

**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**

**Inès Zombré**

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa  
dans le cadre des exigences du programme de  
Doctorat en Santé des populations

École interdisciplinaire  
Faculté des études supérieures  
Université d'Ottawa

© Inès Zombré, Ottawa, Canada, 2025

## RÉSUMÉ

**Contexte :** malgré les avancées médicales et les programmes de prévention innovants, les peuples autochtones au Canada (Premières Nations, Inuit, Métis) continuent d'être affectés de manière disproportionnelle par des taux élevés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), y compris le VIH, comparativement à la population générale. Les facteurs historiques et actuels liés à la colonisation, incluant l'absence de soins de santé et de services sociaux de santé culturellement sécuritaires, semblent être la cause de cette disparité.

**But :** explorer la le projet Niikaniganaw « Toutes mes relations » comme intervention potentielle d'apprentissage à la sécurisation culturelle pour décrire l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle avec des personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH, des intervenants de première ligne, ainsi que des personnes autochtones porteuses des savoirs traditionnels.

**Méthodes :** l'étude a fait appel à la recherche communautaire participative relationnelle comme approche méthodologique, à laquelle ont été associées trois méthodes stratégiques qui sont complémentaires et interreliées, (1) l'ethnographie expérimentale, (2) l'analyse de données secondaires et (3) l'analyse d'un questionnaire quantitatif ont été utilisées pour décrire l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle.

**Résultats :** l'ethnographie expérimentale a mené à une transformation intellectuelle et personnelle qui ont conduit à la définition de la posture identitaire dans le cadre de l'intervention Niikaniganaw à titre de jeune chercheure francophone noire. Cette posture identitaire de chercheure influencera l'analyse de données secondaires de laquelle douze thématiques différentes permettent de décrire

une perception des participants centrée sur l'individu à une compréhension collective de l'intervention. Cette compréhension collective repose sur le désir collectif d'être des alliés potentiels ou effectifs pour promouvoir et favoriser des soins de santé et des services sociaux de santé culturellement sécuritaires. Enfin, le questionnaire quantitatif montre que le changement structurel dans les milieux organisationnels pour une approche de sécurisation culturelle peut se révéler difficile. Toutefois, les participants issus de ces organisations peuvent agir comme outil de transmission et de mobilisation des connaissances développé dans le cadre de l'intervention Niikaniganaw.

**Conclusion :** selon la perspective décoloniale de l'intervention Niikaniganaw, la création d'un espace culturellement sécuritaire est nécessaire pour accroître les capacités à offrir des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires aux personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH. Il est important d'innover la manière d'exposer les professionnels de la santé à l'apprentissage à la sécurisation culturelle avec des pratiques expérientielles, notamment les pratiques culturelles. Enfin, l'intervention Niikaniganaw montre la nécessité d'une transformation individuelle ancrée dans une approche collective pour promouvoir l'approche de sécurisation culturelle. Toutefois, la responsabilité de la transformation collective ne doit pas reposer uniquement sur la transformation individuelle.

## REMERCIEMENTS

L'inspiration pour rédiger les remerciements de ma thèse m'est venue après une sieste d'après-midi. Je peux dire que c'est une des sections que je redoutais de rédiger, mais j'ai décidé de laisser parler mon cœur. Maktub ! Lorsque je regarde mon parcours de vie, les personnes aimantes rencontrées, je réalise avec assurance qu'il était écrit que je devais mener cette étude, car l'univers a conspiré à ce que cette étude doctorale se réalise !

J'aimerais commencer par me remercier, moi, Ines Zombré. Loin de moi l'idée d'être arrogante ou imbue de ma personne, mais il est important que je me remercie d'abord pour avoir cru en ce projet et bravé vents et marées pour arriver à la fin de l'aventure. Je tiens à être reconnaissante envers ma personne pour toutes les transformations vécues avec joie, difficulté et espérance ! Au-delà de la recherche, ce projet représente une partie de moi-même, un trésor enfoui que j'ai découvert à travers le processus. Enfin, merci, Inès, d'y avoir cru et d'avoir travaillé de manière acharnée et surtout d'avoir su écouter le langage de ton âme, même si parfois tu en as douté.

À ma chère mentore, amie et directrice de thèse, Hélène Laperrière, merci pour ta patience et d'avoir cru en la vision que tu avais de moi et de m'avoir accompagnée avec tendresse, patience jusqu'à ce qu'elle se réalise. Maktub ! C'était écrit Hélène. Merci de m'avoir permis, sans jugement, de voyager à travers mes idées et initiatives dans le cadre de cette étude. Tu fais aussi partie du fruit de cette détermination, sans ton soutien, je n'y serais pas arrivée !

Aux Aînées et membres autochtones du projet Niikaniganaw, merci de m'avoir accueillie et d'avoir placé votre espoir en moi. Mes mots sont bien petits pour vous remercier de cette opportunité inestimable, merci d'avoir partagé votre histoire et votre combat continuel vers l'autodétermination

des communautés autochtones. Au-delà du projet, vous m’avez appris à faire la paix avec ma personne et à tracer ma trajectoire vers l’aventure de la sagesse à travers les eaux ! De mon cœur au vôtre, je vous dis Marsii, Meegwetch.

À ma mère, femme forte, femme aimante, merci pour tes prières et merci d’avoir été mon mur de lamentation et de réconfort durant ces six ans. Ce doctorat, tu le mérites aussi !

À mon comité de thèse, merci pour vos commentaires constructifs, vos encouragements et votre accompagnement dans ce cheminement.

Aux examinatrices de ma thèse, merci d’avoir apporté votre expertise pour éclairer davantage la réalité étudiée dans cette thèse.

À mes amies (Emmanuelle, Lydie, Abby et Gaby), femmes exemplaires que vous êtes, merci de votre soutien et vos encouragements. À toutes ces personnes qui me sont chères et aux personnes d’un court instant, merci d’avoir fait partie du village qui a su m’épauler et m’inspirer durant mes études doctorales.

Accomplir sa légende personnelle est la seule et unique obligation des hommes, disait Paulo Coelho, un auteur que j’admire ; à cela, j’ajoute que l’accomplissement de sa légende personnelle est déterminé par notre persévérance et, surtout, par le soutien que nous avons de notre entourage. Pour cela, j’ai été bénie, du fond de mon cœur, je vous dis encore merci.

Maktub ! C’était écrit.

Baamaapii !

## CONTRIBUTIONS

*« S'il est une chose dont on dise : Vois ceci, c'est nouveau ! Cette chose existait déjà dans les siècles qui nous ont précédés.<sup>1</sup> »*

En tant que chercheure, je suis responsable de préparer cette dissertation doctorale, y compris le développement des objectifs de la thèse, de conduire la revue de la littérature, de conceptualiser la méthodologie et les différentes méthodes de recherches, d'effectuer les différentes analyses des données, ainsi que d'interpréter les résultats.

Plusieurs personnes ont contribué au processus de cette thèse. Dre Hélène Laperrière, qui est ma directrice de thèse, a apporté ses commentaires et contributions constructifs sur les objectifs de la recherche, la méthodologie et l'interprétation des résultats, notamment sa révision de chacun des chapitres de cette thèse.

Les membres du comité de thèse, Dre Sandra Harisson, Dre Karine Croteau et Dr Emmanuel Duplâa, ont apporté leurs révisions et commentaires aux différents chapitres de la thèse.

Un grand merci à Dre Karine Vanthuyne et Dre Carole Lévesque pour l'apport de leur expertise, à titre d'examinatrices externes.

Je voudrais souligner la contribution des membres de mon comité d'accompagnement, composé principalement de personnes porteuses de savoirs autochtones , qui ont su m'accompagner à

---

<sup>1</sup> Bible Louis Second 1910 : Ecclésiaste 1 : 10-12

chacune des étapes du processus de recherche : Sharp Dopler, Francine Desjardins, Chris Durare,  
Rana Annous, Niikaniganaw «*All my Relations.*»

## AVANT-PROPOS

Cet avant-propos vise à expliquer les motivations qui m'ont amenée à entamer cette thèse doctorale, un exemple pratique de décolonisation dans le cadre de l'apprentissage à la sécurisation culturelle. Il permet de présenter les raisons qui justifient mon intérêt pour la recherche autochtone en tant que jeune chercheure francophone noire.

Les peuples noirs et autochtones ont subi des expériences uniques de dévastation en tant que races, à travers les mouvements de colonisation et d'esclavage. Par exemple, lors de la colonisation en Nouvelle-Écosse, alors que les personnes noires tentaient de survivre au racisme, sans pouvoir politique, tout en devant composer avec un manque d'éducation et une pauvreté qui définissaient leurs conditions de vie, les Premières Nations Mi'kmaq combattaient pour leurs vies durant un génocide décrété par le lieutenant-gouverneur Cornwallis, présenté dans les annuaires révisionnistes coloniaux comme le « fondateur » d'Halifax (Wilson et Hugues, 2019).

Les expériences uniques issues de ces mouvements continuent de façonner les conditions de vie des personnes autochtones et des personnes noires de manière particulière (Amadahy et Lawrence, 2009). Les peuples autochtones sont toujours exposés à des pertes culturelles et matérielles (leurs terres sont source d'exploitations permanentes de ressources), tandis que les personnes noires continuent d'être racialisées d'une manière unique, influencée par des discours issus de l'esclavage (Amadahy et Lawrence, 2009 ; Wilson et Hugues, 2019). Toutefois il existe des parallèles à établir sur les répercussions actuelles, issues de l'héritage de ces mouvements. Par exemple, au Canada, les communautés autochtones sont confrontées à des taux élevés de pauvreté socio-économique, à un manque de sécurisation culturelle dans les soins primaires de santé, qui affectent l'accès à ces soins, ainsi qu'à une histoire de colonisation qui contribue à des traumatismes intergénérationnels



associés à des barrières structurelles à des soins culturellement sécuritaires et compétents (Kim, 2019). Les personnes noires ont aussi une appréciation moins favorable des soins de santé et services sociaux et affirment que le contexte interculturel est moins considéré par les professionnels de la santé (Pouliot et al., 2016).

Mon intérêt pour la recherche autochtone est influencé par mon parcours professionnel et mon identité en tant que femme noire. Je tiens à souligner que mon apprentissage expérientiel en terres autochtones ainsi que le contenu de cette thèse doctorale ne font pas de moi une experte de la santé ou de la recherche autochtone. Contrairement à la plupart des chercheurs qui désirent présenter une réalité donnée sous un angle objectif ou conventionnel, sans nécessairement tenir compte de la culture ou de la perspective dans laquelle est ancrée cette réalité dans le processus méthodologique des connaissances scientifiques (Gagné, 2008); je désire avant tout apprendre des pratiques culturelles autochtones comme outil d'optimisation du bien-être des groupes en situation de vulnérabilité et de marginalisation.

L'identité culturelle est tout ce qu'il nous reste lorsque tout semble perdu (Zombré, 2018), mais c'est aussi un facteur important dans le maintien de la santé et du bien-être, en ce qui concerne les ITSS et le VIH (Barlow et al., 2008; Bourque Bearskin, 2011). La recherche, dans la mesure où elle produit le savoir textuel que la culture dominante a de l'Autre, constitue un rouage du processus de reproduction de la domination (Thibault, 2013). Étudier de manière conventionnelle les pratiques de santé favorables à la population autochtone peut entraîner une désobjectivisation et une objectivisation de cette population, autrement dit l'établissement de différentes pratiques définies par une culture dominante (Thibault, 2013).

En somme, mon intérêt pour la recherche autochtone ne vise pas uniquement à produire des connaissances, étant donné qu'elle est aussi teintée par une dimension personnelle, qui nourrit ce désir de contribuer à décoloniser les pratiques de santé. Pour ce faire, il est important de m'inspirer des pratiques culturelles autochtones, c'est-à-dire les croyances, modes de connaissances et pratiques médicinales pour critiquer l'exclusivité des pratiques dominantes en santé et, par la même occasion, conscientiser la société sur la reproduction des structures hiérarchiques de pouvoirs (Gone, 2013 ; Nelson et Wilson, 2017).

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                 |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>RÉSUMÉ</b>                                                                                                                   | <b>ii</b>   |
| <b>REMERCIEMENTS</b>                                                                                                            | <b>iv</b>   |
| <b>CONTRIBUTIONS</b>                                                                                                            | <b>vi</b>   |
| <b>AVANT-PROPOS</b>                                                                                                             | <b>viii</b> |
| <b>TABLE DES MATIÈRES</b>                                                                                                       | <b>xi</b>   |
| <b>LISTE DES TABLEAUX</b>                                                                                                       | <b>xiv</b>  |
| <b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b>                                                                                            | <b>xv</b>   |
| <b>CHAPITRE 1 INTRODUCTION</b>                                                                                                  | <b>1</b>    |
| 1.1 LA GÉNÉALOGIE DU PROJET NIIKANIGANAW                                                                                        | 4           |
| 1.2 PROBLÉMATIQUE                                                                                                               | 7           |
| 1.3 PERSPECTIVE SANTÉ DES POPULATIONS DE CETTE ÉTUDE DOCTORALE                                                                  | 14          |
| <b>CHAPITRE 2 REVUE DE LA LITTÉRATURE</b>                                                                                       | <b>16</b>   |
| 2.1 LA GOUVERNANCE AUTOCHTONE AVANT LA COLONISATION                                                                             | 16          |
| 2.2 PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION AUTOCHTONE AU CANADA ET DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATION (OTTAWA-GATINEAU) | 18          |
| 2.3 APERÇU DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ AU SEIN DE LA POPULATION AUTOCHTONE                                             | 20          |
| 2.4 PERSPECTIVES AUTOCHTONES DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE                                                                        | 27          |
| 2.5 LA SANTÉ DES PERSONNES AUTOCHTONES VIVANT EN MILIEU URBAIN                                                                  | 28          |
| 2.6 SANTÉ DES AUTOCHTONES : COLONISATION ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES                                              | 31          |
| 2.7 LA RÉCONCILIATION EN SANTÉ                                                                                                  | 33          |
| 2.8 LA RÉCONCILIATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ                                                                               | 34          |
| 2.9 UN PARADIGME DE RECHERCHE FONDÉ SUR LA RÉCONCILIATION                                                                       | 36          |
| 2.10 LA RELATION ENTRE LA CULTURE ET LA SANTÉ                                                                                   | 37          |
| 2.10.1 <i>L'efficacité des interventions de compétences culturelles dans le système de soins de santé</i>                       | 39          |
| 2.11 SAVOIRS ET VISIONS AUTOCHTONES                                                                                             | 41          |
| <b>CHAPITRE 3 PARADIGME ET MODÈLE CONCEPTUEL DE RECHERCHE</b>                                                                   | <b>43</b>   |
| 3.1 LE CONSTRUCTIVISME COMME PARADIGME DE RECHERCHE DE L'ÉTUDE DOCTORALE                                                        | 44          |
| 3.2 DÉCOLONISER LA RECHERCHE                                                                                                    | 45          |
| 3.3 LE MODÈLE SOCIOÉCOLOGIQUE : UN CADRE POUR LA PRÉVENTION DU VIH ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES             | 48          |
| <b>CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE</b>                                                                                     | <b>52</b>   |
| 4.1 RÉSUMÉ DU PROJET NIIKANIGANAW I                                                                                             | 52          |
| 4.2 4.1.1 ÉNONCÉS DE PRINCIPE DU PROJET DOCTORAL S'ARRIMANT À CELUI DE NIIKANIGANAW                                             | 53          |

|                                                |                                                                                                                                                                                                    |            |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.3                                            | MÉTHODOLOGIE DOCTORALE : UNE RECHERCHE COMMUNAUTAIRE PARTICIPATIVE RELATIONNELLE .....                                                                                                             | 54         |
| 4.4                                            | MÉTHODES ASSOCIÉES À LA RECHERCHE COMMUNAUTAIRE PARTICIPATIVE RELATIONNELLE .....                                                                                                                  | 59         |
| 4.4.1                                          | <i>Ethnographie expérimentale</i> .....                                                                                                                                                            | 59         |
| 4.4.2                                          | <i>Analyse secondaire des données provenant des cercles de parole</i> .....                                                                                                                        | 62         |
| 4.4.3                                          | <i>Questionnaire : étude quantitative</i> .....                                                                                                                                                    | 69         |
| <b>CHAPITRE 5 RÉSULTATS DE RECHERCHE</b> ..... |                                                                                                                                                                                                    | <b>74</b>  |
| 5.1                                            | CERCLES DE PAROLE .....                                                                                                                                                                            | 74         |
| 5.1.1                                          | <i>Cercle de la cérémonie du printemps : appel à la semence</i> .....                                                                                                                              | 75         |
| 5.1.2                                          | <i>Cercle de la cérémonie de l'été : grandir</i> .....                                                                                                                                             | 82         |
| 5.1.3                                          | <i>Cercle de la cérémonie d'autonome : récolter</i> .....                                                                                                                                          | 92         |
| 5.1.4                                          | <i>Cercle de la cérémonie d'hiver : honorer notre compréhension</i> .....                                                                                                                          | 101        |
| 5.1.5                                          | <i>Résumé des résultats des cercles de parole</i> .....                                                                                                                                            | 109        |
| 5.2                                            | LES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE SUR LA CAPACITÉ DES MILIEUX ORGANISATIONNELS À SOUTENIR LE RÔLE D'ALLIÉ POUR DES SOINS DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES .....               | 110        |
| 5.2.1                                          | <i>Informations démographiques sur les acteurs-participants</i> .....                                                                                                                              | 110        |
| 5.2.2                                          | <i>Résultats du contexte préintervention Niikaniganaw</i> .....                                                                                                                                    | 112        |
| 5.2.3                                          | <i>Résultats du contexte post-intervention Niikaniganaw</i> .....                                                                                                                                  | 114        |
| 5.2.4                                          | <i>Résultats sur les changements apportés dans les différents milieux à la suite de l'intervention Niikaniganaw</i> .....                                                                          | 115        |
| 5.2.5                                          | <i>Résumé des résultats du questionnaire sur la capacité des milieux organisationnels à soutenir le rôle d'allié pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires</i> ..... | 117        |
| 5.3                                            | RÉSULTAT DE L'ETHNOGRAPHIE EXPÉRIMENTALE : TRANSFORMATIONS PROFESSIONNELLES ET PERSONNELLES ISSUES DE L'APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL .....                                                           | 119        |
| 5.3.1                                          | <i>Perception des principes de la recherche participative relationnelle selon l'apprentissage expérientiel</i> .....                                                                               | 119        |
| 5.3.2                                          | <i>Les activités de mobilisation des connaissances mises en œuvre dans le cadre de mon apprentissage expérientiel</i> .....                                                                        | 122        |
| <b>CHAPITRE 6 DISCUSSION</b> .....             |                                                                                                                                                                                                    | <b>131</b> |
| 6.1                                            | PRATIQUES CULTURELLES AUTOCHTONES : UN APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL CONSTRUCTIF ET UNIQUE .....                                                                                                      | 133        |
| 6.2                                            | TRANSFORMATIONS INDIVIDUELLES OU COLLECTIVES : COMPLÉMENTARITÉ ENTRE CERCLES DE PARTAGE ET QUESTIONNAIRE QUANTITATIF .....                                                                         | 136        |
| 6.2.1                                          | <i>Complémentarités issues de l'analyse des conversations des cercles de partage et du questionnaire</i> .....                                                                                     | 136        |
| 6.2.2                                          | <i>Expansions issues de l'analyse des conversations des cercles de partage et du questionnaire</i> .....                                                                                           | 137        |
| 6.2.3                                          | <i>Niikaniganaw : mode de gouvernance relationnelle</i> .....                                                                                                                                      | 139        |
| 6.2.4                                          | <i>Donner en retour : une mesure clé de succès de Niikaniganaw</i> .....                                                                                                                           | 140        |
| 6.3                                            | RETOUR SUR LES RÉSULTATS DE L'ETHNOGRAPHIE EXPÉRIMENTALE .....                                                                                                                                     | 142        |
| 6.3.1                                          | <i>Une posture identitaire légitime et arbitraire</i> .....                                                                                                                                        | 143        |
| 6.3.1.1                                        | <i>Une chercheure à la fois insider et outsider</i> .....                                                                                                                                          | 144        |

|                                                                                                           |                                                                                                                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 6.3.1.2                                                                                                   | Légitimité, subjectivité et objectivité .....                                                                      | 146        |
| 6.3.2                                                                                                     | <i>Déconstruction de la notion de privilège dans le cadre de la recherche</i> .....                                | 147        |
| 6.4                                                                                                       | PRÉVENTION DE LA SANTÉ D'UNE PERSPECTIVE DÉCOLONIALE : ADAPTATION DU<br>MODÈLE SOCIOÉCOLOGIQUE EN PRÉVENTION ..... | 149        |
| 6.4.1                                                                                                     | <i>Description du modèle de prévention de la santé selon une perspective<br/>décoloniale</i> .....                 | 151        |
| 6.4.2                                                                                                     | <i>Propositions du modèle de prévention de la santé selon une perspective<br/>décoloniale</i> .....                | 156        |
| 6.5                                                                                                       | LIMITES DE L'ÉTUDE .....                                                                                           | 157        |
| 6.6                                                                                                       | FORCES DE L'ÉTUDE .....                                                                                            | 158        |
| <b>CHAPITRE 7 CONCLUSION</b> .....                                                                        |                                                                                                                    | <b>159</b> |
| 7.1.1                                                                                                     | <i>Implications pour la pratique en santé</i> .....                                                                | 160        |
| 7.1.2                                                                                                     | <i>Implications pour la politique en santé</i> .....                                                               | 161        |
| 7.1.3                                                                                                     | <i>Implication pour la recherche en santé</i> .....                                                                | 161        |
| <b>RÉFÉRENCES</b> .....                                                                                   |                                                                                                                    | <b>162</b> |
| <b>ANNEXE 1 : Lettre de permission pour l'analyse des données secondaires de<br/>l'intervention</b> ..... |                                                                                                                    | <b>179</b> |
| <b>ANNEXE 2 : Approbation éthique du projet Niikaniganaw</b> .....                                        |                                                                                                                    | <b>180</b> |
| <b>ANNEXE 3 : Questionnaire quantitatif en ligne</b> .....                                                |                                                                                                                    | <b>181</b> |

## LISTE DES TABLEAUX

|              |                                                                             |     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 5.1. | L'identité en tant que participants de l'intervention Niikaniganaw .....    | 111 |
| Tableau 5.2  | Sommaire des résultats sur le contexte préintervention Niikaniganaw .....   | 112 |
| Tableau 5.3  | Sommaire des résultats du contexte post-intervention Niikaniganaw .....     | 114 |
| Tableau 5.4  | Sommaire des changements apportés dans les différents milieux .....         | 116 |
| Tableau 5.5  | Sommaire des barrières relevées dans les différents milieux .....           | 116 |
| Tableau 5.6  | Sommaire des pratiques instaurées dans les différents milieux .....         | 117 |
| Tableau 5.7  | Tableau d'activités et pratique réflexive durant Niikaniganaw .....         | 122 |
| Tableau 5.8  | Tableau d'activités et pratique réflexive associée après Niikaniganaw ..... | 124 |

## FIGURES

|             |                                                                                                                                                      |     |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figure 2.1. | Le modèle socioécologique : un cadre pour la prévention .....                                                                                        | 50  |
| Figure 3.1. | Processus méthodologique et méthodes .....                                                                                                           | 73  |
| Figure 5.1. | Résumé des facteurs sociaux affectant la pratique de sécurisation culturelle .....                                                                   | 130 |
| Figure 6.1. | Mode de gouvernance relationnelle de l'intervention Niikaniganaw .....                                                                               | 141 |
| Figure 6.2. | Prévention de la santé selon une perspective décoloniale Adapté de National Center for Injury Prevention and Control (2002) par Zombré (2025). ..... | 150 |

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

|         |                                                                                       |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| APHA    | Aboriginal Persons living with HIV/AIDS                                               |
| ASPC    | Agence de la santé publique du Canada                                                 |
| CAAN    | Canadian Aboriginal AIDS Network                                                      |
| CCNDS   | Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé                        |
| CRPA    | Commission royale sur les peuples autochtones                                         |
| CVR     | Commission de vérité et réconciliation du Canada                                      |
| ENFFADA | Enquêtes nationales sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées |
| FNIGC   | First Nations Information Governance Centre                                           |
| GIPA    | Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS                                    |
| IRSC    | Instituts de recherche en santé du Canada                                             |
| ITSS    | Infections transmissibles sexuellement et par le sang                                 |
| MEPA    | Meaningful Engagement of People Living with HIV/AIDS                                  |
| PAVS    | Personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH                                  |
| PVVIH   | Personnes vivant ou affectées par le VIH                                              |
| RCAAQ   | Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec                               |
| SAC     | Services aux Autochtones Canada                                                       |
| VIH     | Infection du virus de l'immunodéficience humaine                                      |

# CHAPITRE 1

## INTRODUCTION

*Kill the Indian, save the man<sup>2</sup>*

Au Canada, près de 1,8 million de personnes s'identifient comme étant autochtones, ce qui inclut les Premières Nations, les Inuits et les Métis (Statistique Canada, 2022)<sup>3</sup>. Le mot autochtone désigne les premiers peuples en Amérique du Nord, qui ont des visions diverses du monde et qui ont partagé des expériences de colonisation uniques, ancrées dans le contexte sociohistorique de chaque nation (Nelson et Wilson, 2018 ; Smith, 2012 ; Wilson, 2008). Bien que les peuples autochtones aient des visions différentes du monde, ces visions reposent sur des fondements spirituels et philosophiques similaires, qui guident les différentes relations (Menzies et coll., 2022). La division constitutionnelle des peuples autochtones en Premières Nations, Inuit et Métis ne reflète en rien la spécificité de leurs cultures identitaires multiples ; il s'agit d'une catégorisation coloniale (Wilson, 2008).

L'histoire des Nations autochtones, au Canada, est une histoire marquée par des alliances économiques et militaires entre Autochtones et colons (Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, 2018). Dans les années 1815-1902, les rapports prennent une autre tournure : les peuples autochtones cessent d'être des alliés et font l'objet d'assimilation : les

---

<sup>2</sup> Cette affirmation tire son origine des tentatives d'américanisation des nations amérindiennes, au 19<sup>e</sup> siècle. Au Canada, la phrase résume l'assimilation politique des peuples autochtones, en particulier l'émancipation involontaire des enfants autochtones, à travers les politiques des écoles de résidence (Scott, 1920 ; Titley, 1986).

<sup>3</sup> Dans le cadre de cette thèse, le terme autochtone représente toute personne s'identifiant comme descendant des premiers peuples de l'Amérique du Nord, y compris Premières Nations, Inuit, Métis.



alliances cèdent la place à des politiques coloniales qui vont marquer à jamais l'histoire du Canada (Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, 2018). En effet, la nouvelle réalité démographique (plus de colons que de population autochtone) amène un désintérêt envers le potentiel militaire des guerriers autochtones. Les autorités coloniales britanniques perçoivent alors les peuples autochtones comme une source de « problèmes administratifs ». Parmi les politiques coloniales, nous pouvons citer notamment : 1) l'emprise étatique, les peuples autochtones qui pouvaient, auparavant, vivre comme ils le désirent vivent maintenant dans des réserves sous la gouverne de la Couronne ; 2) les traités de cession de territoire, qui consistent à échanger des terres ancestrales contre des ressources matérielles ou financières ; 3) l'Acte des Sauvages, une politique qui vise à assimiler les Autochtones dans les réserves, en les inculquant la langue et les valeurs occidentales (Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, 2018) ; et enfin 4) la « rafle des années soixante », l'un des événements d'assimilation des communautés autochtones à la culture occidentale, en plus des pensionnats indiens. Cette rafle visait à l'enlèvement à grande échelle des enfants autochtones de leur foyer et communauté pour l'adoption par des familles non autochtones au Canada et aux États-Unis, sans l'autorisation parentale ni des conseils de bandes des réserves (Sinclair et Dainard, 2016).

La dépossession sociale et culturelle des nations autochtones n'est pas un problème du passé, elle explique plusieurs réalités de nos jours, notamment les inégalités dans la structure et prestation des soins et services sociosanitaires entre la population autochtone et non autochtone (Adelson, 2005 ; Greenwood et al., 2018; Richardson et Crawford, 2020). L'héritage colonial fait partie de la réalité contemporaine, il se constitue de structures néocoloniales (système de protection de l'enfant, système de réserves, la *loi sur les Indiens*), qui contribuent à exacerber des traumatismes intergénérationnels et inégalités de longue date (Anderson et Champagne, 2018).

Au fil des années, plusieurs rapports et commissions ont documenté les inégalités qui affectent la qualité de vie des peuples autochtones (Commission royale sur les peuples autochtones, le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR], l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec). Comparativement à la population générale, la population autochtone a une appréciation moindre des bienfaits d'une bonne santé (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2019; Reading et Wien, 2009). Les conditions socio-économiques qui déterminent la santé des peuples autochtones contribuent à des inégalités structurelles et à des désavantages systémiques continus (Greenwood et coll., 2018). Il est important de considérer les communautés autochtones comme faisant partie de la réponse devant ces inégalités et non comme des victimes passives (Adelson, 2005 ; Gracey et King, 2009). Il est important de tenir compte de l'autodétermination et du leadership autochtone pour résoudre les problèmes sociosanitaires auxquels la population est confrontée, en renforçant les capacités à prodiguer des soins de santé et des services sociaux qui sont culturellement sécuritaires (Richardson et Crawford, 2020).

