le peuple blanc devrait prendre le temps d'écouter davantage les enseignements que les Autochtones ont à donner pour par la suite, travailler ensemble. Parce qu'il n'y a pas un seul savoir... » (Participant 5).

6.2.3 La sécurisation culturelle

Dans cette rubrique, nous analysons la manière dont la sécurisation culturelle est vécue par les personnes autochtones en situation d'itinérance. Pour plusieurs, garder un lien avec leur culture représente une source de force et de guérison, mais ce lien est souvent fragilisé par la précarité et l'éloignement des ressources adaptées. Le manque de lieux, de pratiques et de soins respectueux de leur identité crée un sentiment de coupure avec leurs racines et alimente la méfiance envers les institutions de santé.

La sécurisation culturelle se manifeste donc à travers deux dimensions centrales : la vision holistique de la santé, où la spiritualité et les traditions jouent un rôle clé dans le processus de guérison, et le rôle des professionnels de la santé, dont l'écoute et le respect sont essentiels pour rétablir la confiance.

6.2.3.1 Vision holistique de la santé

Cette sous-rubrique met en évidence un thème central : l'importance de la spiritualité dans le processus de guérison.

6.2.3.1.1 Importance de la spiritualité dans le processus de guérison

La spiritualité apparaît comme un pilier essentiel pour la majorité de nos participants dans leur parcours de guérison. Pour eux, cette connexion spirituelle, qu'elle prenne la forme d'une croyance en une force divine ou d'une adhésion aux coutumes et traditions autochtones, leur offre un ancrage solide. Elle agit comme un guide au quotidien, éclairant et soutenant leur chemin face aux nombreux obstacles qu'ils rencontrent. Ce lien spirituel renforce leur résilience, leur donnant la force et le courage nécessaires pour avancer malgré les défis, tout en apportant un sens de réconfort et de soutien qui apaise les moments de doute. Une participante illustre cette force spirituelle en partageant : « Spirituellement parlant la seule chose que je connais c'est à chaque matin, je prie, je prie et je remercie tout le temps d'être en vie. Il y en a qui meurent dans le sommeil » (Participant 5).

Nombre d'entre eux expliquent que la spiritualité agit comme un vecteur de guérison intérieure, un espace sûr et sacré où ils peuvent trouver paix et compréhension. Dans ce cadre, ils se sentent protégés et encouragés, même lorsqu'ils traversent des étapes difficiles de leur parcours de guérison, qu'il s'agisse de douleurs émotionnelles ou de tentations liées à leurs dépendances passées. La dimension spirituelle favorise un recentrage sur soi et sur leurs valeurs, ce qui leur permet de retrouver un équilibre et une sérénité propices à la guérison. Un participant insiste sur cette importance en déclarant : « [...] c'est très important la spiritualité. Il y en a ceux qui ont des visions, il y en a ceux qui ont des rêves... c'est très important pour la guérison physique et mentale » (Participant 7).

Pour plusieurs participants, ce lien spirituel a également un impact direct dans leur processus de sevrage. La foi ou la connexion aux pratiques autochtones n'est pas perçue seulement comme un simple rituel, mais bien comme une ressource intérieure puissante qui les aide à surmonter les épreuves du sevrage. Par exemple, certains pratiquent la méditation, la prière ou participent à des cérémonies traditionnelles pour renforcer leur volonté et apaiser les désirs ou angoisses liés au sevrage. Cela leur permet de mieux gérer leurs émotions et de diminuer les risques de rechute en cultivant une force intérieure et un sentiment de connexion qui les dépasse.

Quand j'ai fait mon sevrage, j'avais la paranoïa. Mais à cette heure, le fait que je suis revenu, je suis tranquille, je suis en paix. J'étais dans la spiritualité un bout de temps, je consommait, puis j'arrêtais de consommer. Le spirituel, c'est très important pour moi, je vois dans les croyances autochtones, les purifications, les tambours puis les chants. Comme je ne vais pas l'église, je fais mes prières à l'ancienne mode. Je prends un bout de tabac, puis je m'en vais tout seul quelque part, puis je fais mes prières. (Participant 9)

Ainsi, pour ces individus, la spiritualité est bien plus qu'une simple croyance ou pratique; elle est un véritable allié dans leur processus de guérison. Elle leur apporte une stabilité émotionnelle, un soutien mental et une force morale indispensable pour franchir les étapes difficiles, et elle joue un rôle de catalyseur en leur permettant de trouver la paix et le courage de continuer leur chemin vers la rémission et la reconstruction de soi.

6.2.3.2 Rôle des professionnels de la santé pour rétablir la confiance

Cette sous-rubrique se décline en deux thèmes complémentaires : écoute, respect et empathie ainsi que répondre aux besoins immédiats en vue d'améliorer la santé à long terme.

6.2.3.2.1 Écoute, respect et empathie

Malgré la méfiance, certains participants de notre étude mettent en évidence un aspect fondamental pour rétablir la relation de confiance entre les communautés autochtones et la médecine conventionnelle, souvent désignée sous le terme de « médecine blanche » qui est le rôle central des professionnels de santé dans ce processus. Ces participants soulignent qu'une des clés pour restaurer cette confiance réside dans la manière dont les soignants abordent et traitent les patients autochtones. Selon eux, il ne s'agit pas seulement de fournir un soin médical, mais d'adopter une approche holistique qui prenne en compte les spécificités culturelles, les préoccupations et les besoins individuels du patient.

On voit l'infirmière qu'on a là, Elle est très gentille et bonne. Elle partait, maison pour maison, elle voulait savoir comment ça va. Ça fait longtemps qu'elle est là. Elle n'est pas stricte dans sa job, elle est cool, elle prend son temps. (Participant 5)

Ainsi, prendre le temps nécessaire pour expliquer clairement l'utilité des médicaments prescrits est perçu comme un geste crucial. Pour les patients autochtones, qui ont parfois eu des expériences négatives avec le système de santé, comprendre le pourquoi du traitement et ses effets attendus peut considérablement réduire la méfiance. Cela permet également de démystifier les traitements médicaux occidentaux, souvent perçus comme étrangers ou incompréhensibles, et de renforcer l'adhésion au traitement. En répondant de manière détaillée et patiente aux questions du patient, le professionnel de santé crée un espace d'échange qui permet de dissiper les doutes et de répondre aux préoccupations légitimes, qu'elles soient d'ordre médical, spirituel ou culturel.

[...] pour être honnête personne ne m'a posé de questions. À l'hôpital Douglas on m'a juste dit prend ces médicaments sans explications. J'ai dû prendre 6 médicaments mais mon état ne s'est pas amélioré c'est pour ça que je me disais que ce ne sont pas les médicaments qu'il me faut pour guérir. Mais en arrivant à Val-d'Or, avec le docteur Venne c'est autre chose... il m'a expliqué à quoi servaient les médicaments qu'il m'a

prescrit, comment ça allait agir... c'est là que j'ai commencé à croire en les médicaments. (Participant 9)

En outre, l'importance de l'écoute attentive ressort également comme un facteur déterminant. Prendre le temps d'écouter le patient, de comprendre ses préoccupations, ses attentes et ses expériences, est perçu comme un moyen essentiel pour établir une relation de confiance. Cette écoute active permet au patient autochtone de se sentir valorisé et respecté, non pas comme un simple dossier médical ou un numéro de patient, mais comme un être humain à part entière. En se sentant compris et pris en compte dans son individualité, le patient est plus enclin à développer une relation de confiance avec le professionnel de santé, et, par extension, avec le système de santé dans son ensemble. Les participants de l'étude insistent également sur le fait que cette approche va au-delà de l'acte médical lui-même ; elle touche à la manière dont le patient est perçu et traité dans le cadre de l'interaction. Un soignant qui fait preuve d'empathie, de patience et de respect dans ses échanges permet au patient autochtone de se sentir reconnu dans sa dignité et son humanité. Ce sentiment de reconnaissance est essentiel pour surmonter les traumatismes historiques et les injustices vécues par les communautés autochtones, qui peuvent nourrir une méfiance profonde envers les institutions de santé. Comme l'exprime un participant :

[...] ils me disent que je fais des progrès, puis comme la dernière fois, Je lui ai parlé de ce que je fais, il m'a dit : « Mon dieu, tu peux bien te stresser, tu fais un gros ménage dans ta vie ». [...] Je ne me rendais pas compte, c'est vrai. Je me disais que je faisais des progrès à pas de chenilles, mais c'était plus que ça. Ils sont encourageants mais ce n'était pas juste des faux encouragements. (Participant 6)

De plus, plusieurs participants à l'étude font le constat que, pour améliorer la prise en charge de la santé des communautés autochtones, une approche intégrée serait idéale. Ils plaident pour une combinaison des deux savoirs traditionnel et occidental afin de répondre de manière plus complète et respectueuse aux besoins des personnes autochtones. Selon eux, cette fusion permettrait non seulement de préserver et de valoriser leur patrimoine culturel, mais aussi d'offrir une prise en charge plus diversifiée et efficace. Ils insistent sur l'importance d'une reconnaissance mutuelle et d'un dialogue entre les différentes approches de soin, afin de garantir une meilleure compréhension, une plus grande accessibilité et, en fin de compte, un meilleur rendement dans le processus de guérison. Ainsi, pour les participants, la solution ne réside pas dans l'opposition entre médecine traditionnelle et

médecine occidentale, mais dans la recherche d'une complémentarité qui reconnaît et respecte les spécificités culturelles et les savoirs ancestraux tout en bénéficiant des avancées de la médecine moderne. Comme le souligne un participant : « Les professionnels de la santé ont leur expertise, mais nous aussi. Puis ce serait bien d'avoir un échange par rapport à ça » (Participant 9).

En somme, cette approche « humanisante » et « valorisante » semble être une condition sine qua non pour restaurer la relation de confiance avec les soignants et, plus largement, avec le système de santé occidental. Lorsque les Autochtones se sentent traités avec respect, écoute et compréhension, ils sont plus enclins à recouvrer la confiance dans la médecine occidentale, et à voir cette dernière non comme une menace ou une forme de domination, mais comme un outil de guérison complémentaire et respectueux de leurs besoins. Cette réconciliation progressive avec la médecine conventionnelle pourrait ainsi contribuer à combler le fossé entre les systèmes de soin autochtones et ceux de la médecine occidentale.

6.2.3.2.2 Répondre aux besoins immédiats en vue d'améliorer leur santé à long terme

Un aspect particulièrement significatif qui se dégage fréquemment de certaines des entrevues menées est l'appréciation exprimée par plusieurs participants concernant leur perception de la gestion de leur santé à long terme. Ces individus témoignent d'une corrélation entre l'attention portée à leurs besoins immédiats et les bénéfices qu'ils en retirent pour leur bien-être global à long terme.

Pour ces participants, la prise en charge des symptômes immédiats n'est pas simplement une réponse ponctuelle à un problème de santé actuel, mais un levier essentiel qui influence de manière positive leur état de santé futur. Ils soulignent que le traitement rapide et adéquat des affections ou inconforts immédiats contribue à prévenir une aggravation des problèmes, tout en renforçant leur sentiment de sécurité et de confiance dans le système de soins. Un participant illustre cette idée en disant : « Je dirais que les deux se rejoignent. Parce que tu ne peux pas laisser l'autre de côté...C'est pour améliorer, c'est le concept de la médecine » (Participant 5).

Cette perspective met en lumière une relation d'interdépendance entre la gestion à court terme et la gestion à long terme de la santé. Les participants considèrent ces deux dimensions comme inséparables et intrinsèquement liées. Ils les décrivent comme des

pilliers complémentaires d'un même processus, où l'efficacité des interventions immédiates prépare le terrain pour un suivi durable et une amélioration continue de leur santé.

[...] je reçois quand même le compte rendu.... Au fil des réunions je peux demander tout l'historique d'il y a 5 ans... à partir de là je peux voir comment ça évolue... C'est un service qui est offert, il faut juste qu'on le demande. (Participant 8)

6.2.4 Conclusion générale

Ce portrait met en lumière la complexité des interactions entre les Autochtones en situation d'itinérance et le système de santé. Les récits recueillis révèlent d'abord les lourds fardeaux liés à la vie moindres (traumatismes, dépendances, pertes familiales), puis la manière dont la couveuse sociale accentue leur marginalisation à travers la standardisation des pratiques, la discrimination et le manque de reconnaissance culturelle. Enfin, la sécurisation culturelle apparaît comme une voie possible de guérison, en mettant en avant la spiritualité, l'identité culturelle et la qualité des relations humaines avec les soignants.

Ces sections s'enchaînent pour montrer que les expériences des participants ne peuvent pas être comprises isolément : elles s'imbriquent dans un cycle de précarité où les déterminants sociaux, la méfiance institutionnelle et le besoin de reconnaissance culturelle interagissent constamment.

Un élément central ressort néanmoins de manière transversale est la perception que les participants ont de leur propre santé. Pour eux, la santé n'est pas définie uniquement par l'absence de maladie. Elle est étroitement liée à la stabilité de leurs conditions de vie (se nourrir, se loger), au maintien de leurs liens familiaux et communautaires, et à leur capacité à préserver un ancrage culturel et spirituel. Ainsi, plusieurs expliquent que leur santé dépend autant de leur équilibre intérieur (se sentir en paix, ne pas être isolé) que de l'accès à des soins médicaux.

En ce sens, leurs paroles révèlent une compréhension holistique et relationnelle de la santé : être en santé, c'est pouvoir se sentir reconnu, respecté et soutenu dans sa dignité, mais aussi maintenir un lien avec sa culture et ses valeurs. À l'inverse, la rupture de ces dimensions que ce soit par la pauvreté, la perte de proches, le racisme ou l'isolement est vécue comme une atteinte directe à leur bien-être.

Ainsi, les résultats de cette recherche soulignent non seulement les effets délétères de l'itinérance sur la santé physique et mentale, mais aussi la nécessité urgente de développer des modèles de soins culturellement sécurisants, où l'écoute, le respect et la reconnaissance de l'identité autochtone deviennent des leviers essentiels pour favoriser la guérison et restaurer la confiance envers le système de santé.

7. DISCUSSION

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à la perception de la santé chez les personnes autochtones en situation d'itinérance dans la ville de Val-d'Or. Pour ce faire, les chapitres précédents ont permis d'identifier les enjeux soulevés par la littérature existante sur le sujet, tout en clarifiant les concepts clés de cette recherche. Après avoir détaillé les démarches méthodologiques utilisées pour collecter les résultats et les constats présentés dans le dernier chapitre, il est désormais temps d'analyser l'ensemble de ces données.

Dans cette optique, il convient de revenir aux objectifs spécifiques qui sous-tendent cette étude qualitative. D'abord, il s'agit d'explorer la manière dont les personnes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or perçoivent leur propre santé et les services d'accompagnement qui leur sont offerts. Ensuite, nous cherchons à analyser les facteurs qui peuvent influencer cette perception de la santé, en tenant compte des aspects sociaux, culturels et environnementaux. Enfin, l'étude vise à identifier les besoins spécifiques de cette population en matière de santé et d'accompagnement, afin de mieux comprendre les défis uniques auxquels elle est confrontée et d'orienter les politiques et les pratiques de santé publique en conséquence.

Les résultats obtenus sont discutés ci-après à la lumière du cadre conceptuel articulé autour des concepts de *vie moindre*, de *couveuse sociale* et de *sécurisation culturelle*, révélant la complexité des trajectoires de vie, des rapports aux soins et des dynamiques d'exclusion vécues par ces personnes.

7.1 La vie moindre : la santé reléguée au second plan dans un contexte de survie

Les résultats de cette étude démontrent avec force que, pour les personnes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or, la santé ne peut être dissociée des conditions de survie. Bien que les participants reconnaissent l'importance du bien-être physique, mental et spirituel, celui-ci est constamment relégué au second rang au profit des besoins fondamentaux comme se nourrir, se vêtir et se loger. Dans un contexte de précarité, la santé devient une utopie, souvent inaccessible tant que la stabilité matérielle et affective n'est pas assurée.

Cette mise sur pause de la santé traduit une adaptation aux conditions d'existence que Namian (2012) conceptualise sous la notion de vie moindre, où la survie quotidienne prend toute la place. Plusieurs participants décrivent une fatigue accumulée, une usure physique

et psychologique liées à la répétition des épreuves de la vie. L'accès aux soins, bien que souhaité, se heurte à de multiples obstacles : mobilité constante, perte de médicaments, manque de suivi, accueil froid. Ces expériences renforcent le désengagement vis-à-vis du système de santé, perçu comme éloigné de leurs réalités de vie. Les travaux d'Omerov *et al.* (2020) et de Hendel (2021) appuient cette observation, montrant que la précarité résidentielle et les barrières d'accès aux services contribuent à la chronicisation des problèmes de santé et à un sentiment d'exclusion structurelle.

Mais réduire la santé à une question d'accès aux soins serait ignorer la profondeur des blessures vécues. Les récits poignants recueillis montrent que les participants portent en eux les marques de traumatismes répétés, violences familiales, abus sexuels, ruptures de liens affectifs et pertes de proches, qui façonnent leur rapport au corps. Ces expériences alimentent un cycle de souffrance et de marginalisation chroniques. Plusieurs font état de troubles anxieux, d'insomnie, de crises de panique ou de dépression. Ces observations s'arriment aux travaux de Kidd *et al.* (2019), Wylie *et al.* (2019) et Browne *et al.* (2011), qui relient les héritages coloniaux à une dégradation continue de la santé et à la transmission intergénérationnelle de traumatismes.

Dans ce contexte, la consommation d'alcool et de drogues apparaît comme une réponse à la douleur. Les substances deviennent des moyens de gérer la souffrance, d'évasion à une réalité trop lourde. La dépendance, bien qu'elle aggrave souvent les problèmes de santé, constitue une stratégie d'adaptation, un mécanisme de survie. Ce double rôle de la consommation à la fois refuge et piège illustre l'ambivalence des stratégies de résilience dans le monde de l'itinérance.

Parallèlement, la santé des participants se trouve profondément liée à la perte de liens communautaires et familiaux. Plusieurs disent se sentir étrangers dans leur propre communauté, témoignant d'une fracture identitaire et culturelle. L'éloignement des racines, souvent dû à des placements en famille d'accueil engendre un sentiment de déracinement qui pèse sur le bien-être spirituel et émotionnel. Ce constat rejoint les réflexions de Reading et Wien (2009) et de Landry *et al.* (2019), pour qui la santé, dans une perspective autochtone, repose sur l'équilibre entre le corps, l'esprit, le spirituel, la communauté et le territoire. Or, cet équilibre se trouve fragilisé lorsque la personne est coupée de ses repères identitaires et culturels.

Pourtant, malgré cette adversité, des formes de résilience émergent. Chez plusieurs, hommes, le travail apparaît comme un levier de reconstruction identitaire. Même dans la précarité, la recherche d'un emploi représente une manière de s'affirmer dans la société. Cette observation fait écho aux travaux de Purkey et MacKenzie (2019), qui soulignent la valeur du travail comme facteur de stabilité psychosociale chez les hommes autochtones vulnérables.

Chez les femmes, la relation avec les enfants constitue une voie de guérison centrale. Renouer avec ses enfants, ou simplement envisager un nouveau départ avec eux apparaît comme une source de motivation et de bien-être. Ces liens affectifs réactivent un sentiment d'appartenance et de valorisation de soi, permettant aux femmes de se reconnecter à elles-mêmes. Ces constats rejoignent les études de Hayward *et al.* (2020) et Asamoah *et al.* (2023), qui montrent que la maternité peut jouer un rôle thérapeutiques majeur dans les trajectoires de résilience autochtone.

En somme, la perception de la santé chez les personnes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or s'inscrit dans une tension constante entre survie et équilibre. La santé est envisagée comme un état global, englobant les dimensions physiques, mentales, spirituelles et émotionnelles, mais elle demeure fragilisée par les conditions de vie, les pertes et l'exclusion sociale. Dans un contexte où les besoins primaires dominent, la santé devient un horizon lointain, accessible uniquement lorsque les bases matérielles et culturelles de l'existence sont rétablies (Omerov *et al.*, 2020; Hunter *et al.*, 2014).

Ainsi en réponse au premier objectif de cette recherche, il apparaît que les participants perçoivent leur santé non comme un état statique, mais comme une quête entravée par la précarité, les traumatismes et la déconnexion culturelle. Leur rapport à la santé est indissociable de leur expérience de vie moindre, mais aussi traversé par des aspirations à la guérison et à la reconnexion à leurs racines. Cette compréhension invite à repenser l'accompagnement non pas seulement en termes d'accès aux soins, mais comme processus holistique de rétablissement du lien entre la personne, la communauté et le territoire.

7.2 Discrimination systémique et couveuse sociale : un système qui façonne la perception de la santé

Les résultats de cette étude mettent en lumière la discrimination systémique vécue par les participants autochtones en situation d'itinérance lors de leurs interactions avec le système de santé. Les récits recueillis montrent que les jugements liés à l'origine autochtone et au statut d'itinérance se traduisent souvent par des attitudes paternalistes, condescendantes ou même hostiles, alimentant un profond sentiment de dévalorisation. Ces expériences rappellent que la discrimination ne repose pas uniquement sur des gestes explicites : elle s'explique dans des microviolences quotidiennes qui érodent la confiance dans les soignants. Ces expériences combinent des barrières structurelles, un écart culturel persistant et une déshumanisation des pratiques cliniques, formant un mécanisme cumulatif où chaque rencontre décevante renforce la méfiance et l'évitement.

Ces constats s'arriment étroitement à la littérature existante. Barbo et Alam (2024) ainsi que O'Carroll et Wainwright (2019) montrent que les attitudes stigmatisantes retardent la demande de soins, jusqu'à ce que la dégradation de la santé devienne critique. Browne *et al.* (2011) décrivent le processus d'autocensure provoqué par le jugement, où la personne préfère minimiser ses besoins en santé pour éviter l'humiliation. Kitching (2017) et Duhoux et al. (2018) soulignent quant à eux que la répétition de ces expériences engendre une rupture durable de confiance envers les institutions. Nos données confirment cette dynamique : la discrimination ne relève pas d'incidents isolés, mais d'une logique systémique où les normes produisent, par standardisation, une forme d'exclusion sociale.

Cette réalité renvoie au concept de couveuse sociale de Namian (2012), qui désigne un environnement institutionnel maintenant les individus dans une dépendance structurelle sous couvert de bienveillance. Nos résultats illustrent comment, au-delà du milieu hospitalier, l'ensemble du réseau institutionnel (santé, services sociaux, logement) participe à cette dynamique. L'absence d'adresse fixe rend l'accès aux services presque impossible : la judiciarisation de comportements liés à la survie renforce la surveillance, la peur d'un signalement décourage la demande d'aide et les protocoles appliqués sans réelle participation active des personnes renforce le sentiment d'infantilisation. Ce dispositif donne l'illusion d'agir pour beaucoup de personnes tout en neutralisant leur capacité d'agir.

Le paternalisme observé se manifeste par des décisions médicales prises sans consentement éclairé, des prescriptions décontextualisées et des explications minimales. La centralité du biomédical invisibilise la culture, la langue, la spiritualité et les liens sociaux, transformant la santé en un espace de contrôle qu'en un lien de guérison. Duhoux *et al.* (2018) notent que cette méconnaissance des savoirs autochtones engendre des malentendus persistants : en prétendant protéger, on impose en voulant aider, on dépossède. La personne s'ajuste alors au système, jusqu'à taire ce qui est essentiel à sa guérison.