Cette thèse doctorale s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sous la responsabilité de la superviseuse de thèse doctorale, professeure Laperrière. Les données de cette recherche concernent plus spécifiquement le projet catalyseur initial avec Tracey Prentice, Sharp Dopler, Hélène Laperrière et coll. (2018-2019) « *Niikaniganaw (All My Relations) : Building Capacity for HIV-Stigma Free and Culturally Safe Care for Indigenous People Living With or Affected by HIV in Ottawa-Gatineau.*

## 1.1 La généalogie du projet Niikaniganaw

En 2016, lors d'une consultation communautaire parrainée par le réseau : Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN), des personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH (PAVS) se sont exprimées sur l'impact négatif des expériences de soins de santé et services associés à Ottawa-Gatineau racistes, discriminatoires et qui ne sont pas culturellement sécuritaires (AHA Centre, 2018). Ces expériences font que les PAVS ont moins de chances d'accéder aux services lorsqu'elles en ont besoin, incluant le dépistage pour le VIH ( Martin et al., 2021 ; Prentice et Mashing, 2016), les soins, le traitement, le soutien et sont plus à risque d'avoir des résultats de santé suboptimaux, incluant des taux de mortalité générale et reliée au VIH plus élevées (Mill et al., 2009). En réponse à ce besoin identifié par la communauté, en 2018, nous avons assuré un financement pour, et complété, une subvention catalyseur des IRSC de une année, conçue pour se pencher sur cette intersection de stigmatisation en rassemblant des personnes chercheuses, des PAVS, des personnes porteuses de savoirs autochtones, des étudiant(e)s en sciences infirmières, et des employé(e)s de six organisations communautaires qui offrent des services dans le domaine de la santé ou les services reliés à des PAVS, lors de 4 journées rencontres/cérémonies saisonnières sur le territoire, pour briser les barrières, bâtir des relations et des compétences pour offrir des soins qui sont dépourvus de stigmatisation et culturellement sécuritaires dans la région Ottawa-Gatineau

Déjà en 2010, dans sa thèse doctorale, la chercheuse Tracey Prentice développait des approches en art comme méthodologies décolonisatrices ainsi que la construction d'un modèle du foyer comme gouvernance du projet *Visioning Health : Using the Arts to understand culture and gender as determinants of Health for HIV-positive aboriginal women (PAW)*. Les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH et le Sida demeurent au cœur de celui-ci, entourées par l'équipe de recherche autochtone et non autochtone, sous le soutien culturel et spirituel de gardiens des savoirs

ancestraux, et les partenaires communautaires. Ce modèle de gouvernance fut repris dans le cadre de la soumission des projets financés (Prentice, Dopler, Laperrière (2018-2019). Niikaniganaw I: projet catalyseur et Niikaniganaw II : Laperrière et Dopler (2020-2025) ainsi que Laperrière et Bendevis (2020) : *Niikaniganaw (All My Relations) II – the COVID-19 Rapid Response: Indigenous approaches to synthesizing knowledge for culturally safe and stigma free mental health care for underserved Indigenous communities in Ottawa-Gatineau.*

Le projet doctoral en santé des populations s'est développé dans l'engagement dans ce projet, duquel, les membres autochtones suggérèrent un projet plus intimiste et identitaire comme participante aux activités de cérémonies dans le territoire. De plus, ils ont demandé une évaluation des effets/transformations des activités d'apprentissage en sécurisation culturelle à partir d'approches de recherche plus traditionnelles comme contribution complémentaire aux analyses collectives autochtones entamées simultanément. C'est ainsi que la chercheure (Zombré) a eu accès aux verbatims des données secondaires recueillies par la coordinatrice du projet (Rana Annous) de la première phase du projet où l'équipe expérimentait la faisabilité des activités dans un projet catalyseur (Niikaniganaw I) : (1) toutes les personnes participantes étaient invitées au courant de l'année à lire le résumé du Rapport sur la Vérité et la Réconciliation (2) l'équipe animait quatre rencontres/cérémonies journalières, sur le territoire, dans des espaces autochtones. (3) L'équipe animait également quatre mi-journées à la rencontre de la communauté qui se tenaient à différents lieux offerts par les organisations participantes, entre les rencontres saisonnières. L'objectif de ces activités était de ramener Niikaniganaw aux organisations partenaires, d'apporter la culture et les cérémonies à une communauté plus large, et d'augmenter le nombre d'espaces culturellement sécuritaires pour les personnes autochtones à Ottawa-Gatineau (Laperrière et al. 2019, 2020). Ces activités culturelles représentent un processus continu, plutôt qu'un résultat à atteindre, car elles

vont au-delà de l'application des politiques d'inclusion, en incorporant les perspectives et les philosophies autochtones dans l'apprentissage à la sécurisation culturelle dans un contexte de santé sexuelle (McGibbon et al., 2014 ; Vanthuyne et Dussault, 2022).

Se basant sur les apprentissages et les succès de Niikaniganaw I (Prentice, Dopler, Laperrière et al. 2018-2019), dans Niikaniganaw II, Laperrière et al. (2020-2025) décident d'utiliser le modèle Niikaniganaw– une approche participative ancrée dans la culture, décolonisatrice, qui se base sur les principes de participation accrue des personnes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA (GIPA) pour atteindre trois buts principaux : (1) augmenter la capacité de donner des soins et des services culturellement sécuritaires et dépourvus de stigmatisation pour les personnes autochtones vivant avec le VIH et les conditions liées ; (2) développer et tester Niikaniganaw en tant qu'intervention et évaluer les processus de Niikaniganaw et leur influence sur les étudiant(es) et les prestataires de services par rapport à l'offre de service culturellement sécuritaire et dépourvue de stigmatisation pour les personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH ou les conditions liées ; (3) documenter et apprendre de notre expérience à travers une pratique réflexive collective qui mènera à un manuel de programme pouvant être adapté à d'autres emplacements.

*« La recherche la plus habilement conçue n'a de valeur que par son impact dans la vie des gens [...] Plutôt que de mettre l'accent sur l'excellence scientifique, il pourrait être souhaitable de reconnaître l'importance des avantages attendus et potentiels de la recherche pour la communauté<sup>4</sup> »*

## **1.2 Problématique**

Le portrait épidémiologique de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine [VIH], au Canada, présente une disparité entre la population autochtone et celle non autochtone. Bien que l'épidémie du VIH affecte davantage les communautés en contexte de marginalisation, notamment les minorités sexuelles et les groupes racisés ; les communautés autochtones sont affectées de manière disproportionnelle (ASPC, 2022b). Les données statistiques de 2020 démontrent que la population autochtone représente moins de 5 % de la population canadienne, mais 18 % des nouvelles infections du VIH leur étaient attribuées (ASPC, 2022b). En outre, une étude comparative de portée internationale a permis de constater que le taux du VIH est plus élevé chez la population autochtone au Canada, comparativement à celle de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie, qui présentent des histoires coloniales similaires (Shea et al., 2011). L'infection du VIH est loin d'être la cause de cette disparité sur le plan épidémiologique. La véritable cause serait les facteurs historiques et actuels liés à la colonisation, qui font que les communautés autochtones

---

<sup>4</sup> Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations communities. *International Journal of Indigenous Health*, 1(1), 80-95.

sont davantage exposées à la transmission du VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang [ITSS] (Anderson et Champagne, 2018). Malgré le fait que le Canada dispose des outils nécessaires pour réduire la transmission des ITSS et du VIH (stratégies de prévention, traitements efficaces et recherches innovantes), il est difficile d'utiliser ces outils de manière efficace et appropriée, auprès de la population autochtone et d'atteindre les objectifs escomptés, incluant la suppression virale, la réduction de la transmission, de la mortalité et de la morbidité (ASPC, 2019 ; Jongbloed et al., 2019 ; Lévesque, 2015).

Voici quelques raisons qui expliquent ce constat. Les personnes autochtones (Premières Nations, Inuit et Métis) sont confrontées à des défis similaires de discrimination raciale et d'interactions négatives avec les professionnels de la santé (Graham et al., 2023). L'identité culturelle est un déterminant important à la réponse des personnes autochtones face aux soins de santé associés au VIH. Elle influence la manière dont les personnes réagissent aux soins, aux services et à la façon dont ils sont offerts (Barlow et al., 2008; Bourque Bearskin, 2011). Force est de constater que les soins de santé offerts aux personnes autochtones, incluant ceux rattachés au VIH sont dits culturellement non sécuritaires, car ils ne respectent pas les perspectives de santé et de bien-être autochtones, reproduisent les comportements et attitudes discriminatoires et racistes, tout en contribuant à des rapports de pouvoir déséquilibrés entre la clientèle autochtone et les professionnels de la santé (Graham et al., 2023 ; Jongbloed et al., 2019). L'héritage de la colonisation a laissé un profond abîme épistémologique qui ne peut pas être facilement franchi par les professionnels de la santé, même s'ils sont bien intentionnés et culturellement compétents (Wendt et Gone, 2012). Il est important d'examiner les structures de pouvoirs « acquises » et de remettre en question la culture et les systèmes culturels dominants, plutôt que de prioriser l'acquisition de « compétences » sur les autres cultures (Curtis et al., 2019).

Pour promouvoir la santé, particulièrement la santé sexuelle, auprès de la population autochtone, il est important d'adopter une approche de sécurisation culturelle. D'un point de vue théorique, l'approche vise à créer des conditions d'accueil et des environnements qui sont favorables à l'identité culturelle autochtone (Lévesque, 2015 ; Leclerc et al., 2018). Dans le cadre d'une approche de sécurisation culturelle, la manière d'offrir les soins valorise l'expérience individuelle et l'expérience collective, ainsi que l'importance de l'identité autochtone et de la différence culturelle (Lévesque, 2015). Toujours selon perspective théorique de la sécurisation culturelle, le professionnel de la santé offre des soins, à travers des changements dans la manière de concevoir les relations de pouvoir et les droits des patients autochtones, en se questionnant sur ses attitudes, ses propres préjugés, stéréotypes ; ainsi que sur les facteurs sociaux, politiques et historiques qui peuvent affecter négativement l'environnement de soins et la qualité des soins de santé (Curtis et al., 2019; Papps et Ramsden, 1996).

Plusieurs formations sur la sécurisation culturelle, particulièrement les formations en ligne, sont offertes par les différents ordres professionnels, les organismes autochtones et les organismes de santé (Désilets, 2022). D'une perspective pratique, malgré toutes ces formations, il peut s'avérer difficile d'adopter une approche de sécurisation culturelle, si l'on n'a pas l'expérience de pratiques culturelles transformatrices autochtones, particulièrement dans un contexte de soins de santé sexuelle. Alors, quel est l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle pour des soins de santé et services sociaux offerts aux personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH ? Quelle est la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain ? Quelles sont les transformations individuelles ou collectives vécues à l'issue de ce type d'apprentissage à la sécurisation culturelle ?



Ce projet de recherche doctorale vise à explorer la perspective décoloniale de Niikaniganaw comme intervention potentielle d'apprentissage à la sécurisation culturelle. Les objectifs spécifiques de cette recherche sont :

Décrire la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain.

Décrire la perception des participants sur les cérémonies d'apprentissages culturelles, afin d'identifier les transformations individuelles ou collectives vécues dans le cadre de cet apprentissage.

Niikaniganaw : renforcer les capacités pour des soins culturellement sécuritaires et sans stigmatisation auprès des personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH (PVVIH autochtones) dans la région Ottawa/Gatineau

Niikaniganaw symbolise « Toutes mes relations » dans un contexte de production de connaissances et dans un contexte de santé, « Toutes mes relations » de manière holistique : spirituelles, émotionnelles, mentales et physiques. Cette intervention s'inspire des inégalités sociales de la santé vécues par les personnes autochtones dans la réponse à l'épidémie du VIH au Canada, notamment la discrimination, le manque d'approches culturellement sécuritaires et le racisme dans les interventions de prévention, de dépistage et de traitement du VIH et autres ITSS qui conduisent à un diagnostic et à l'initiation tardive des traitements auprès de la population autochtone (Marsdin et al., 2023 ; Negin et al., 2015 ; Ontario HIV Treatment Network, 2019).

Son objectif primaire est de bâtir des relations et la capacité à offrir des soins de santé et services sociaux sans stigmatisation et culturellement sécuritaire aux personnes autochtones, en milieu urbain, vivant avec le VIH. Ayant une double visée, Niikaniganaw vise, d'une part, à sensibiliser et à éduquer les professionnels du secteur communautaire et de la santé aux bienfaits et à l'importance des pratiques culturelles autochtones, à travers des activités d'immersion ; d'autre part, accroître la compréhension et l'expérience des façons autochtones de savoir, de faire et d'être pour une collectivité d'acteurs mieux informée sur le plan culturel.

Inspiré par les quatre saisons (printemps, été, automne et hiver) et les quatre quadrants de la roue médicinale (est, ouest, nord et sud), Niikaniganaw propose une série d'apprentissages de quatre journées de cérémonies pour les participants, cofacilitées par les chercheurs/chercheuses et les personnes porteuses de savoirs autochtones (Beaulieu, 2018). Les activités ont commencé au printemps 2018 et se sont terminées en hiver 2019. Selon la vision des personnes porteuses de savoirs autochtones du projet, débiter l'intervention au printemps symbolise le nouveau départ, et la terminée en hiver caractérise la réflexion et la contemplation des réalisations faites.

Les journées de cérémonies en terres autochtones, qui se trouvent sur le territoire traditionnel non cédé du peuple anichinabé, dans la région d'Ottawa, intègrent des enseignements autochtones, des cérémonies et des composantes culturelles, une collecte de données quantitative et qualitative, ainsi que des discussions autour des questions de recherche et des lectures. Les lectures étaient principalement axées sur des chapitres de la Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR] (2015), ainsi que sur des articles et des chapitres sélectionnés sur le racisme systémique et l'altruisme. Les questions de recherche flexibles visaient à explorer les motivations, à partager des expériences d'offre ou de réception de soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires

et sans stigmatisation liée au VIH, à réfléchir aux lectures et aux différents apprentissages expérientiels, ainsi qu'à définir une vision commune et à planifier des actions futures.

#### Gouvernance organisationnelle de l'intervention Niikaniganaw

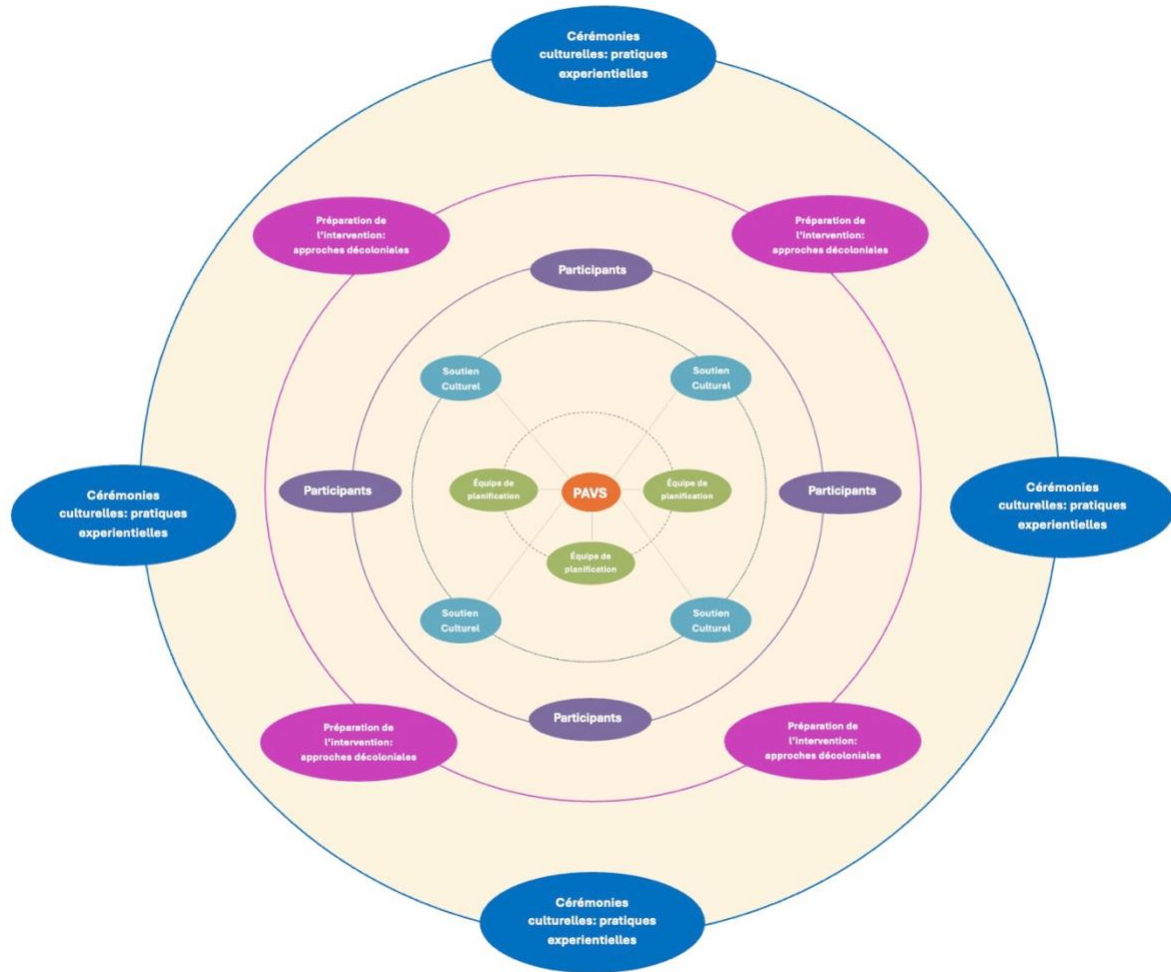
L'initiative Niikaniagnaw constitue une collectivité de plusieurs acteurs (n=32). Bien qu'ayant différentes identités culturelles, ces acteurs ont de l'expérience dans la réception ou l'offre des soins de santé ou de services sociaux auprès des personnes autochtones, dans la région Ottawa/Gatineau. Ensemble, ils se sont engagés dans un but commun : l'apprentissage expérientiel de pratiques culturelles autochtones pour promouvoir des soins de santé et des services sociaux qui soient culturellement sécuritaires (Yui, 2012).

Reposant sur le modèle Visionning Health, la structure organisationnelle s'inspire de la vision structurelle autochtone et de l'autodétermination (Peltier, 2014). Elle est présentée sous la forme d'un cercle sacré, où il n'y a pas de hiérarchie dans le rôle des différents groupes d'acteurs (Peltier, 2014). Dans la structure organisationnelle, les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH qui sont face à des soins de santé et services sociaux racistes, discriminatoires, et non culturellement sécuritaires se trouvent au cœur de l'intervention, et autour d'elles gravitent tous les autres acteurs participant à l'intervention. Grâce à leurs savoirs expérientiels, elles contribuent à la cocréation de l'environnement dans lequel les activités d'apprentissages culturels auront lieu. Les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH sont aussi les premiers bénéficiaires des retombées de l'intervention, car les différentes activités permettront d'aborder les barrières qui influencent l'accès aux soins de santé et services sociaux et ainsi améliorer la pratique des soins et des services sociaux.

Quant à l'équipe de planification, elle a une bonne connaissance de la vision de l'intervention et de l'expérience vécue par les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH en milieu urbain. En plus des personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH, ce groupe d'acteurs se compose :

- Cinq personnes porteuses de savoirs autochtones qui sont particulièrement aptes à rendre la culture et la cérémonie accessibles aux participants. Elles alimentent le processus établi, ainsi que les différentes activités d'apprentissage, tout en facilitant l'expérience de partage des savoirs autochtone.
- Un graphiste autochtone, survivant de la « rafle des années soixante », a travaillé à la production d'un enregistrement visuel de notre temps passé ensemble, qui peut également servir d'outil pédagogique. Deux chercheurs non autochtones qui ont une longue expérience de travail avec des personnes autochtones et non autochtones vivant avec le VIH/sida.

Enfin, les participants de l'intervention Niikaniganaw se composent de prestataires de santé et de services sociaux, d'intervenants communautaires, ainsi que d'étudiants en Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (étudiants en quatrième année de sciences infirmières, étudiants en maîtrise en sciences de la santé, étudiants au doctorat en santé des populations). Ces participants apportent une contribution à la pratique réflexive collective menée lors des différentes cérémonies.



**Figure 1.3.1. Mode de gouvernance autochtone de l'intervention Niikaniganaw**

### **1.3 Perspective santé des populations de cette étude doctorale**

L'approche axée sur la santé des populations vise à prendre en compte l'ensemble des facteurs sociaux qui peuvent influencer la santé de toute une population (ASPC, 2001). La santé est conceptualisée comme un phénomène social, avec la justice sociale et l'équité en santé comme principes (Solar et Irwin, 2010). Autrement dit, l'approche axée sur la santé des populations permet la connexion entre l'aspect social et médical, afin de comprendre la production sociale de la santé et de la maladie (Berkman et Kawachi, 2014 ; Solar et Irwin, 2010).

Ce projet de recherche montre que la vulnérabilité de la personne autochtone au VIH ne peut pas être analysée sans tenir compte des déterminants sociaux de la santé qui affectent la santé de la population autochtone (Rose, 1985). Il est important d'incorporer le contexte social dans les explications du pourquoi des inégalités sociales de santé entre la population autochtone et celle non autochtone dans l'épidémie du VIH au Canada (Berkman et Kawachi, 2014). Ensuite, cette recherche s'insère dans une perspective de justice distributive, en soulignant la pertinence de favoriser l'accès à des soins culturellement sécuritaires à la population autochtone (Gostin, 2005). Enfin, ce projet doctoral répond à un besoin populationnel : l'accès à des soins de santé et services sociaux liés à la santé sexuelle qui soient culturellement sécuritaires. Les résultats de cette étude peuvent contribuer à une différence dans le statut de santé de la population autochtone, grâce à l'élaboration des interventions appropriées (Rose, 1985).

## CHAPITRE 2

### REVUE DE LA LITTÉRATURE

*« On ne peut pas guérir une personne sans regarder l'ensemble de la communauté, ce serait mettre un pansement temporaire sur le problème<sup>5</sup> »*

#### 2.1 La gouvernance autochtone avant la colonisation

La gouvernance n'est pas un élément nouveau que la colonisation a apporté au mode de vie des nations autochtones. Les modes de gouvernances autochtones se constituaient de systèmes mis en place pour établir les relations au sein des nations. Aujourd'hui, ces modes de gouvernance consistent aussi à élaborer des outils, des interventions pour résoudre des problèmes auxquels sont confrontés les groupes, les communautés et les collectivités autochtones (Gentelet et Timpson, 2014). Certes le processus de colonisation a eu un impact négatif sur ces modes de gouvernances, mais, dans une perspective décoloniale, il est important de légitimer ces modes de gouvernances (Gentelet et Timpson, 2014).

Les peuples autochtones se soignaient les uns et les autres d'une manière holistique, inclusive et égalitaire. Avant l'arrivée des colons sur les terres traditionnelles, les nations disposaient de modes de gouvernance complexes (Ladner, 2009; Linklater, 2014). Très différents de la gouvernance européenne, qui repose sur le privilège et des relations de pouvoirs verticales, les différents types de gouvernance autochtone sont construits sur une relation d'égalité et de complémentarité entre les membres de la communauté et les liens fondamentaux avec le monde naturel (Ladner, 2009;

---

<sup>5</sup> Linklater, R. (2014). *Decolonizing trauma work: Indigenous stories and strategies*. Fernwood.

Linklater, 2014). Les différents ordres constitutionnels issus de ces systèmes de gouvernance ont permis une grande diversité des politiques autochtones et la capacité à faire, à interpréter et à appliquer la loi au sein des différentes nations (Ladner, 2009).

Les peuples autochtones gouvernaient des systèmes de guérison riches et diversifiés. Ces systèmes ont été fragilisés par l'introduction de nouvelles maladies contagieuses au sein des communautés, de même que par des changements aux conditions socio-économiques et politiques (Burnett, 2023). Les colons ont introduit des agents pathogènes auxquels les peuples autochtones n'avaient pas été exposés auparavant, comme la variole, la diphtérie, la syphilis et la tuberculose, qui ont provoqué des vagues d'épidémies mortelles. En outre, les politiques coloniales, telles que les pensionnats et les réinstallations forcées, ont accru l'exposition et la vulnérabilité aux maladies infectieuses (MacDonald et al., 2021 ; Mant et al., 2023).

La colonisation des peuples autochtones, au Canada, peut être définie comme un processus de civilisation et d'assimilation forcées des nations autochtones, par l'entremise de pratiques et de politiques qui justifiaient la prise de possession des terres et des ressources (Ladner, 2009). Ces pratiques et politiques ont aussi transgressé la souveraineté des nations autochtones (Ladner, 2009). Autrement dit, la colonisation constituait un mouvement social, à travers lequel l'identité culturelle des personnes autochtones a été bafouée, l'autonomie a été fragilisée et les droits sur les territoires ont été révoqués (Ladner, 2009; Gracey et King, 2009). Ce mouvement social se traduisait entre autres par 1) un génocide culturel, qui s'est manifesté par : la création d'un système de pensionnats, l'interdiction des pratiques culturelles autochtones, le démantèlement des structures familiales pour empêcher la transmission de l'identité et des valeurs culturelles (CVR, 2015 ; Ladner, 2009). 2) Le remplacement des formes existantes de gouvernance autochtone par des conseils de bande



dépourvus de pouvoirs (CVR, 2015 ; Ladner, 2009). 3) La création d'un système de réserves, résultant d'une relocalisation géographique discriminatoire des communautés autochtones sur des terres éloignées et économiquement marginales (CVR, 2015 ; Gracey et King, 2009 ; Ladner, 2009). 4) L'utilisation des systèmes de santé comme « outil auxiliaire de la colonisation », les approches de santé ont contribué à dévaloriser les connaissances médicales des peuples autochtones et à entraver leurs droits et leur souveraineté (Richardson et Crawford, 2020).

Nul doute que la colonisation est un facteur spécifique qui influence toutes les réalités auxquelles sont confrontés les peuples autochtones, particulièrement celle de la santé. En légitimant les modes de gouvernance autochtones, dans un contexte de décolonisation, on reconnaît que les personnes autochtones ne constituent pas un groupe homogène, ayant les mêmes caractéristiques, les mêmes besoins et les mêmes aspirations (Gentelet et Timpson, 2014). Cela permet d'une part de considérer la valeur des approches distinctes sur la gouvernance, en reconnaissant les besoins propres et les aspirations des groupes et collectivités autochtones ; d'autre part, de prendre en considération les nouveaux « acteurs » dans l'action face aux réalités que peuvent vivre les personnes autochtones (Gentelet et Timpson, 2014).

## **2.2 Portrait sociodémographique de la population autochtone au Canada et dans la région de la Capitale-Nation (Ottawa-Gatineau)**

On compte plus de 476 millions de personnes autochtones dans le monde, ce qui représente 6,2 % de la population mondiale (Nations Unies, s. d). C'est une population jeune et en croissance, la hausse de l'espérance de vie, les taux de fécondité élevés ainsi que l'augmentation de l'appartenance autochtone étant des facteurs qui expliquent cette croissance (Statistique Canada, 2022). Les Premières Nations sont le groupe dominant au sein de la population autochtone (58 %),

suivies des Métis (34,5 %) et des Inuits (3,9 %) (Statistique Canada, 2022). La présence de la population autochtone en milieu urbain a connu une augmentation de 12,5 % de 2016 à 2021 : on compte 801 045 personnes autochtones dans les milieux urbains canadiens (Statistique Canada, 2022). Les Métis sont les plus susceptibles de vivre en milieu urbain. Or, depuis quelques années, on observe une tendance à l'urbanisation auprès des peuples autochtones (Statistique Canada, 2017b).

En 2016, on comptait 38 115 personnes autochtones dans la région de la Capitale-Nationale, soit 2,9 % de la population (Statistique Canada, 2019 ; Doucet, 2021). Cela fait d'Ottawa-Gatineau la 6e région métropolitaine recensée (RMR) et d'Ottawa la troisième plus grande ville avec le plus grand nombre de personnes autochtones (Doucet, 2021). La croissance de la population autochtone dans cette région s'explique par les facteurs suivants : le taux de fécondité, l'augmentation de l'appartenance identitaire autochtone, la migration vers les grandes villes (Doucet, 2021). Au niveau de la répartition de la population autochtone, on observe une différence entre les deux régions: le pourcentage de la population métis est plus élevé en Outaouais, tandis que celui de la population des Premières Nations est plus important en Ontario (Doucet, 2021). Parmi la population autochtone de la région de la Capitale-Nationale, seulement 24,6 % ont le statut d'Indiens inscrits, selon la *Loi sur les Indiens* <sup>6</sup>(Doucet, 2021). Enfin, 91,9 % des personnes autochtones dans la région Ottawa-Gatineau parlent l'anglais, 58,5 % parlent français et 4 %

---

<sup>6</sup> Par la *Loi sur les Indiens* le statut d'Indien contribue à une division supplémentaire des peuples autochtones en plus de la division constitutionnelle. Les Indiens inscrits sont des personnes issues des Premières-Nations qui sont enregistrées auprès du gouvernement fédéral, le statut d'Indien leur confère des droits et des privilèges que les Indiens non inscrits n'ont pas (McCue, 2020).

parlent également une langue autochtone, incluant les langues algonquiennes, les langues cries montagnaises, les langues ojibwées et les langues inuites (Doucet, 2021).

Malgré une population jeune et en croissance, la population autochtone présente un statut de santé moins bonne, comparativement à la population générale (Loppie et Wien, 2022). En effet, la population présente des taux élevés de mortalité infantile, de suicide, de maladies chroniques et infectieuses, surtout dans les communautés et les régions rurales (Gracey et King, 2009 ; Loppie et Wien, 2022). En milieu urbain, elles éprouvent de la difficulté à accéder aux soins de santé et services de santé ou choisissent de ne pas y accéder (Lévesque et coll., 2019 ; O'Brien et coll., 2018). Cette difficulté et ce choix s'expliquent par le fort taux de discrimination basé sur l'identité autochtone (Browne, 2017 ; Lévesque et coll., 2019).

### **2.3 Aperçu des déterminants sociaux de la santé au sein de la population autochtone**

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions sociales, politiques, économiques, environnementales et culturelles qui influencent le parcours de vie et la santé des individus, des communautés et des populations (Solar et Irwin, 2010). Le statut de moins bonne santé observé chez la population autochtone résulte en outre des différences d'accès à plusieurs déterminants sociaux de la santé, parmi lesquels nous pouvons citer ces déterminants clés (Gracey et King, 2009 ; Loppie et Wien, 2022) :

- A. L'éducation : la relation entre l'éducation et une bonne santé est bien établie. Plus une population est éduquée, meilleur sera son statut de santé (OECD, 2020). L'éducation influence l'accès au marché du travail, à de meilleurs emplois et donc, à un revenu élevé (OECD, 2020). La discrimination historique explique le faible taux de diplomation postsecondaire des apprenants autochtones, comparativement à la population générale

(Croteau et Molgat, 2021). En 2018, 11 % des personnes autochtones possédaient un diplôme universitaire comparativement à 26 % des personnes non autochtones (Statistique Canada, 2018). Cette discrimination historique s'est manifestée dans le passé par l'utilisation du système éducatif comme entreprise assimilatoire et, aujourd'hui, les personnes autochtones perçoivent encore l'éducation institutionnelle comme une arme d'acculturation (Croteau et Molgat, 2021). En outre, l'usage d'un curriculum d'enseignement eurocentrique, ainsi que les traumatismes liés aux écoles résidentielles sont des facteurs ayant contribué à cette disparité sur le plan de l'éducation (Charbonneau, 2017).

- B. Le revenu : la population autochtone est confrontée à un des plus hauts niveaux de pauvreté, comparativement à la population générale (OECD, 2020). Cela s'explique par un faible taux de participation au marché du travail, de faibles taux d'éducation et des taux élevés de chômage (OECD, 2020 ; Statistique Canada, 2018). La localisation géographique exerce aussi une grande influence sur la capacité à avoir accès à un emploi et, donc, à un revenu. Les membres des communautés autochtones éloignées sont particulièrement touchés par la pauvreté (OECD, 2020). Rappelons que la réinstallation forcée des communautés autochtones vers des régions peu propices à l'habitation et au développement économique fait partie des politiques d'assimilation au Canada (ASPC, 2021a).
- C. Le logement : les disparités en matière de logement sont influencées par plusieurs autres déterminants sociaux de la santé, comme un faible statut socio-économique, la pauvreté, l'exclusion sociale, un faible niveau d'éducation et la discrimination géographique résultant de la colonisation (Centre de collaboration nationale de la santé des Autochtones [CCNSA], 2017). Le logement demeure un problème de santé critique pour la population autochtone (CCNSA, 2017). En 2016, 1 personne autochtone sur 5 vivait dans un logement précaire,

un cinquième de la population se retrouvait dans des conditions de logement surpeuplé (Statistique Canada, 2017a). Les communautés autochtones dans les régions éloignées sont susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés, tandis que les personnes autochtones en milieu urbain sont confrontées à des difficultés d'accès au logement et à l'insalubrité des logements (ASPC, 2021a; CCNSA, 2017). Les conditions de logement précaires contribuent à un risque accru de morbidité liée aux maladies infectieuses, aux maladies chroniques, aux blessures et aux troubles de santé mentale (CCNSA, 2017). En outre, l'absence de domiciles fixes et le recours aux refuges temporaires affectent l'état de santé et augmentent le risque de décès prématuré (CCNSA, 2017).