Cette dynamique s'accompagne d'un phénomène qui ressort clairement de nos résultats de recherche, celui du *don't ask, don't tell*. Pour se protéger, les individus taisent certains aspects de leur identité ou de leur parcours afin d'éviter le rejet et le jugement. De leur côté, les institutions choisissent souvent de ne pas questionner ces dimensions, par manque de temps, de formation ou par crainte de mal faire. Ce silence réciproque assèche la relation thérapeutique, car les besoins réels ne sont ni exprimés ni reconnus, et l'absence de demande devient faussement interprétée comme absence de besoin.

L'écart culturel demeure un facteur central de cette fracture. La médecine biomédicale, fondée sur une approche segmentée du corps et du symptôme, entre en dualité avec la conception holistique de la santé, où les dimensions spirituelles, communautaires et territoriales sont indissociables. Cette divergence se manifeste par l'absence d'interprétation culturelle, la sous-représentation autochtone dans les milieux de soins et la méconnaissance des pratiques de guérison traditionnelles, autant d'éléments qui freinent la communication et la confiance. La transition vers une alimentation allochtone, par exemple, a eu un impact profond sur la santé des Autochtones, exacerbant certains problèmes métaboliques comme l'obésité (Atallah, 2017). Dans des contextes de précarité, les priorités se déplacent vers la sécurité, des besoins fondamentaux souvent mal compris par une médecine qui se limite à traiter des symptômes sans considérer la globalité de la personne. Les résultats de cette étude confirment que ces écarts culturels constituent un obstacle majeur à l'accès et à la continuité des soins, soulignant la nécessité d'adapter la pratique médicale aux réalités culturelles autochtones et promouvoir des modèles de soins ancrés dans la proximité et la compréhension mutuelle.

Enfin, l'histoire des fautes médicales commises à l'encontre des peuples autochtones dans les hôpitaux alimente profondément l'anxiété et la méfiance par les participants à cette

étude. Ces fautes, qu'il s'agisse d'erreurs de diagnostic, de prescriptions inappropriées ou de négligences flagrantes, traduisent une défaillance systémique où l'indifférence et l'ignorance des professionnels de la santé ont souvent mis en danger, voire couter la vie à des patients autochtones. Ces expériences douloureuses, ancrées dans la mémoire collective, exacerbant le sentiment d'abandon et de dévalorisation des communautés face à un système perçu comme discriminatoire. À cela s'ajoute la technicisation croissante des soins qui renforce la distance entre les professionnels de la santé et les patients autochtones et poussent plusieurs Autochtones vers des pratiques de guérison plus humaines, souvent ancrées dans les milieux communautaires autochtones. Loin d'une opposition rigide entre médecine occidentale et guérison traditionnelle, les résultats de cette étude révèlent plutôt un désir d'articulation des savoirs : la co-construction des parcours de soins et la médiation culturelle apparaissent comme des leviers essentiels pour redonner sens à la santé et restaurer la confiance dans les soins.

En résumé, les discriminations vécues, la logique de dépendance institutionnelle et le silence mutuel entre usagers et système façonnent une perception défensive de la santé; un espace à éviter plutôt qu'un lieu de mieux-être. Comprendre ces dynamiques suppose de déplacer le regard : il ne s'agit pas de corriger les personnes, mais de transformer l'écologie institutionnelle qui fabrique leur vulnérabilité. C'est tout l'enjeu du concept de couveuse sociale : dévoiler un système qui, sous couvert d'aide, reproduit la marginalisation. Répondre à cette réalité exige d'intervenir sur les causes structurelles et d'opérationnaliser la sécurité culturelle. Dans cette perspective, la perception de la santé ne peut être dissociée du territoire, des liens et du pouvoir d'agir sur sa propre trajectoire.

7.3 Les besoins spécifiques et les perspectives d'accompagnement : place de la sécurisation culturelle

Cette étude met en évidence la nécessité d'adapter les services de santé aux réalités culturelles, sociale et spirituelles des personnes autochtones en situation d'itinérance. Les besoins exprimés ne relèvent pas uniquement d'un accès équitable aux soins, mais d'un accompagnement porteur de sens, où la relation humaine, la confiance et la reconnaissance de l'identité occupent une place centrale.

Plusieurs participants à l'étude ont souligné que la sécurisation culturelle ne peut se limiter à la formation des professionnels : elle suppose une reconfiguration des rapports de pouvoir entre soignants et soignés. Dans un modèle biomédical dominant, le professionnel de la

santé détient le savoir et oriente la trajectoire de soins; or, les participants expriment le besoin de retrouver une voix active dans les décisions qui concernent leur santé. Ce renversement symbolique du pouvoir se traduit par la possibilité de choisir ses modalités de guérison, d'être consulté sur les interventions et de sentir que son expérience vécue a une valeur égale à celle du savoir médical. Dans cette optique, le rôle du professionnel n'est plus de diriger, mais plutôt d'accompagner.

Les témoignages recueillis révèlent aussi une préférence marquée pour les pratiques de guérison traditionnelle, perçues comme plus humaines et ancrées. Parmi celles évoquées, on retrouve les prières cérémonielles, la médecine herboriste autochtone ou encore les rencontres avec les aînés. Ces pratiques favorisent une guérison globale où le corps, l'esprit, la communauté et le territoire sont interconnectés : une vision partagée par Landry *et al.* (2019) et Reading et Wien (2009). Elles incarnent une forme de résistance face à un système perçu comme technocratique et déshumanisé, en réintroduisant la spiritualité, la dignité et la réciprocité dans le soin.

Ainsi, la sécurisation culturelle ne doit pas être envisagée comme un simple dispositif correctif, mais comme une transformation structurelle des institutions. Il s'agit de sortir de la logique de la couveuse sociale pour bâtir des espaces véritablement capacitants où les personnes autochtones ne sont plus objets d'intervention, mais acteurs de leur propre guérison. Comme le soulignent Nguyen *et al.* (2020), sécuriser culturellement, c'est reconnaître explicitement les rapports de domination qui persistent et créer des conditions concrètes pour les renverser, en intégrant des intervenant culturels autochtones dans les équipes de soins, en offrant des espaces cérémoniels dans les hôpitaux, ou en autorisant la cohabitation des médecines traditionnelle et occidentale dans les plans thérapeutiques.

En somme, répondre aux besoins spécifiques des personnes autochtones en situation d'itinérance revient à reconnaître que la guérison ne peut être dissociée de la culture et du territoire. Un système de santé véritablement transformé serait un système pluriel et interactif, où les savoirs autochtones et biomédicaux coexistent dans un respect mutuel. Il offrirait non seulement des soins, mais aussi un espace de réconciliation et de dignité retrouvée, où chaque personne autochtone pourrait se soigner sans avoir à renoncer à son identité.

7.4 Forces et limites de l'étude

Cette section présente les principales forces et limites de cette étude. Elle vise à mettre en évidence les aspects qui contribuent à la solidarité et à la pertinence de l'étude, tout en reconnaissant les éléments qui peuvent restreindre la portée des résultats de recherche.

7.4.1 Forces

L'étude permet d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche en explorant les dimensions de la santé des populations autochtones en situation d'itinérance qui sont quasi absentes dans la littérature scientifique. Elle ouvre la voie à des recherches futures concernant les pratiques culturelles en matière de soins de santé, les obstacles spécifiques à l'accès aux services, et la manière dont les systèmes de santé peuvent être adaptés aux réalités sociales, économiques et culturelles de cette population. L'étude pourrait également ouvrir la voie à la recherche sur la manière d'intégrer les savoirs traditionnels autochtones dans les pratiques de santé occidentales, favorisant ainsi des modèles de soins plus inclusifs et respectueux de la diversité culturelle.

Par ailleurs cette étude joue un rôle clé dans la conscientisation du réseau de la santé et des services sociaux aux besoins prioritaires des personnes autochtones en situation d'itinérance. Elle met en lumière les lacunes dans les services offerts et la nécessité de former les professionnels aux particularités culturelles et sociales de cette population. Elle permet également de mieux cerner les défis particuliers auxquels font face les personnes autochtones en situation d'itinérance, comme l'accès limité aux soins de santé, la stigmatisation, la méfiance envers les institutions ou encore la barrière de la langue. Elle attire donc l'attention sur la nécessité de services de santé qui répondent non seulement aux besoins médicaux, mais aussi aux dimensions émotionnelles et psychologiques, ainsi qu'aux besoins spirituels.

7.4.2 Limites

Dans la recherche qualitative, la transférabilité est un concept clé. Cela fait référence à la capacité de transférer les résultats d'une étude à d'autres contextes, groupes ou situations (Lincoln et Guba, 1985). Dans le cadre de cette étude, il y a un défi de transférabilité. Premièrement, l'échantillon n'est pas assez homogène, car il se compose de 11 personnes, dont 3 femmes, ce qui peut limiter la diversité des perspectives et rendre difficile l'extension des résultats à une population plus large. Selon Creswell (2013), une des limites fréquentes

des études qualitatives réside dans le choix de l'échantillon, particulièrement lorsque celui-ci est trop restreint ou biaisé en termes de genre. Une représentativité plus équilibrée entre les sexes aurait permis d'obtenir une meilleure compréhension des différences de perceptions selon le genre.

Deuxièmement, le fait de cibler la population autochtone en situation d'itinérance à Val-d'Or peut être considéré comme une limite. Bien que cette approche de ciblage puisse permettre d'approfondir la compréhension du phénomène étudié à Val-d'Or, elle comporte un biais de sélection qui limite la portée des résultats et leur transférabilité à d'autres contextes. Autrement dit; la concentration sur la population autochtone en situation d'itinérance à Val-d'Or peut ne pas refléter la situation des autres groupes autochtones en situation d'itinérance dans des contextes urbains ou ruraux différents (Creswell, 2013). Comme le suggèrent Lincoln et Guba (1985), pour qui le choix des participants est cruciale pour évaluer la transférabilité des conclusions d'une étude qualitative.

Troisièmement, il est important de noter que la saturation des données n'a pas été atteinte après 11 entrevues, ce qui constitue une limite de la recherche. La saturation des données est un concept central en recherche qualitative, qui désigne le moment où l'ajout de nouveaux participants ne génère plus d'informations nouvelles ou pertinentes sur les thèmes ou les concepts étudiés. La saturation est cruciale pour garantir que les données recueillies sont suffisamment riches et variées pour refléter les différentes perspectives sur le phénomène étudié et ensuite les généraliser (Dorais, 1993). Néanmoins, il n'existe pas de nombre fixe d'entrevues permettant de garantir la saturation, car cela dépend de la complexité du sujet étudié, de la diversité des participants, et du degré de profondeur des informations recherchées (Saunders *et al.*, 2018).

7.5 Retombées du projet de recherche

Cette section présente les retombées anticipées de ce projet de recherche sur les plans scientifique, clinique et sociétal. Ces retombées s'inscrivent dans la continuité des constats mis en évidence dans la discussion et forment le socle des recommandations formulées dans la section suivante.

7.5.1 Retombées scientifiques

Cette recherche contribue à combler un vide important dans la littérature scientifique. Alors que la majorité des études antérieures s'intéressent aux grandes villes, ce travail éclaire les

réalités vécues dans des contextes régionaux comme Val-d'Or, où les dynamiques communautaires, les ressources disponibles diffèrent considérablement.

Sur le plan théorique, l'articulation entre les concepts de la vie moindre, de couveuse sociale et de sécurisation culturelle offre un cadre analytique original permettant de penser autrement les liens entre la précarité, la santé et l'héritage colonial. En intégrant des dimensions existentielles, relationnelles et structurelles, le modèle développé favorise une compréhension fine du vécu des personnes marginalisées. Cette approche ouvre ainsi la voie à de nouvelles pistes de recherche interdisciplinaires, notamment en santé communautaire, en anthropologie et en travail social, en invitant à revisiter les notions de soin, d'autonomie et de pouvoir agir dans une perspective décoloniale.

7.5.1 Retombées cliniques

Les résultats mettent en lumière les écarts entre les besoins perçus par les personnes autochtones en situation d'itinérance et les réponses institutionnelles qui leur sont offertes. Ils soulignent la nécessité de repenser les pratiques cliniques vers des modèles relationnels ancrés dans la reconnaissance des savoirs autochtones, le respect et la continuité du lien. En ce sens, le projet soutient le développement de milieux de soins culturellement sécurisants et autonomisants plutôt que surprotecteurs, c'est-à-dire capables de soutenir les personnes sans les enfermer dans la dépendance institutionnelle et la victimisation. Il encourage les intervenants et les soignants à adopter une posture réflexive sur leurs pratiques, en favorisant la sécurisation culturelle, la communication respectueuse et l'intégration des savoirs traditionnels autochtones dans le processus d'accompagnement clinique.

Ces retombées peuvent inspirer la formation continue du personnel de santé, l'élaboration de protocoles d'accueil inclusifs.

7.5.2 Retombées sociétales

Sur le plan social, ce projet de recherche participe à la visibilité des réalités autochtones urbaines, souvent invisibilisées dans les politiques publiques. Elle permet de sensibiliser la population et les décideurs à la complexité des trajectoires de vie des personnes autochtones en situation d'itinérance et de déconstruire les jugements moraux.

Les connaissances produites alimentent la réflexion collective sur la justice sociale et la décolonisation des services, en offrant des repères concrets pour des pratiques plus adaptées aux réalités du terrain. Enfin, ce projet favorise la création de ponts entre la recherche universitaire et les milieux communautaires, notamment les centres d'amitié autochtone, en encourageant des pratiques de recherche participative qui ont un impact considérable sur la qualité de vie et le mieux-être des personnes autochtones en situation d'itinérance.

7.6 Recommandations

7.6.1 Reconfiguration des couveuses sociales

Les établissements venant en aide aux personnes vulnérables tels que le Centre d'Amitié Autochtone de Val-d'Or (CAAVD), le Poste de Police Communautaire Autochtone de Val-d'Or (PPCMA), *la Piaule* de Val-d'Or, ou encore Chez Willie jouent un rôle essentiel pour les Autochtones en situation de précarité, notamment ceux confrontés à l'itinérance. Cependant, il est nécessaire de réévaluer et de transformer ces espaces de soutien afin de répondre véritablement aux besoins d'autonomisation et de réinsertion durable des individus, en particulier au regard des défis uniques auxquels sont confrontées les communautés autochtones.

Actuellement, les services offerts par les organismes communautaires et gouvernementaux répondent souvent aux besoins immédiats des personnes, mais ces structures tendent à maintenir une relation de dépendance envers les institutions. Cela crée un paradoxe où, bien qu'elles soient censées offrir de l'aide, elles risquent parfois de maintenir les individus dans un état de vulnérabilité continue, empêchant une véritable émancipation. Ce système de soutien, bien que nécessaire dans de nombreux cas, peut devenir un piège en maintenant les bénéficiaires dans une position de vulnérabilité continue (Namian et Binet, 2016). Cela est particulièrement problématique dans le cas des Autochtones en situation d'itinérance, qui se retrouvent souvent dans un réseau d'institutions déconnectées de leurs réalités culturelles, sociales et économiques, renforçant ainsi leur marginalisation et leur exclusion. Plutôt que de les aider à s'intégrer pleinement dans la société, ce type de soutien, lorsqu'il est mal adapté, peut avoir pour effet de maintenir ces individus dans un état de précarité prolongée (Lemaire, 2021).

Il est donc impératif de reconfigurer ces institutions pour qu'elles deviennent de véritables espaces d'autonomisation, où l'accent serait mis sur l'accompagnement individuel et personnalisé plutôt que sur une assistance ponctuelle. Par exemple, chaque programme devrait offrir des services adaptés aux parcours de vie uniques des individus, permettant de sortir de la dépendance institutionnelle et de favoriser une réinsertion durable (Namian et Binet, 2016). Cela pourrait inclure des formations professionnelles sur mesure, des services psychosociaux spécialisés, ainsi que des opportunités d'épanouissement personnel respectant les spécificités culturelles des Autochtones permettant de se reconnecter avec leur identité culturelle et pratiques spirituelles (Bartlett *et al.*, 2012). Des activités comme des ateliers de transmission des savoirs traditionnels, des cercles de parole ou des rituels de guérison devraient être intégrés dans l'accompagnement. Cela permet aux individus non seulement de réintégrer la société sur le plan économique et social, mais aussi de tracer leur avenir selon leurs propres valeurs et croyances, et non selon des modèles externes qui peuvent être perçus comme oppressifs (Namian et Binet, 2016).

Ainsi, cette reconfiguration des couveuses sociales ne se limite pas à un changement superficiel ou temporaire dans les pratiques. Il s'agit d'une révision profonde des objectifs de ces espaces, d'une transformation qui place l'individu au centre du processus, non plus comme un simple récepteur d'aide, mais comme un acteur de son propre parcours. Cela nécessite une vision globale, inclusive et respectueuse des spécificités culturelles et sociales des populations concernées, afin que ces espaces deviennent des lieux de dignité, d'autonomie et de renaissance pour les Autochtones en situation d'itinérance (Lemaire, 2021).

7.6.2 Institutionnalisation de la sécurisation culturelle

Le deuxième axe central de la transformation des pratiques institutionnelles repose sur l'institutionnalisation de la sécurisation culturelle, un concept fondamental pour garantir une approche véritablement inclusive et respectueuse des cultures autochtones au sein des systèmes de santé et des services sociaux. Cette notion implique une intégration systématique de la dimension culturelle dans tous les aspects des politiques publiques et des pratiques institutionnelles. Autrement dit, il ne suffit pas simplement de respecter la culture autochtone de manière superficielle ou ponctuelle, mais il est crucial que cette culture soit activement intégrée et prise en compte dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé, des soins sociaux et des autres dispositifs de soutien.

Les institutions, qu'elles soient médicales, sociales ou éducatives, doivent devenir des espaces où la culture autochtone n'est pas seulement tolérée, mais pleinement valorisée et réellement incorporée dans le quotidien des interventions (Belaid et Andersson, 2023).

Cela nécessite un changement structurel dans la formation et l'accompagnement des professionnels de la santé, travailleurs sociaux, éducateurs et autres intervenants. La sécurisation culturelle ne repose pas uniquement sur la responsabilité individuelle, mais s'inscrit dans des cadres institutionnels clairs, soutenus par des politiques et des ressources adaptées. Dans cette perspective, les institutions de formation ont un rôle central en proposant des programmes intégrant la compréhension des cultures autochtones et de leurs réalités sociales, économiques et historiques. Ces formations doivent dépasser la théorie pour développer des compétences pratiques, permettant aux intervenants d'agir de manière culturellement sécurisante, tout en évoluant dans des contextes institutionnels structurants (Morin-Holland, 2019).

En outre, la sécurisation culturelle exige une participation active des communautés autochtones à la gouvernance et au développement des politiques de santé et des services sociaux. Les communautés autochtones doivent être placées au cœur de la prise de décision, et leur participation ne doit pas se limiter à une consultation ponctuelle, mais devenir un véritable processus de co-construction des politiques publiques. Lorsque les communautés autochtones sont impliquées dans la conception des services qui les concernent, cela garantit une personnalisation des programmes et une meilleure adéquation entre les interventions proposées et les besoins réels de la population. Cette approche participative permet également de renforcer la légitimité des actions entreprises et d'assurer qu'elles répondent aux aspirations des personnes qu'elles visent à soutenir. Les institutions doivent donc établir des partenariats durables et des collaborations étroites avec les leaders communautaires autochtones, les aînés, les guérisseurs traditionnels et d'autres figures importantes des communautés, afin que les interventions soient véritablement adaptées et respectueuses des réalités locales (Lévesque, 2015).

L'institutionnalisation de la sécurisation culturelle implique également de développer des programmes spécifiques conçus sur mesure pour répondre aux particularités culturelles des populations autochtones, en particulier celles des Autochtones en situation d'itinérance. Ces programmes ne doivent pas seulement viser à résoudre les problèmes immédiats liés à l'itinérance, mais doivent également prendre en compte les aspects plus larges de la santé

mentale, du bien-être social, et du développement économique des individus. Par exemple, des soins de santé holistiques qui intègrent à la fois les pratiques médicales traditionnelles et modernes pourraient être mis en place. Cela permettrait de reconnaître et de valoriser les médecines traditionnelles autochtones tout en offrant l'accès aux soins modernes, dans un cadre respectueux des croyances et pratiques culturelles des individus. De même, des services d'accompagnement psychologique doivent être adaptés à la culture autochtone, en tenant compte des spécificités sociales, spirituelles et communautaires. Les psychologues et les travailleurs sociaux doivent ainsi être formés à utiliser des méthodes de soin respectueuses des traditions culturelles, en évitant de pathologiser les modes de vie autochtones ou de réduire l'identité culturelle des individus à un facteur de victimisation (Leclerc *et al.*, 2018).

De plus, la sécurisation culturelle suppose la création des espaces sécuritaires où les individus peuvent se sentir à l'aise de partager leur histoire, leurs souffrances, leurs aspirations et leur identité sans crainte de jugement ou de stigmatisation. Ces espaces doivent permettre une expression libre de l'identité autochtone, qu'il s'agisse de leur culture, de leur langue, de leurs croyances spirituelles ou de leurs pratiques communautaires. En garantissant que ces espaces soient légitimés et protégés par les institutions publiques, on évite la répression ou l'effacement de ces identités dans les contextes institutionnels. Cela comprend des initiatives telles que des cercles de guérison, des rituels spirituels ou des programmes culturels visant à restaurer les liens avec les traditions ancestrales (Blanchet Garneau et Pepin, 2012).

Au-delà des questions pratiques, l'institutionnalisation de la sécurisation culturelle est aussi un acte symbolique d'affirmation de l'identité et de la dignité des populations autochtones. Elle constitue un pas vers une reconnaissance pleine et entière de leurs droits culturels, un facteur essentiel pour favoriser la réconciliation entre les institutions et les communautés autochtones. Ce processus ne se limite pas à la simple inclusion de pratiques culturelles dans des programmes de soins, mais vise à créer un environnement institutionnel véritablement respectueux et valorisant des identités et des traditions autochtones à tous les niveaux de la gouvernance. En définitive, la sécurisation culturelle permet de créer un cadre de soin et de soutien où les Autochtones, notamment ceux en situation d'itinérance, peuvent trouver des solutions adaptées à leurs besoins, tout en préservant et en affirmant leur autonomie culturelle (Baba, 2013).

Cette transformation envisagée ne se limite pas à une simple dénonciation des inégalités, mais elle appelle à la construction de modèles de soutien plus inclusifs et respectueux des identités et des cultures autochtones. En effet, il s'agit de repenser les dispositifs d'accompagnement afin de les rendre plus adaptés aux réalités vécues par ces populations. Le modèle proposé insiste sur la nécessité d'une approche de co-construction, où les acteurs autochtones sont pleinement impliqués dans l'élaboration des politiques et des solutions qui les concernent. Cela permettrait d'éviter des solutions imposées de manière unilatérale, souvent déconnectées des besoins réels des communautés. Une telle approche mettrait également en avant la justice sociale, un principe fondamental qui vise à rétablir l'équilibre, à corriger les inégalités structurelles et à garantir à chaque individu, indépendamment de son origine culturelle, des opportunités égales d'accès aux soins et aux services sociaux (Borwick, 2022).