- A. L'accès aux services de santé : l'accès aux services de santé est défini comme étant : « l'offre de services de santé de qualité à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et l'existence d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous et autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens de se procurer les services dont ils ont besoin » (Evans et al., 2013,p.546). Pour les personnes autochtones, l'accès aux services de santé demeure complexe, étant donné qu'il est contraint par des barrières financières, géographiques et culturelles (Department of Economic and Social Affairs Indigenous Peoples, 2018). L'organisation des soins de santé au Canada repose sur la Constitution canadienne. Cette organisation est répartie entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux (Services aux Autochtones Canada, 2023). L'accès aux services de santé des peuples autochtones est une responsabilité partagée entre le fédéral, les provinces et les territoires. Cette responsabilité partagée peut conduire à un accès à des services de santé fragmentés (Department of Economic and Social Affairs Indigenous Peoples, 2018). À travers Services aux Autochtones Canada, le gouvernement fédéral complète les services de santé offerts par les provinces, en favorisant les soins de

santé primaires, en faisant la promotion de la santé et en assurant les prestations de santé supplémentaires, dans les communautés autochtones<sup>7</sup> (Services aux Autochtones Canada, 2023). En milieu urbain, les services de santé sont principalement offerts par les provinces et les territoires (Services aux Autochtones Canada, 2023). Les personnes autochtones en milieu urbain se voient alors privées des services offerts par le fédéral dans les communautés autochtones territoriales. En outre, peu de ressources en santé offrent des services culturellement sécuritaires aux communautés autochtones territoriales et urbaines (Department of Economic and Social Affairs Indigenous Peoples, 2018).

La compréhension des déterminants sociaux de la santé permet de conceptualiser l'origine des disparités de santé entre différents groupes (Kim, 2019). Les déterminants sociaux de la santé peuvent être catégorisés comme suit (Kim, 2019 ; Loppie et Wien, 2009 ; Solar et Irwin, 2010) :

- **Les déterminants proximaux** (comportements directement liés à la santé, à l'environnement physique et social, au statut socio-économique) : ces déterminants sont les conditions qui ont une incidence directe sur la santé physique. Ces conditions regroupent des facteurs sociaux qui limitent le contrôle sur les ressources matérielles et exacerbent les problèmes de santé. Les déterminants proximaux sont à l'origine du statut de santé au sein d'une population, ils permettent d'expliquer les inégalités sociales de la santé.
- **Les déterminants intermédiaires** (le système de soins de santé, le système d'éducation, de justice, les ressources communautaires, la culture) : ces déterminants exercent une influence sur le plan systémique, ce sont les conditions qui créent les déterminants

---

<sup>7</sup> Pour un langage plus inclusif, le terme communauté autochtone est adopté dans cette thèse pour désigner les réserves.

proximaux. Le lien entre la continuité culturelle et les déterminants intermédiaires a une influence directe sur les déterminants proximaux. La continuité culturelle renvoie au degré de cohésion sociale et culturelle au sein d'une société.

- **Les déterminants distaux** (le colonialisme, le racisme, la répression et l'autodétermination) : ces déterminants regroupent le contexte politique, social et économique, les mécanismes structurels qui créent les déterminants intermédiaires et les déterminants proximaux. Les déterminants distaux, aussi appelés déterminants structurels de la santé, permettent d'expliquer la cause des causes des inégalités sociales de la santé, car ils génèrent des mécanismes structurels qui définissent la position socio-économique individuelle dans les hiérarchies de pouvoir, de prestige et d'accès aux ressources. Les stratifications sociales (la classe sociale, le genre, la race et l'ethnicité) issues des mécanismes structurels engendrent une exposition différentielle aux conditions (les déterminants proximaux et déterminants intermédiaires) qui affectent la santé (Solar et Irwin, 2010).

En outre, la position sociale définie par les déterminants distaux joue un rôle crucial dans l'établissement des inégalités sociales de la santé. Ce rôle est influencé, d'une part, par le pouvoir comme facteur de domination ou facteur positif d'action collective, qui laisse sous-entendre que la lutte contre les déterminants sociaux des inégalités de santé est un processus politique qui requiert à la fois l'action des communautés en contexte de défavorisation et la responsabilité gouvernementale. D'autre part, il importe de comprendre les causes sociales de la santé et les facteurs sociaux qui déterminent la répartition de ces causes entre les groupes. La confusion entre les déterminants sociaux de la santé et les processus sociaux qui façonnent la distribution inégale de ces déterminants est également à prendre en considération. Les politiques sociales et économiques qui ont été associées à des tendances globales positives dans les facteurs sociaux

déterminants pour la santé (par exemple, le revenu et le niveau d'éducation) ont également été liées à des inégalités persistantes dans la distribution de ces facteurs au sein des groupes de population (Solar et Irwin, 2010).

Outre les déterminants sociaux clés mentionnés ci-dessus, il existe aussi des déterminants propres à la santé de la population autochtone qui ont pour fondements la communauté, l'interconnectivité et les relations (Lines et al., 2019). Ces déterminants comprennent les déterminants distaux liés au contexte historique, politique, climatique, économique et social (Gracey et King, 2009 ; Greenwood et al., 2018).

D'un point de vue autochtone, les maladies observées ne sont pas généralement la cause des individus en moins bonne santé, comparativement à d'autres ; les inégalités de santé résultent de la corruption ou des déficits dans les causes profondes non visibles (Reading, 2015).

L'analogie de l'arbre permet de mieux comprendre la catégorisation des déterminants sociaux de la santé. L'arbre fait partie de la nature et possède trois éléments interconnectés : les feuilles et les branches, le tronc et les racines. Chaque partie est dépendante des autres parties pour la subsistance (Reading, 2015). Tout comme les feuilles et les branches, les déterminants proximaux influencent la santé d'une manière concrète et directe. Il est prouvé que des inégalités et désavantages au sein de ces déterminants (par exemple : la pauvreté, la discrimination, le manque d'éducation) donnent lieu à des défis physiques, mentaux, spirituels et sociaux (Marmot, 2005). Les déterminants intermédiaires représentent le tronc de l'arbre, qui facilite ou entrave la santé, à travers des systèmes qui connectent les déterminants proximaux et distaux. Dans la conceptualisation autochtone, les déterminants intermédiaires englobent aussi les relations avec les terres, le langage, les cérémonies, le partage des connaissances autochtones et les réseaux familiaux (Loppie et Wien,



2009). Les racines de l'arbre représentent les déterminants distaux, ces déterminants profondément enracinés regroupant les fondements historiques, politiques, idéologiques, économiques et sociaux (y compris les visions du monde autochtones, la spiritualité et l'autodétermination), à partir desquels tous les autres déterminants apparaissent, ce qui justifie l'interconnexion entre les déterminants sociaux de la santé (Reading, 2015).

La conceptualisation des déterminants sociaux de la santé peut varier d'un modèle à l'autre. Par exemple, dans le modèle élargi des déterminants sociaux de la santé (Dahlgren et Whitehead, 2007), le modèle le plus connu, les déterminants sociaux sont catégorisés autrement, tandis que, dans le cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la santé (Solar et Irwin, 2010), qui explique la cause des causes des inégalités de la santé, on s'aperçoit que les déterminants intermédiaires et les déterminants proximaux sont confondus. Reading (2015) soutient que les déterminants intermédiaires et distaux ont moins de répercussions directes sur la santé des individus, mais influencent profondément les déterminants proximaux. Par exemple, l'accès difficile aux ressources de santé pour plusieurs communautés autochtones dans les régions rurales et nordiques conduit à un dépistage réduit des maladies transmissibles sexuellement et des résultats de santé négatifs ; cette problématique est exacerbée lorsque les services accessibles ne sont pas sécuritaires culturellement.

En somme, les différentes conceptualisations des déterminants sociaux de la santé ne changent pas le fait que les déterminants distaux (aussi appelés les déterminants sociaux en matière d'inégalités de santé), qui sont composés du contexte socio-économique, politique et de la position sociale, sont à l'origine des inégalités sociales de la santé, car ils contribuent à perpétuer les inégalités structurelles, les désavantages du système et un gradient social de la santé, dans lequel les groupes

autochtones en contexte de défavorisation sur le plan socio-économique sont les plus affectés par les problèmes de santé (Marmot et Commission on Social Determinants of Health, 2007 ; Loppie et Wien, 2022).

## **2.4 Perspectives autochtones de la santé et du bien-être**

La manière dont la santé est conceptualisée au sein des nations autochtones diffère de la conceptualisation biomédicale occidentale de la santé (Czyzewski, 2011). Bien que les peuples autochtones aient des visions diverses du monde, ils ont une façon similaire de percevoir la santé : la santé est un concept holistique, qui va au-delà des comportements individuels et génétiques (Reading, 2015). De plus, la santé est une quête continue à travers les phases de la vie : elle comprend le bien-être physique et mental, tout comme la cohésion spirituelle et culturelle (Kim, 2019). Les principes de santé et du bien-être sont issus des perspectives relationnelles et circulaires (Linklater, 2014).

Le bien-être est rattaché à l'harmonie, l'équilibre dans la vie et la capacité à démontrer de la compassion et à apporter des soins à sa personne et à nos semblables dans la communauté (Linklater, 2014). Par-dessus tout, la perspective culturelle prime et est clairement reflétée dans les pratiques de santé et de bien-être (Linklater, 2014). Durant plusieurs années, les praticiens, chercheurs et communautés autochtones ont abordé le bien-être comme un moyen de conceptualiser la santé et la guérison. Selon cette vision, l'humain est une entité spirituelle, émotionnelle, mentale et physique. À travers le bien-être, il parvient à cette connexion entre la santé, l'harmonie et l'équilibre dans la vie (Linklater, 2014).

Il va sans dire que les visions du monde autochtone exercent une influence sur la perception de la santé et du bien-être. En effet, une des croyances autochtones, Anishnabée, selon laquelle l'humain

provient d'une dimension spirituelle et y retournera amène à placer la santé spirituelle au centre du bien-être et au maintien de la santé (Linklater, 2014). On arrive au bien-être et au maintien de la santé lorsque nous sommes conscients que nous faisons partie à parts égales de ce monde. Ce n'est que lorsque toutes les dimensions de notre personne sont équilibrées que nous atteindrons un état de bien-être (Linklater, 2014). Toujours selon cette croyance, dans le processus de guérison, l'esprit et la spiritualité sont des concepts centraux que les prestataires de soins de santé autochtone reconnaissent. Par conséquent, il est important d'honorer la spiritualité comme un aspect intégral de la personne qui guérit (Linklater, 2014). Plusieurs cérémonies et programmes de guérison autochtones soulignent la nécessité de reconnexion avec la spiritualité dans le but d'arriver à une guérison, car la spiritualité est à la base du désir de guérir (Linklater, 2014).

En résumé, plusieurs programmes de santé et de bien-être autochtones reposent ainsi sur les principes d'harmonie et d'équilibre dans la vie (Linklater, 2014). Les politiques, interventions et programmes de santé concernant les personnes autochtones nécessitent d'être culturellement sécuritaires et ne doivent pas provenir uniquement d'une perspective ethnocentrique (Resnicow et al., 1999).

## **2.5 La santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain<sup>8</sup>**

Au Canada, approximativement 52 % des personnes autochtones vivent en milieu urbain, malgré le fait que les zones urbaines ont une plus forte distribution des soins de santé primaire, de santé mentale et d'aide sociale, les personnes autochtones demeurant dans les milieux urbains rapportent

---

<sup>8</sup> Ici, les personnes autochtones en milieu urbain sont celles vivant dans les villes ou les régions rurales.

être en moins bonne santé, comparativement à celles vivant dans les milieux ruraux ou nordiques (Bethune et al., 2019; Graham et al., 2023).

Lors d'une étude des besoins et des lacunes en matière de santé et de services sociaux de la population autochtone à Gatineau, des informateurs clés dans la région Ottawa-Gatineau ont souligné qu'il y a des besoins non comblés autant pour les résidents autochtones que les professionnels de la santé et des services sociaux. En effet, les personnes autochtones ont besoin d'obtenir des services culturellement pertinents. Une complémentarité de soins traditionnels et de soins offerts par le système de santé publique pourrait combler cette lacune. Les professionnels de la santé, quant à eux, ont un besoin de formation, de sensibilisation, d'accès aux ressources pertinents pour mieux servir la population autochtone (Centre d'Innovation des Premiers Peuples, 2021).

Dans la région urbaine de Toronto, 37,4 % des personnes autochtones ont rapporté ne pas avoir de prestataires de soins de santé primaire, et 28 % rapportent avoir des besoins de santé non rencontrés dans les 12 derniers mois (O'Brien et al., 2018).

Nelson et Wilson (2018) ont relevé auprès des personnes autochtones en milieux urbains de la Colombie-Britannique trois types d'obstacles à l'accès aux services de santé. Tout d'abord, il y a la qualité des soins : les besoins en santé des personnes autochtones ne sont pas satisfaits en situation de soins de santé urbains (retard de diagnostics, refus de médication), celles-ci ayant l'impression d'être délibérément maltraitées ou discriminées. Deuxièmement, les personnes autochtones vivant en milieux urbains perçoivent les longues périodes d'attentes et les listes d'attentes, comme un refus qui rend les services de santé inaccessibles. Cette barrière constitue l'exemple d'un système qui semble se montrer indifférent envers les patients autochtones. La

discrimination ou le racisme basés sur le statut, l'identité ou l'apparence autochtone est le troisième obstacle aux services de santé. Nelson et Wilson (2018) soutiennent que percevoir l'accessibilité aux soins de santé sous une approche de sécurisation culturelle permet de comprendre les expériences des personnes autochtones.

Dans une revue systématique de la littérature, Graham et al. (2023) ont recensé les principales barrières d'accès aux services de santé, auprès des personnes autochtones vivant en milieu urbain. Il en ressort que les peuples autochtones (Premières Nations, Inuit et Métis) sont confrontés à des défis similaires de discrimination raciale et d'interactions négatives avec les professionnels de la santé. Les stéréotypes sur les personnes autochtones, dans les différentes professions, contribuent aux interactions négatives (Wylie et McConkey, 2019).

Outre les défis associés à l'accès aux soins de santé, les personnes autochtones en milieu urbain sont aussi confrontées à d'autres difficultés, incluant une vulnérabilité financière, entraînant des conséquences socio-économiques qui influencent négativement le statut de santé (Arriagada et al., 2020 ; Lévesque et al., 2019). Environ le quart des personnes autochtones vivant en milieu urbain, dans les différentes provinces, vit dans l'état de pauvreté, comparativement à 13 % de la population non autochtone (Arriagada et al., 2020). Aussi, les personnes autochtones en milieux urbains subissent plusieurs pertes personnelles et collectives, dont elles doivent apprendre à faire le deuil (Hadjipavlou et al., 2018).

Bien que les services de santé en milieu urbain soient mieux adaptés et plus accessibles que ceux en milieux nordiques et éloignés, la population autochtone doit composer avec des obstacles d'accès aux services de santé, ce qui a des répercussions négatives sur le statut de santé. Il est nécessaire d'instaurer des politiques et des programmes de santé qui contribueront à réduire les

différentes barrières et à améliorer l'accès aux services de santé pour la population autochtone en milieu urbain (Graham et al., 2023).

## **2.6 Santé des Autochtones : colonisation et infections sexuellement transmissibles**

La vulnérabilité au VIH et autres ITSS dans la population autochtone doit être contextualisée selon les traumatismes intergénérationnels vécus par les personnes autochtones (Cedar Project Partnership et al., 2008). Negin et ses collègues (2015) soutiennent que les déterminants des comportements à risque associés au VIH sont liés aux répercussions de la colonisation. Anderson (2019) partage cet avis en mentionnant que le VIH est associé à des causes sous-jacentes comme la pauvreté, le chômage et l'itinérance, la consommation de drogues injectables, la violence sexuelle et physique, au sein des communautés autochtones.

La consommation de drogues injectables serait pour les personnes autochtones une manière d'apaiser les traumatismes et l'abus subi, tels que l'expérience des pensionnats et des systèmes de protection de l'enfance (CAAN, 2017 ; Cedar Project Partnership et al., 2008). Cette consommation est la troisième catégorie prédominante d'exposition au VIH au Canada (Bourgeois et al., 2017). De plus, la majorité des cas d'infection liés à la consommation de substances injectables sont associés aux jeunes autochtones (Bourgeois et al., 2017 ; Cedar Project Partnership et al., 2008). Les jeunes autochtones qui consomment craignent d'utiliser les services de réduction de méfaits qui n'ont pas été conçus spécifiquement pour eux et avec leurs collaborations (CAAN, 2017). De fait, il semble que les approches conventionnelles rattachées à la cascade de soins des ITSS, y compris le VIH, ne soient pas compatibles avec les différentes perspectives autochtones (Ontario HIV Treatment Network, 2019). Lorsqu'on considère les visions autochtones de la santé, ces approches conventionnelles ne sont pas suffisantes, car un aspect inclusif de la santé est

l'interconnexion entre les dimensions physique, spirituelle, émotionnelle et mentale (Andermann, 2017 ; Ontario HIV Treatment Network, 2019). Bien que la cascade de soins représente une mesure essentielle pour évaluer l'accès au traitement et au dépistage viral dans les populations, elle est loin d'être un modèle culturellement inclusif pour la population autochtone, car elle ne reflète pas les visions autochtones de la santé (Jongbloed et al., 2019 ; Supervie et al., 2016). Cela serait une des raisons pour laquelle les personnes autochtones ne sont pas bien desservies par les traitements de style occidental et qu'elles sont confrontées à des expériences traumatisantes (Linklater, 2014). La nécessité d'avoir des programmes de promotion et de prévention spécifiques à la santé des personnes autochtones a été un besoin relevé de manière générale par les communautés autochtones (Ontario HIV Treatment Network, 2019). Les besoins non rencontrés des personnes autochtones vivant avec le VIH peuvent être mesurés par l'approche clinique basée sur l'évaluation clinique des soins ; et l'approche subjective, qui repose sur l'évaluation personnelle des individus sur les soins (Ontario HIV Treatment Network, 2019). Devant les besoins non rencontrés des personnes autochtones vivant avec le VIH, il est important d'incorporer une approche culturellement sécuritaire aux soins rattachés au VIH et aux ITSS, afin de refléter les perspectives des personnes autochtones dans la cascade de soins du VIH et des autres ITSS (Jongbloed et al., 2019 ; Ontario HIV Treatment Network, 2019 ; Wieman et al., 2018).

En somme, les facteurs qui définissent la réalité du VIH au sein de la population autochtone sont associés aux traumatismes intergénérationnels issus de l'histoire coloniale (Jongbloed et al., 2019 ; Negin et al., 2015). Autrement dit, l'épidémie du VIH et les éclosions d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang au sein de la population autochtone sont ancrées dans l'histoire coloniale et le racisme systémique envers les communautés autochtones (Jongbloed et al., 2019 ; Ontario HIV Treatment Network, 2019). Plusieurs facteurs sociaux interconnectés

favorisent ou entravent l'implication et la participation des personnes autochtones dans la cascade de soins du VIH. Parmi les facteurs entravants figurent la stigmatisation et la discrimination, les traumatismes intergénérationnels et historiques ; tandis que les facteurs favorisants regroupent la culture et l'identité autochtone, la résilience et la détermination (Jongbloed et al., 2019). Le mouvement de la réconciliation représente un cheminement pour redresser l'héritage de la colonisation et définir des actions pour s'attaquer aux facteurs sociaux qui entravent la santé des personnes autochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Quelle serait la place de ce mouvement de réconciliation dans le domaine de la santé ?

## **2.7 La réconciliation en santé**

Mandatée par la Convention de règlement relative aux pensionnats autochtones, la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR, 2015) était une requête prospective de cinq ans visant à documenter la vérité des survivants des pensionnats autochtones, de leurs familles et de leurs communautés afin d'informer toutes les personnes vivant au Canada sur la réalité des pensionnats (Held, 2019). Le rapport de la CVR (2015) a permis d'entamer un processus de réconciliation et de renouvellement des relations fondées sur la compréhension et le respect mutuels entre personnes autochtones et personnes non autochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Le chemin vers la réconciliation nécessite une conscientisation sur le passé, la reconnaissance du mal infligé, à travers différentes actions visant à atténuer les répercussions continues de la colonisation au sein de notre société (Wilson et Hugues, 2019 ; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). De surcroît, ce cheminement vise à reconnaître que la colonisation est un mouvement à échelle globale qui a affecté et continue d'affecter les personnes, à travers le monde (Wilson et Hughes, 2019). L'immigration forcée causée par les guerres,



l'esclavage, le trafic humain et le changement climatique contribuent aussi à l'imposition de la colonisation (Wilson et Hughes, 2019).

La réconciliation va au-delà des relations symboliques et des rapports de respect réciproque entre la population autochtone et la population générale (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015 ; Wilson et Hughes, 2019). Elle se manifeste, d'une part, par les actions déployées pour accroître le sentiment d'appartenance des personnes autochtones à la société canadienne, afin de pouvoir vivre ensemble et bâtir ensemble ; et d'autre part, par la décolonisation des différents systèmes institutionnels (Richardson et Crawford, 2020 ; Wilson et Hughes, 2019 ;).

Il peut s'avérer paradoxal de s'attendre à ce que la réconciliation favorise l'appartenance des peuples autochtones à un système colonial dont ils tentent de guérir et de renaître (Wilson et Hughes, 2019). Le processus de réconciliation doit viser le cheminement vers la guérison des personnes autochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Pour ce faire, il est essentiel de promouvoir l'autodétermination des peuples autochtones, ainsi qu'apprendre de leurs savoir-faire et de leur culture (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015 ; Richardson et Crawford, 2020 ; Wilson et Hughes, 2019).

## **2.8 La réconciliation dans le secteur de la santé**

L'identité autochtone est au cœur du processus de la réconciliation, car elle repose sur une histoire de violence coloniale. L'histoire raconte que les colons ont essayé de contrôler les terres autochtones, à travers un processus déshumanisant, des politiques visant une dissociation de l'identité autochtone et des systèmes de savoirs traditionnels (Wilson et Hughes, 2019). De nos jours, certaines familles autochtones ont été en mesure de renouer avec leur culture et leurs langues, tandis que d'autres cherchent encore et réclament ces savoirs culturels (Wilson et Hughes, 2019).

Il est pertinent que les relations entre personnes autochtones et non autochtones ne soient pas simplifiées. La réconciliation nécessite une analyse intersectionnelle et l'usage des théories du changement qui reflètent les identités multiples et les réalités des personnes vivant sur les terres canadiennes (Wilson et Hughes, 2019). La complexité de la réconciliation et de l'appartenance culturelle comprend aussi d'autres dimensions identitaires, y compris le genre, la sexualité, la classe (Wilson et Hughes, 2019). Ces différentes identités compliquent le processus de réconciliation et justifient la raison pour laquelle notre appartenance ne peut être limitée ou définie par une catégorie identitaire (Wilson et Hughes, 2019).

Le rapport de CVR nous amène à comprendre les écarts en matière de santé autochtone comme résultats de la colonisation et du racisme envers les personnes autochtones dans le secteur de la santé (Allan et Smylie, 2015). Impliquer ou consulter les leaders autochtones sur différents enjeux de santé qui concernent les peuples autochtones ou donner de la visibilité aux personnes autochtones dans le secteur de la santé ne signifie pas d'assurer une représentation durable des savoirs autochtones ; rappelons sur ces questions que près d'un quart des appels à l'action du rapport de la CVR porte sur les modes de connaissance autochtones (Held, 2019; Wilson et Hughes, 2019). Le cheminement vers la réconciliation dans le secteur de la santé exige une compréhension de l'histoire et un engagement vers l'équité, la justice en santé et la guérison, parallèlement à l'autodétermination et au leadership autochtone (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Tout en ayant comme fondement la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Assemblée générale des Nations Unies, 2007), des mesures doivent être prises et des actions doivent être posées pour changer les politiques, les structures dans le système de santé, qui contribuent aux inégalités sociales de santé entre les personnes autochtones et la population générale (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). Reconnaître et

appliquer les principes de l'autodétermination des peuples autochtones représente une condition préalable à la réconciliation dans le secteur de la santé (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015) : « Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions » (Assemblée générale des Nations Unies, 2007). Soutenir l'autodétermination dans le secteur de la santé consiste à s'assurer que les communautés autochtones aient la capacité de concevoir, d'offrir et de soutenir leurs propres programmes et interventions de santé, à travers le leadership autochtone et le soutien des institutions non autochtones (Halseth et Murdock, 2020). Il s'agit aussi de favoriser et soutenir l'implication des personnes et leaders autochtones dans l'élaboration de politiques en matière de santé par les organisations et les partenaires non autochtones, afin d'accroître l'autodétermination (Richardson et Crawford, 2020).

## **2.9 Un paradigme de recherche fondé sur la réconciliation**

Pour que la recherche en santé soit favorable à la réconciliation, elle devra répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, particulièrement la recommandation 19 qui incite à combler les écarts en matière de santé des peuples autochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015), comme mentionné auparavant par plusieurs rapports autochtones, notamment le rapport des Enquêtes nationales sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) publié en 2019 et la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) publié en 1996.

Il s'avère aussi important d'accroître le taux de recherche interventionnelle en santé autochtone qui soit bien conçue et de haute qualité, afin d'exercer une influence sur les résultats de la santé des populations (Anderson, 2019). Des études au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande ont montré que plus de 92 % de la recherche en santé autochtone est descriptive et pas plus de 18 % est interventionnelles ; du peu de recherches interventionnelles effectuées, peu rencontrent les critères standards d'acceptabilité de recherche scientifique rigoureux ou de qualité (McNamara et al., 2011). Pour soutenir la réconciliation, la recherche en santé devra s'assurer que les chercheurs non autochtones comprennent et réfléchissent sur le concept de la fragilité blanche, afin d'identifier les manières dont ils participent aux systèmes de blancheur dont ils bénéficient de manière disproportionnelle (DiAngelo, 2016 ; Anderson, 2019).

En somme, un paradigme de recherche fondé sur la réconciliation nécessite que les institutions et chercheurs non autochtones deviennent des acteurs actifs des systèmes qui favorisent de manière non intentionnelle la blancheur et le racisme, qui continuent de porter préjudice aux personnes autochtones. Cela consiste à aller au-delà du mentorat et à abandonner les positions de pouvoir et de privilège, afin de soutenir le droit à l'autodétermination autochtone (Anderson, 2019). Dans le secteur de la santé tout comme dans la recherche en santé, les intentions ne sont pas suffisantes au cheminement vers la réconciliation ; seuls leurs conséquences et les résultats comptent (Anderson, 2019).

## **2.10 La relation entre la culture et la santé**

Les pratiques culturelles et l'appartenance communautaire sont symboles de survie devant les barrières structurelles et les inégalités auxquelles sont confrontés les peuples autochtones (Banning, 2020). Elles produisent des modèles de résilience et renforcent l'identité et

l'appartenance culturelle (Hadjipavlou et al., 2018). De plus, les pratiques culturellement sécuritaires contribuent à mettre en évidence les forces autochtones en matière de promotion de la santé, tout en soutenant l'autodétermination autochtone (Andermann, 2017 ; Marsdin et al., 2023).

La sécurisation culturelle et la compétence culturelle sont deux concepts utilisés au Canada pour souligner la qualité des soins recus par les peuples autochtones (Baba, 2013).

Pour Campinha-Bacote, la compétence culturelle est un processus continu par lequel le professionnel de la santé s'efforce constamment d'atteindre la capacité à travailler convenablement dans un contexte interculturel des soins, grâce à des habiletés et à des comportements développés pour travailler en dehors de notre propre culture (Dunn, 2002). Durant le processus de compétence culturelle, l'accent est mis sur les habiletés et les comportements à développer en situation de soins interculturels, sans qu'une attention particulière ne soit portée sur la culture du professionnel qui développe ces habiletés (Curtis et al., 2019 ; Hart-Wasekeesikaw, 2009).

La sécurisation culturelle, quant à elle, est un concept basé sur la compréhension des relations de pouvoir entre les prestataires de services de santé et les personnes autochtones qui utilisent les services (Papps et Ramsden, 1996). Dans le processus de sécurisation culturelle, le professionnel de la santé doit examiner l'influence de sa propre culture, en s'interrogeant sur ses attitudes, ses propres préjugés et stéréotypes, ainsi que sur les facteurs sociaux, politiques et historiques qui peuvent affecter négativement l'environnement des soins et la qualité des soins pour certains patients ou usagers (Curtis et al., 2019 ; Papps et Ramsden, 1996).

Plusieurs chercheurs voient la sécurisation culturelle comme la fin du processus de compétence culturelle, tandis que pour d'autres, la sécurisation culturelle représente une nouvelle façon de voir

la transformation de la conscience culturelle (Curtis et al., 2019). La nuance entre ces deux concepts peut être difficile à saisir (Curtis et al., 2019). La sécurisation culturelle constitue une étape de plus dans le processus de compétence culturelle sans être la compétence culturelle, car la compétence culturelle renvoie aux habiletés et aux comportements que le professionnel devra développer pour offrir des soins et des services de santé de qualité en situation de soins interculturels ; tandis que la sécurisation culturelle demande à ce que le professionnel s'adonne à une autoréflexion sur sa culture pour relever les éléments qui pourraient perturber négativement sa relation de soins avec le bénéficiaire autochtone (Curtis et al., 2019 ; Health Council of Canada, 2012).

Les soins culturellement sécuritaires nécessitent que la personne autochtone se sente en sécurité dans l'environnement des soins offerts (Health Council of Canada, 2012). Pour ce faire, les professionnels de la santé doivent reconnaître que nous sommes tous porteurs de culture et réfléchir sur leurs propres attitudes, croyances, présupposés, ainsi que sur les sources de déséquilibre de pouvoir (racisme, discrimination, classe sociale) qui peuvent affecter négativement la relation de soins interculturelle (Health Council of Canada, 2012 ; Curtis et al., 2019). Une question importante à soulever ici est de savoir comment le professionnel apprend à relever et à travailler sur ces sources de déséquilibre de pouvoir qui peuvent nuire à la qualité des soins offerts?

#### *2.10.1 L'efficacité des interventions de compétences culturelles dans le système de soins de santé*

Accroître la capacité des professionnels de la santé à pratiquer d'une manière culturellement compétente constitue une approche primordiale à l'amélioration de la compétence culturelle dans les soins de santé globale (Jongen et al., 2018). Les interventions d'apprentissage à la compétence culturelle se font généralement à travers l'éducation et la formation des professionnels ; leur efficacité est déterminée par l'influence qu'ils ont sur la santé (Jongen et al., 2018). Dans un

examen de la portée des connaissances sur l'évaluation des interventions de compétence culturelles au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande, Jongen et ses collègues (2018) soulignent que la formation à la compétence culturelle pour les professionnels de la santé est l'intervention la plus courante, mais cet apprentissage ne cible pas particulièrement des habiletés ou des connaissances spécifiques à développer, ainsi que les types de relations de soins dans le système de santé. De plus, les chercheurs soulignent le manque d'attention à la question du racisme et des préjugés dans la formation des professionnels de la santé à la compétence culturelle. Il est à noter que ce manque a aussi été mentionné par une autre revue sur la compétence culturelle (Jongen et al., 2018, Truong et al., 2014). Jongen et ses collègues (2018) rapportent des résultats positifs sur le plan de la pratique des prestataires de soins ; par contre, il existe peu d'évidences sur les répercussions de ces interventions éducatives et formatives sur la santé des patients et des usagers (Jongen et al., 2018). De pauvres résultats sont associés à l'adhérence aux soins, malgré la satisfaction de recevoir des soins d'un prestataire ayant suivi une formation à la compétence culturelle (Jongen et al., 2018). En outre, une revue systématique sur les interventions de compétence culturelle menée par Lie et ses collègues (2011) démontre des preuves limitées sur la relation positive entre les initiatives de formation à la compétence culturelle et l'amélioration des résultats de santé.