Dans cette perspective, plusieurs pistes de transformation concrètes sont proposées, comme l'intégration des savoirs autochtones dans les processus décisionnels. Ce n'est pas seulement une question de reconnaissance symbolique, mais aussi de faire en sorte que les connaissances traditionnelles et culturelles soient véritablement prises en compte dans la définition des politiques de santé publique (Badra et Dacheux, 2024). Par ailleurs, il est essentiel de reconfigurer les couveuses sociales pour qu'elles deviennent de véritables espaces d'autonomisation, permettant aux communautés autochtones de retrouver leur pouvoir d'agir et de s'autoorganiser. Ces espaces doivent être conçus non pas comme des lieux d'assistance, mais comme des centres de développement, d'apprentissage et de renforcement des capacités, où les individus peuvent acquérir les outils nécessaires à leur indépendance et à leur bien-être (Namian, 2012).

En outre, l'institutionnalisation de la sécurisation culturelle apparaît comme un axe fondamental de cette transformation. Il s'agit d'assurer que les pratiques culturelles autochtones soient non seulement respectées, mais également protégées au sein des institutions, qu'elles soient éducatives, sociales ou de santé. En faisant de la sécurisation culturelle un principe fondamental des politiques publiques, on garantirait non seulement une meilleure adéquation entre les services offerts et les besoins des communautés, mais aussi la préservation de leur patrimoine culturel, de leurs valeurs et de leur identité (Pepper, 2022).

CONCLUSION

Ce mémoire a permis de mettre en lumière les perceptions de la santé chez les personnes autochtones en situation d'itinérance à Val-d'Or, en s'ancrant dans une approche qualitative sensible aux expériences, aux récits et aux réalités de terrain. À travers les concepts de « vie moindre », de « couveuse sociale » et de « sécurisation culturelle », cette recherche a révélé l'ampleur des défis structurels, relationnels et identitaires auxquels fait face cette population. Les témoignages recueillis, riches et poignants, révèlent que la santé ne peut être comprise de façon isolée ou biomédicale, mais doit être abordée de manière holistique, en tenant compte des contextes historiques, sociaux et culturels.

La réalité de l'itinérance vécue par les Autochtones ne peut être dissociée de l'histoire coloniale du Canada, du racisme systémique toujours présent dans les services de santé, et de la rupture constante des liens communautaires et familiaux. Cette recherche met ainsi en évidence que l'état de santé est souvent relégué au second plan face à la nécessité de survivre, tant sur le plan biologique que social. Elle souligne aussi l'importance capitale de la relation entre le patient et le soignant, et l'urgence d'institutionnaliser des pratiques ancrées dans la sécurisation culturelle.

Les résultats obtenus appellent à une transformation profonde des pratiques et des institutions. Les services d'accompagnement ne doivent plus se limiter à gérer l'itinérance, mais devenir de véritables lieux d'émancipation et de reconstruction identitaire. Cela suppose un repositionnement éthique et politique des acteurs de santé, une formation adéquate à la sécurisation culturelle, et surtout, une reconnaissance pleine et entière des savoirs, des voix et des aspirations des peuples autochtones.

En conclusion, cette recherche se veut un appel à l'écoute, à l'humilité et à la co-construction. Elle invite les milieux de soins à sortir des logiques normatives et à accueillir pleinement la diversité des chemins de guérison, dans une perspective de justice sociale, de réconciliation et de respect. Que ce travail puisse, modestement, contribuer à cette transformation.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Quel est l'état de santé des Canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des Canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/quel-est-l-etat-sante-des-canadiens.html>
- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First peoples, second class treatment : the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Wellesley Institute. <https://www.deslibris.ca/ID/245514>
- Andermann, A., Oake, N., Daniel, B. et Susser, E. (2017). Les éclosions dans l'optique de la syndémie : de nouvelles notions pour améliorer la santé des Autochtones. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 43(6), 140–149. https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/17vol43/dr-rm43-6/assets/pdf/17vol43_6-ar-02-fra.pdf
- Asamoah, G., Khakpor, M., Carr, T. et Groot, G. (2023). Exploring Indigenous traditional healing programs in Canada, Australia, and New Zealand: A scoping review. *Explore*, 19(1), 14-25. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.06.004>
- Atallah, N. (2017). *Décolonisation de l'alimentation des peuples autochtones: étude du cas de la communauté Anishnabe de Lac Simon* [Mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa]. Bibliothèques et archives Canada. [Décolonisation de l'alimentation des peuples autochtones : étude du cas de la communauté Anishnabe de Lac Simon](#)
- Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-fr.pdf>
- Badra, L., & Dacheux, É. (2024). La co-construction des savoirs dans un territoire : une démarche de recherche-action à Clermont-Ferrand. *Communication*, 41(1). <https://doi.org/10.4000/1271>
- Barbo, G. et Alam, S. (2024). Indigenous people's experiences of primary health care in Canada: A qualitative systematic review. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 44(4), 131–151. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.4.01>
- Baribeau, C. (2007). Introduction. Les questions de l'heure en recherche qualitative. Dans F. Guillemette et C. Baribeau (Dir.), *Recherche qualitative en sciences humaines et sociales : les questions de l'heure* (pp. 1-3). Association pour la recherche qualitative. [Recherche qualitative en sciences humaines et sociales : les questions de l'heure – Érudit](#)
- Bartlett, C., Marshall, M. et Marshall, A. (2012). Two-Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together Indigenous and mainstream

- knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2(4), 331–340. <https://doi.org/10.1007/s13412-012-0086-8>
- Basile, S. (2021). *Boîte à outils des principes de la recherche en contexte autochtone : éthique, respect, équité, réciprocité, collaboration et culture*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. https://reseaudialog.ca/wp-content/uploads/2022/02/Boite_Outils_Principe_Recherche_Contexte_Autochtone_2021.pdf
- Bedmar, M. A., Capitán-Moyano, L., Bennasar-Veny, M., Moreno-Mulet, C., Carrero-Planells, A. et Yáñez, A. M. (2024). Health status and self-perception of health among homeless people in Spain: A mixed-methods study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1444888. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1444888>
- Belaid, L. et Andersson, N. (2023). *Sécurisation culturelle : fiche méthodologique n°47*. LIEPP. <https://sciencespo.hal.science/hal-04160776>
- Belaid, L., Garakani, T. et Maillet, L. (2025). *Is cultural safety enough to prevent systemic racism and reduce? A critical look at Quebec's Bill 32*. *Santé Publique*, 37(1), 53–58. <https://stm.cairn.info/journal-sante-publique-2025-1-page-53?lang=en>
- Bellot, C. et Sylvestre, M.-È. (2016). *La judiciarisation de l'itinérance à Val-d'Or*. Rapport de recherche, Observatoire sur les profilages, Montréal.
- Blanc, J. (2021). Racisme et disparités de santé : l'impératif de l'équité en santé. *L'Autre, cliniques, cultures et sociétés*, 22(3), 270–273. <https://doi.org/10.3917/lautr.066.0270>
- Blanchet Garneau, A. et Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0022>
- Borwick, K. (2022). *Enjeux de sécurité culturelle dans la transplantation et le don d'organes : perceptions de membres des Premières Nations et de personnes professionnelles de la santé autochtones* [Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. <https://usherbrooke.scholaris.ca/items/156ecbf5-734e-4338-bc0c-947442a1abc4>
- Breault, P., Poland, B., Lewin, A. et Prince, M. (2021). Réflexions sur les soins de santé aux patients autochtones : instaurer la confiance. *Le Médecin de famille canadien*, 67(8), 571–573. <https://doi.org/10.46747/cfp.6708571>
- Browne, A. J., Smye, V., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B. et O'Neil, J. (2011). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*, 21(3), 333–348. <https://doi.org/10.1177/1049732310385824>
- Bushnik, T., Tjepkema, M. et Martel, L. (2018). Health-adjusted life expectancy in Canada. *Health Reports*, 29(4), 14–22. <https://doi.org/10.25318/82-003-x2018004-eng>

- Chandler, M. J. et Lalonde, C. E. (2019). *Cultural continuity and Indigenous youth suicide: New perspectives on the politics of suicide and suicide prevention*. Routledge.
- Chi, D. L. (2019). Interventions focusing on Indigenous populations may improve oral health outcomes. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 19(4), Article 101345. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2019.101345>
- Colorafi, K. J. et Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16-25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, et Instituts de recherche en santé du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2*. Gouvernement du Canada. https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html%3C/a
- Cornell, S. E. et Jorgensen, M. (2019). What are the limits of social inclusion? Indigenous peoples and Indigenous governance in Canada and the United States. *American Review of Canadian Studies*, 49(2), 283–300. <https://doi.org/10.1080/02722011.2019.1613790>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (3^e éd.). SAGE Publications. <https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/501/1/Qualitative%20inquiry%20%26%20research%20design.pdf>
- Creswell, J. W. et Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Croteau, K. (2020). Fabrique idéologique de « crises », colonialisme et résurgence socio-identitaire: neuf femmes innues se racontent. *Migration et racialisation en temps de « crise »*.
- Crowshoe, L., Dannenbaum, D., Green, M., Henderson, R., Naqshbandi Hayward, M., & Toth, E. (2018). Type 2 diabetes and Indigenous peoples. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(1), 296–306. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.022>
- Desjardins, P. M. (2011). Regional disparities in Canada: Interprovincial or urban/rural. *Région et développement*, 33(33), 59-80. <https://core.ac.uk/download/pdf/6342235.pdf>
- Deslauriers, J.-P. (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 145–152. <https://doi.org/10.7202/1002031ar>
- Domergue, M. et Taoussi, L. (2016). *Le mal-logement, un déterminant sous-estimé de la santé des enfants*. *La Santé en action*, (437), 18–21. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/141764/document_file/16771_doc00003376.pdf

- Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42(2), 7–27. <https://doi.org/10.7202/706615ar>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dubé, L. (2025). *Comprendre la sécurisation culturelle sous l'angle des Atikamekw Nehirowisiwok et leur vision de l'humilité culturelle* [Mémoire de Maîtrise, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue]. Depositum. <https://depositum.ugat.ca/id/eprint/1669>
- Dugré, S. et Thomas, D. (2010). Politiques sociales, identité et relations entre Autochtones et Québécois : Le cas de la ville de Val-d'Or Québec. Dans J. P. White et J. Bruhn (dir.), *Aboriginal Policy Research: Exploring the Urban Landscape* (Vol. 8, p. 67–85). Thompson. <https://ir.lib.uwo.ca/aprci/63/>
- Duhoux, A., Aubry, T., Ecker, J., Cherner, R., Agha, A., To, M. J., Hwang, S. W. et Palepu, A. (2017). Determinants of unmet mental healthcare needs of single adults who are homeless or vulnerably housed. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(3), 41–57. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-028>
- Earle, L. (2013). *Traditional Aboriginal diets and health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.ccnca-nccah.ca/docs/emerging/FS-TraditionalDietsHealth-Earle-EN.pdf>
- Farmer, O. (2012). Nouveau projet clinique et de logement pour itinérants. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 7–12. <https://doi.org/10.7202/1012640ar>
- First Nations Health Authority. (2017). *Overdose data and First Nations in BC: Preliminary findings*. Gouvernement de la Colombie-Britannique. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/overdose_awareness/fnha_overdosedataandfirstnationsinbc_preliminaryfindings_finalweb_july20.pdf
- Forchuk, C., Husni, S., Scott, L. et Booth, R. (2025). Pathways of displacement: A pan-Canadian perspective on the nature and dynamics of rural and remote homelessness. *Journal of Rural Studies*, 114, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2024.103542>
- Gaetz, S., Donaldson, J., Richter, T. et Gulliver, T. (2013). *The state of homelessness in Canada: 2013* [Rapport de recherche]. Canadian Homelessness Research Network Press. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_FR_0.pdf
- Gaulin, D. (2021). Des savoirs en tension : La construction des savoirs en santé mentale et la place des savoirs autochtones dans l'organisation des services. *Revue canadienne de service social*, 38(2), 87–111. <https://doi.org/10.7202/1086121ar>
- Grenier, K. (2019). *Trajectoires et identités de femmes en situation d'itinérance dans la région des Laurentides* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'UQO. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1117>