Dans son ouvrage, *Decolonizing Trauma Work*, Linklater (2014) reconnaît que plusieurs praticiens et institutions occidentaux commencent à reconnaître l'efficacité des méthodes de guérison autochtone, même si le modèle médical de diagnostics cliniques et de traitements continue de prévaloir dans les services de santé, l'éducation en santé et les politiques de soins de santé. Par conséquent, cela affecte le financement, le développement de programme et l'élaboration de formation. Linklater (2014) souligne aussi la résistance chez les professionnels de la santé

autochtones et non autochtones à des méthodes de guérison autochtones, étant donné que la grande majorité d'entre eux sont ancrés dans des systèmes occidentaux et continuent de valoriser les structures dominantes. Ainsi, beaucoup n'auront pas l'énergie requise pour revendiquer et s'assurer que les philosophies de guérison autochtone sont reconnues et validées.

En somme, les interventions d'apprentissage à la compétence culturelle s'avèrent bénéfiques pour les professionnels de la santé dans un contexte de soins interculturel ; cependant, leurs influences sur les résultats de santé des patients et des usagers sont faibles ou absentes (Jongen et al., 2018 ; Lie et al., 2011). La nature générale de ces interventions d'apprentissage et l'absence de certains sujets importants comme le racisme et les préjugés sont des facteurs qui affectent les résultats escomptés (Jongen et al., 2018 ; Truong et al., 2014). Pour soutenir des pratiques décoloniales, il est nécessaire de réviser le curriculum d'enseignement des programmes postsecondaires pour les professionnels de la santé et des intervenants communautaires. Ces curriculums reposent majoritairement sur les constructions occidentales du savoir, plus spécifiquement du savoir médical. Les savoirs autochtones, quant à eux, sont reconnus en matière de connaissances diversifiées plutôt que des connaissances qui peuvent être enseignées dans la pratique clinique (Linklater, 2014).

### **2.11 Savoirs et visions autochtones**

Les visions autochtones du monde ou des réalités vécues diffèrent de la vision occidentale. Les visions autochtones reposent sur des systèmes de savoirs valides, légitimes et intelligibles (Tuck et Yang, 2012). Malgré la diversité des peuples autochtones, les systèmes de savoirs autochtones sont considérés partager sept principes communs qui soulignent le lien étroit entre la production et l'évaluation de la connaissance, à savoir : la connaissance est holistique, cyclique et dépend des



relations et des liens avec les êtres et entités vivants et non vivants ; il existe de nombreuses vérités, qui dépendent des expériences individuelles ; tout est vivant ; toutes les choses sont égales ; la terre est sacrée ; la relation entre les individus et le monde spirituel est importante ; les êtres humains sont les moins importants au monde (Linklater, 2014). Le choix du savoir biomédical occidental comme modèle de connaissances dominant dans les systèmes de soins de santé amènera la dévalorisation des autres types de savoirs (ASPC, 2021b). Le fait d'intégrer les modes de connaissances autochtones et d'accroître la représentativité de l'expertise autochtone au-delà des consultations et de la visibilité accordée au monde académique autochtone contribue à paver la voie vers la réconciliation (Usher et al., 2021 ; Wilson, 2008). L'idée selon laquelle la compréhension des modes de connaissances, d'être et d'agir autochtones, y compris les pratiques de santé, s'avère essentielle pour développer et offrir des soins et services culturellement sécuritaires, est au cœur de l'intervention Niikaniganaw. Raison pour laquelle les différentes activités sont ancrées dans des pratiques culturelles autochtones.

Les méthodes décoloniales représentent les approches ou raisonnements pris pour sélectionner un ensemble de méthodes ancrées dans les perspectives autochtones (Smith, 2012). Les méthodes décoloniales reconnaissent le contexte colonial dans lequel l'intervention Niikaniganaw est conceptualisée et réalisée, tout en portant une attention particulière à l'implication de l'intervention pour les participants et la communauté au sens large. Enfin, les méthodes décoloniales cherchent à atténuer les relations de pouvoir et d'appropriation au sein de l'intervention en légitimant et en validant les systèmes de savoirs autochtones ; elles intègrent les valeurs, principes et méthodes autochtones dans la conception de l'intervention Niikaniganaw pour favoriser le processus plutôt que le résultat final de l'intervention, avec une orientation explicite vers l'autodétermination (Smith, 2012).

## CHAPITRE 3

### PARADIGME ET MODÈLE CONCEPTUEL DE RECHERCHE

*« Plusieurs soutiennent que la recherche doit uniquement provenir de la perspective autochtone pour arriver à refléter les réalités autochtones ; je soutiens qu'utiliser une perspective autochtone n'est pas suffisant, mais la recherche autochtone doit se détacher des paradigmes de recherche dominante et suivre un paradigme de recherche autochtone<sup>9</sup> »*

Le paradigme de recherche représente une manière de percevoir une réalité donnée, à travers la philosophie, les valeurs et les concepts qui représentent la réalité de recherche du chercheur (Held, 2019; Lincoln et al., 2011). La perception d'un paradigme de recherche est couramment définie par les hypothèses philosophiques concernant la nature de la réalité étudiée (Held, 2019). Dans la tradition occidentale consistant à mener la recherche, il existe différents paradigmes dans lesquels différentes réalités de recherches peuvent être conduites (Held, 2019). Chaque paradigme comporte des perspectives de recherche qui lui sont propres, notamment sur le plan de l'approche ontologique, épistémologique et méthodologique de la recherche. Par exemple, les chercheurs post-positivistes considèrent la recherche comme une série d'étapes logiquement liées, dont l'épistémologie est fondée sur l'objectivité, le raisonnement déductif et le contrôle du processus de recherche ; tandis que le paradigme constructivisme est associé aux méthodes qualitatives (Kaushik et Walsh, 2019).

---

<sup>9</sup> Wilson (2008), p.38.

### **3.1 Le constructivisme comme paradigme de recherche de l'étude doctorale**

Partant du fait que cette thèse s'inscrit dans un exercice académique en santé des populations, la démarche exploratoire de la chercheuse, dans le cadre de cette étude, s'inscrit selon une vision constructiviste.

Le constructivisme est l'une des écoles de pensée ayant émergé dans les trente dernières années ; c'est l'un des paradigmes de recherche dans lequel s'insère l'ensemble des croyances ou hypothèses de cette recherche (Wilson, 2008). Selon la catégorisation des quatre principaux paradigmes de recherche de Guba et Lincoln (1994) : le positivisme, le postpositivisme, la théorisation ancrée et le constructivisme, qui présentent une nature relativiste de la réalité, qui conçoit plusieurs réalités aux personnes et aux lieux qui les détiennent. À travers une vision du monde constructiviste, le chercheur vise à comprendre la réalité dans laquelle les sujets de sa recherche se trouvent, en se fiant sur le vécu ou le savoir expérientiel que les sujets ont de la situation étudiée (Creswell et Poth, 2018). Ces expériences se forment à travers l'interaction avec d'autres expériences et à travers des normes historiques et culturelles qui ont cours dans les conditions de vie des sujets (Creswell et Poth, 2018).

Le chercheur constructiviste prête une attention particulière aux contextes spécifiques des sujets de recherche, afin de comprendre les aspects culturels et historiques. En outre, le chercheur reconnaît que son propre parcours façonne son interprétation de la réalité étudiée ; partant de ce fait, il se situe dans la recherche pour souligner la manière dont son interprétation découle de son expérience personnelle, culturelle et historique (Creswell et Poth, 2018). L'interaction entre le chercheur et les sujets de recherche constitue le fondement de cette manière de faire la recherche, le but ultime étant de trouver un sens commun à la réalité mutuelle relevée (Wilson, 2008). En ce qui a trait à la

connaissance ou à la production de connaissance dans le paradigme constructiviste, elle ne représente pas le but ultime de la recherche menée, la recherche visant l'influence du changement que la connaissance produite amènera (Wilson, 2008). Le constructivisme comme paradigme perçoit la valeur de la recherche par sa capacité à améliorer la réalité des sujets de recherche (Creswell et Poth, 2018 ; Guba et Lincoln, 1994 ; Wilson, 2008). La recherche constructiviste s'élabore en amont, à partir des perspectives et expériences des sujets de la recherche pour aboutir à une compréhension globale (Creswell et Poth, 2018). Le chercheur se doit aussi de considérer la pertinence de l'angle subjectif de mener la recherche (Creswell et Poth, 2018).

Bien que le constructivisme englobe plusieurs hypothèses philosophiques qui répondent à la vision de la réalité de cette étude, il ne capture pas les facteurs interdépendants qui influencent les multiples réalités et les changent en fonction de l'identité des sujets ; d'autre part, il ne met pas à défi les connaissances conventionnelles qui prétendent l'objectivité scientifique (Wilson, 2001 ; Asghar, 2013). Enfin, le changement visé par la production des connaissances, dans le constructivisme, ne vise pas nécessairement à promouvoir un changement au sein de la société (Wilson, 2001).

### **3.2 Décoloniser la recherche**

Le projet Niikaniganaw I, dans lequel s'inscrit cette thèse doctorale, repose sur un paradigme décolonial. L'approche conventionnelle de mener la recherche s'est toujours focalisée exclusivement sur les paradigmes de recherche occidentale (Held, 2019). Bien qu'il existe d'autres paradigmes de recherche, tels que les paradigmes de recherche autochtone, ces derniers peuvent être considérés comme des approches de recherche et non acceptés et respectés à même titre que les paradigmes occidentaux dans les universités (Held, 2019). L'ontologie et l'épistémologie des

paradigmes autochtones reposent sur un processus relationnel qui forme une réalité mutuelle. L'axiologie et la méthodologie sont basées sur le maintien de la responsabilité à l'égard de ces relations (Wilson, 2008). En partant de ces affirmations, la décoloniser la recherche implique davantage que d'inclure les systèmes de connaissances autochtones dans le domaine académique ; il s'agit de prendre en considération cette nature relationnelle que l'on ne trouve pas dans les paradigmes occidentaux, ce qui fait en sorte que les paradigmes autochtones ne peuvent pas être complémentaires à aucun paradigme dominant (Held, 2019; Kovach, 2010 ; Romm, 2015 ; Wilson, 2008). Tenir compte de cette nature relationnelle dans la recherche conventionnelle nécessite que les chercheurs non autochtones participent activement aux approches de recherche autochtone pour comprendre les visions du monde autochtone dans lesquelles est enraciné le concept de relationalité (Held, 2019; Kovach, 2010 ; Wilson, 2008).

La conception décoloniale de l'intervention Niikaniganaw se manifeste à travers les méthodes utilisées. L'intervention est ancrée dans les modes de connaissances autochtones, y compris les pratiques culturelles et de santé autochtones qui sont essentielles pour développer et prodiguer des soins culturellement sécuritaires aux personnes autochtones. Aussi, elle reconnaît explicitement l'héritage colonial dans lequel prend place l'intervention. Un héritage de méfiance auprès des personnes, communautés et collectivités autochtones qui ont longtemps été considérées comme des sujets passifs des différentes réalités auxquelles elles sont confrontées (Anderson, 2005). Pour remédier à cela, l'intervention intègre des principes autochtones, tels que : la reconnaissance, la réciprocité, la responsabilité et le relationnel. De plus, cinq porteuses de savoirs autochtones sont au cœur de l'élaboration de l'intervention. Elles sont particulièrement aptes à rendre la culture et la cérémonie accessibles aux participants. Elles alimentent le processus établi, ainsi que les

différentes activités d'apprentissage, tout en facilitant l'expérience de partage des savoirs autochtones.

Les différents paradigmes sont incommensurables (van Merriënboer et de Bruin, 2014). Kuhn (1962) soutient que les chercheurs ayant des visions du monde différentes sur une réalité donnée ne seront pas en mesure de communiquer, en raison des différences fondamentales dans leur définition de la réalité et méthodologiques (Kuhn, 1962 ; Mertens, 2012).

Guba et Lincoln (2005) ne sont pas d'avis que les chercheurs pourraient remplacer un paradigme dominant par un nouveau paradigme ; ils perçoivent les paradigmes en matière d'hypothèses liées à une réalité et d'une manière de faire qui conduisent à des postulats différents sur la nature de la recherche (Mertens, 2012). Néanmoins, van Merriënboer et de Bruin (2014) affirment qu'il est possible d'amener une comparaison significative entre les différents paradigmes, dans le but d'arriver à un arrimage de paradigmes, en modifiant les concepts fondamentaux de chaque paradigme. Toutefois, cet arrimage peut conduire à de nouvelles perspectives de recherche (van Merriënboer et de Bruin, 2014). Lorsqu'on en vient à un point de vue autochtone, Wilson (2001, 2008) soutient qu'une grande différence entre les paradigmes dominants et les paradigmes autochtones est la fondamentale croyance des paradigmes dominants, selon laquelle la connaissance est une entité individuelle. Autrement dit, le chercheur est un individu en quête de la connaissance, qui représente le gain de ses efforts ; par conséquent, la connaissance peut être la propriété d'un individu (Wilson, 2001).

Cette croyance est contraire aux visions du monde autochtone, qui perçoivent la connaissance comme étant relationnelle et partagée avec l'ensemble des créatures (Wilson, 2001, 2008). Contrairement à la vision du monde occidental, la connaissance ne se limite pas aux relations

interpersonnelles et elle va au-delà des relations avec les sujets de recherches, en s'appliquant à l'ensemble des créatures (Wilson, 2001, 2008).

### **3.3 Le modèle socioécologique : un cadre pour la prévention du VIH et autres infections sexuellement transmissibles**

Le modèle conceptuel représente un ensemble d'idées ou croyances qui permettront de répondre à la question de recherche et atteindre les objectifs de l'étude (Zombré, 2018). L'ensemble de ces idées et de ces croyances constituent les principes généraux du paradigme constructiviste dans laquelle s'inscrit la recherche (Kovach, 2009 ; Wilson, 2008).

Cette étude doctorale s'inscrit dans un projet autochtone décolonial, mais elle est aussi un exercice académique en santé des populations. Pour cela, elle fait appel au modèle socioécologique pour mieux comprendre les facteurs sociaux qui influencent les stratégies du VIH et autres infections sexuellement transmissibles et celles de promotion de la santé sexuelle, ainsi que les facteurs sociaux qui affectent les pratiques de sécurisation culturelle.

Dans le cadre de cette recherche, le modèle socioécologique de la santé, adapté par *National Center for Injury Prevention and Control*, 2002 pour la prévention contre la violence, permettra de mieux comprendre comment les expériences sociales, à différentes sphères, influencent les stratégies de prévention des infections sexuellement transmissibles et de promotion de la santé sexuelle, ainsi les pratiques de sécurisation culturelle. Aucun facteur à lui seul ne pourrait expliquer la vulnérabilité accrue de la population autochtone au VIH et autres ITSS. Le modèle socioécologique est un modèle d'intervention pour favoriser l'élaboration de programmes et des politiques visant le changement de l'environnement physique et social, plutôt que la simple modification des comportements de santé individuels (McCloskey et al., 2015). Le terme « programme » désigne les

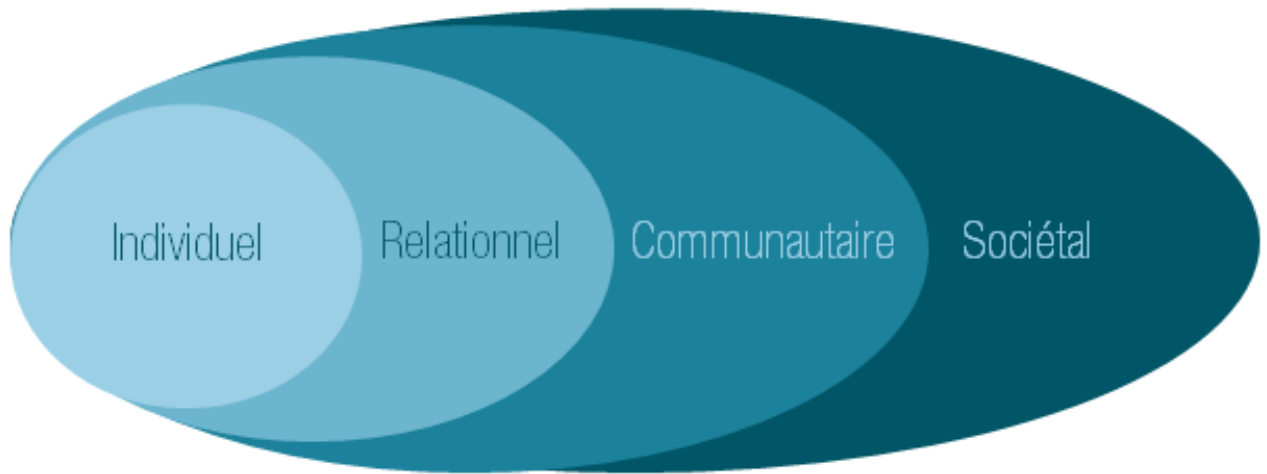
soins de santé et les services sociaux en lien avec la prévention du VIH et autres ITSS et la promotion de la santé sexuelle (Kothari et al.,2007). Les « politiques » renvoient aux priorités stratégiques qui guident les programmes (Kothari et al.,2007).

Le modèle prône des interventions sur la réciprocité entre la biologie, les comportements de santé et l'environnement (Green et al.,1996). Il reconnaît le rôle complexe du contexte social dans le développement des problèmes de santé et le succès ou l'échec des interventions de santé face à ces problèmes (McCloskey et al., 2015). L'approche socioécologique recommande d'intervenir sur différentes sphères, allant des facteurs individuels qui augmentent la vulnérabilité à une moins bonne santé, jusqu'à la modification des politiques favorables à la santé (National Center for Injury Prevention and Control, 2002).

1. Sphère individuelle : il s'agit des facteurs biologiques et personnels qui augmentent la vulnérabilité à l'exposition des personnes autochtones à une moins bonne santé. Parmi ces facteurs figurent : la consommation de substances et l'histoire d'abus.
2. Sphère relationnelle : représente l'influence des relations proches (familles, amis, partenaires) sur la santé et le bien-être, notamment les traumatismes personnels et les traumatismes intergénérationnels associés à plusieurs événements de la colonisation, notamment les écoles résidentielles et la rafle des années 60.
3. Sphère communautaire : les relations sociales dans le milieu de vie qui influence les choix associés à la santé et l'accès aux ressources de santé. La discrimination face à son identité autochtone ou de genre, la stigmatisation liée au VIH et à la consommation des substances, ainsi qu'à l'absence d'environnement culturellement sécuritaire.



4. Sphère sociétale : les facteurs sociétaux qui peuvent favoriser ou nuire à la santé, parmi lesquels on compte les forces structurelles (politiques coloniales, racisme systémique, normes culturelles) qui influencent les politiques socio-économiques et sanitaires, en contribuant à créer ou à maintenir les inégalités sociales de la santé.



Source : OMS (2002), Rapport mondial sur la violence et la santé, p. 13.

### **Figure 3.1. Le modèle socioécologique : un cadre pour la prévention**

Les différentes sphères n'opèrent pas indépendamment les unes des autres, mais se croisent dans des schémas complexes (McCloskey et al., 2015). Le modèle socioécologique favorise des stratégies d'interventions multiples pour permettre une intégration durable de l'action de prévention des ITSS et de promotion de la santé sexuelle au sein des programmes et des politiques (Barthélémy, 2012). Ces programmes et politiques se situent sur un continuum allant de l'intervention dispensée dans la sphère individuelle jusqu'à celle entreprise dans la sphère sociétale, en passant par les autres sphères (Barthélémy, 2012).

Le lien entre le modèle socioécologique de la santé et cette recherche doctorale, est qu'il contribue à la compréhension de la question de recherche suivante : quel est l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle pour des soins de santé et services sociaux offerts aux personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH ? Le modèle permet de comprendre les facteurs sociaux qui affectent les pratiques de sécurisation culturelles, qui contribuent à diminuer la vulnérabilité au VIH et autres infections sexuellement transmissibles. En outre, le modèle démontre comment ces facteurs s'influencent de manière complexe à différents niveaux. Cette compréhension des différents facteurs sociaux s'avère nécessaire et pertinente, afin de mieux comprendre les répercussions des pratiques culturelles autochtones à la sensibilisation des soins et des services de santé culturellement sécuritaires.

## **CHAPITRE 4**

### **MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

La recherche présentée dans le cadre de cette thèse a été approuvée par le Comité d'éthique et de recherche en sciences de la santé de l'Université d'Ottawa (dossier d'éthique : H-06-21-7091). Cette étude a été soutenue financièrement par la bourse de formation en recherche Mitacs et par la bourse des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le cadre de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida et autres ITSS.

Ce chapitre présente la méthodologie du projet de thèse, qui est guidée par les questions de recherche suivantes : quelle est la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain ? quel est l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle pour des soins de santé et services sociaux offerts aux personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH ? Quelles sont les transformations individuelles ou collectives vécues à l'issue de ce type d'apprentissage à la sécurisation culturelle? J'opte pour une recherche participative étroitement liée à un engagement avec un projet de recherche autochtone déjà existant dont je suis membre active depuis 2018, d'abord en tant qu'étudiante infirmière, puis comme représentante d'organisation communautaire, chercheure doctorale et finalement comme alliée non autochtone.

#### **4.1 Résumé du projet Niikaniganaw I**

Le projet de recherche doctorale a été accepté par le comité de planification, car il respectait les critères éthiques de décolonisation et de recherche relationnelle de l'intervention de Niikaniganaw (Prentice, Dopler, Laperrière et al. 2018; Laperrière, Dopler et al. 2020).

#### **4.2 4.1.1 Énoncés de principe du projet doctoral s'arrimant à celui de Niikaniganaw**

Les principes GIPA et MEPA : au cœur même du mouvement de lutte contre le VIH et le sida. Les principes GIPA/MEPA appellent à la participation active et significative des personnes vivant avec le VIH à la conception, à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques, des programmes et initiatives de recherche.

La recherche communautaire : l'intervention Niikaniganaw est centrée sur les besoins de la communauté autochtone vivant ou affectée par le VIH en milieu urbain. Avec la recherche communautaire comme cadre, l'accent est mis sur les préoccupations de la communauté pour engendrer des connaissances et des actions qui permettent d'assurer un changement social et l'amélioration de la réalité vécue par les personnes autochtones (Drawson et al., 2017 ; First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2014). Les aspects logistiques de la recherche communautaire permettent de maintenir cette égalité du pouvoir, par un processus de réciprocité dans les différents rôles (Velasquez et al., 2011). Toutefois, les approches de la recherche communautaire reposent sur une vision occidentale, donc elles ne peuvent pas capturer en totalité les expériences autochtones (FNIGC, 2014).

Les méthodologies décoloniales : les méthodologies décoloniales sont ancrées dans une vision du monde autochtone, en représentant les approches ou raisonnements pris pour sélectionner un ensemble de méthodes ancrées dans les perspectives autochtones (Smith, 2012). À travers une approche décoloniale incorporée : *Embodying decolonial methodology*, l'équipe de Niikaniganaw reconnaît le contexte historique dans lequel les participants émergent ainsi que l'influence de celui-ci sur les différentes activités sur le territoire, y compris des cérémonies et des cercles de parole (Decter et Taunton, 2022). Les activités proposées aux participants incluent le vécu expérientiel

des valeurs, principes et perspectives autochtones dans des sensations corporelles (Decter et Taunton, 2022). L'idée derrière cette perspective est inspirée des enseignements de Smith (2012) dans lesquels les participants non autochtones (membres de groupes dominants) deviennent responsables de leurs transformations et de leurs institutions, et n'exigent pas que les participants autochtones changent pour s'adapter aux structures des organisations qui disent les servir.

Pratiques réflexives collectives : les pratiques réflexives collectives permettent de suivre et d'observer les processus de pensée et le savoir incarné (Laperrière, 2009). Il s'agit d'apprendre et de transmettre les connaissances à partir d'actions incarnées, de sorte que la « performance » est une façon de savoir ; une façon kinesthésique de savoir à travers le corps. En participant aux cérémonies, aux exercices de sécurisation culturelle et en réfléchissant collectivement à ces expériences, les membres de l'équipe peuvent parvenir à une compréhension plus profonde et incarnée des modes des connaissances autochtones. Ils peuvent également être amenés à remettre en question et à comprendre les privilèges, la colonisation et les relations de pouvoir d'une manière différente. Une contribution potentielle de cette pratique sociale collective est d'accroître la reconnaissance de l'intelligence pratique en tant qu'instrument supplémentaire pour produire une compréhension en dehors de la logique institutionnelle.

#### **4.3 Méthodologie doctorale : une recherche communautaire participative relationnelle**

Les termes méthode ou méthodologie sont souvent utilisés de manière interchangeable, mais il existe une différence fondamentale (Boudon & Bourricaud (1982/2002) dans Zúñiga, 1998; Laperrière, 2004; Zombré, 2018). Si, par « méthode », nous comprenons un procédurier, l'attente est de trouver un guide d'instructions avec l'assurance de suivre une recette de cuisine ou l'instruction pour assembler un appareil domestique (Zúñiga, 1998). La méthode renvoie donc aux

différents outils pour mener une recherche, y compris les questionnaires, les groupes de discussion et l'observation participative. La méthodologie englobe non seulement les pratiques de recherche, mais surtout la philosophie derrière le choix de celles-ci (Zúñiga, 1998), Laperrière, 2004; 2008; Goundar, 2012 ; Zombré, 2018). Plus encore, l'histoire personnelle du chercheur guide en partie la méthode rationnelle choisie parce que le court-circuit émotionnel influence consciemment ou non le choix (Zúñiga, 1998). La méthodologie représente donc un savoir-faire pour répondre à une problématique de recherche, voire pour redéfinir celle-ci en problématisation, qui s'appuie à la fois sur des choix raisonnés, tout en incluant les dimensions d'interpellation identitaire, de l'imagination, de l'intuition pragmatique du chercheur provenant du milieu professionnel (Zúñiga, 1998; Laperrière, 2004).

Je tenterai d'exprimer le plus explicitement possible les choix des procédures utilisées dans cette étude doctorale pour déterminer les répercussions des pratiques culturelles autochtones sur l'apprentissage à la sécurisation culturelle des soins de santé et services sociaux offerts aux personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH. Le choix de l'insertion des rituels cérémoniaux dans la création de la méthodologie de recherche fait partie intégrante des paradigmes qui guident le chercheur dans une étude autochtone (Wilson, 2008). La recherche confronte ici une situation complexe, influencée par une rencontre entre usagers autochtones vivant ou affectés par le VIH et les professionnels non autochtones qui tentent de leur offrir des services, ainsi que des universitaires collaborant avec des personnes avec savoirs autochtones divers. Le projet Niikaniganaw (Prentice, Dopler, Laperrière 2018; Laperrière, Dopler, et al. 2020) s'insère dans des actions en temps réel, différent de la temporalité de la recherche, pour répondre aux situations urgentes vécues par les participants. Ainsi, je dois rester ouverte à toutes les pistes de

compréhension qui s'offrent à une présence continue d'une durée prolongée (de 2018-2024) en tant qu'actrice sociale avec une multitude d'identités :

1. L'identité d'étudiante en sciences infirmières et de représentante d'organisation communautaire : l'objectif de ma participation au sein du projet catalyseur Niikaniganaw I de 2018 à -2019) à titre d'étudiante à la maîtrise et de représentante communautaire, comportait une double visée. D'une part, être exposée et apprendre de la culture autochtone, et d'autre part, comprendre les retombées que peut avoir cet apprentissage sur ma pratique en tant qu'infirmière et en tant que membre du conseil d'administration d'un organisme de lutte contre le VIH. C'est sous ces identités que j'ai effectué mes premiers pas dans la recherche autochtone avec des objectifs précis, en participant aux activités de cérémonies en terres autochtones. On peut alors constater que les relations établies, au début de l'engagement, n'avaient pas pour but de conduire ou de mener une étude doctorale dans un contexte autochtone. Au début, les relations avec les personnes autochtones visaient principalement à favoriser mon apprentissage et ma compréhension des pratiques culturelles autochtones, à travers les différentes activités culturelles. À la fin du projet catalyseur Niikaniganaw I (2019), l'équipe de planification m'a sollicitée pour participer au projet spécial Niikaniganaw, qui coïncidait avec la pandémie de la COVID-19 (Laperrière, Bendevis et al. 2020). Ce projet d'une durée de 6 mois consistait à prendre part à une rencontre virtuelle par mois de mai à novembre 2020. J'ai participé aux activités culturelles virtuelles, qui visaient à soutenir les professionnels de la santé et les intervenants communautaires desservant la clientèle autochtone et à créer un espace sécuritaire, afin qu'ils puissent s'exprimer sur les enjeux rattachés à la pandémie dans le cadre de leur travail. J'ai eu le mandat de produire une recension des écrits sur les répercussions de la

pandémie COVID-19 sur la santé mentale des personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH .

2. L'identité de chercheure doctorale : la relation de réciprocité établie à travers mon implication engagée dans le cadre des différentes activités du projet catalyseur Niikaniganaw I, a favorisé l'émergence de mon identité de chercheure doctorale. Dans cette relation, je comblais mes besoins d'apprentissage en matière de culture et de recherche autochtone, dans laquelle mon expertise de jeune chercheure était prise en compte. La relation de réciprocité a permis de porter un regard à la fois interne (insider) et externe (outsider) sur le projet avec des allers-retours dans une pratique réflexive sur les transformations personnelles et professionnelles en passant moi-même à travers des activités de développement des capacités de sécuration culturelle suggérées par le projet Niikaniganaw I. Insérée dans cette atmosphère, j'ai défini mon sujet d'étude doctorale. L'équipe du comité de planification Niikaniganaw a accepté le sujet choisi et m'a encouragée à poursuivre mon engagement au second volet du projet Niikaniganaw II (2020-2024), tout en développant le projet doctoral. C'est la reconnaissance du dévouement continu qui m'a permis de développer une relation de confiance et d'obtenir l'autorisation d'accès aux données recueillies de la phase I (verbatim des cercles de parole) pour effectuer une analyse des données secondaires. Suite à une discussion avec le comité, il a été décidé que je poursuivrais avec une approche académique de santé des populations pour cette analyse dans ma thèse doctorale, en même que les membres autochtones du comité Niikaniganaw (2019; 2020-2024) ainsi que l'artiste autochtone du Graphic Novel, allaient parallèlement faire leur propre analyse des verbatim et des expériences vécues dans le projet plus large.