- Gwynn, J., Skinner, J., Dimitropoulos, Y., Masoe, A., Rambaldini, B., Christie, V., Sohn, W. et Gwynne, K. (2020). Community based programs to improve the oral health of Australian Indigenous adolescents: A systematic review and recommendations to guide future strategies. *BMC Health Services Research*, 20(1), Article 384. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05247-w>
- Haynes, E., Marawili, M., Marika, B. M., Mitchell, A. G., Phillips, J., Bessarab, D., Walker, R., Cooke, J. et Ralph, A. P. (2019). Community-based participatory action research on rheumatic heart disease in an Australian Aboriginal homeland: Evaluation of the 'On track watch' project. *Evaluation and Program Planning*, 74, 38–53. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2019.02.010>
- Hayward, A., Cidro, J. et Roulette, C. (2020). Identifying the gaps: A scoping review of urban Indigenous health and wellness studies in Manitoba and Saskatchewan. *Canadian Journal of Urban Research*, 29(2), 32-54.
- Hendel, I.-G. (2021). *Urban and rural homelessness in Northern Ontario: An Indigenous lens* [Mémoire de maîtrise, Université Laurentienne]. LU ZONE UL. <https://laurentian.scholaris.ca/items/794470ff-d748-4cf4-89cb-081229358ef6>
https://ccmp-mpcc.com/wp-content/uploads/2020/11/Montreal_Homelessness_2020_FR.pdf
- Hunter, C., Palepu, A., Farrell, S., Gogosis, E., Baxter, J. et Hwang, S. W. (2014). Barriers to prescription medication adherence among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *Journal of Primary Care & Community Health*, 6(3), 154–161. <https://doi.org/10.1177/2150131914560610>
- Johnson, H. et Sutherland, J. (2022). *Un cadre conceptuel pour la mesure de la sécurité culturelle des Autochtones*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. [Un cadre conceptuel pour la mesure de la sécurité culturelle des Autochtones](https://doi.org/10.1177/2150131914560610)
- Kidd, S. A., Thistle, J., Beaulieu, T., O'Grady, B. et Gaetz, S. (2019). A national study of Indigenous youth homelessness in Canada. *Public Health*, 176, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.06.012>
- Kirmayer, L. J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M. K. et Williamson, K. J. (2011). Rethinking resilience from Indigenous perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 84–91. <https://doi.org/10.1177/070674371105600203>
- Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., Rotondi, M., Nisenbaum, R., Maddox, R. et Smylie, J. (2020). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111(1), 40–49. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00242-z>
- Kolahdooz, F., Nader, F., Yi, K. J., & Sharma, S. (2015). Understanding the social determinants of health among Indigenous Canadians: Priorities for health promotion policies and actions. *Global Health Action*, 8(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27968>

- La Piaule de Val-d'Or. (2025). *Rapport annuel 2024-2025*. La Piaule de Val-d'Or. [La Piaule de Val-d'Or](#)
- Lambert, V. A. et Lambert, C. E. (2012). Qualitative descriptive research: An acceptable design. *Pacific Rim international journal of nursing research*, 16(4), 255-256. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/download/5805/5064>
- Landry, V., Asselin, H. et Lévesque, C. (2019). Link to the Land and Mino-Pimatisiwin (Comprehensive Health) of Indigenous People Living in Urban Areas in Eastern Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4782. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234782>
- Lavalley, J., Kastor, S., Tourangeau, M., Western Aboriginal Harm Reduction Society, Goodman, A. et Kerr, T. (2020). You just have to have other models, our DNA is different: The experiences of Indigenous people who use illicit drugs and/or alcohol accessing substance use treatment. *Harm Reduction Journal*, 17(1), Article 19. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00366-3>
- Leclerc, A.-M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M.-C. et Miquelon, P. (2018). La sécurisation culturelle en santé : un concept émergent ? *Perspective infirmière*, 15(3), 50-53. <https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere-vol-15-no-3-2018-3.pdf>
- Lemaire, E. (2021). Jeux de rôle et réconciliation avec les peuples autochtones. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 37(1). <https://doi.org/10.4000/ripes.2988>
- Lett, D. (2013). Emergency department problems raised at Sinclair inquest. *CMAJ*, 185(17), 1483. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4633>
- Lévesque, C. (2015). Pour l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de santé : Promouvoir la sécurisation culturelle. *Revue Droits et libertés*, 34(2), 16-19. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/6138/>
- Lévesque, C. et Comat, I. (2018). *La condition itinérante parmi la population autochtone au Québec, partie 1: une enquête qualitative à Montréal*. Réseau DIALOG. [CahierODENA-2018-01-Itinerance-MTL-VF.pdf](#)
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications.
- MacDonald, S. A. et Gaulin, D. (2019). The invisibility of rural homelessness in a Canadian context. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 29(2), 169-183. <https://doi.org/10.1080/10530789.2019.1688540>
- Martin, P. (2014). *Canada and Aboriginal Canada Today: Changing the Course of History*. University of Ottawa Press.
- Masson, F. (2023). *Les inégalités en santé chez les Autochtones : le droit constitutionnel et la normativité internationale comme fondement d'un droit autochtone à la santé en droit canadien* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <https://umontreal.scholaris.ca/items/fd5b1a40-2569-45a0-84d3-d1bd43307a09>

- Mc Conalogue, D., Maunder, N., Areington, A., Martin, K., Clarke, V. et Scott, S. (2021). Les sans-abris et la santé : une enquête qualitative sur leurs pratiques et leurs perceptions. *Journal de santé publique*, 43(2), 287–294. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz104>
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R. et Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
- Miller, J.-P., Hutton, J., Doherty, C., Vallesi, S., Currie, J., Rushworth, K., Larkin, M., Scott, M., Morrow, J. et Wood, L. (2024). A scoping review examining patient experience and what matters to people experiencing homelessness when seeking healthcare. *BMC Health Services Research*, 24, Article 492. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10971-8>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec : rapport de l'exercice du 11 octobre 2022*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-846-05W.pdf>
- Morin-Holland, A. D. (2019). *La sécurisation culturelle, un concept à préconiser pour la profession du travail social auprès des personnes autochtones : de la théorie à la pratique* [Mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa]. Recherche uO. <https://doi.org/10.20381/ruor-24000>
- Namian, D. (2011). Psychologisation ou singularisation? L'intervention sociale au temps de l'accompagnement. *Reflets*, 17(1), 58–89. <https://doi.org/10.7202/1005233ar>
- Namian, D. (2011a). *Vivre, survivre et mourir accompagné: aux frontières de la "vie moindre"* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel <https://archipel.ugam.ca/4423/1/D2249.pdf>
- Namian, D. (2011b). Psychologisation ou singularisation? L'intervention sociale au temps de l'accompagnement. *Reflets*, 17(1), 58–89. <https://doi.org/10.7202/1005233ar>
- Namian, D. (2012). *Entre itinérance et fin de vie : Sociologie de la vie moindre*. Presses de l'Université du Québec.
- Namian, D. (2015). Ethnographier la marginalité : peut-on sortir d'une logique de catégorisation des personnes? *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 113–127. <https://doi.org/10.7202/1037682ar>
- Namian, D. et Binet, J. (2016). Politiques d'activation et nouvelles « frontières » du travail social. Dans L. Negura (dir.), *L'intervention en sciences humaines : l'importance des représentations* (p. 99–127). Presses de l'Université Laval.
- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K. et Chan, C. B. (2020). Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare*, 8(2), 112. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>

- O'Carroll, A. et Wainwright, D. (2019). Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), Article 113. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1002-6>
- Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. (2004). *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale : 2003-2004*. Documentation française <https://www.researchgate.net/publication/285051867>
- Omerov, P., Craftman, Å. G., Mattsson, E. et Klarare, A. (2020). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>
- Onwuegbuzie, A. J. et Leech, N. L. (2007). A call for qualitative power analyses. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, 41(1), 105–121. <https://doi.org/10.1007/s11135-005-1098-1>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. et Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Palmater, P. D. (2015). *Indigenous nationhood: Empowering grassroots citizens*. Fernwood Publishing. https://fernwoodpublishing.ca/files/Indigenous_Nationhood_Ex.pdf
- Paradis-Gagné, E., Jacques, M.-C., Pariseau-Légault, P., Ben Ahmed, H. E. et Stroe, I. R. (2023). The perspectives of homeless people using the services of a mobile health clinic in relation to their health needs: A qualitative study on community-based outreach nursing. *Journal of Research in Nursing*, 28(2), 154–167. <https://doi.org/10.1177/17449871231159595>
- Patrick, C. (2014). *Aboriginal homelessness in Canada: A literature review*. Canadian Homelessness Research Network Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/AboriginalLiteratureReview.pdf>
- Pepper, K. (2022). Cultural Safety in Emergency Support Services. *Canadian Journal of Emergency Management*, 2(1). <https://cjem.journals.yorku.ca/index.php/default/issue/download/3/4>
- Poirier, B., Hedges, J., Smithers, L., Moskos, M. et Jamieson, L. (2021). “What are we doing to our babies’ teeth?” Barriers to establishing oral health practices for Indigenous children in South Australia. *BMC Oral Health*, 21(1), Article 434. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01791-x>
- Poirier, M. (1996). La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants. *Cahiers de recherche sociologique*, (27), 87–97. <https://doi.org/10.7202/1002358ar>
- Purkey, E., & MacKenzie, M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed: A qualitative study – opportunities for equity-oriented health care.

- International Journal for Equity in Health*, 18(1), Article 101. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4>
- Ramsden, I. M. (2002). Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu [Thèse de Doctorat, Université de Wellington]. Te Herenga Waka. https://croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf
- Ramsoondar, N., Anawati, A. et Cameron, E. (2023). Racism as a determinant of health and health care: Rapid evidence narrative from the SAFE for Health Institutions project. *Canadian Family Physician*, 69(9), 594–598. <https://doi.org/10.46747/cfp.6909594>
- Reading, C. L. et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Centre de collaboration nationale pour la santé autochtone. <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>
- Reinharz, D., Trépanier, J.-P., Nomegne Fondjié, F. et Burigusa, G. (2006). *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec* [Rapport de recherche]. Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et Département de médecine sociale et préventive, Université Laval. https://cdi.merici.ca/rrsss03_quebec/analyse_organisationnelle.pdf
- Roy, É., Robert, M., Fournier, L., Vaillancourt, É., Vandermeersch, J. et Boivin, J.-F. (2014). Residential trajectories of street youth – The Montréal Cohort Study. *Journal of Urban Health*, 91(5), 1019–1031. <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9860-5>
- Saggers, S. et Gray, D. (2020). Defining what we mean. Dans B. Carson, T. Dunbar, D. Chenhall et R. Bailie (dir.), *Social determinants of Indigenous health* (p. 1–20). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003117247-1>
- Sanchez-Pimienta, C. E., Masuda, J. R., Doucette, M. B., Lewis, D., Rotz, S., on behalf of the Native Women's Association of Canada, Neufeld, H. T. et Castleden, H. (2021). Implementing Indigenous Gender-Based Analysis in Research: Principles, Practices and Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11572. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111572>
- Sanchez-Pimienta, C. E., Masuda, J. R., Doucette, M. B., Lewis, D., Rotz, S., on behalf of the Native Women's Association of Canada, Neufeld, H. T. et Castleden, H. (2021). Implementing Indigenous Gender-Based Analysis in Research: Principles, Practices and Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11572. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111572>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in nursing & health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)

- Sasakamoose, J., Scerbe, A., Wenaus, I. et Scandrett, A. (2016). First Nation and Métis youth perspectives of health: An Indigenous qualitative inquiry. *Qualitative Inquiry*, 22(8), 636–650. <https://doi.org/10.1177/1077800416629695>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H. et Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schiff, R., Wilkinson, A., Kelford, T., Pelletier, S. et Waegemakers Schiff, J. (2022). Counting the Undercounted: Enumerating Rural Homelessness in Canada. *International Journal on Homelessness*, 3(2), 51–67. <https://doi.org/10.5206/ijoh.2022.2.14633>
- Seltz, L. et Roussopoulos, D. (2020). *L'itinérance et le logement pour les Autochtones à Montréal: rapport sur les politiques publiques et recommandations concrètes*. Comité des Citoyen(ne)s Milton-Parc.
- Shingler, B. (2020). Investigations launched after Atikamekw woman records Quebec hospital staff uttering slurs before her death. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-atikamekw-joliette-1.5743449>
- Sigouin, J. (2014). Review of [Namian, Dahlia (2012). *Entre itinérance et fin de vie. Sociologie de la vie moindré*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 236 pages. ISBN 978-2-7605-3515-2]. *Frontières*, 26(1-2). <https://doi.org/10.7202/1034391ar>
- Smith-Peter, A. (2018). *Ils créent leur propre sens : aperçu de pratiques traditionnelles de guérison autochtones chez des Mohawks de Kahnawake* [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. <https://core.ac.uk/download/pdf/199229120.pdf>
- Soulas, T. et Brédart, A. (2012). I. Qualité de vie et santé. Dans S. Sultan et I. Varescon (dir.), *Psychologie de la santé* (p. 17-40). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.sulta.2012.01.0017>.
- Standing Committee on Public Accounts. (2018). *Report 4: Oral health programs for First Nations and Inuit – Health Canada*. House of Commons. https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/parl/xc16-1/XC16-1-1-421-45-eng.pdf
- Telliano, M. (2024). *Identification de pistes d'amélioration du Programme de Transition de Projets Autochtones du Québec (PAQ)* [Projet de maîtrise non publié, École nationale d'administration publique]. Espace ENAP. <https://espace.enap.ca/id/eprint/515/>
- Tjepkema, M. et Wilkins, R. (2011). Remaining life expectancy at age 25 and probability of survival to age 75, by socioeconomic status and Aboriginal ancestry. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2011004/article/11560-eng.htm>

- Touchette Boivin, C. et Kilpatrick, K. (2018). Le soutien au leadership transformationnel des infirmières gestionnaires dans un contexte de changement organisationnel : la perspective des infirmières gestionnaires. *Science infirmière et pratiques en santé*, 1(2), 1–12. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1008>
- Trépanier, J.-P. (2007). *Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec par les milieux communautaire et institutionnel* [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus UL. <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/fc627b53-6659-437e-995a-6560c2e68ce8>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Canada's residential schools: The final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. McGill-Queen's University Press.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales* (6^e éd.). Armand Colin
- Vandentorren, S., Giry, P., Jan, J. et Nguyen, S. (2021). Impact du logement sur la santé physique. *La Santé en action*, (457), 8–12. Santé publique France. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/389665/document_file/459899_spf00003277.pdf
- Vrancken, D. et Macquet, C. (2006). *Le travail sur Soi. Vers une psychologisation de la société ?* Paris, France: Belin.
- Wylie, L., McConkey, S. et Corrado, A. M. (2019). Colonial Legacies and Collaborative Action: Improving Indigenous Peoples' Health Care in Canada. *International Indigenous Policy Journal*, 10(5), 1–27. <https://www.jstor.org/stable/48767609>
- Yergeau, K. (2024). Projet Petapan : une solution mobile pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance à Val-d'Or. *Soins d'urgence*, 5(2), 37–43. <https://doi.org/10.7202/1115275ar>
- Zombré, I. (2025). *Explorer le modèle d'intervention Niikaniganaw comme méthodologie d'apprentissage à la sécurisation culturelle en contexte urbain avec des personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH* [Thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. Recherche uO. <https://doi.org/10.20381/ruor-30948>

ANNEXE A – GUIDE D'ENTREVUE

Date :

Interviewer :

Personne interrogée :

Heure début :

Heure fin :

Lieu de l'entretien :

Code :

Informations pour les personnes interrogées

- Kwei! Bonjour (présentation)
- Objectif de l'étude : étudier la perception de la santé par la population autochtone en situation d'itinérance de Val-d'Or
- Processus pour obtenir le consentement ou valider le consentement de la personne
- Rappeler que le contenu sera enregistré en audio avec l'accord des participants et retranscrits intégralement.
- Rappeler que seulement les membres de l'équipe de recherche impliqués dans cette étude auront accès aux entretiens.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaise réponse et il n'y a aucune obligation de répondre à toutes les questions.

Collecte d'informations sociodémographiques :

1. Quel est votre nom et prénom ?
 2. Quel est votre âge/ en quelle année êtes-vous nés ?
 3. Quel est votre statut matrimonial (célibataire, en couple, marié(e), veuf(ve) ?
 4. Avez-vous des enfants ? si oui, combien ?
 5. Quel est le niveau le plus élevé d'éducation que vous avez atteint ?
 6. Occupez-vous présentement/ dans le passé un travail ? si oui, dans quel secteur ?
 7. À quelle communauté autochtone appartenez-vous ?
 8. Avez-vous habité Val-d'Or depuis votre jeune âge ? si non, citez les villes dans lesquelles vous avez habité auparavant.
-

Perception de la santé :

1. Quels sont vos besoins en lien avec votre état de santé?

2. Êtes-vous accompagnés par des professionnels pour vos problèmes de la santé? Si oui, quels professionnels de la santé vous accompagnent (ou rencontrez-vous) pour ces problèmes de la santé?
 - a. Comment ceux-ci vous accompagnent-ils ?
 - b. Où les rencontrez-vous?
 - c. Comment percevez-vous les échanges avec les professionnels de la santé?
 - d. Quels sont les éléments qui facilitent (ou limitent) les échanges avec les professionnels de la santé?
 - e. Est-ce que vous ressentez que les professionnels de la santé comprennent pleinement vos besoins et sont engagés à vous aider pour avoir une meilleure santé globale?
 - f. Quelle est votre niveau de satisfaction par rapport à vos rencontres avec les professionnels et la qualité des services offerts? Expliquez votre réponse.
3. Recevez-vous des traitements médicaux? Si oui, quels sont les traitements (médicaments et/ou soins hospitaliers) que vous recevez (ou prenez) en lien avec ces problèmes de santé?
 - a. Quels sont les difficultés que vous rencontrez en lien les traitements (ou les médicaments)
 - i. Pour se les procurer?
 - ii. Pour les entreposer?
4. Comment percevez-vous votre état de santé?
 - a. Quelles est l'évolution de votre état de santé au cours des dernières années? Ou Quels sont les changements que vous avez observé au niveau de votre état de santé au cours des dernières années?
 - b. Qu'est-ce qui pourrait expliquer l'évolution (ou les changements) que vous avez observé?
5. Parlez-moi des problèmes (de santé) que vous avez ou que vous avez eu au niveau physique?

...mental?

...émotionnel?

...spirituel?

- a. Qu'est-ce qui pourrait expliquer l'apparition de ces problèmes de santé selon vous?
 - b. Quelle est l'évolution de ces problèmes de santé au cours des dernières années?
6. Ressentez-vous que les soins que vous recevez sont axés sur l'amélioration de l'état de santé, ou se focalisent-ils sur le traitement des symptômes immédiats?
7. Pouvez-vous décrire votre expérience en termes d'accessibilité aux services de santé et hospitaliers? Bénéficiez-vous d'aides provenant d'organismes communautaires pour un meilleur accès aux soins?
8. Pensez-vous que les services de santé actuels devraient être axés sur la prévention et l'amélioration à long terme de la santé, plutôt que la gestion des situations d'urgence médicale?
9. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour mieux répondre à vos attentes et à vos besoins?
10. Quels sont les éléments que vous jugez prioritaires en lien avec vos attentes et vos besoins?
11. Avez-vous quelque chose à ajouter? Souhaitez-vous aborder un sujet qui n'a pas été abordé dans l'entretien?

ANNEXE B - FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT

Étude sur la perception de la santé par la population itinérante autochtone de Val-d'Or

**NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE : MELISSA BEHLOUL,
ÉTUDIANTE EN MAÎTRISE SCIENCES DE LA SANTÉ (UQAT), STÉPHANE GRENIER,
TS. PH.D (UQAT), DAVE BERGERON, INF. PH.D (UQAR)**

DÉBUT DU PROJET (DATE PRÉVUE) 01-04-2024

FIN DU PROJET (DATE PRÉVUE) 01-12-2024

**CE PROJET A REÇU L'APPUI DE LA COMMUNAUTÉ DU LAC SIMON LE - -2024, LA
COMMUNAUTÉ DE KITCISAKIK LE - - 2024, WIICHIHIITUWIN LE - -2024 ET LA
PIAULE DE VAL-D'OR LE - - 2024**

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE L'UQAT LE : - -2024**

PRÉAMBULE

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui implique une exploration des perceptions de la santé telles que décrites par les personnes itinérantes autochtones. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de l'étude, sa méthodologie, ses avantages, ses risques et inconvénients. Il inclut également le nom des personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou tout autre élément concernant votre participation.

Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous recommandons de poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse et à demander de vous expliquer les mots ou les renseignements qui ne sont pas clairs. Si vous en ressentez le besoin, n'hésitez pas à vous faire aider ou conseiller par votre entourage.

BUT DE LA RECHERCHE

L'état de santé préoccupant des personnes itinérantes autochtones est une réalité alarmante qui nécessite une attention particulière. Ces individus font face à des défis considérables, tant sur le plan de leur bien-être physique que de l'accès aux services de santé. Malheureusement, l'expérience de nombreux itinérants autochtones est souvent marquée par une négligence de leurs problèmes de santé de la part des services de santé. Cette situation

soulève des questionnements sur l'équité et la qualité des soins de santé dispensés à cette population particulièrement vulnérable. Dans cette optique, notre étude est construite autour de trois objectifs de recherche, qui sont :

- 1) Explorer la perception des personnes itinérantes autochtones à l'égard de leur état de santé et des services de soins qu'ils reçoivent.
- 2) Examiner les facteurs pouvant influencer cette perception de la santé.
- 3) Identifier les besoins spécifiques des personnes itinérantes autochtones en matière de soins de santé.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Vous allez participer à une entrevue avec l'étudiante-chercheuse d'une durée d'environ 60 minutes. Des questions vous seront posées sur : vos informations personnelles telles que le nom, l'âge, statut matrimonial...etc. Ainsi que sur votre expérience avec le système de soins et les professionnels de la santé, la perception de votre état de santé. L'entrevue se fera au sein de La Piaule de Val-d'Or et sera enregistrée du début jusqu'à la fin. Vous pouvez refuser l'enregistrement de l'entrevue.

Si vous désirez prendre connaissance des résultats finaux de l'étude, l'étudiante-chercheuse vous fera un résumé des résultats à la fin de la recherche à La Piaule.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Cette recherche ne comporte pas d'avantages directs ou indirects pour vous. Toutefois, votre participation permettra de contribuer à l'avancement des connaissances relatives à la santé de la population itinérante autochtone. Les résultats de cette étude vont mettre en lumière les besoins prioritaires des personnes itinérantes autochtones en matière de santé, par conséquent cela va contribuer à l'amélioration de l'état de santé des personnes itinérantes autochtones.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Un éventuel malaise psychologique et le temps consacré à l'entrevue constituent les deux principaux inconvénients associés à votre participation. Afin de pallier à ces deux inconvénients, une intervenante sociale de La Piaule de Val-d'Or sera disponible en tout temps pour un entretien. De plus, vous pourriez ne pas répondre à une ou plusieurs questions que vous jugez gênantes et même mettre fin à l'entrevue à tout moment si le besoin se ressent.

Mis à part le malaise psychologique, les risques et les inconvénients découlant de votre participation à cette recherche ne sont pas plus grands que ceux qui sont associés à votre vie quotidienne.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ

Par souci de confidentialité, l'entrevue se fera dans un des locaux de La Piaule. Personne n'aura accès à ce local sauf l'étudiante-chercheuse et le participant. Cependant, en si vous

ressentez le besoin d'être accompagné par une intervenante de La Piaule sachez que celle-ci s'engage à garder confidentiel le contenu de l'entrevue.