La recherche participative communautaire est un processus qui nécessite le partage des connaissances et l'engagement équitable des membres de la communauté, des chercheurs et d'autres parties prenantes dans le processus de recherche, tout en reconnaissant les forces uniques que chacun apporte (Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida [COCQ-sida], 2012 ; Collins et al., 2018). Ce type de recherche a pour objectif principal de combiner les savoirs et l'action pour favoriser un changement social durable (Collins et al., 2018). Elle est reconnue pour être une approche de recherche prédominante auprès des personnes autochtones (FNIGC, 2014). Dans le cadre de cette étude, les aspects logistiques de la recherche participative communautaire impliquaient l'immersion au sein des activités culturelles, dès le début du projet Niikaniganaw (2019), en tant qu'infirmière. J'ai sollicité la création d'un comité accompagnateur composé de personnes autochtones et de gardiens du savoir autochtone, (Velasquez et al., 2011). À titre d'experts de vécu, ils se sont assurés que mon étude reflète et respecte les perspectives de l'intervention Niikaniganaw (voir Énoncés de principes) . Dans ce sens, non seulement je discutais de mon projet avec l'équipe, mais je vivais aussi dans mon corps les diverses activités suggérées lors des activités à l'extérieur du centre urbain. Ainsi, à titre d'exemple, j'ai vécu l'expérience de la loge de sudation (*sweat lodge*) dans laquelle je ressentais la vulnérabilité, la fragilité, l'authenticité de m'exprimer avec les autres participants invités. C'est ainsi que je pouvais réfléchir sur les effets de construire un espace sécuritaire tout en vivant au même moment les craintes ressenties à exposer ses propres faiblesses (comme il est souvent demandé de la part des usagers autochtones faisant appel aux services sociaux et de santé).

Le projet doctoral se caractérisait par un processus relationnel à long terme, qui s'est établi dans le respect, la réciprocité et la responsabilité. La méthodologie relationnelle permettait, entre autres, de réfléchir à la manière de bâtir une relation durable avec les différents participants impliqués

dans la recherche, tout en ayant en tête son rôle de chercheure dans cette relation et ses responsabilités. En outre, la méthodologie relationnelle contribuait à déterminer les méthodes de recherche, qui allaient favoriser cette relation entre le chercheur et la réalité étudiée, ainsi qu'entre le chercheur et les sujets de recherche (Wilson, 2008). Ce n'est pas aisé de revisiter et reconsidérer les transformations dans les conditions et les rapports sociaux dans les relations autochtones – non autochtones, minoritaires/majoritaires, linguistiquement ou culturellement. Comment s'engager dans un processus de transformation tout en étant capable de décrire ce qui se passe en cours de route ? La place de l'identité devenait primordiale pour créer des relations plus authentiques et à long terme entre nous. C'est pourquoi les activités vécues dans le cadre de Niikaniganaw dans le territoire ont profondément changé mon regard envers ma posture, comme chercheure francophone noire en contexte minoritaire.

#### **4.4 Méthodes associées à la recherche communautaire participative relationnelle**

La chercheure opta pour trois stratégies de méthodes complémentaires et interreliées : (1) ethnographie expérimentale dans une pratique réflexive collective (2018-2024) et (2) l'analyse des données secondaires de la recherche catalyseur du projet Niikaniganaw I (verbatim de quatre rencontres sur le territoire – 2018-2019) et (3) l'analyse quantitative d'un questionnaire auprès des participants à la fin du projet Niikaniganaw II (mai 2023).

##### *4.4.1 Ethnographie expérimentale*

L'ethnographie expérimentale est un processus de recherche qui permet une élaboration « collaborative » ou « co-créative » du savoir, la naissance de ce type de savoirs se faisant à travers les échanges très divers entre les chercheurs et les participants de la recherche (Elliott et Culhane, 2021). Le processus ethnographique m'a permis de pratiquer l'« immersion profonde » au sein de

la réalité étudiée, une immersion qui va au-delà de l'observation participative (Elliott et Culhane, 2021). Le savoir issu de cette immersion est façonné par les expériences incarnées vécues et les relations établies avec les pratiques culturelles, ainsi que les histoires sociales dans le temps et l'espace (Elliott et Culhane, 2021). Lors de cette immersion, les émotions et sentiments ressentis ont été notés dans un journal de bord, dans un premier temps. Par la suite, une réflexion a suivi sur les expériences vécues et la manière de mettre en mots ces émotions et sentiments ressentis.

L'ethnographie expérimentale a été privilégiée plutôt que l'autoethnographie, car, dans le cadre de cette étude doctorale, la chercheuse que je suis, ne constitue pas le centre épistémologique et ontologique autour duquel tourne cette recherche (Dubé, 2016). Bien que, les données analysées porte sur la pratique réflexive de ma propre expérience, cette expérience est ancrée dans une relationnalité, « toutes mes relations » incluent celles avec les participants, la nature, la nourriture, les pratiques culturelles. L'ensemble de ces éléments constituent l'ethnographie expérimentale.

Le journal de bord, en tant qu'outil de collecte de données, a permis de décrire l'expérience personnelle vécue, en tant qu'actrice sociale, chercheuse et professionnelle de la santé. Je décrivais ma participation dans les différentes activités liées au projet, mes réflexions sur les actions posées, mes constructions et significations données à certaines actions, de même que mes états d'âme (Zombré, 2018). Le journal de bord était l'« ami critique » de dialogue, comme le dirait Vanlaint (2021). À l'intérieur, mes réflexions personnelles sur les apprentissages expérientiels vécus sur les actions posées ont été relatées; ainsi que les réflexions avec le comité accompagnateur de la thèse. Ces réflexions étaient partagées avec ma directrice de thèse et les membres du comité accompagnateur. Il était organisé de façon chronologique ayant pour grand titre les pratiques expérientielles vécues. Le journal de bord a été le point de repère lorsqu'il y avait des moments de

confusions dans le processus de recherche, le relire permettait de prendre du recul. Il a aussi facilité le choix méthodologique et les stratégies de méthodes dans le cadre de l'étude, car la pratique réflexive menée dessinait comment mon engagement terrain influencerait mon choix de méthodes ainsi que les liens entre ces choix.

Le processus analytique des données du journal de bord s'est établi par une approche inductive qui met l'accent sur le sens donné aux données selon les pratiques expérientielles vécues, qui sont ancrées dans les relations établies tout au long du projet (Braun et Clarke, 2022). Lire et relire les réflexions menées dans le journal de bord pour retracer l'histoire du vécu et ma transformation le plus originellement possible (Dubé, 2016).

D'abord, les données ont été organisées de manière chronologique en gardant l'accent sur les pratiques expérientielles vécues et la question de recherche : quelle est la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain ? Cette manière d'organiser ou de traiter les données a permis de réduire les données moins importantes à l'objectif de recherche ou redondantes. L'organisation des données peut être qualifiée de « temps de deuil » (Dubé, 2016), car elle exige de laisser aller certaines données qui ont capturé des moments significatifs, des moments rattachés à des émotions fortes, lors des pratiques expérientielles.

L'écriture, sous la forme de réflexion, a été utilisée pour analyser les données, plus précisément l'écriture analytique interprétative (Chang, 2008). Ce type d'écriture permet d'identifier les éléments principaux ou les caractéristiques de la transformation vécues par la chercheure, plus précisément le lien entre mon histoire personnelle, professionnelle et le contexte culturel de la recherche (Chang, 2008).

#### *4.4.2 Analyse secondaire des données provenant des cercles de parole*

Dans une deuxième stratégie, une analyse secondaire des données des cercles de partage du projet plus large de Niikaniganaw I (Prentice, Dopler, Laperrière 2018-2019) a été faite avec l'autorisation du comité de planification.

L'analyse secondaire consiste à un second usage de données dont les résultats diffèrent de l'analyse primaire (Dale, 1993). La disponibilité immédiate des données est l'un des avantages évidents de l'analyse secondaire ; tandis que le fait que les données aient été recueillies dans un but différent de celui proposé par l'utilisateur secondaire est un inconvénient évident, car cette analyse secondaire ne pourra pas influencer l'analyse initiale (Dale, 1993).

Il est important de détailler les informations concernant le projet Niikaniganaw I duquel les données secondaires furent analysées. Les activités prenaient la forme suivante : 1) Tous les participants devaient lire le rapport résumé de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) durant l'année ; 2) L'équipe invitait les participants à quatre journées/cérémonies pour chaque saison (printemps, été, automne, hiver), dans le territoire, dans des espaces autochtones, cofacilités par les chercheurs et les porteuses des savoirs autochtones. Chacune des rencontres intégrait cérémonie et culture avec la collecte des données qualitatives par cercles de parole et quantitatives par des questionnaires, en plus des opportunités pour réfléchir sur les lectures ; 3) Des sessions outreach, comprenant des conférenciers, s'organisaient selon les demandes auprès des organisations partenaires de la municipalité. Le but était de faire bénéficier des cérémonies à une plus grande proportion de la communauté, afin d'élargir le nombre d'espaces sécuritaires culturellement pour les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH ; 4) Les chercheurs documentaient les expériences vécues dans une pratique collective réflexive pour détecter les

transformations potentielles auprès des participants. Ils organisaient toute la logistique pour l'organisation des cérémonies dans le territoire. Cette logistique supposait de planifier les 4 journées avec les visions et les modifier selon les besoins urgents, de diviser les tâches entre les membres du projet de recherche pour leur réalisation, d'organiser le covoiturage des participants d'Ottawa vers le territoire (environ une heure du centre-ville), de payer des honoraires aux personnes autochtones expertes de vécu pour leur participation, d'accompagner la responsable des repas autochtones pour les achats, de prévoir du soutien pour les questions de traumatismes émergents, de réviser la démarche selon l'expérimentation du projet catalyseur innovateur.

Un échantillonnage avec la représentativité n'était pas visé dans le cadre du projet Niikaniganaw I, mais plutôt la participation bénévole des intervenants sociaux, communautaires ou de santé déjà impliqués directement avec les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH en milieu urbain provenant des institutions partenaires officielles de la recherche, dans la région Ottawa-Gatineau. Les dizaines d'organisations partenaires faisaient participer un à deux de leurs membres. Des participants individuels ont aussi été acceptés vu leurs implications significatives avec les milieux urbains en contexte de vulnérabilité. Ainsi, un groupe de 25 participants avec 7 membres de l'équipe de recherche a été constitué (personnes autochtones et personnes non autochtones). Pour un projet-pilote, ce nombre était considéré comme significatif. La sélection des participants revenait aux organisations elles-mêmes. Pour le cas des étudiants en sciences infirmières, le choix était de quatre volontaires au maximum, à travers l'association des étudiants et des étudiantes en sciences infirmières. Les décisions se prenaient sur la base volontaire et les participants autochtones recevaient des compensations monétaires comme experts de vécu et de connaissances ancestrales.

Lors des journées de cérémonies, soit les chercheurs Laperrière, Prentice ou Dopler enregistraient les données à l'aide d'appareils numériques lors des cercles de partage avec l'autorisation des participants. À certains moments plus intimes des cérémonies, l'équipe respectait la non-capture des exposés trop sensibles. La coordonnatrice du projet Niikaniganaw II, Rana Annous, alors candidate au Doctorat en santé des populations (Université d'Ottawa), a retranscrit toutes les données numérisées en verbatim. Les verbatim, utilisés dans le cadre de cette recherche doctorale (Zombré), appartiennent donc collectivement au comité de planification du projet Niikaniganaw et sont protégés pour confidentialité par la chercheuse principale (Laperrière). Les enregistrements des cercles de parole, pris au cours des activités sur le territoire, approfondissaient la compréhension de l'expérience vécue par les autres participants autochtones et non autochtones, sur leur réflexion à partir des questions posées sur les services sociaux et de santé auprès des personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH et le sida.

Les cercles de parole se déroulent comme suit. Les participants forment un cercle dans lequel l'équipe de Niikaniganaw anime le groupe en les invitant à vivre des pratiques de cérémonies autochtones. Ainsi, les participants s'exposent physiquement à celles-ci de manière volontaire et avec aucune obligation. Le but est de créer un espace sécuritaire où chacun, autochtones et non-autochtones, puisse se sentir à l'aise de s'exprimer sur des sujets sensibles et parfois très intimes. La journée propose une thématique de départ et s'ensuit avec une ou deux questions reliées à celle-ci concernant la sécurisation culturelle et le vécu des personnes vivant ou affectées par le VIH et le sida, qui participent au cercle. L'animatrice du cercle présente une plume ou objet symbolique qui sera passé, un à un des participants, avec l'appareil d'enregistrement numérique (partie de recherche). Le participant s'exprime quand les autres maintiennent une écoute ou tout au plus le silence lors du récit. Certes, les participants peuvent ressentir des émotions lors de récits concernant

parfois des expériences traumatiques, comme le cas des sixties scoop ou stigmatisations. Les personnes porteuses de savoirs autochtones apportent au besoin le soutien avant, durant et après le cercle. Ceci diffère du groupe focal ou de la conversation.

Voici les questions posées par les chercheurs lors des cérémonies (2018-2019):

1. Questions de recherche lors du cercle de partage à la cérémonie du printemps :
  - a. Quels sont les dons, les connaissances et l'expérience que j'apporte à ce cercle ?
  - b. Qu'est-ce que j'aimerais apprendre de ce projet ?
  - c. Quels critères utiliseriez-vous pour mesurer la réussite de ce projet ?
  - d. Comment pouvons-nous travailler ensemble pour incarner l'esprit de la commission vérité et réconciliation ?
2. Questions de recherche lors du cercle de partage à la cérémonie d'été :
  - a. Avez-vous des réflexions sur les lectures que vous aimeriez partager ?
  - b. Quelle est votre expérience personnelle en ce qui concerne le fait de donner ou de recevoir des soins sans stigmatisation et culturellement sûrs pour les personnes indigènes vivant avec le VIH ?
  - c. Quels sont certains des défis liés à la fourniture de soins exempts de stigmatisation et culturellement sûrs aux populations indigènes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci ?
  - d. Quels en sont les avantages ?
3. Question de recherche lors du cercle de partage à la cérémonie d'automne :



- a. Que pouvons-nous faire en tant que communauté pour garantir des soins et des services exempts de stigmatisation et culturellement sûrs aux populations autochtones vivant avec le VIH et affectées par le virus ?
4. Questions de recherche lors du cercle de partage à la cérémonie d'hiver :
- a. Souhaitez-vous nous faire part d'un élément de votre réflexion au cours du dernier trimestre ?
  - b. Compte tenu de nos expériences communes, à quoi pourraient ressembler, selon vous, des soins et des services sans stigmatisation et culturellement sûrs pour les personnes autochtones vivant avec le VIH et affectées par le VIH à Ottawa-Gatineau ?
  - c. Comment pouvons-nous, en tant que communauté, soutenir cette vision ?

Le processus analytique pour l'analyse secondaire des données des cercles de parole est une analyse thématique réflexive (Braun et Clarke, 2022). Dans le cadre de cette analyse, la subjectivité de la chercheuse est l'outil d'analyse, car les résultats de l'analyse sont intrinsèquement subjective et située (Braun et Clarke, 2022). Ce processus s'est fait selon une approche inductive, car l'analyse se fait à partir du contenu des données et les thèmes développés par ce contenu (Braun et Clarke, 2022). Il faut dire qu'initialement la chercheuse entrevoyait une approche déductive comme processus analytique, c'est-à-dire la thématisation et la catégorisation des données selon les questions de recherches qui ont guidé les discussions lors des cercles de parole (Braun et Clarke, 2022). Mais, après avoir assisté à un exercice d'analyse collective des données avec l'équipe de planification de l'intervention Niikaniganaw, la chercheuse s'est plus penchée sur un regard des données par rapport aux deux questions de la recherche doctorale : quel est l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle pour des soins de santé et services sociaux offerts aux personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH ? Quelles

sont les transformations individuelles ou collectives vécues à l'issue de ce type d'apprentissage à la sécurisation culturelle ? Aussi, selon un regard qui repose sur sa participation aux différents cercles de parole.

L'analyse thématique réflexive ne se fait pas selon une progression linéaire, car elle implique souvent de faire des retours en arrière, voilà pourquoi on parle de phases analytiques plutôt que d'étapes. Ces phases sont les suivantes (Braun et Clarke, 2022):

1. **La familiarisation avec les données** : d'abord, les données de chacune des saisons ont été lues et relues dans leur entièreté pour faciliter l'immersion du chercheur dans les données, mais aussi une distance pour un engagement critique. Chaque ensemble de données pour chacune des quatre différentes cérémonies faisant en moyenne 15 pages. Durant le processus de familiarisation, j'ai pris en note les pensées reliées à l'ensemble des données. Ces notes ont contribué à faciliter le processus des phases suivantes. Il est important de souligner ici que, pour moi, les données ont un sens, car j'ai participé aux pratiques qui ont conduit à leur collecte.
2. **Le codage** : une fois familiarisée avec données des différentes saisons, la chercheuse a organisé les données de chacune des saisons en groupes significatifs, en identifiant les parties des données qui semblent potentiellement être intéressantes ou pertinentes pour répondre aux questions de la recherche, de manière descriptive (codage sémantique). À ces segments de données a été appliquée une description courte, grâce à un code. Le codage ne vise pas à résumer et à réduire les données, il vise aussi à capturer une prise analytique des données, particulièrement à partir de la pratique expérientielle vécue, dans le cadre de la collecte de ces données. Rappelons que lorsque ces données ont été collectées, lors de la

collecte des données, j'étais participante des cercles de parole des différentes cérémonies. Une fois, le codage de chaque donnée achevé, les codes ont été rassemblés et les segments de données pertinents pour chaque code ont été compilés. Le logiciel Nvivo a été utilisé pour faciliter le processus de codage des données.

3. **L'élaboration de thèmes initiaux** : l'exercice ici a consisté à identifier un sens partagé à travers les données, en associant des codes qui semblent partager une idée ou un concept principal, par exemple : le concept de sécurisation culturelle ou de réconciliation, qui pourrait apporter une réponse aux questions de recherche. C'est par ce processus que la chercheuse a pu développer des thèmes, en se basant sur les données, les questions de recherche et sa pratique expérientielle vécue, dans le cadre de la collecte des données. Cette phase a pris fin, lorsque j'ai constaté que je n'organisais plus les données sous un nouveau code, mais m'intéressais plus à organiser les données déjà codées.
4. **Le développement et l'analyse des thèmes** : cette phase a consisté à s'assurer que les thèmes retenus correspondent à l'ensemble des données, ils sont une bonne représentation des propos des participants sur un sujet donné, en lien avec les questions de recherche.
5. **La définition des thèmes** : j'ai présenté une définition descriptive de chaque thème, le concept central associé et l'histoire que ce thème raconte, toujours en ayant en tête ma pratique expérientielle de la collecte des données.
6. **La production** : écrire l'analyse associée à chaque thème et ainsi présenter l'histoire de l'ensemble des données pour chacune des saisons. L'analyse, ici, présente un compte rendu de l'histoire de chaque ensemble de données à partir des thèmes retenus. La chercheuse a retenu plusieurs citations pertinentes pour démontrer la prévalence des thèmes en lien avec les questions de recherche.

Le choix de l'analyse thématique réflexive comme processus analytique secondaire des données qualitatives, recueillies lors des cercles de parole des différentes cérémonies de Niikaniganaw I, a permis de prendre en considération, la cohérence entre le style d'analyse et la méthode de collecte des données, afin d'accroître la rigueur méthodologique de l'étude. La méthode de collecte des données reposait sur la relationnalité et le partage de parole entre les participants pour produire les données recueillies; tout comme la réflexivité dans le cadre de cette analyse, qui est influencée par les différentes relations établies avec les sujets de la recherche ainsi que l'environnement de la recherche ((Wilson, 2001, 2008).

Une fois, l'analyse des données complétée, les résultats ont été présentés à l'équipe de planification du projet Niikaniganaw pour les appréciations. Rappelons que ces membres de cette équipe étaient aussi des participants lors de la collecte des données. Les participants n'ont pas été impliqués dans l'analyse des données, toutefois, la pratique expérientielle vécue lors des cérémonies, durant lesquelles les données ont été collectées, a permis à la chercheure de contempler les résultats.

#### *4.4.3 Questionnaire : étude quantitative*

Comme troisième stratégie de méthodes, un questionnaire en ligne développé en collaboration avec l'équipe de planification Niikaniganaw et révisé par la coordonnatrice du projet (Rana Annous) a été utilisé.

Le constat majeur, suite à l'analyse des données qualitatives des cercles de partage, est que celles-ci ne permettaient pas de conclure si les participants - malgré leur volonté de se montrer des alliés sur les enjeux autochtones - disposent d'outils et des ressources externes pour assurer une action engagée au sein de leur institution respective. Cela a conduit à la question de recherche suivante : quelles sont les conditions dans lesquelles les soins de santé et les services sociaux sont offerts aux

personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH, dans les différents milieux organisationnels des participants ? Le questionnaire, comme instrument de collecte de données, visait alors à examiner la capacité des différents milieux organisationnels à soutenir le rôle d'allié et le leadership des participants dans l'action engagée pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires. Il se composait de 56 questions réparties en quatre différentes sections, d'abord une section sur des données sociodémographiques qui visaient à décrire les caractéristiques de la population étudiée ; suivie de sections sur des données pré et post intervention Niikaniganaw qui visaient à mesurer l'appréciation des conditions dans lesquelles les soins et les services de santé sont prodigués aux personnes autochtones vivants ou affectés par le VIH, dans les différents milieux organisationnels des participants ; et enfin, la dernière section du questionnaire sur des données liées aux changements dans les milieux organisationnels résultant du projet Niikaniaganaw (Annexe 3., p.180).

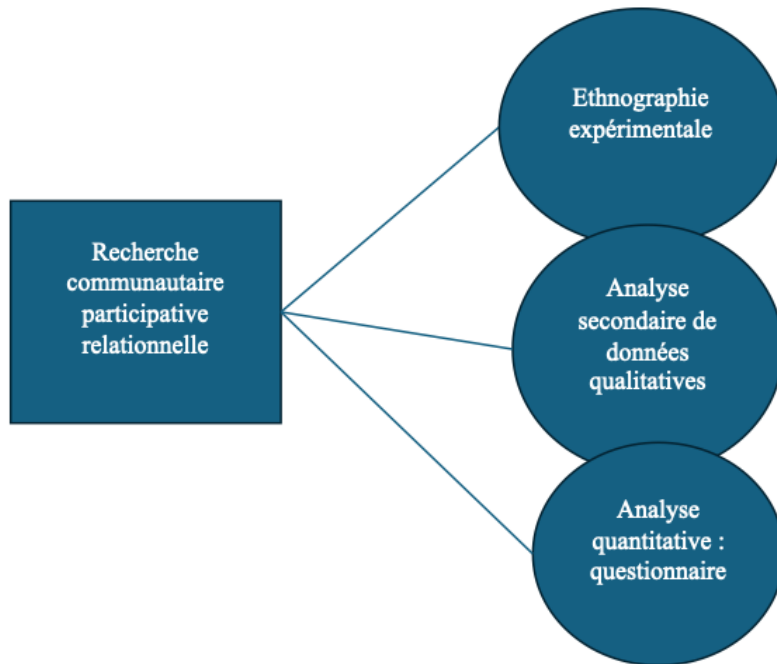
La question de recherche de cette étude est : quelles sont les conditions dans lesquelles les soins de santé et les services sociaux sont offerts aux personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH, dans les différents milieux organisationnels des participants ? Les concepts clés (conditions, soins et services sociaux, personnes autochtones, participants et milieux organisationnels) de cette question ont été opérationnalisés en différents types de variables : d'abord, les concepts de « personnes autochtones et de participants » ont été opérationnalisés en variable discrète nominale (le genre, la langue, l'appartenance) et en variable continue d'intervalle (nombre d'années). Ensuite, les concepts de « conditions, soins et services sociaux » ont été mesurés à l'aide de l'échelle de Likert, donc en variable discrète ordinale et en variable discrète nominale. Enfin, le concept de « milieux organisationnels » a été opérationnalisé en variables discrètes nominales.

L'ensemble des participants du projet Niikaniganaw I était visé par le questionnaire. Les participants ont été invités en fonction de leur disponibilité et de leur accessibilité. Suite à l'autorisation de la coordinatrice du projet, les 32 participants, faisant partie de la liste, ont été invités à remplir le questionnaire en ligne, à travers Survey Monkey. Le seul critère pour répondre au sondage était d'avoir participé aux différents cercles de parole, durant les cérémonies en terres autochtones. Le questionnaire prenait une durée moyenne de 6 min pour être réalisé. L'anonymat et la confidentialité ont été préservés en attribuant un code à chaque participant avant de transmettre le questionnaire et celui-ci a été testé auprès d'un petit échantillon ( $n=4$ ) de personnes similaires. Prétester le questionnaire a pour but de vérifier son intelligibilité, vu la taille de la population. Les données quantitatives ont été collectées sur une période de deux mois (juin 2023 - août 2023).

Dans cette étude quantitative, il est difficile de parler d'intégration des données comme dans une étude à méthode mixte. En effet, la combinaison des deux types de données, quantitatives et qualitatives, dans le cadre d'une approche mixte-méthodes, vise d'une part à formuler une question de recherche spécifique et, d'autre part, à maximiser les forces et à minimiser les faiblesses de chacune des méthodes (Creswell et Clark, 2018). Ici, on parlera plutôt de complémentarité entre les données issues des deux types d'approches, c'est-à-dire la capacité des méthodes à élaborer et à clarifier les différents résultats issus de chacune des méthodes. Les approches qualitative et quantitative sont utilisées dans la vision d'un seul paradigme de recherche, soit qualitatif (Shorten et Smith, 2017). En outre, en analysant la complémentarité entre les deux types de données, on favorise la triangulation de l'étude, en cherchant à faire converger et à étendre la portée des données quantitatives et qualitatives pour approfondir différents éléments de la recherche (Hadi et al., 2014).

À ce qui a trait au processus analytique du questionnaire, une analyse descriptive simple a été produite. Bien avant de manipuler statistiquement les données brutes recueillies, elles ont été nettoyées, en éliminant les doublons et les données incomplètes. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Survey Monkey. L'outil a montré les différentes tendances, en fonction de chacune des questions posées.

À la lumière des différentes stratégies de méthodes employées pour répondre aux questions de cette recherche doctorale, on constate que, bien que distinctes, ces trois stratégies de méthodes s'influencent mutuellement. En effet, l'ethnographie expérimentale a influencé le choix d'analyse secondaire des données des cercles de parole ; de plus les résultats de l'analyse ont pu être contemplés à partir de cette ethnographie expérimentale. Enfin, le constat majeur de l'analyse secondaire des données a permis d'aboutir à l'étude quantitative. L'approche méthodologique reflète un angle socioécologique, car elle a une conception large de l'étude et les différentes stratégies de méthodes, bien que distinctes s'influencent mutuellement ((McCloskey et al., 2015).



**Figure 4.1. Processus méthodologique et méthodes**



## CHAPITRE 5

### RÉSULTATS DE RECHERCHE

*« De l'action naît la connaissance ».<sup>10</sup>*

La partie des résultats de recherche comporte trois types de résultats en lien avec chacune des méthodes respectives. Pour favoriser une meilleure compréhension de ma perspective comme participante de l'intervention Niikaniganaw, les résultats de l'étude doctorale ont été présentés dans un ordre différent du processus méthodologique, à savoir : 1) ceux provenant de l'analyse secondaire des données qualitatives recueillies par les chercheurs lors des cercles de parole du projet Niikaniganaw I et transcrits en verbatim par la coordonnatrice du projet Niikaniganaw (Rana Annous); 2) ceux du questionnaire en ligne sur la capacité des milieux organisationnels à soutenir le rôle d'allié pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires et dépourvus de stigmatisation (rempli par les participants à la fin de la phase II de l'intervention Niikaniganaw en 2023); 3) ceux provenant de l'ethnographie expérimentale regroupent l'histoire de mon expérience personnelle et ma pratique réflexive comme chercheure durant le processus d'engagement terrain (2018-2024).

#### **5.1 Cercles de parole**

Ce qui suit présente 12 différents thèmes associés aux quatre saisons durant lesquels les activités reliées à Niikaniganaw ont eu lieu. Les extraits présentés sont en anglais et n'ont pas été traduits afin de conserver, au mieux possible, l'authenticité des propos. Bien que les cercles de partage et

---

<sup>10</sup> Piaget, J. (1967). *La psychologie de l'intelligence*. Armand Colin.

de parole étaient guidés par des questions de recherches définies par les chercheurs du projet Niikaniganaw, le regard secondaire porté sur les données s'est fait par rapport à mon expérience de participation aux cercles de parole et par rapport aux deux questions de la recherche doctorale : quel est l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle pour des soins de santé et services sociaux offerts aux personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH ? Quelles sont les transformations individuelles ou collectives vécues à l'issue de ce type d'apprentissage à la sécurisation culturelle?

#### *5.1.1 Cercle de la cérémonie du printemps : appel à la semence*

### **Thématique 1. Les apports et les gains associés aux cérémonies**

Les participants envisagent et espèrent développer des compétences et des habiletés, à travers les cérémonies. Certains participants manifestent le désir d'acquérir de meilleures stratégies pour répondre aux besoins des populations autochtones pouvant être servies par leurs soins.

**Étudiante infirmière 1 :** *I might be a good carrier of this kind of knowledge, that we're getting, to actually bring into practice when I'm a nurse.*

**Intervenant communautaire 1 :** *[...] learn for what I might also gain to be able to provide services to the people that I might encounter all through my workplace and in my personal life, hmm, that, that would benefit from this and help me in my, in the work that I do.*

**Intervenant communautaire 2 :** *I'm looking forward to seeing what it means to be Indigenous and positive, and how those two intersections affect folks' lives and how me, as a service provider, can better support them in living their best life.*

La capacité à acquérir des connaissances sur les pratiques culturelles autochtones et à enseigner ces savoirs aux pairs fait partie des gains souhaités, dans le cadre de la participation à l'intervention Niikaniganaw.

**Intervenant communautaire 3 :** *So this is, this is an opportunity for me I feel to also to learn more about ceremony which is different than the ceremonies I experienced with the Inuit culture and, and to learn what that might mean for me, but also learn for what I might also gain to be able to provide services to the people that I might encounter all through my workplace and in my personal life, hmm, that, that would benefit from this and help me in my, in the work that I do.*

**Aîné autochtone 1 :** *What I'm hoping to get, hmm, I guess, it, it's just more, more learning, more experience, more understanding. It's always good to have more perspectives to see things from, so that you don't have that kind of narrow focus and view of things so, yeah.*

**Chercheur 1 :** *What I would like from that project, it's to, for me to bring that to my university, to my School of Nursing, to healthcare education, and in particular also in French.*

Plusieurs apports de la part des participants ont été relevés, ainsi que la manière dont ces apports contribueraient aux cérémonies. Ces apports sont considérés comme un bagage de vécu qui enrichirait les différentes expériences d'apprentissage. Ce bagage se compose de :

- a. dons artistiques : « *Artistically just my art, my sense of creativity and my sense of seeing how things are connected and how things, you know, tie into, tie into the world around* » ;
- b. de connaissances « *I guess I bring some of the Indigenous culture and spirituality to the circle* » ;
- c. de besoins d'apprentissages « *I'm just really hoping to learn how I can work with folks in a better way, to work with folks in a way that's respectful and safe and beneficial to them* », ainsi que
- d. d'expertises de vécu « *My activism and as an IPHA, my knowledge of somebody living with HIV* ».