Votre nom et votre communauté de provenance seront remplacés par un code composé de lettres et de chiffres. L'enregistrement audio sera supprimé juste après la retranscription du contenu de l'entrevue et le nom de votre communauté de provenance ne sera pas cité lors de la présentation des résultats de recherche. Néanmoins, vous avez être libre de refuser que le contenu de l'entrevue soit enregistré. Toutes les données seront gardées dans un ordinateur protégé par un mot de passe sous la responsabilité de l'étudiante-chercheuse. Seuls l'étudiante-chercheuse, son directeur de thèse (Pr Stéphane Grenier) ainsi que son codirecteur de thèse (Pr Dave Bergeron) auront accès à vos données et la diffusion des résultats de recherche ne permettra pas l'identifications des participants à l'étude.

Le contenu audio de l'entrevue sera supprimé juste après qu'il soit transformé en texte. En vertu du calendrier d'archivage en vigueur dans les établissements universitaires, les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin du projet. Cependant, vous pouvez demander en tout temps le retrait de vos données sauf s'il y a une impossibilité justifiée. Les données fournies dans le cadre de cette étude ne feront pas l'objet d'une utilisation pour un autre projet de recherche

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune indemnité compensatoire ne vous sera versée dans le cadre de la participation à cette recherche, mis à part les 5 tickets repas de La Piaule d'une valeur de 10\$ pour dédommager le temps consacré à l'entrevue.

CONFLITS D'INTÉRÊTS ET COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS

L'étudiante-chercheuse (Melissa Behloul), le directeur de recherche (Pr Stéphane Grenier) et le codirecteur de recherche (Pr Dave Bergeron) déclarent qu'il y a un conflit d'intérêt potentiel qui est le fait que le directeur de recherche (Stéphane Grenier) soit le président du conseil d'administration de La Piaule de Val-d'Or et que le recrutement des participants à l'étude se fasse au sein de La Piaule. Cependant, en tant que président du conseil d'administration il n'interagit pas avec les usagers de La Piaule. Autrement dit, il ne va exercer aucune influence et/ou pression sur les usagers dans le but de les persuader de participer à l'étude. Le présent projet de recherche ne fait l'objet d'aucun financement. Cependant, il n'existe aucun conflit d'intérêt entre l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, L'Université du Québec à Trois Rivières et La Piaule de Val-d'Or. De plus, les résultats de cette recherche ne seront pas exploités à des fins commerciales.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Les résultats de l'étude seront présentés aux activités scientifiques en sciences de la santé de l'UQAT et au congrès de l'ACFAS. Une présentation des résultats de recherche se fera également à la communauté du Lac Simon et de Kitcisakik.

Un résumé des résultats de recherche sera présenté dans la salle à manger de La Piaule (par projection PPT) aux participants ayant exprimé le désir de rester informés des conclusions du projet de recherche.

CLAUDE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante-chercheuse (Melissa Behloul), Pr Stéphane Grenier et Pr Dave Bergeron leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE EST VOLONTAIRE

Vous n'avez aucune obligation de participer à ce projet de recherche : vous avez le droit de refuser d'y prendre part. Vous pouvez vous retirer en tout temps sans perdre vos droits acquis. Tout au long du projet, vous recevrez l'information pertinente pour décider de continuer ou d'arrêter d'y participer.

Vous pouvez refuser de répondre à une ou plusieurs questions du guide d'entrevue. Vous pouvez également demander la destruction des données vous concernant. Une suppression de l'enregistrement audio de l'entrevue et de sa retranscription sera faite aussitôt de la part de l'étudiante-chercheuse.

QUESTIONS

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre :

Melissa Behloul

Adresse courriel : behm01@uqat.ca

COORDONNÉES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC LES ÊTRES HUMAINS DE L'UQAT

Pour tout renseignement supplémentaire concernant les droits des personnes participantes ou tout autre élément relatif à la participation à une recherche, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Téléphone : 1 877 870-8728, poste 2252

cer@uqat.ca

CONSENTEMENT

Je soussigné ou soussignée accepte volontairement de participer à l'étude [La perception de la santé par la population itinérante autochtone de Val-d'Or].

- ☐ Je désire que mes propos soient rapportés de façon anonyme lors de l'analyse des données et de la diffusion des résultats.
- ☐ Je consens à ce que le contenu de l'entrevue soit enregistrée.
- ☐ Je désire que l'entrevue ne soit pas enregistrée.

Nom de la personne participante (lettres moulées)

Signature de la personne participante

Date

CE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU PAR :

Nom du chercheur, de la chercheuse ou de l'agent ou agente de recherche (lettres moulées)

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

**Study on the perception of health by the Indigenous homeless population
in Val-d'Or**

NAME OF RESEARCHERS AND THEIR BELONGINGS: MELISSA BEHLOUL, MASTER'S STUDENT IN HEALTH SCIENCES (UQAT), STÉPHANE GRENIER, TS. PH.D (UQAT), DAVE BERGERON, INF. PH.D (UQAR)

START OF THE STUDY (SCHEDULED DATE) 01-04-2024

END OF THE STUDY (SCHEDULED DATE) 01-12-2024

THIS PROJECT RECEIVED SUPPORT FROM THE COMMUNITY OF LAC SIMON ON - -2024, THE KITCISAKIK COMMUNITY ON - -2024, THE WIICHIHIITUWIN ON - -2024 AND LA PIAULE DE VAL-D'OR ON - - 2024

ETHICS CERTIFICATE ISSUED BY THE UQAT RESEARCH ETHICS COMMITTEE ON - -2024

PREAMBLE

We invite you to participate in research project that involves an exploration of perceptions of health as described by Indigenous homeless people. Before agreeing to participate in this research project, please take the time to understand and carefully consider the following information.

This information and consent form explains the purpose of the study, its methodology, its advantages, its risks and disadvantages. It also includes the names of people to contact if you have any questions about the conduct of the research or anything else regarding your participation.

This form may contain words that you do not understand. We recommend that you ask them to explain any words or information that are not clear. If you feel the need, do not hesitate to get help or advice from those around you.

PURPOSE OF RESEARCH

The worrying state of health of h Indigenous homeless people is an alarming reality that requires special attention. These individuals are faced with considerable challenges, both in terms of their physical well-being and access to health services. Unfortunately, the experience of many Indigenous homeless people is often marked by neglect of their health problems on the part of health services. This situation raises questions about the equity and quality of health care provided for this particularly vulnerable population. With this in mind, our study is built around three research objectives, which are:

- 1) Explore the perception of homeless Indigenous homeless people regarding their state of health and the care services they receive.
- 2) Examine the factors that can influence this perception of health.
- 3) Identify the specific health care needs of Indigenous homeless people.

DESCRIPTION OF YOUR PARTICIPATION IN THE RESEARCH

You will participate in an interview with the student-researcher lasting approximately 60 minutes. You will be asked questions about: your personal information such as name, age, marital status, etc. etc. As well as your experience with the health care system and health professionals, the perception of your health status. The interview will take place at La Piaule in Val-d'Or and will be recorded from start to finish. You can refuse to record the interview.

BENEFITS THAT MAY RESULT FROM YOUR PARTICIPATION

This research does not have any direct or indirect benefits for you. However, your participation will contribute to the advancement of knowledge relating to the health of the Indigenous homeless population. The results of this study will highlight the priority health needs of Indigenous homeless people; therefore, it will contribute to the improvement of the health status of Indigenous homeless people.

RISKS AND DISADVANTAGES THAT MAY RESULT FROM YOUR PARTICIPATION

Possible psychological discomfort and the time spent on the interview constitute the two main disadvantages associated with your participation. To overcome these two disadvantages, a social worker from La Piaule de Val-d'Or will be available at any time for an interview. In addition, you could not answer one or more questions that you consider embarrassing and even end the interview if the need arises.

Aside from psychological discomfort, the risks and inconveniences arising from your participation in this research are no greater than those associated with your daily life.

COMMITMENTS AND MEASURES TO ENSURE CONFIDENTIALITY

For the sake of confidentiality, the interview will take place at one of La Piaule's premises. No one will have access to this space except the student-researcher and the participant. However, if you feel the need to be accompanied by a counsellor from La Piaule, you should know that she undertakes to keep the content of the interview confidential.

Your name and your community will be replaced with a code made up of letters and numbers. The audio recording will be deleted immediately after the interview content is transcribed and the name of your community of origin will not be cited when presenting the research results. Nevertheless, you are free to refuse to have the content of the interview recorded.

All data will be kept on a password-protected computer under the responsibility of the student-researcher. Only the student-researcher, her thesis director (Prof. Stephane Grenier) and her thesis co-supervisor (Prof. Dave Bergeron) will have access to your data. The data provided as part of this study will not be subject to secondary use and the dissemination of research results will not allow the identification of study participants.

The audio content of the interview will be deleted immediately after it is turned into text.

Under the archiving schedule in effect at academic institutions, research data will be retained for seven years after the end of the project. However, you can request the removal of your data at any time unless there is a justified impossibility. The data provided in this study will not be used for any other research project.

COMPENSATORY ALLOWANCES

No compensatory allowance will be paid to you for participating in this research, except for the 5 meal tickets of La Piaule valued at \$10 to compensate for the time spent on the interview.

CONFLITCS OF INTEREST AND COMMERCIALIZATION OF RESULTS

The student-researcher (Melissa Behloul), the thesis director (Prof. Stephane Grenier) and the thesis co-director (Prof. Dave Bergeron) declare that there is a potential conflict of interest, which is the fact that the research supervisor (Stéphane Grenier) is the president of the board of directors of La Piaule de Val-d'Or and that the recruitment of study participants is done within La Piaule. However, as chairman of the board of directors, he does not interact with the users of La Piaule. In other words, it will not exert any influence and/or pressure on users in order to persuade them to participate in the study. There is no funding for this research project. However, there is no conflict of interest between the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, the Université du Québec à Trois Rivières and La Piaule de Val-d'Or. In addition, the results of this research will not be exploited for commercial purposes.

DISTRIBUTION OF RESULTS

The results of the study will be presented at the scientific activities in health sciences at UQAT and at the ACFAS congress. A presentation of the research results will also be made to the community of Lac Simon and Kitcisakik.

A summary of the research results will be presented (via PPT screening) to participants who have expressed a desire to stay informed of the findings of the research project.

LIABILITY CLAUSE

By agreeing to participate in this study, you do not waive any of your rights or release the student-researcher (Melissa Behloul), Prof. Stephane Grenier and Prof. Dave Bergeron from their legal and professional obligations towards you.

THE PARTICIPATION IN RESEARCH IS VOLUNTARY

You have no obligation to participate in this research project: you have the right to refuse to take part. You can withdraw at any time without losing your acquired rights. Throughout the project, you will receive relevant information to decide whether to continue or stop participating.

You can refuse to answer one or more of the questions in the interview guide. You can also request the destruction of data concerning you. The audio recording of the interview and its transcription will be deleted immediately by the student-researcher.

QUESTIONS

If you have further questions later and throughout this study, you can contact:

Melissa Behloul

Email address: behm01@uqat.ca

CONTACT DETAILS FOR THE UQAT RESEARCH ETHICS COMMITTEE WITH HUMAN BEINGS

For any additional information concerning the rights of participants or any other element relating to participation in research, you can contact:

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

Tel : 1 877 870-8728, poste 2252

cer@uqat.ca

CONSENT

I, the undersigned, voluntarily agree to participate in `` The study of the perception of health by the Indigenous homeless population of Val-d'Or``.

- ☐ I want my comments to be reported anonymously during the analysis of the data and the dissemination of the results.
- ☐ I consent to the content of the interview being recorded.
- ☐ I do not want the interview to be recorded.

Name of participant

Signature of participant

Date

THIS CONSENT HAS BEEN OBTAINED BY:

Name of researcher or researcher agent

Signature

Date

Please keep a copy of this form for your records.