**Intervenant communautaire 4 :** *I feel like I can bring a sense of deep respect that I have for, for the ceremonies that I've been experiencing here today, and hope to continue to, to learn and experience as we go forward. And, and, I also feel I can bring also a sense of, of being, you know, compassionate, non-judgmental.*

**Chercheur 2 :** *I think what I bring to this circle is, ah, is my research knowledge. I mean that's, that's, that's kind of why I'm here and why, why we're here. My... I've been fortunate to work in this community for about 15 years now and so... So I've had an opportunity to see what works and what doesn't work, in the sense of creating research projects that make a difference, hm, in creating, creating programs that make a difference for people.*

**Chercheur 1 :** *I think what I would like to learn from this project is, is, is how we can work together to create safer spaces for Indigenous people living with and affected by HIV and healthcare and social services.*

**Étudiante en sciences de la santé 1 :** *I bring my experience as people who engage in HIV community and also as a healthcare provider, I bring my experience in institution and in community.*

## **Thématique 2 . La réconciliation de nation à nation**

Prendre part à des activités d'apprentissages culturelles autochtones, dans le but de bâtir des relations et renforcer les capacités à offrir des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires, nécessite d'aborder la question de la réconciliation de nation à nation. Pour ce faire, il faut arriver à décrire les éléments nécessaires pour amorcer ou promouvoir le processus de réconciliation

**Chercheur 1 :** *I think we've already begun. I think this is it. Hm... Yeah. And I... Part of that is making space at the table for everybody else to bring their ideas and their experiences.*

La réconciliation est une action par tous, mais le processus pour y parvenir est caractérisé par l'incompréhension culturelle et la frustration. Au-delà du symbolisme et des excuses, des actions concrètes s'avèrent nécessaires.

**Aînée autochtone 3 :** *They all want to reconcile. They all want to do something about Truth and Reconciliation, at each one of their events. But it was always like a rushed thing....*

De manière générale, la réconciliation est perçue comme étant le début d'un dialogue sur le passé, tout en vivant dans le présent et en consacrant le temps nécessaire pour mener ce dialogue.

**Aînée autochtone 4 :** *I struggle with that word reconciliation too. And truth... We were sharing seven sacred teachings a couple of weeks ago, I mentioned truth, and somebody said well do you mean THE Truth. I said THE truth? Which truth would that be? Because we could both, everyone of you sitting here today, you can walk out of here and you will tell a story, not somebody else's story, but your own story about what you experienced here and every one of those stories is going to be different. So which one is the truth? Part of the challenge with truth and reconciliation as defined by the Canadian government is they've decided what the truth is and what needs to be reconciled. The truth is: what happened to us was not cultural genocide, it was genocide, plain and simple. They can make all their pretty little distinguish, distinguish between one and the other, all they like. The aim was to eradicate us, to make us go away so that the colonizers could have title to the land. I don't say that to blame anybody. That is simply the truth. That truth has had an impact on every generation since then not just Indigenous people but all people.*

**Personne autochtone vivant avec le VIH 2 :** *For one, everyone wants to reconcile without acknowledging or having an understanding of the truth. People don't really want to hear the truth. So reconciliation will be that the truth, the morale has changed. And that's, that's something that, to change the truth, eh? Maybe I can use my own life as an example of changing the truth. I don't really consider myself a menace to society. That used to be one of my labels in the courts, and so that's changed. That truth has changed because I changed. More pain in the ass now (Laughs), but what I'd like to see is, is that more of an equality on each side of the desk. To know that some of our, our most highly respected people, a lot of us come from the street.*

**Chercheur 1 :** *So for me, it's this project, it's about my own responsibility of decolonization and starting with me and taking my own responsibility in the picture.*

### **Thématique 3. La perception du succès au sein de l'intervention Niikaniganaw**

Lorsqu'on parle de la perception du succès de Niikaniganaw, deux indicateurs pourraient être considérés comme mesures de succès :

Le transfert des connaissances : cet indicateur mesure la capacité à mobiliser les connaissances autochtones acquises vers les différents milieux organisationnels.

**Étudiante infirmière 3 :** *I think we can measure the success by the influence of what we will learn here. How I'm gonna use the learn in my own life and in my community.*

**Aînée autochtone 5 :** *So in Indigenous culture and spirituality we have a lot of stories and I would think that a measure of success would be that those stories change. So we heard two stories from the 90s, how people were treated and already we've been hearing like that's changed since the 90s. So I would say that if the stories continue to change in that positive manner that would be a measure of success.*

**Intervenant communautaire 5 :** *For me it would just be, you know, increasing my knowledge of Indigenous cultural practices and then being able to, to, you know, take that back to work with me to share what I've learned with my colleagues and to be able to work better with folks.*

La transformation : cet indicateur vise à mesurer le changement vécu sur les plans personnel et professionnel, ainsi que les changements observés tout au long du processus d'apprentissage. Ces changements peuvent être considérés comme un résultat escompté par l'intervention Niikaniganaw, surtout si ces changements ont une influence sur l'environnement social.

**Chercheur 1 :** *If ONE person walks away from here and does something differently, because of the time that we've spent together, then that's, for me that success.*

**Étudiante infirmière 4 :** *I think for me measuring success would be seeing in five years, in ten years, how me specifically and my workplace will deliver health care and how it will be received.*

**Chercheur 2 :** *One criteria would be that the transformation, my own transformation, our transformation, what I will bring to my students and in French also.*

**Intervenant communautaire 6 :** *I think that's going to be a really important measure of success is: Do we feel changed by this experience? And changed maybe in terms of our knowledge and what we understand, but also changed, you know, at that heart level, in terms of how we look at the world or understand the world. And then also changed, in how we walk forward and in the actions that we do coming out of this experience, so for me that that will be a measure of success.*

Dès la première cérémonie d'apprentissage, on peut constater que les participants viennent avec certains bagages et attentes. Cela montre que l'exposition à la culture autochtone n'est pas chose nouvelle. Ils comptent sur l'intervention Niikaniganaw pour approfondir les bagages qu'ils ont. En



outre, la réflexion issue sur le terme de la réconciliation de nation à nation peut être considérée comme le début du processus pour arriver au but principal du projet : bâtir les relations et les capacités à offrir des soins culturellement sécuritaires aux personnes autochtones vivant avec le VIH dans la région Ottawa-Gatineau. Ce processus est entamé avec l'intervention Niikaniganaw, qui regroupe des membres autochtones vivant ou affectés par le VIH, des détenteurs de connaissances autochtones et des acteurs non autochtones pour surmonter les barrières à l'établissement de relations appropriées avec les personnes autochtones.

#### *5.1.2 Cercle de la cérémonie de l'été : grandir*

Les données de la deuxième saison de l'intervention Niikaniganaw ont été recueillies dans un contexte de renforcement des relations, de compréhension du racisme, de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, ainsi que de compréhension des visions du monde autochtones et des soins culturellement sécuritaires. La rétroaction sur la première cérémonie, l'expérience de soins culturellement sécuritaires et sans stigmatisation, et les obstacles à surmonter sont les termes qui résument les points de vue des différents acteurs-participants pour cette deuxième cérémonie d'apprentissage.

### **Thématique 4 . Rétroaction sur la première cérémonie**

ce terme résume la perception que les participants ont de leur première expérience d'apprentissage culturel, dans le cadre de l'intervention Niikaniganaw. L'expérience a été décrite comme un apprentissage à double visée : soit sur les plans professionnel et personnel. Les mots suivants résument les réactions à cette première expérience :

- a. **Sentiment :** ce mot englobe les ressentis des participants envers les activités expérimentées en cette première cérémonie. Les sentiments s'illustrent d'un extrême à un autre. Bien que les participants soient reconnaissants et se sentent en sécurité pour participer à l'intervention, certains sujets de discussion les mettent mal à l'aise. En dépit de cet inconfort, les participants sont conscients de la nécessité de discuter de ces sujets.

**Chercheur 1 :** *I think we were, we were in a safe place, and hopefully everybody else felt safe as well. I walked, I walked away from that meeting you know, full disclosure, I walked away from that meeting feeling a little bit worried and feeling a little bit, a little bit anxious that we dove too deep too fast.*

**Intervenant communautaire 7 :** *It's, is one of gratitude, and just feeling so privileged to be able to be here, and to be part of this really, what for me is a really unique experience.*

**Personne autochtone vivant avec le VIH 1 :** *I remember that first meeting and I'm grateful that I was asked to be part of the project.*

**Personne autochtone vivant avec le VIH 2 :** *I feel a sense of community with everyone here and I don't know anyone.*

**Étudiante infirmière 2 :** *Hm, so, uncomfortable, because I'm not into sharing, that's not my thing, and it's a sharing circle, for one. Hmm...But also I'm very grateful for being invited to take part of this, because it's also a safe place as a health professional, to be able to connect as a human and not being judged for doing that as being non-professional.*

**Aînée autochtone 4 :** *I think that you know we all felt that in different ways and that's OK. We all experienced it in different ways. And that's part of the learning. And in one respect for the service providers who are sitting here, it's a compliment to you because we felt safe enough to go there already, we had just met you, some of you, we felt safe enough to go there.*

- b. Réflexion : reflète les pensées individuelles des participants à la suite de l'expérience vécue. Ces pensées permettent de constater qu'un sentiment d'appartenance communautaire est en train de se développer. Il s'agit certes de réflexions individuelles, mais elles sont nées d'une expérience commune, de ressentis communs. Ces réflexions sont centrées sur le « nous ».

**Aîné autochtone 3 :** *We here to build relationships, learning to trust each other a little bit, we'll get a better bond, we all learn and grow and move forward, as a community and as a group.*

**Personne autochtone vivant avec le VIH 1 :** *It was very insightful on how like IPHA's are seen and service providers actually listen to us, and hopefully by the end of this project we'll get a better bond with service providers and IPHAs.*

**Intervenant communautaire 8 :** *The first meeting was, what I would say is kind of an immersive experience in that it was, you know when I got back I was trying to explain what we did, but it's hard to explain that to like OK...It's hard to translate that into words I guess, and so that's what I felt was really unique about that experience in that it was more than a one hour presentation on cultural competency, and on Indigenous experience and things like that...Though it is a journey, and it's work kind of on yourself, and as a community and as a group, also, it doesn't really feel like work. So it's nice. And it's a nice change of pace as well*

*to be able to sit and reflect on some of these things and to have the time to do that. And I think you know really if you want to change systems you have to start by changing people.*

**Aîné autochtone 1 :** *like as a person that tries to access mental health, and medical, medical stuff, I felt like it was like a chance for a voice to be heard, because I do come across issues. So it was it was interesting in that respect, so I found that very helpful and I am glad that you guys were all here and you're willing to listen, and I felt uncomfortable too because everybody's staring at you (Laughs). So it's like...But hmm, you know it's...It did get a little deep, but it's, it's part of us like doing these circles you. It's whatever the person brings so each of us brings something to the circle, and ah, so it happens the way it happens, and, ah, we all learn and grow and move forward. So, Meegwetch.*

## **Thématique 5. Expérience de soins culturellement sécuritaires**

Les soins culturellement sécuritaire ont été décrits comme des soins fondés sur une relation de confiance et de collaboration dans laquelle le sentiment d'appartenance culturelle s'avère fondamental, tout comme la compétence culturelle du prestataire de soins. Cette manière de fournir les soins va au-delà des bonnes intentions. En d'autres termes, la sécurisation culturelle des soins de santé et services sociaux offerts aux personnes autochtones ne concerne pas seulement le confort culturel de la personne autochtone dans la relation de soins, mais aussi la compréhension de l'expérience culturelle par le prestataire de service. Pour les participants qui ont eu à offrir des soins culturellement sécuritaires et sans stigmatisation, ces soins sont caractérisés par les éléments suivants, qui ont une incidence sur la qualité des soins et des services de santé : structures coloniales, barrières, connaissances limitées de l'histoire autochtones, processus d'apprentissage, écoute active.

**Aîné autochtone 1 :** *when the people I served would go to mainstream agencies and they would experience ugly shit, they would share with me what they won't share with you, because while I'm not living with HIV, I am Indigenous, and so we have trust between us. One of the things that helped to broker that trust is the fact that as I had learned about my own culture, I have done everything I can to break down the stigma and the barriers within our culture, for people who use substances, for people living with HIV, for people who don't know enough about their culture, for all of those things. And I have seen the impact that that has had. When you look at somebody who's been told you can never have this, because you're not enough, because you are dumb enough to get HIV, because you were promiscuous enough to get HIV, when they think that they can't come to culture and ceremony, this thing that feeds us, I have seen, in a nanosecond: 'Hey would you help me smudge. I can't do that!' Sure, you can. See the stuff in the bowl, light it on fire (auxiliaire du savoir autochtone 1).*

**Intervenant communautaire 3 :** *I don't have experiences as an Aboriginal person, I do, I have had experiences of not being heard or taken seriously, I've have had experiences with misogyny in the healthcare system and with homophobia as well and... I know it's not the same thing but I, as a service provider, I never want to be that person that makes people feel, at all, the way that I felt in getting those, in having those experiences. So I really want to be sensitive and aware of everybody's reality and, ah, I know like you said, I'm going to screw up along the way but I think that part of part of it is, is being open and continually learning and because that's how we are.*

**Étudiante en sciences de la santé 1 :** *« It's really important to put it into context with the effects of colonialism and just like understanding the barriers to why a lot of Indigenous people are resistant to or seem like difficult patients and what not ».*

**Étudiante en sciences de la santé 2 :** *I was also reflecting on my personal training, as a dentist, and now in population health, and how come we never had any training in cultural safety? As a dentist, well maybe it's a different country, I don't know how it is here, but even in population health here in Canada, like maybe we have one course on racism and another session on Indigenous health and that's it, if I'm not mistaken. And I'm invited every year to give a course for first year medical students, and I show them those definitions about cultural competency, and cultural security, and cultural safety. But I've never realized the difference until when I was reading that matter of power relations.*

Pour les participants qui ont eu à recevoir des soins culturellement sécuritaires et sans stigmatisation, ce n'est pas la disponibilité des ressources qui rend difficile l'accès aux services sociaux et de santé, mais l'incapacité à reconnaître et respecter l'identité autochtone dans ces services : *« You have to engage in a constant process of self-censoring »*. Les personnes autochtones n'ont pas ce sentiment d'appartenance culturelle aux soins et aux services de santé, tandis que les prestataires de soins de santé et services sociaux n'ont pas cette compréhension culturelle du parcours de la personne devant eux. Il est donc difficile d'envisager des soins culturellement sûrs et exempts de stigmatisation.

**Aîné autochtone 1 :** *My own experience with health care has not, has been up and down, it's been all over the place. One of my biggest challenges with healthcare is having my identity erased. Having health care providers argue with me that I'm not Indigenous, having them*

identify me on their records as Caucasian and then refusing to change it when I say: well actually ... Having them not take that into account, and it's evidence right? It's, it's evidence based that that eraser of my identity, in so many different ways...I had a little health scare a couple of months ago and was in the ER and the nurse comes in and she does all her questions, and I go through the questions with her and then the doctor comes and he does the same damn questions like did he not read the fucking piece of paper? So he asked me all these questions, then he looks at me and says well you don't look like a drug user?! And I said: What does that mean? And I guess because he thought I was White. He says: well you know! I said no I don't know what you mean. Explain to me what you mean because drug users look like all kinds of things. They even look respectable like you and me. He says: Oh! Well, are you? I said well I don't use IV drugs if that's what you're asking me. Oh, ok I didn't think so. And hearing the stories of my visibly Indigenous siblings and the shit shows that they have experienced simply by virtue of being guilty of being visibly Indigenous. As an Indigenous person it's really, really hard to get good help in mental health, because you have to engage in a constant process of self-censoring because if I sit in front of the wrong therapist or psychiatrist or psychologist or doctor and I tell them about my gifts, about the things that I can see, about the visions that I've had, about things like happened here this morning, they're going to go: Ha! Delusional! Form! And I'm going to get locked up just like some of my elders were. That doesn't help in the healing process, doesn't help you figure things out. I have a family doctor who's like the best family doctor in the world because she listens, because I go into her office and I say OK this shit is happening. The first thing she does is: oh what do you think it is? And I keep saying: aren't you the doctor? So, she checks me out. And then she writes on a piece of paper, these are the things that we can do. What do you want to do? It's your body! And she makes sure that if she has to refer me to another

*med, medical practitioner, she doesn't refer me to an asshole, and if I go and they turn out to be an asshole, she'll refer me to somebody else, because she doesn't refer me blind, she knows who she's referring me to. And those little things make a huge difference, at least for me.*

**Personne autochtone vivant le VIH 2 :** *Last winter, I went through a... ok how do I say this? It 's an infection I got from a bug bite or something. I went to see the doctor and I told him I said: I'm in pain right now, just give me some antibiotics, don't make it hurt worse. What does he do? He makes it worse by trying to pop it. And I said you don't listen, do you? I didn't... I gave him shit because I'm saying to him: I don't want to feel any more pain, so please don't do this. What did you do? He turns around and does it and he says well this will help. I said well you don't know.*

**Personne autochtone vivant le VIH 1 :** *I'm just going to reflect on my experiences with, with health care, not specifically as an Indigenous man, but as a gay man living with HIV. I remember in 98 when I got diagnosed, freshly diagnosed, the guy doesn't even know me, I'm meeting him for the first time. Picture this. Man saying this to a very \* gay man: 'you know you can't have sex anymore right? ' Excuse me? And then, with mental health I had this one mental health worker asking me again: 'it's like are you sure you're gay? ' All this type of crap that I've been putting up with for like, years! And one year I got really sick, and ended up in the hospital, there was this christian couple next to me, because they heard me say I was gay and HIV positive, they asked the \* doctor to get changed. And that type of crap just pisses me off.*



**Aîné autochtone 2 :** *Indigenous people, our health care system within our communities is our culture, and is our community, we're always in a health care kind of environment, wherever we go it's always about healthcare it's always about balance, it's always about your mind your body your heart your spirit, and bringing those, bring those in the balance. The medicine wheel it's all about the balance.*

## **Thématique 6. Surmonter les barrières**

La réflexion collective sur les expériences de soins culturellement sécuritaires et sans stigmatisation a suscité une prise de conscience sur certains obstacles et la nécessité de les surmonter.

**Intervenant communautaire 7 :** *I'm privileged to be part of experiences like this, but Hmm, and sometimes, you know, I wish more people could, could see that, and just really come to, to see other people as people and we all kind of want similar things, and to, to enjoy fulfillment in all these things, and then in terms of.*

**Aîné autochtone 3 :** *I sit here in awe today because you guys made that step. You guys are here, willing to listen, willing to hear the stories that we've gone through, and how we suffered, and want that change, and understanding, and to bring that to the people you deal with. And that's, that's like (chokes) if I had that option, how different things would be!! Any of us, I'm sure but I can't speak for everybody. So for you guys even though you're feeling uncomfortable, it's awesome that you're here! It's amazing that you're here, because you're willing to hear, you're willing to see that change and that, that, this isn't something that we... Like it's not a show, it's not, it's not a: There go the natives smoking pipe again, and making*

*a, and make a scene, because we're, we're, we're trying to do something. This is our life. And, it's amazing to be able to share it with you guys here, and to have you guys listen and take that information and then hopefully bring that out to where you guys work. So I really want to say how grateful I am for all the service providers to be here, to hear these stories, because it means a lot. And I'm also extremely grateful for the APHAs<sup>11</sup>? Because they're willing to share their stories. And that's, that's pretty powerful. So, chi-miigwetch.*

**Intervenant communautaire 1 :** *I'm learning things about the effect of racism and colonization on health. And that's really important. But, in this circle, I'm also learning about the effect of culture and ceremony on health, and how that can be such a source of resilience and such a source of resistance. Ah, and that's what's really powerful to me in this circle, like, like, I'm having... I kind of knew that in theory but I just experience it and it's so powerful so I thank you for that. And C. when you say thank you to the service providers, I say thank you to you and to everyone who share their experience because I think that has to be hard. And it's so helpful to me, so thank you so much for that, really. I think equally there were probably people who are really like me, who thought they were doing the right thing, who thought they were doing something that was good, who thought they were helping people. And that, that for me is what I really need to think about, because that is so dangerous, so much harm was done and continues to happen in the name of doing, you know, based on beliefs that are, based on beliefs that were so, so wrong, but were very strongly felt, you know and so, it just causes me... I think it's so important for us to be always reflecting and always*

---

11 Aboriginal Persons living with HIV/AIDS.

*listening, because we can get caught in thinking we're doing the right thing. We can. If we're arrogantly moving forward believing we know what is right. There's so much harm that can.*

***Aîné autochtone 2*** : *So it's not about Indigenous versus nonindigenous. It's about being a good human being. And it's about breaking down barriers that S. was talking about, right? It's about just recognizing all of us as human beings. And, ah, that we all need love and we all need acceptance and we all need to know and to feel that we have a place in the circle, and if you can do that whether you're Indigenous or not indigenous, then we're working towards a better world. Miigwetch.*

Le cercle de la cérémonie d'été décrit le ressenti et la réaction des participants envers l'intervention Niikaniganaw. Plus importante, le cercle de partage souligne l'aspect unique de l'apprentissage à travers Niikaniganaw : un apprentissage inductif, ce qui signifie qu'à travers les différentes activités, le processus d'apprentissage part d'un regard collectif pour aboutir à des réflexions individuelles.

### *5.1.3 Cercle de la cérémonie d'autonome : récolter*

Les données de la troisième saison de l'intervention Niikaniganaw ont été recueillies dans un contexte de recension des connaissances acquises jusqu'à présent et de partage sur l'expérience de la hutte de sudation. Les connaissances autochtones, les leçons du passé, ainsi que les barrières aux connaissances autochtones sont les termes qui résument les points de vue des participants sur la capacité en tant que communauté à assurer des soins de santé et services sociaux sans stigmatisation et culturellement sécuritaires pour les personnes autochtones vivant avec le VIH.

## Thématique 7. Connaissances autochtones

Les connaissances autochtones sont un élément fondamental pour garantir des soins de santé et services sociaux sans stigmatisation et qui sont culturellement sécuritaires, auprès des personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH. Selon les participants, le système de connaissances autochtones est multidimensionnel, il est lié à la médecine, aux différentes relations et il tire des leçons du passé historique. Les acteurs-participants ont abordé la dimension médicinale et relationnelle du savoir autochtone.

La dimension médicinale se constitue des pratiques culturelles tirées des connaissances autochtones. Certains participants sont d'avis que cette médecine est le « *symbole de la création* » de la médecine communautaire, car elle résulte des forces communautaires issues des liens entre les membres. La médecine autochtone vise à « *changer la compréhension, changer les liens* » et à apporter la guérison.

**Aîné autochtone 1 :** *That's the name of this lodge. It means 'We carry the medicine', and you'll notice that when you got here you were asked to work right away and that's, that's how I do those things. There are some places that you go to where they say: oh we're having a lodge, we're going in the lodge at noon, and everybody shows up at noon, and the lodge is dressed and the fire is going and the rocks are ready, but just like everything that we've done together, I like to have the opportunity for people to learn how much work it is to do these things because it shifts how you understand it. It shifts your connection to it. So that's why, that's why we do those things. And from, from my own experience or from the experience of*

*others, other friends of mine and helpers who come and help me with this work, they say it feels different, in their body, in their spirit, to do things in this way.*

**Intervenant communautaire 9 :** *So that was really mind blowing, and how deep these knowledges are, and how historical these knowledges are, what they offered to people in their healing. The singing and your voices and the drumming, and I just can conjure it up in my mind. And it's quite powerful! And just kind of anticipating coming here today, I was thinking about it last night, and I just kind of get shivers, because it's incredibly powerful.*

**Chercheur 1 :** *I heard in conference with Indigenous researcher, and people, that it's possible to heal. And I heard here that this process of healing, that we're far from psychotherapy, or even doing treatment, biomedical treatment, it's something else, and it's a possibility.*

**Aîné autochtone 1 :** *For those that have never been to a pipe ceremony, these are all community pipes, so they'll be shared when we go out to the lodge. And you'll notice that they all had to be put together, and that's symbolic of creation. Whenever you're going to create something, you've got to bring together two new things, you're going to create life, well, you know, those ingredients should be put together, eh? If you're going to put a good meal together, you've got to put the food in the pan. If you're going to be an artist you've got to put the paint on the canvas. So that's what that represents. Because in a sense, we're all Creator, right? My Creator doesn't sit up there looking down on me. My Creator is in every pair of eyes looking back at me and that's powerful. That's a powerful thing. Everything we do is ceremony.*

Concernant la dimension relationnelle, les acteurs-participants sont d'avis que les connaissances autochtones émergent aussi des différentes relations que nous entretenons avec les autres et les différents éléments de la nature. Les liens qui découlent de la qualité de ces relations nourrissent et guident la production de la connaissance.

**Étudiante infirmière 2 :** *quand j'ai habité avec ma coloc, elle me disait : « Oh les gens pensent que les autochtones ils ne savent rien faire, ils boivent, ils fument », mais quand on va à travers les lectures ça permet de comprendre un peu pourquoi c'est fréquent pourquoi ça arrive, et comme professionnels de santé ça nous permet, nous, de mieux les comprendre et de pas les juger lorsqu'on les voit lorsqu'on a affaire à eux. Eh... C'est ça. Donc moi, à travers... Depuis le début du projet, j'ai beaucoup appris, j'ai appris la culture, et puis j'ai vu qu'il y a beaucoup de similitudes avec ma culture à moi. Il y a beaucoup de choses qui sont similaires. J'ai compris qu'il y a des choses similaires, pour eux, que c'était la communauté et puis c'était proche de ce que nous vivons chez nous et puis j'ai aimé ça.*

**Intervenant communautaire 10 :** *I think I draw a lot of similarities with some of the things that I've learned through here and just hearing about the music and things I was reminded about when I attend, when I go back home... It's kind of a re-energizes me and to hear even just a song from your culture. And I'm sure it's the same for anyone who has a particular culture they identify with. That...How it feels... It just feels good to be connected. And to...You also feel kind of a sense of community through that.*

**Intervenant communautaire 11 :** *I look forward to sharing and learning from indigenous people and how they've, how, how they seek to heal themselves going forward, because generational trauma is, is something that can be healed but it takes, not only the person who*

*is in need of healing to be part of that, ah, project. So I'm looking forward to, to learning more, and sharing space and also bringing in the perspectives of how the same practices have affected communities that I'm also part of.*

Les connaissances autochtones sont aussi façonnées par la résilience venant des leçons apprises des événements historiques passés. Ces événements historiques sont perçus notamment comme des stratégies d'imposition de la culture occidentale.

**Personne autochtone vivant avec le VIH 3 :** *In 2000, I lost my partner to, ah...He had...He had HIV and drug and alcohol abuse. So he died in 2000 and we had a daughter that was 10 at the time. So when she was about 17-18 she started asking me questions about her father and things, and so I was trying to tell her things, and explain things to her, but she explained to me, and I learned from her, that her father's grandmother was in residential schools so, and they came from a long line of alcoholism and in their families. And that's when she explained to me, and helped me understand that it was generation trauma? And I was glad she pointed that out to me or taught me about it more than I realized myself and it helped ease a lot of resent and confusion and stuff. But I know it's hard on me, but I find it was lot harder on her to ... And she's coming to terms with it and...So that's all I have to say.*

**Étudiante infirmière 1 :** *I saw two girls, or one girl, I guess she was like from the Sixties Scoop or something, and she was like crying a lot and then I can't forget this image. And I guess this is like more powerful than the readings themselves because it got everything in my mind especially for the kids. But, that was the hardest part for me, because it's all the families that were like destroyed, but like from the power of love, I was like ...That's true, because*

*we're here gathered, I was like that's so powerful like they keep going with their lives and then they're trying to make new families and to adapt themselves in Ottawa, and all this stuff even though they're not in their reserves.*

**Aîné autochtone 2 :** *It doesn't do anything for the abuse that I suffered. Loss of, of, like my language, like when I was a little kid. My mom tells me, like that you know I spoke Anishinabee when I was a kid. I spoke my language. She said I had a potty mouth even then. So apparently I was cursing a lot in the language too. So... For all that stuff that, that... That money is not going to do anything for that, like... It's not gonna be like, I've got you know 25,000 in the bank now. Yay, reconciliation! Yeay, Sixties scoop! It's not going to be, like that, it's just... I'm not gonna buy groceries and say thank god for that government apology. It will mean like less stress, less worries. I don't have to worry about that. But I don't really worry about money anyway. I didn't, I didn't choose my line of work for that. It doesn't, it doesn't really do anything. That the.... Because the amount of money is meaningless to the government, like they don't care, eight hundred and fifty million dollars. Even if it was a billion. They don't care it's nothing to them, it's chump change. They've tucked away, nipped us out and said: Here you go! We're giving you money, we don't have to hear from you EVER again! We can't hear from you ever again about this! And that... That's probably what bothers me the most. Well, but then really... The... When it comes right down to it, there's really no way to hold your government accountable for the actions of... for this whole, this whole history of\*, you can't hold them accountable for it, because what does that even mean? Like, what's that's gonna look like? Are they gonna... Like a more meaningful settlement would have been say: OK sixties scoop survivors you want to learn about your language? We will pay people to teach you your language. You want to go to learn about your culture? Any time*



*you want to go learn about your culture, we will make sure that you get there, you know? So you don't have to, you know, get a ride, you know, you can always go. You just say I, you know, I'm going to a sweat lodge, I need a ride, and they will show up and give you a ride. We're paying for, you know stuff like this, so it's not always on the Indigenous community.*

## **Thématique 7. Barrières aux connaissances autochtones**

Les barrières historiques et contemporaines contribuent à réduire la visibilité, la légitimité et l'étendue des connaissances autochtones. Parmi ces barrières, les participants ont relevé : la portée des connaissances occidentales et les politiques historiques, comme la rafle des années 1960. Selon les participants, la dévalorisation des connaissances autochtones au sein des institutions sociales telles que le système éducatif et le système de santé peut s'expliquer par le pouvoir et la valeur attribués aux systèmes de connaissances occidentaux. Certains participants considèrent également que la priorité accordée aux savoirs occidentaux par rapport à d'autres types de savoirs, y compris les savoirs autochtones, représente un moyen d'imposer la culture occidentale, une culture qui fait la distinction entre ce qui est « *blanc* » et ce qui ne l'est pas.

**Personne autochtone vivant avec le VIH 1 :** *I'm Algonquin Métis. I'm really grateful to be here, because this is one of the only times I get to explore my culture and actually live it. It wasn't until 10, maybe 15 years ago. where my sister actually found out that, doing our family research, that we are Algonquin Métis, and ever since then, thanks to (name of speaker 1) and (name of speaker 2) and all the people, I've been really exploring my culture, and just doing the readings, I'm like... And hearing people's stories and like: wow! Did this really happen? Cause we went to w...I went to a White school. Never learned anything about*

*Aboriginal culture and I'm like... It just baffles me that none of this has come to light until the last few year.*

**Étudiante en science de la santé 1 :** *I'm doing research with Deaf women who sign. So that's why the readings touched me on that language and cultural level also, besides all of the other very important levels. So how being deprived of language and culture, like, what impact it had but also how that can be used in the process of healing.*

**Intervenant communautaire 11 :** *Ah, being born and raised, ah, here in Ottawa by immigrant parents from, from Africa, ah, we didn't have the opportunity to learn about Indigenous people at school. I, I learned about Indigenous culture from my parents and my grandparents of back home. Ah... That's how my culture was retained. I didn't learn about Indigenous culture. That was through my own efforts and through the experiences that I had with Indigenous friends and ah colleagues. Ah... Coming, coming to this space, I learned a lot more, and through my work now I learn, I continue that learning. Ah... I heard a lot of people talking about generational trauma. for me having had family members that have been affected by the same methods, but on different land, and how those methods have transferred to me and my brothers and my younger ones because I'm the eldest of seven brothers. I, I have a lot of responsibility to teach what my parents have taught me, and I think it's difficult a lot of times because what my parents have gone through they've protected me from. I haven't had to immigrate from another country. I haven't had to learn a new language. I haven't had to go through the foster care system. I haven't had to go to school amongst ah, only White people not understanding the language. So their resilience has passed down to*

*me and I can, I can see that the project of colonialism in, in Canada hasn't, hasn't been easy on Indigenous people to say the least.*

**Intervenant communautaire 9 :** *Being educated in schools these weren't the histories that we were taught, and so having conversations with my parents about reading the Truth and Reconciliation report and so on and hearing about this other history or these other histories that have been kind of marginalized and invisibilized. And so I started reading it with my parents. So we've been reading it together. So that's been kind of a really cool experience to be doing. And I guess my hope from reading the reports as well is to start looking at treaties and try to understand treaties in the lands that I'm living. So Algonquin treaties and some of those, those broken promises and what those treaties mean, so wanting to get more educated on that.*

**Aîné autochtone 1 :** *I guess the sixties scoop, like I'm stuck. I'm stuck in between and I'll always be in between, the mainstream White world, and I say it's the White world, it's basically the White world, and then there's the Native world. I'm stuck in between and I'm a \* too. And that's a good thing for me, because I can operate in both worlds. But it sucks! Because I don't have the language. I've got teachings that I've got and I share them when I can. But, I'm always left to wonder. What would've happened if I grew up with this stuff and what my life would've been like if I grew up with this.*

Le cercle de la cérémonie montre une évolution dans la perception qu'ont les participants de l'intervention Niikaniganaw. Ils sont passés de la recension des gains et des apports associés aux cérémonies à une perception analytique des connaissances autochtones. Bien que le partage sur l'expérience de l'activité principale ait été relevé, aucun retour n'a été effectué sur la cérémonie de

sudation. Le manque de temps et la nécessité de laisser du temps aux participants d'appivoiser l'expérience vécue pourraient être associés au non-retour sur l'activité culturelle.

#### *5.1.4 Cercle de la cérémonie d'hiver : honorer notre compréhension*

Les données de la quatrième saison de l'intervention Niikaniganaw ont été recueillies dans un contexte de partage de réflexions sur le processus de l'intervention. Les participants se sont engagés dans une vision de groupe sur la manière dont les services sans stigmatisation et culturellement sécuritaires peuvent ressembler à Ottawa-Gatineau, tout en discutant de la voie à suivre et en évaluant le temps passé ensemble. Les termes suivants résonnent avec les points de vue des acteurs-participants : l'expérimentation de la médecine autochtone, la dernière expérience d'apprentissage culturel, ce que nous avons reçu, et les soins culturellement sécuritaires et dépourvus de stigmatisation.

### **Thématique 8. Expérimenter la médecine autochtone**

L'activité de sudation a permis à la majorité des participants d'exposer leur vulnérabilité et de faire l'expérience d'un environnement sécuritaire pour aborder cette vulnérabilité. De manière générale, les participants déclarent avoir manifesté leur vulnérabilité à travers l'expression d'émotions fortes.

**Intervenant communautaire 1 :** *I think it's also kind of an experience, you're stepping into the unknown but also, an experience in vulnerability I guess and, kind of just putting your, your trust in the group that is present and in the process and trusting that. I definitely felt very relaxed after the sweat. I said oooh, I could get used to this.*

**Chercheur 1 :** *So the sweat lodge for me was, for me was a second time experience and I felt that the solidarity between us, so something like you said our vulnerabilities that we shared and also solidarities to go through that process, and I was thinking that maybe it's something that will continue and I hope with the project, in solidarity.*

**Étudiante infirmière 2 :** *So since our last meeting when we had this sweat lodge I really was very terrified during the sweat lodge but I really was glad that I did it and kind of like (name of speaker), I was going through a breakup as well. So I really enjoyed having a day to reflect and take time to think and just kind of disconnect from everyday life and come here with a very supportive group of people, and so I really appreciated everyone's support and just being in a safe space.*

**Intervenant communautaire 3 :** *I've been going through a bit of a rough time lately my partner and I split up and I moved out just about a week and a half ago. During the sweat last time I was trying to gather the courage to go through the separation process. And well I'm... I did it and I'm here and I'm still standing. So and you guys were all a part of that experience in the sweat. So thank you guys for providing that space for me to do that introspective work.*

## **Thématique 9. Dernière expérience d'apprentissage culturel**

Les participants ont exprimé leurs réflexions et leurs sentiments sur le parcours d'apprentissage d'une année. Certains acteurs-participants ont mis l'accent sur le sentiment d'avoir construit une communauté tout au long de ce processus d'apprentissage. Si beaucoup se sont sentis tristes à la fin de l'aventure, ils étaient néanmoins reconnaissants de l'expérience vécue.

**Aîné autochtone 2 :** *So it's, it's hard. I'm grateful you all are here. It's, it's an honor to share this way with you to share the teachings and the culture and our ceremonies. It's always good to share, it's always good to talk. It's always good to come together. And so it's an honor to have you all here, and to be with you and to, to have this space. And I guess, a lot of you've asked, like what's the next step.*

**Personne autochtone vivant avec le VIH 1 :** *I'm really thinking this is a good circle. I feel comfortable and, like, like the group we're with and... Looking forward to the rest of the day today and I'm really happy with the past group experiences.*

**Étudiante infirmière 1 :** *I don't feel part of a project, but I feel part of a community. I was like kind of refreshing my e-mails to see if (name of speaker) will send us an e-mail or not. Did I receive something, did I miss something? And I told my mom, Oh I'm going to the Indigenous people. And she's like: Again? But you're not, not done with the project? I was like no! I need to go! I'm going. And she was like oh OK. She didn't understand very much my mom. Like I feel like I have to be here and there is for sure more work to do. But, always there is always a beginning to something.*

**Intervenant communautaire 1 :** *I felt challenged and I think that's such a unique, like special place. And I think in, in education it's hard to find that place of creating safety but also challenge, and space for people to really learn and make changes. And for me anyway this experience has struck that chord of I feel so included and I feel love in this space. But I also feel like: Oh like, like you need to, like I feel challenged to do better. And for me an example is the whole conversation that happened in the circle around allyship versus accomplice.*

## **Thématique 10. Ce que nous avons reçu**

Outre les sentiments à l'égard des cérémonies d'apprentissages culturels, les participants ont également fait part de ce qu'ils ont reçu de ces différentes activités culturelles d'apprentissage à la sécurisation culturelle, notamment la capacité de construire une action engagée et d'être des alliés.

**Personne autochtone vivant le VIH 2 :** *Hi my name is (name of speaker 17). Last year it's been really great for me because this is really the only time that I get to do ceremonies and so on. and I'm really looking forward to what's going to come next and I hope (name of organization) is going to be ready for what I have in store for them because I'm sick and tired of being a second class citizen in our (name of organization) and looking for my accomplices to help me out (Laughs).*

**Étudiante en sciences de la santé 1 :** *I think trying to be an accomplice, is it the word? Accomplice. I will try to be it for (name of organization) to help them about cultural safety, cultural competence and also I will try to be it for the nurse, and in my thesis.*

**Personne autochtone vivant le VIH 1 :** *I'm actually looking forward to working with (name of organization) because I have a lot of ideas. This person has been silenced forever! Because I always get told well we'll get back to you. Well, you know what? I'm done with this. I want more stuff done for Indigenous people and my first step is going to be getting a smudge bowl on the \* desk for people who are indigenous as soon as they walk in if they wanna smudge and for other people if they wanna smudge as well, just to feel welcome. And to have people like S, F, R, and C. and offer more stuff to us because being an Indigenous person in a space where Whites \*are seemed to be the only focus right now. No more. And I'm ready to do this and I'm looking forward to working with and anybody from the (name of the organization).*  
*(Many encourage speaker 17: Wooo!! Awsome!)*

**Aîné autochtone 1 :** *I can't tell you what your organization can do to be an ally because it's going to look different because you're all different organizations, because your capacity and the willingness of the other people in your organization is going to be different. So how creative can you be? How are you willing to subvert the bullshit and the institutionalized racism? It doesn't have to be big things, it can be little things. Go somewhere find a smudge ball, get some medicine, make sure it's there for the people who come in. Light that shit up every now and then, so that when Indigenous people come in your space they smell that and they know, that they don't want to step outside to do their stuff. Step outside! We don't want to inconvenience anybody else. We've learned a bit about being inconvenient. Don't be an ally, be an accomplice. Be willing to stand in the shit. Don't be an ally, be an accomplice. Be willing to sit in your discomfort, and maybe make somebody else uncomfortable.*



## **Thématique 11. Soins culturellement sécuritaires**

Les participants ont tenu à faire un retour sur l'approche de sécurisation culturelle. Ils ont à nouveau fait part de leurs perceptions sur cette manière de fournir les soins de santé et services sociaux. Pour la plupart, des soins et des services de santé dépourvus de stigmatisation et culturellement sécuritaires nécessitent d'avoir un espace sécuritaire, et la capacité à être des alliés pour ce type de soins et de services de santé.

**Étudiante infirmière 2 :** *I think are important to do, so one thing is: just talk, talk, talk, talk, talk, talk. I even started yesterday trying to explain what is, what a sweat ceremony is like in sign language. That was kind of fun, but yeah just talk about it. And also from what people have shared before and today is like a bit similar to what we call (in French): Offre active. So just have something out there as an invitation for people to maybe feel safe and just express themselves about their needs and then do that, so also I also noted the need for spaces to do ceremony. As a community, I would say, if I had to choose one thing: is doing more of this. Like as you said, this is change and I really believe in that. So if I would think about one thing that would be it, like do more of this and see where it gets.*

**Intervenant communautaire 3 :** *In terms of what stigma free care would look like to me it would look like. Well first, like you said in the physical space right? It needs to be a little bit more welcoming. A couple of people mentioned that you know depending on the organization maybe we could offer a smudge bowl. Like those things are great because it will help people come to our services, to feel comfortable and to feel more open. In terms of stigma free care, I think that you know in an ideal world, every health care provider, social service provider would have to come into a training like this to get that, that, that education piece. Also, I was*

*going to say something else... Ah... Just you know, for, for workers also to be conscious and respectful of native traditions, you know, to ask people what their traditions are, what their medicines are and to view that as complementary, to not think that Western medicine is the be all and end all of everything. Your traditions, your ceremonies they contribute to your health.*

**Étudiante infirmière 5 :** *So I think what we can do as stigma free and culturally safe, is first to educate people. Education first because I came here I was 16 new immigrant I didn't do anything. I didn't know the history of Canada nothing until I took the exam and I studied and I passed it. And I, I took part of this project so I didn't know who are Indigenous people. I thought they have a certain way to look a certain way of thinking and then I saw (name of speaker) and then I was, I was confused when she started to smudge. I was like Oh, OK. So they don't have faces, then I start to learn a lot of things. So what we can do is, not also the Indigenous people but as non-Indigenous, we have to stand up for them and how we can stand up for them is by giving this education. It's not by reading facts, or reading history or stuff it's by listening and feeling it and they know there is a culture, it's not just people who are fighting for the land, it's not people who are fighting for the money. It's not people who are suffering. They have culture. They have a very rich patrimony, and they need to preserve it and that's what makes who they are. So we need to present this context in class just not numbers and history and blah, blah''.*

**Aîné autochtone 3 :** *Part of, part of making a safe space is learning, and thinking about how I've talked to, that acknowledgement, and that, that knowledge that you have, the realization that we are people with rich and vibrant culture, a society, you know families, communities*

*like yourself without actually saying that, because when it's said like that, and I understand that it's said, especially in this environment right now by you would it's not through a paternalistic looking, looking at a child- like kind of way, and you know, that's not the way you're intending it, but sometimes that's the way it feels, when we hear it.*

**Chercheur 2 :** *I think there's a lot of, you know, the way I think, I think that the way we create safe spaces or co-create safe spaces, because you can never, you can never know what a safe space is for somebody else, right? It has to be co-created. You have to ask people, have to work with them to create a safe space, you know, and I think, and I think the way that you begin to know what that is, is through your own experience, and so I've said I've had the very, very good fortune of knowing people and hanging out with people and working with people who have offered me all the things that we've talked about in this circle today and all of that over the year, right? Who have offered me that love, who have offered me that acceptance, that non-judgment, who have, you know encouraged me to say and do the things that I need to do, but have also let me, let me make those mistakes, so when I said something or when I did something that was probably less than optimal.*

le cercle de la dernière cérémonie concrétise l'engagement des participants envers les apprentissages, lors des différentes cérémonies. À travers le cercle de partage, on observe un changement dans la perception des acteurs-participants. La perception individualiste de l'intervention Niikaniganaw, qui a été soulignée par le désir de voir les retombées de l'intervention d'apprentissage sur sa personne par l'acquisition d'habiletés à offrir des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires, cède la place à une perception plus

collective, c'est-à-dire le désir d'être un allié dans l'action engagée pour des soins de santé et services sociaux dépourvus de stigmatisation et culturellement sécuritaires.

#### *5.1.5 Résumé des résultats des cercles de parole*

L'analyse secondaire des données qualitatives recueillies par les chercheurs, lors des cercles de parole du projet Niikaniganaw I, visait à décrire la perception des participants sur les cérémonies d'apprentissages culturelles, afin d'identifier les transformations individuelles ou collectives vécues dans le cadre de cet apprentissage. Les 12 différentes thématiques issues des quatre cercles de parole permettent de conclure à une transformation dans la perception qu'avaient les participants de l'intervention Niikaniganaw : ils sont ainsi passés d'une vision centrée sur le moi à une vision collective de l'intervention. Cette vision centrée sur le moi est visible dès le premier cercle de parole. Elle est soutenue par les thématiques suivantes : 1) les apports et les gains associés aux cérémonies, au début des cérémonies, les participants définissent ce qu'ils apportent en prenant part à l'intervention, en tant que professionnelle; aussi, ils manifestent ce dont ils espèrent avoir en retour, à la fin de l'intervention, toujours en tant que professionnel. 2) Ensuite, à partir de la thématique réconciliation de nation à nation, on peut voir que les participants se questionnent sur leur place au sein du mouvement de réconciliation en tant que professionnelles offrant des soins de santé ou des services sociaux aux personnes autochtones. Enfin, avec la perception du succès au sein de l'intervention Niikaniganaw comme thématique, on perçoit une perception qui est sur la capacité de ce que l'on peut accomplir en tant que participant à l'intervention les thématiques associées à chaque cercle de partage durant les différentes cérémonies saisonnière, favorisent l'évolution du processus de transformation que vivent les participants. Ce n'est qu'au deuxième cercle de parole, que la vision collective de l'intervention prendra place, lorsque les participants

constatent ce « sentiment d'appartenance » , qui est issu d'une expérience commune. Cet esprit collectif va davantage s'imprégner à partir des différentes pratiques expérientielles et des discussions réflexives, notamment l'activité de sudation, lors de la cérémonie d'automne. Cette activité expose le caractère « solidaire » que les participants attribuent à la vision collectif de l'intervention. Cela leur permettra de montrer, pour la plupart, leur vulnérabilité durant l'activité. Enfin, le dernier cercle de parole laisse paraître un engouement collectif à vouloir se montrer des alliés externes pour promouvoir et favoriser des soins de santé et services sociaux dépourvus de stigmatisation et culturellement sécuritaires. Toutefois, les résultats ne permettent pas de conclure si les participants, malgré leur bonne volonté à vouloir être des alliés potentiels à la question autochtone, détiennent les outils et les ressources externes dans leur milieu organisationnel pour une action engagée en faveur de ce type de soins de santé et services sociaux.

## **5.2 Les résultats du questionnaire sur la capacité des milieux organisationnels à soutenir le rôle d'allié pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires**

Les résultats du questionnaire visent à brosser un portrait des conditions dans lesquelles les soins de santé et services sociaux sont offerts aux personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH, tout en examinant la capacité des milieux organisationnels à soutenir le rôle d'allié envisagé par les participants pour un environnement culturellement sécuritaires et dépourvus de stigmatisation.

### *5.2.1 Informations démographiques sur les acteurs-participants*

Un total de 18 participants sur une population de 32 participants ont rempli le questionnaire. Les tableaux (5.1;5.4;5.5;5.6 ) provient de la description des données faite par le logiciel Survey Monkey. La moitié des répondants étaient des intervenants communautaires et/ou des

professionnels de la santé. Les autres participants s'identifiaient comme : personnes porteuses de savoirs autochtones (n=4), étudiants (n=2), chercheurs (n=2), et personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH (n=1). En outre, 15 des participants du questionnaire fournissaient ou recevaient des soins de santé et services sociaux dans la région Ottawa/Gatineau ; 6 affirmaient avoir plus de 15 ans d'expérience dans la réception ou la prestation de soins de santé et services sociaux rattachés au VIH.

**Tableau 5.1. L'identité en tant que participants de l'intervention Niikaniganaw**

| CHOIX DE RÉPONSES                                       | RÉPONSES |   |
|---------------------------------------------------------|----------|---|
| Elder and Indigenous Knowledge Keeper                   | 22.22%   | 4 |
| Indigenous person living with or affected by HIV (IPHA) | 5.56%    | 1 |
| Student in health sciences or nursing                   | 11.11%   | 2 |
| Academic researcher                                     | 11.11%   | 2 |
| Health care provider                                    | 44.44%   | 8 |
| Community service provider                              | 50.00%   | 9 |
| Other                                                   | 5.56%    | 1 |
| Other (please specify)                                  | 0.00%    | 0 |
| Nombre total de participants: 18                        |          |   |

### 5.2.2 Résultats du contexte préintervention Niikaniganaw

**Tableau 5.2 Sommaire des résultats sur le contexte préintervention Niikaniganaw**

|                                                                                                                                                                   | Strongly Agree | Agree | Uncertain | Disagree | Strongly disagree |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------|----------|-------------------|
|                                                                                                                                                                   | #s             | #s    | #s        | #s       | #s                |
| 1. In your organization, you have services for people living with HIV                                                                                             | 11             | 1     | 2         | 2        | 1                 |
| 2. Within your organization, you have services tailored for <b>Indigenous Peoples</b> living with or affected by HIV                                              | 3              | 3     | 2         | 7        | 2                 |
| 3. The services offered to people living with HIV are easily visible on your organization's web page and the various brochures offered                            | 4              | 5     | 2         | 3        | 3                 |
| 4. Services for <b>Indigenous Peoples</b> living with HIV are easily available on your organization's web page and the different brochures offered                | 1              | 1     | 4         | 7        | 4                 |
| 5. In your organization, there are collaborations with Indigenous community partners to provide appropriate services/care to the urban Indigenous living with HIV | 1              | 11    | 1         | 2        | 2                 |
| 6. In your organization, the services/care provided are culturally safe for the Indigenous population                                                             | 2              | 3     | 8         | 3        | 0                 |
| 7. In your organization, there is a lack of targeted services for people who identify as Indigenous within your organization                                      | 0              | 10    | 4         | 2        | 1                 |
| 8. Your organization is aware of the specific health needs of the Indigenous population                                                                           | 4              | 5     | 6         | 2        | 0                 |
| 9. Your organization addresses the specific health needs of the Indigenous population                                                                             | 3              | 5     | 5         | 4        | 0                 |
| 10. Your organization promotes the use of Indigenous healing practices in services provided to urban Indigenous peoples                                           | 5              | 6     | 5         | 1        | 0                 |
| 11. The strategies your organization has in place to address HIV-related stigma are effective                                                                     | 4              | 4     | 6         | 2        | 1                 |
| 12. Your organization has strategies in place to build capacity to provide care or services that are culturally safe                                              | 3              | 8     | 4         | 2        | 0                 |
| 13. The Truth and Reconciliation report's calls to action are reflected in the services or care provided by your organization                                     | 1              | 4     | 11        | 1        | 0                 |

La grande majorité des participants, (n=11) étaient fortement en accord avec la présence de services pour les personnes vivant avec le VIH dans leurs organisations respectives. Toutefois, pour ce qui est de l'énoncé sur les services spécifiques aux besoins des personnes autochtones vivant avec le VIH, 7 étaient en désaccord avec la présence de tels services dans leurs organisations et 10 mentionnaient le manque de services spécifiques pour les personnes servies qui se considéraient comme autochtones.

De plus, 5 des répondants étaient en accord sur la présence d'une visibilité des services liés au VIH dans leurs organisations, à travers les pages internet et les brochures offertes ; cependant, 7 n'étaient pas de cet avis concernant la visibilité des services offerts aux personnes autochtones vivant avec le VIH. Malgré ces affirmations sur la qualité et la visibilité des services offerts aux personnes autochtones vivant avec le VIH, 11 des répondants affirmaient la présence de collaborations avec des partenaires communautaires autochtones pour la prestation de soins de santé et services sociaux liés au VIH qui soient culturellement sécuritaires et 6 répondants soulignaient faire la promotion de pratiques de guérison autochtone dans leurs organisations, malgré le fait que 8 étaient incertains sur la présence des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires pour la population autochtone.

En somme, les résultats sur le contexte préintervention montrent le manque de soins de santé et services sociaux adaptés aux besoins des personnes autochtones vivant avec le VIH dans les milieux organisationnels respectifs des participants. De plus, dans l'éventualité où ces services seraient présents, ils étaient associés à un manque de visibilité au sein des organisations. Enfin, le contexte préintervention soulève un manque de compréhension de l'approche de sécurisation



culturel et du processus favorisant un environnement culturellement sécuritaire pour les personnes autochtones vivant avec le VIH.

### 5.2.3 Résultats du contexte post-intervention Niikaniganaw

**Tableau 5.3 Sommaire des résultats du contexte post-intervention Niikaniganaw**

|                                                                                                                                                                                    | <b>Strongly Agree</b> | <b>Agree</b> | <b>Uncertain</b> | <b>Disagree</b> | <b>Strongly disagree</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|------------------|-----------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                    | <b>#s</b>             | <b>#s</b>    | <b>#s</b>        | <b>#s</b>       | <b>#s</b>                |
| 1. The Niikaniganaw intervention will build your capacity to provide culturally appropriate and stigma-free services or care to Indigenous Peoples                                 | 13                    | 4            | 0                | 0               | 0                        |
| 2. The Niikaniganaw experience has strengthened your ability to be actors of social change for stigma-free and culturally appropriate HIV care and services                        | 10                    | 7            | 0                | 0               | 0                        |
| 3. The different cultural activities of the Niikaniganaw intervention contribute to your understanding of Indigenous ways of knowing and the importance of a culturally safe space | 13                    | 4            | 0                | 0               | 0                        |
| 4. As you were members of the Niikaniganaw intervention, you felt like part of it rather than learners                                                                             | 10                    | 5            | 0                | 2               | 0                        |
| 5. The safe space offered during the intervention facilitated exchanges on certain sensitive subjects such as racism, residential schools                                          | 11                    | 5            | 1                | 0               | 0                        |
| 6. The Niikaniganaw intervention has contributed to address barriers between health care providers and Indigenous peoples living with or affected by HIV                           | 6                     | 10           | 1                | 0               | 0                        |
| 7. The Niikaniganaw learning process is very different from other cultural safety trainings                                                                                        | 13                    | 4            | 0                | 0               | 0                        |

À la suite de l'intervention Niikaniganaw, plus de la majorité des sujets ayant participé au questionnaire étaient fortement en accord, (n=13) avec le fait que l'intervention leur avait permis d'acquérir des capacités à fournir des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires

aux personnes autochtones vivant avec le VIH dans la région Ottawa/Gatineau. En outre, 10 participants étaient très convaincus que l'intervention les avait habilités à devenir des acteurs pour le changement social vers des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires, grâce aux différentes activités culturelles de l'intervention, qui ont fortement contribué à la compréhension des savoirs autochtones et de l'importance d'un environnement culturellement sécuritaire chez 13 des répondants. Pour 11 des répondants du questionnaire, la présence d'un espace culturellement sécuritaire a facilité des discussions sur certains sujets sensibles, et 10 étaient d'accord avec le fait que cela avait permis de soulever les barrières entre professionnels de la santé et les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH. Enfin, 13 des répondants étaient fortement en accord sur le fait que l'intervention d'apprentissage Niikaniganaw s'avérait complètement différente des autres formations d'apprentissage à la sécurisation culturelle déjà suivies.

En somme, les résultats sur le contexte post-intervention permettent de constater les retombées de l'intervention Niikaniganaw sur la compréhension de l'approche de sécurisation culturelle et sur la nécessité d'un espace culturellement sécuritaire dans un contexte de soins de santé et services sociaux sécuritaires auprès des personnes autochtones vivant ou affectées avec le VIH. Toutefois, ces retombées de l'intervention sont soulignées sur le plan individuel et non organisationnel.

#### *5.2.4 Résultats sur les changements apportés dans les différents milieux à la suite de l'intervention Niikaniganaw*

La quasi-totalité des répondants était d'avis, soit (n=13), qu'il y avait présence de facteurs facilitateurs, au sein de leurs organisations, qui avaient favorisé l'intégration des connaissances et des compétences apprises à travers l'intervention Niikaniganaw. Parmi les choix de facteurs

facilitants possibles, 10 des participants ont relevé la réciprocité dans les relations avec les partenaires autochtones, suivi du soutien des pairs identifiés par 9 des participants. Seulement 1 des répondants ont nommé la disponibilité du financement comme facteur facilitateur.

**Tableau 5.4 Sommaire des changements apportés dans les différents milieux**

| CHOIX DE RÉPONSES                                 | RÉPONSES |    |
|---------------------------------------------------|----------|----|
| Peer support                                      | 69.23%   | 9  |
| Availability of material and human resources      | 53.85%   | 7  |
| Available funding                                 | 7.69%    | 1  |
| Reciprocal relationships with Indigenous partners | 76.92%   | 10 |
| Supportive policies within the organization       | 46.15%   | 6  |
| Other (please specify)                            | 0.00%    | 0  |
| Nombre total de participants: 13                  |          |    |

Parmi les 11 répondants ayant répondu à la question sur les barrières, 8 ont considéré le manque de personnel comme barrière la plus ciblée l'intégration des connaissances et des compétences acquises, dans le cadre de l'intervention Niikaniganaw, au sein de leurs organisations.

**Tableau 5.5 Sommaire des barrières relevées dans les différents milieux**

| CHOIX DE RÉPONSES                                                           | RÉPONSES |   |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------|---|
| Lack of personnel                                                           | 72.73%   | 8 |
| Lack of material resources                                                  | 36.36%   | 4 |
| Lack of funding                                                             | 63.64%   | 7 |
| Lack of relationships with Indigenous partners                              | 27.27%   | 3 |
| Structural barriers (e.g., organizational policies; organizational mandate) | 54.55%   | 6 |
| Other (please specify)                                                      | 27.27%   | 3 |
| Nombre total de participants: 11                                            |          |   |

Enfin, les participants au questionnaire ont soulevé des exemples de pratiques concrètes implémentées dans leurs organisations, à la suite de l'intervention Niikaniganaw, pour soutenir un environnement culturellement sécuritaire en lien avec la prestation de soins de santé et services sociaux. 12 des répondants confirmaient la présence d'exemples concrets au sein de leurs organisations. La prestation d'activités culturelles autochtones au sein des organisations est l'exemple concret le plus mentionné par 7 des répondants.

**Tableau 5.6 Sommaire des pratiques instaurées dans les différents milieux**

| CHOIX DE RÉPONSES                                                                                           | RÉPONSES |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|
| Offering Indigenous cultural activities                                                                     | 58.33%   | 7 |
| Offering prevention or health promotion workshops with Indigenous partners, including Niikaniganaw partners | 41.67%   | 5 |
| Hiring Indigenous health care or services providers                                                         | 50.00%   | 6 |
| Building strong relationships with local Indigenous partners                                                | 41.67%   | 5 |
| Offering Indigenous healing practices activities (e.g., smudging)                                           | 50.00%   | 6 |
| Other (please specify)                                                                                      | 0.00%    | 0 |
| Nombre total de participants: 12                                                                            |          |   |

#### 5.2.5 *Résumé des résultats du questionnaire sur la capacité des milieux organisationnels à soutenir le rôle d'allié pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires*

L'analyse descriptive simple des données quantitatives, recueillies dans le cadre du questionnaire en ligne, a permis d'évaluer la capacité des milieux organisationnels à soutenir le rôle d'allié potentiel, envisagé par les participants pour un environnement de soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaire.

Les résultats sur le contexte préintervention montrent une certaine ambiguïté sur la compréhension de l'approche de sécurisation culturelle et le processus menant à un espace culturellement sécuritaire pour des soins de santé et services sociaux. En effet, les répondants affirment la présence de collaborations avec des partenaires communautaires autochtones pour la prestation de soins de santé et services sociaux liés au VIH, qui soient culturellement sécuritaires, ainsi que la promotion de pratiques de guérison autochtone dans leurs organisations ; mais ils soulèvent le manque de services spécifiques pour les personnes servies qui s'identifient comme étant autochtones. En outre, malgré les collaborations avec les partenaires autochtones, les répondants, en majorité, demeurent incertains sur la considération donnée aux appels à l'action du rapport de la Commission de vérité et réconciliation dans la prestation des soins de santé et services sociaux au sein de leurs organisations. Rappelons que près d'un quart des appels à l'action du rapport porte sur les modes de connaissance autochtones (Held, 2019 ; Wilson et Hugues, 2019).

À l'opposé des résultats du contexte préintervention, les résultats du contexte post-intervention soulignent la forte conviction que les participants ont de l'impact positif de l'intervention Niikaniganaw sur leur compréhension de l'approche de sécurisation culturelle et leur capacité à mettre en pratique cette approche dans un environnement culturellement sécuritaire. Aucun impact en lien avec leur milieu organisationnel n'a été soulevé.

Enfin, des changements apportés dans les différents milieux, suite à l'intervention, ont été identifiés bien qu'on ignore l'impact que l'intervention a eu au niveau organisation. Des facteurs facilitants ainsi que des barrières à l'implémentation de ces changements ont aussi été soulignés.

### **5.3 Résultat de l'ethnographie expérimentale : transformations professionnelles et personnelles issues de l'apprentissage expérientiel**

Les résultats issus de l'analyse ethnographique expérimentale visent à décrire la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain. Les résultats de l'ethnographie expérimentale caractérisent l'intégrité de la chercheure, durant son engagement. Ils permettent d'arriver à une transformation intellectuelle et une transformation personnelle, qui honorent les leçons apprises.

#### *5.3.1 Perception des principes de la recherche participative relationnelle selon l'apprentissage expérientiel*

Depuis 2018, je suis engagée, à titre de professionnelle de la santé, d'actrice sociale dans la lutte contre le VIH et de jeune chercheure francophone issue de la minorité visible, au sein de l'intervention d'apprentissage Niikaniganaw. J'ai été exposée à la perspective de la recherche autochtone et j'ai pu expérimenter les pratiques culturelles autochtones, lors des différentes activités d'apprentissages (cérémonies culturelles, cercle de parole, enseignements). L'expérience de ces différentes approches, en terres autochtones, a principalement contribué à l'élaboration de mon approche méthodologique. De cette approche, j'ai pu voir se dessiner des principes de la recherche participative relationnelle, en contexte autochtone. Je tiens à préciser que ces principes sont tirés de ma propre expérience dans un cadre de recherche autochtone.

D'abord, j'ai compris que la qualité du savoir nécessite la prise en compte d'autres types de connaissances (savoirs autochtones, savoirs expérientiels), outre les connaissances scientifiques conventionnelles dans lesquelles sont ancrées la majorité des approches de recherche en milieu universitaire. De plus, la qualité du savoir s'accroît lorsque plusieurs systèmes de connaissances

s'informent mutuellement sans s'imposer et s'approprier. Par exemple, de la même manière que j'étais engagée à comprendre les modes de connaissances autochtones en recherche, les personnes porteuses de savoirs autochtones et chercheurs autochtones étaient ouverts à comprendre mes manières de recherche occidentales.

De plus, j'ai observé que la notion de réciprocité va au-delà de la collaboration avec les participants. Par exemple, je ne me suis pas contentée, en tant que chercheure, de collaborer avec l'équipe de planification du projet pour mener mon étude, en me limitant à la collecte des données que j'analyserais moi-même, selon des pratiques de recherche apprises, dans le cadre de mes études doctorales. En effet, je me suis assurée de faire de certains participants, y compris des participants autochtones, des membres à part entière du projet de recherche, en m'assurant de leurs implications dans toutes les phases de l'étude. La réciprocité dans le cadre de la recherche participative relationnelle consiste à donner le droit de parole à des « non-experts scientifiques », qui sont des chercheurs à part entière. En effet, la valeur des savoirs issus de l'expertise des différents experts varie en fonction des critères ; ce qui amène à l'exclusion de certains savoirs et, par le fait même, à l'exclusion de certaines expertises. Bref, la réciprocité dans le cadre de la recherche participative relationnelle favorise l'engagement significatif et continu des différents acteurs dans la production des connaissances, grâce à une meilleure compréhension de la réalité étudiée.

Pour ma part, cet engagement significatif et continu se caractérise par l'obtention de la permission des personnes autochtones pour explorer l'intervention Niikaniganaw, dans le cadre de mon étude doctorale, chose qu'ils ont approuvée, pour ensuite soutenir mon projet de thèse. Les membres du comité de planification de l'intervention Niikaniganaw (personnes autochtones et personnes non autochtones) ont relevé des besoins d'une recherche ethnographique et d'analyse des données

secondaires recueillies lors des cercles de partage de la phase I du projet. Ainsi, j'avais accès aux participants en participant moi-même aux activités de cérémonie. Ils ont notamment souligné le besoin d'évaluer le modèle Niikaniganaw et m'ont sollicitée à y prendre part à titre de participante ayant vécu l'intervention dans sa globalité. Ceci m'a amenée à découvrir que la démocratisation de la production des connaissances nécessitait une réflexion critique sur le droit d'analyse et de production des participants par leurs contributions à toutes les étapes de la recherche participative relationnelle, si possible. Pour ce faire, je devais respecter les limites des participants, afin que l'étude ne devienne pas un fardeau pour eux et qu'elle n'affecte pas l'atteinte de l'intervention. Le comité de planification Niikaniganaw a ainsi servi de comité « accompagnateur » tout au long du processus de recherche, pour s'assurer de refléter leur perspective.

Enfin, l'imprévisibilité est l'un des principes de la recherche participative relationnelle à prendre en considération. Cette imprévisibilité peut constituer une barrière pour un chercheur qui a déjà établi la vision de sa recherche et vient davantage pour solliciter la collaboration des acteurs autochtones dans la réalisation de sa vision. Lorsque la nature relationnelle de l'étude est établie, le chercheur comprend que l'imprévisibilité fait partie intégrante du processus d'engagement significatif avec les différents acteurs. En effet, aucune relation n'étant parfaite et linéaire, l'imprévisibilité liée à certaines situations contribue à renforcer les relations et peut-être à découvrir une autre facette de la relation que nous n'avions pas envisagée au départ. Un exemple d'imprévisibilité, dans mon contexte, a été lorsque je devais présenter mon projet de recherche au symposium des infirmiers et infirmières du Québec, sur le VIH. La veille de notre présentation que nous avons développée en collaboration, l'Aîné a eu un accident, mais par la grâce de Dieu elle était hors de danger. Je devais alors me réorganiser pour la présentation. Cette imprévisibilité a représenté pour moi une occasion de réfléchir et d'assumer mon rôle de chercheuse noire en



contexte autochtone, lorsque je suis arrivée dans cette salle remplie de personnes blanches pour parler de recherche en contexte autochtone. Cela n’a pas été une chose facile, mais il était temps que je donne du crédit à ma recherche, aux yeux de tous.

### 5.3.2 *Les activités de mobilisation des connaissances mises en œuvre dans le cadre de mon apprentissage expérientiel*

#### **A. Les activités de savoir engagées durant l’intervention Niikaniganaw**

Les différentes activités terrain réalisées durant l’intervention Niikaniganaw ont contribué à une autoréflexion sur les apprentissages expérientiels, à travers son journal de bord. Dans le tableau suivant sont présentées les activités clés menées durant l’intervention.

**Tableau 5.7 Tableau d’activités et pratique réflexive durant Niikaniganaw**

| Activités                                                                                                                                                                                                                                             | Pratique réflexive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Printemps 2018 au printemps 2019</p> <p><i>L’engagement, le choc, établir ce lien entre les pratiques culturelles et la recherche, affronter sa propre vulnérabilité, le sentiment d’une appropriation, le désir d’apporter un changement.</i></p> | <p>Première participation à une cérémonie culturelle en terres autochtones à Ottawa, alors le grand bain pour moi. Honnêtement, je ne sais pas à quoi m’attendre. J’ai cette crainte de ne pas être acceptée ou d’être mise à part, parce que je suis une personne noire, de surcroît francophone et la majorité du groupe est anglophone :</p> <p><i>Après 45 min de route, nous sommes arrivés sur un immense terrain qui se situe en campagne, les lieux sont si calmes et apaisants. On est entourés par la nature. Le groupe se forme d’intervenants communautaires, d’infirmières, d’étudiantes en sciences infirmières et de personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH, de personnes porteuses de savoirs autochtones autochtones et ainsi que des chercheurs. Au milieu du terrain se trouve une hutte autochtone, c’est la première fois que j’en vois une ! C’est là que sera la scène de notre apprentissage.</i></p> |

| Activités                                                                                                                                                                                                                                             | Pratique réflexive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Printemps 2018-printemps 2019</p> <p><i>L'engagement, le choc, établir ce lien entre les pratiques culturelles et la recherche, affronter sa propre vulnérabilité, le sentiment d'une appropriation, le désir d'apporter un changement. 12</i></p> | <p>Au début, je trouve cela « bizarre » ce mode d'apprentissage si différent des modèles d'apprentissages ou de formations académiques ou professionnelles. Je me rappelle avoir partagé ces propos :</p> <p><i>First time, I am being exposed to Indigenous culture. Learning throughout different teachings (e.g., pipe ceremony and strawberry/ water and Tabacco teachings). Je me rappelle avoir suivi des formations professionnelles à la compétence culturelle en ligne que je qualifie « d'ennuyantes » et pas du tout interactives. Autant je suis ravie de prendre part à cette nouvelle façon d'apprendre, autant je ne suis pas certaine !</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Avec la hutte de sudation comme activité principale, lors de la cérémonie d'automne, une approche fondée sur les forces est déployée pour renforcer les capacités de la collectivité que nous formons, afin de nous soutenir tout un chacun dans notre vulnérable.</p> <p><i>Lorsque nous nous sommes installés autour du cercle de partage, nous attribuons une place aux personnes disparues, aux esprits qui nous accompagnent dans cette activité. Cela me fait penser à ma propre culture africaine. Chez nous, les morts ne sont pas morts et ils ont toujours une place visible même s'ils sont invisibles. Toute petite, lors des cérémonies culturelles, dans mon pays de naissance, je suis souvent envoyée par ma grand-mère pour déposer la nourriture que nous allions partager, sur une table ou un espace attitré aux ancêtres. Encore aujourd'hui, même dans un pays occidental, ma mère continue de respecter cette tradition lors des cérémonies significatives.</i></p> |

| Activités | Pratique réflexive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>L'objectif de la cérémonie d'hiver consiste à partager nos réflexions sur les cérémonies précédentes et à déterminer comment nous pouvons contribuer en tant que collectivité à favoriser des soins de santé et services sociaux dépourvus de stigmatisation et culturellement sécuritaires.</p> <p><i>Après le partage de nos réflexions, je suis envahie par un sentiment d'appropriation culturelle, je me demandais comment moi, jeune chercheure issue d'une minorité visible, je pouvais aider, prendre part au combat d'une autre communauté opprimée et en contexte de vulnérabilité, étant moi-même une personne issue du groupe non privilégié. Ai-je le droit d'aborder la réalité des personnes autochtones vivant avec le VIH, en n'étant pas une personne autochtone moi-même ? Quelle est ma posture, mon identité en tant que potentielle chercheure, dans ce processus d'apprentissage expérientiel ?</i></p> <p><i>Bref, un chercheur intéressé à poursuivre une recherche autochtone devrait avoir une réflexion sur sa place dans le processus de recherche et celle qu'occuperont les personnes autochtones avec qui il collabore.</i></p> |

En somme, l'immersion dans les pratiques culturelles comme activités d'apprentissage à la sécurisation culturelle a permis d'établir des relations positives avec les différents participants du projet et de définir mon sujet d'étude doctorale. Cette immersion a suscité des questionnements qui n'auraient pu être pensés dans une recension des écrits et des lectures : « Ai-je le droit d'aborder la réalité des personnes autochtones vivant avec le VIH, en n'étant pas une personne autochtone moi-même ? Quelle est ma posture, mon identité en tant que potentielle chercheure, dans ce processus d'apprentissage expérientiel? ».

### **B. Activités de savoir engagé post-intervention Niikaniganaw**

Après la phase I du projet Niikaniganaw, j'ai poursuivi mon engagement terrain, en participant aux phases suivantes : le projet Niikaniganaw COVID-19 et la phase II prolongée sur trois années.

**Tableau 5.8 Tableau d'activités et pratique réflexive associée après Niikaniganaw**

| Activités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pratique réflexive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Hiver 2021</p> <p><i>« Amène aussi un peu de ta culture dans ton étude »</i></p> <p>Présentation de mon projet de thèse aux membres de l'équipe de planification de l'intervention Niikaniganaw, composée essentiellement de personnes autochtones, pour leurs approbations et appréciations de l'étude que j'aimerais mener et qui s'inscrit dans le projet principal Niikaniganaw.</p> | <p>Les relations de réciprocité établies lors des activités culturelles ont facilité l'acceptation de mon projet. Lors de ma présentation à l'équipe de planification de l'intervention Niikaniganaw, il m'a été demandé, par une Aînée autochtone, d'amener un peu de ma culture dans mon étude. Cela m'a permis de concevoir que le fait de s'intéresser à la recherche autochtone ne veut pas nécessairement dire d'oublier que nous détenons une vision culturelle autre, de nous oublier nous-mêmes.</p> <p><i>Je me rappelle le sourire des personnes porteuses de savoirs autochtones lorsque j'ai présenté mon projet de recherche, avant de le soumettre pour l'approbation de mon comité éthique. J'ai vite compris que mon engagement terrain a représenté un laissez-passer pour me faire accepter en tant que chercheure durant les débuts du projet. À ce moment précis, ce sentiment d'imposteur s'est volatilisé en moi, car je voyais dans le regard des acteurs autochtones une lueur d'espoir que l'engagement communautaire qu'ils étaient en train de mener aurait un impact au sein de la recherche. Ce qui m'a aussi beaucoup affectée a été de me faire dire par une Aînée de ne pas me contenter de mener ma recherche de manière traditionnelle, mais d'apporter aussi ma couleur personnelle en amenant un peu de ma culture. Je réalise alors qu'il est important de ne pas oublier le moi dans le processus, en plus de mon engouement à apprendre des approches de la recherche autochtone.</i></p> |
| <p>Été 2021-Automne 2021</p> <p><i>« Tisser toutes mes relations »</i></p> <p>Participation aux actions de mobilisations communautaires dans le parc à Ottawa et dans certains organismes communautaires.</p>                                                                                                                                                                               | <p>La mobilisation communautaire dans le cadre l'intervention Niikaniganaw a permis d'établir des relations avec d'autres acteurs communautaires, afin d'élargir la portée de l'intervention. Ces acteurs œuvrent pour la cause des personnes vivant en milieu urbain aux prises avec des problèmes de consommations et d'autres barrières sociales comme l'itinérance impliquant les personnes autochtones.</p> <p><i>Lors de mes participations aux cercles organisés une fois par semaine au centre-ville d'Ottawa, j'ai vite réalisé que je suis une alliée de l'intervention. Je suis, oui, une chercheure qui menait une étude sur l'intervention, mais je suis aussi identifiée comme une actrice engagée dans l'atteinte de l'objectif visé par l'intervention. J'ai été honorée et me suis sentie membre entière du projet lorsque les personnes porteuses de savoirs autochtones me demandaient d'effectuer le smogging des participants ou m'invitaient à prendre part aux rencontres réflexives avec des partenaires communautaires.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Été 2022</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>L'activité d'analyse collaborative à l'aide du récit consistait à établir les bases d'une analyse collective des données</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Activités                                                                           | Pratique réflexive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L'analyse collaborative par récit : « <i>ce qui touche ton cœur</i> »               | <p>qualitatives recueillies lors de la phase I de l'intervention. Le but de cette méthode d'analyse autochtone était de souligner le récit et les relations sous-entendus dans les données recueillies, en relisant les données et en discutant du récit derrière ces données, à travers les connexions établies dans l'espace culturel de l'expérience vécue.</p> <p><i>Avec les membres de l'équipe de planification, nous nous sommes retrouvés pour donner un sens aux données, à partir des perceptions différentes d'une même expérience. Cette manière d'analyse les données qualitatives très différentes de l'analyse thématique inductive à laquelle je suis familière nécessite que je sois en communion avec mon cœur, car le but de l'analyse est de se replonger dans l'expérience vécue et de définir ce que les données peuvent vouloir dire par notre ressenti à l'instant présent.</i></p> <p><i>Cela a été un bel exercice qui aura certes une influence sur l'analyse thématique des données que je ferai dans le cadre de l'exploration de l'intervention.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Automne 2022</p> <p>« <i>Celle qui amène la sagesse à travers les eaux</i> »</p> | <p>Quatre ans après mon implication dans le projet Niikaniganaw, je vis ce moment spécial et gratifiant que d'autres chercheurs avant moi ont pu vivre, grâce aux relations positives établies avec les acteurs autochtones : le baptême du nom spirituel. Cet événement est le résultat de l'ensemble des relations que j'ai su établir. En effet, il ne m'aurait pas été possible de vivre ce moment si je me limitais à créer des relations interpersonnelles favorables à mon sujet de recherche.</p> <p><i>Je me rappelle ce matin d'automne, j'ai si hâte d'aller en cérémonie, je vis des moments difficiles dans ma vie personnelle et je suis très émotive. Le smudging, m'asseoir au bord du feu sacré m'apportent un réconfort et un bien-être mental, car j'arrive à me détacher de tous ces agents stressants de mon quotidien.</i></p> <p><i>Je me rappelle que la thématique de l'apprentissage culturel portait sur la médecine traditionnelle autochtone et son importance pour le bien-être. On doit participer au processus de production de cette médecine. Pour ce faire, il faut subir un nettoyage spirituel pour ne pas transmettre l'énergie négative que nous pouvons transmettre à cette médecine pure et affecter ces effets bénéfiques. Lors de mon nettoyage spirituel par une Aînée, je craque et tout le poids que je porte remonte à la surface, je pleure à chaudes larmes. Je vois noir et je me rappelle que l'Aînée me prend dans ses bras et me dit : tu es une bonne personne Ines, un bon esprit.</i></p> <p><i>À la cérémonie de clôture de la journée, mon nom spirituel est révélé à l'Aînée : celle qui amène la sagesse, à travers les</i></p> |

| Activités                                                                                                                                                                                                                                      | Pratique réflexive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                | <p><i>eaux. Aujourd’hui, j’ai encore les larmes aux yeux en relatant cet évènement dans ma thèse. Cette étude de recherche va au-delà de l’accomplissement académique. À travers ce projet, j’ai su entamer la guérison des maux rattachés à ma vie professionnelle et personnelle. Ce que Niikaniganaw m’a apporté sur le plan personnel est indescriptible. Sans le soutien de ce projet, peut-être je n’aurais même pas poursuivi mes études doctorales. Ma thèse, peut-être, n’aura pas les résultats escomptés sur les plans académique et sociétal, mais elle a eu des retombées sur ma vie à moi en tant que chercheure et en tant qu’humaine en devenir. Pour moi, cela est un indicateur du succès escompté.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Hiver 2022</p> <p><i>Assumer mon rôle de chercheure noire en contexte de recherche autochtone</i></p> <p>Niikaniganaw a été retenue comme présentation innovante au symposium 2022 des infirmiers et infirmières sur le VIH à Montréal.</p> | <p>Avec une Aînée du projet, je dois me rendre à Montréal pour la présentation que nous avons élaborée ensemble. Les circonstances font en sorte que je dois mener la présentation seule. Cet évènement m’a permis de témoigner de la place qu’occupe l’imprévisibilité en contexte de recherche participative relationnelle et de réfléchir à ce que l’imprévisibilité veut nous enseigner.</p> <p><i>Arrivée sur les lieux de la présentation, je ressens un choc, je suis la seule Noire de l’évènement et je viens parler de la réalité des personnes autochtones, dans une salle remplie de personnes blanches. Même si je suis consciente de la légitimité de ma recherche et que j’endosse pleinement mon identité de chercheure noire en contexte autochtone, je suis envahie par ce sentiment de peur de ne pas être prise au sérieux ou d’être vue comme un imposteur. Je finis par me raisonner et de me dire : si je suis là aujourd’hui, c’est que j’ai ma place dans cette salle, en tant qu’alliée. J’ai vu cela comme une occasion de démontrer que l’histoire des inégalités des hommes est notre patrimoine à tous. Les groupes issus de l’oppression ne doivent pas se taire parce qu’ils sont descendants de l’oppression. On peut être une personne vivant des désavantages et revendiquer pour d’autres groupes désavantagés avec leur accord et soutien.</i></p> |
| <p>Automne 2023</p> <p><i>Faire le pont entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel en santé publique.</i></p>                                                                                                                   | <p>Travailler dans le milieu institutionnel de la santé publique en même temps que je mène mon projet de recherche a permis de faire de moi une protagoniste du projet Niikaniganaw dans ce milieu organisationnel. En effet, dans le cadre de mon travail comme analyste recherche, je suis appelée à faire ressortir la perspective autochtone dans la documentation produite. Cela est un bel exercice et exemple concret pour moi d’appliquer les savoirs et habiletés acquis, et de poursuivre la transformation professionnelle entamée dans le cadre de ma recherche doctorale afin d’orienter mon travail dans la défense des enjeux</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

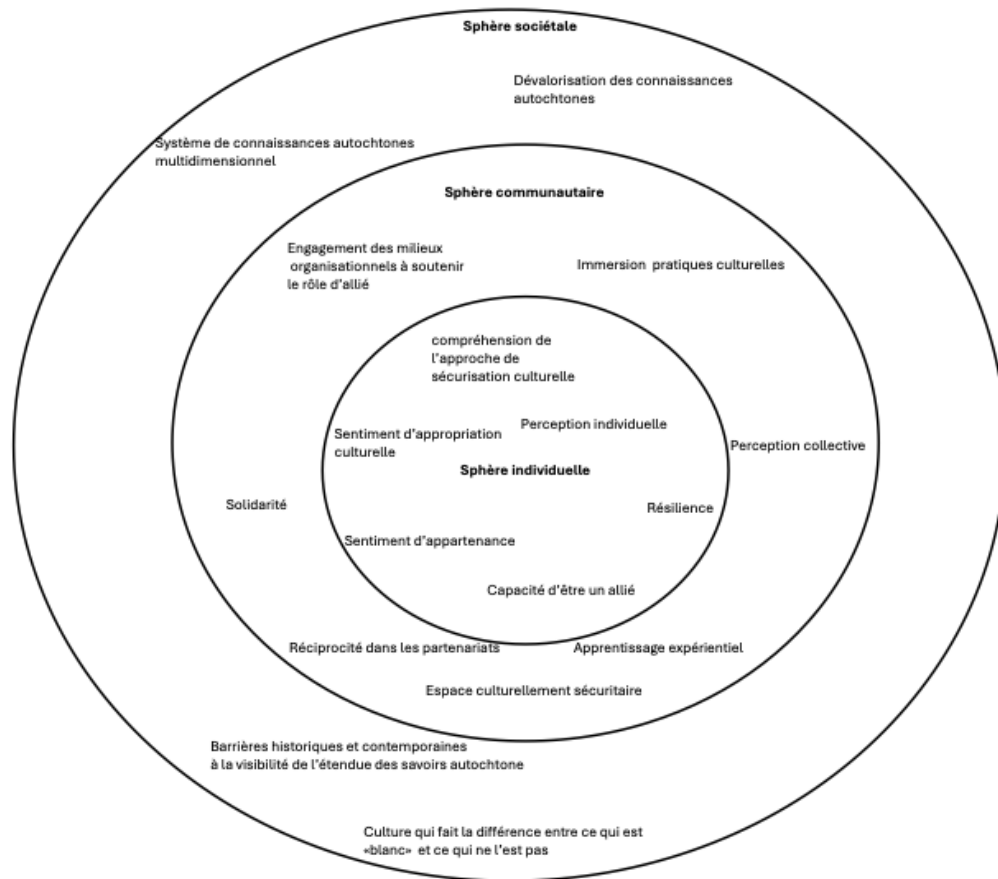
| Activités | Pratique réflexive                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>autochtones en santé sans pour autant être une experte.</p> <p><i>J'ai vite réalisé que je suis une protagoniste du projet Niikaniganaw dans le milieu institutionnel de la santé publique, car voici un milieu différent du communautaire, mais qui aborde les réalités communautaires en aval, à travers des recommandations politiques, l'application de certaines mesures. Pour moi, je suis l'acteur du projet qui peut renforcer les capacités de ce milieu à bâtir des relations culturellement sécuritaires dans leur processus d'engagement pour la question autochtone, en parlant du projet dans mon équipe, en saisissant les opportunités pour présenter le projet aux acteurs de la santé publique. Par exemple, en octobre 2023, nous avons présenté Niikaniganaw à une rencontre interdépartementale sur les ITSS et la question autochtone, organisée par Services aux Autochtones Canada (SAC). Bien que nous ayons présenté tous ensemble, j'ai été la personne clé du projet qui a entrepris le processus d'engagement avec SAC pour la tenue de la présentation. Je continue d'être cette protagoniste dans le milieu institutionnel, afin d'amener des changements qui s'alignent sur la vision autochtone des choses, plus précisément celle du projet Niikaniganaw.</i></p> |

En somme, les activités post-intervention Niikaniganaw contribueront à répondre aux questions soulevées sur ma posture, durant l'intervention, dans le cadre d'une potentielle étude doctorale. Bien que l'intervention en elle-même ait suscité mon intérêt pour l'apprentissage à la sécurisation culturelle selon sa perspective autochtone ; ce sont les activités post- apprentissage qui vont me permettre d'acquérir une certaine aisance en contexte de recherche autochtone « À ce moment précis, ce sentiment d'imposteur s'est volatilisé en moi ». Aussi, ce sont ces activités qui vont établir le processus méthodologique de cette étude doctorale « Amène aussi un peu de ta culture dans ton étude ».

## **Résumé des résultats de l'étude**

L'ensemble des différents résultats de cette étude souligne la capacité de l'intervention Niikaniganaw à induire une transformation concrète, suite à l'apprentissage par pratiques culturelles et expérientielles. Les résultats montrent que cette transformation suit un continuum, allant de la dimension individuelle à une dimension collective. Les activités d'apprentissage expérientiel sont le courant qui favorise l'établissement de ce continuum. On s'aperçoit que le modèle socioécologique de la santé, qui guide cette étude, est traversable aux différents résultats. Ces résultats montrent que les facteurs sociaux qui affectent les pratiques de sécurisation culturelles, qui contribuent à diminuer la vulnérabilité aux VIH et autres ITSS, sont présents d'abord dans la sphère individuelle, communautaire et enfin sociétale (voir figure 2.1., p.50).





**Figure 5.1. Résumé des facteurs sociaux affectant la pratique de sécurisation culturelle**

## CHAPITRE 6

### DISCUSSION

*« Life without communion in love with others would be less fulfilling no matter the extent of one's self-love »<sup>12</sup>*

Cette étude vise à explorer la perspective décoloniale du modèle Niikaniganaw « Toutes mes relations » comme intervention potentielle d'apprentissage à la sécurisation culturelle, afin de décrire la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain ; et décrire la perception des participants sur les cérémonies d'apprentissages culturelles, afin d'identifier les transformations individuelles ou collectives vécues dans le cadre de cet apprentissage.

Niikaniganaw est une initiative d'apprentissage à la sécurisation culturelle fondée sur des méthodes décoloniales, notamment les pratiques culturelles autochtones (Laperrière et al., 2020). Le projet s'inspire des inégalités sociales de la santé vécues par les personnes autochtones dans la réponse à l'épidémie du VIH au Canada, notamment la discrimination, le manque de pratiques culturellement sécuritaires et le racisme dans les interventions de prévention du VIH et autres ITSS qui conduisent à un diagnostic, ainsi que l'initiation tardive des traitements auprès de cette population (Marsdin et al., 2023 ; Negin et al., 2015 ; Ontario HIV Treatment Network, 2019). L'objectif primaire de Niikaniganaw est de bâtir des relations et la capacité à offrir des soins de santé et services sociaux sans stigmatisation et culturellement sécuritaire aux personnes autochtones, en milieu urbain,

---

<sup>12</sup> hooks, b. (2018). *All About Love: New Visions*. William Morrow Paperbacks

vivant avec ou affectées par le VIH, dans la région Ottawa-Gatineau. Ayant une double visée, Niikaniganaw vise, d'une part, à sensibiliser et à éduquer les professionnels du secteur communautaire et de la santé aux bienfaits et à l'importance des pratiques culturelles autochtones, à travers des activités d'immersion ; d'autre part, accroître la compréhension et l'expérience des façons autochtones de savoir, de faire et d'être pour une collectivité d'acteurs mieux informée sur le plan culturel.

Les sections suivantes exposent les résultats de l'étude doctorale dans le but de répondre aux questions suivantes : quel est l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle pour des soins de santé et aux services sociaux offerts aux personnes autochtones vivant avec ou affectées par le VIH ? Quelle est la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain ? Quelles sont les transformations individuelles ou collectives vécues à l'issue de ce type d'apprentissage à la sécurisation culturelle ?

Premièrement, un regard analytique sera porté sur l'impact des pratiques culturelles autochtones à l'apprentissage à la sécurisation culturelle, ainsi que sur les convergences et divergences sur les conversations lors des cercles de partage et les résultats du questionnaire quantitatif pour définir la transformation vécue ; puis une réflexion suivra sur les résultats de l'ethnographie expérimentale ; et enfin, une illustration de manière théorique des résultats empiriques sera réalisée à l'aide d'une adaptation du modèle conceptuel de l'étude : le modèle socioécologique : un cadre pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida.

## **6.1 Pratiques culturelles autochtones : un apprentissage expérientiel constructif et unique**

Les pratiques culturelles autochtones, méthode décoloniale, ont engendré un apprentissage expérientiel unique et constructif, auprès de l'ensemble des participants. D'abord, cette expérience à contribuer à une définition approfondit de l'approche de sécurisation culturelle, complémentaire à celle utilisée dans le cadre de cette étude. L'approche de sécurisation culturelle a été définie comme étant le fait de créer des conditions d'accueil et des environnements qui sont favorables à l'identité culturelle autochtone (Lévesque, 2015 ; Leclerc et al., 2018). La manière d'offrir les soins valorise l'expérience individuelle et l'expérience collective , ainsi que l'importance de l'identité autochtone et de la différence culturelle (Lévesque,2015). L'expérience des pratiques culturelles montre que, pour créer ces conditions d'accueil et ces environnements favorables, il faut une relation de confiance et de collaboration dans laquelle le sentiment d'appartenance culturelle est important, tout comme la compétence culturelle du prestataire de soins. Comme le souligne la littérature, l'héritage de la colonisation a laissé un profond abîme épistémologique qui ne peut pas être facilement franchi par les professionnels de la santé, même s'ils sont bien intentionnés (Wendt et Gone, 2012). L'approche de sécurisation culturelle demande une réflexion critique de la position privilégiée du professionnel sans sa relation avec la personne autochtone (Schill, 2019). De fait, l'expérience des pratiques culturelles montre que, la manière de fournir les soins et services de santé irait au-delà des bonnes intentions, car cela nécessite de prendre conscience de certains obstacles, comme les « effets du racisme et de la colonisation sur la santé », le « processus constant d'autocensure » vécu par les personnes autochtones au-delà du confort culturel de la personne autochtone dans la relation de soins, mais aussi à tenir compte de la compréhension de l'expérience culturelle par le prestataire de soins de santé ou de services sociaux de santé.

Les pratiques de sécurisation culturelles requièrent un changement au niveau individuel, organisationnel et systémique. L'expérience des pratiques culturelles, dans le cadre de l'intervention Niikaniganaw, a permis d'identifier les facteurs sociaux à ces différents niveaux qui nécessitent d'être adressés ou renforcés, afin de favoriser des pratiques de sécurisation culturelles (voir figure 5.1.,p.129). Aussi, expérimenter les pratiques culturelles a permis aux participants de comprendre que les pratiques de sécurisation culturelles engagent la responsabilité de créer des environnements culturellement sécuritaires. En effet, l'environnement culturellement sécuritaire, au niveau spirituel, physique et émotionnel a contribué à l'apprentissage des participants, leur a permis, pour la plupart d'exposer leur vulnérabilité et de vivre un sentiment d'appartenance au sein de l'intervention, comme le soulignent les résultats qualitatifs. Ce, malgré le fait qu'il y avait parfois des sujets sensibles apportés.

Enfin, la notion de communauté autochtone urbaine est définie par le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) comme des « collectivité diversifiée de personnes qui partagent une identité autochtone (ils sont membres des Premières Nations ou Inuit) et l'expérience de vivre, de manière temporaire ou permanente, dans une même ville. Les communautés autochtones urbaines comprennent les organisations communautaires créées par et pour les Autochtones, où ils se rassemblent dans la ville et utilisent des services. Le sentiment d'appartenance à une communauté autochtone urbaine peut varier d'une ville à l'autre et d'une personne à l'autre, et ce sentiment peut coexister avec le sentiment d'appartenance à une communauté autochtone territoriale » (RCAAQ,2021). Toutefois, l'expérience des pratiques culturelles autochtones, dans le cadre de cet apprentissage à la sécurisation culturelle a conduit à la création d'une communauté, bien qu'on ne soit pas dans un contexte où les participants partagent une identité autochtone et la présence d'organisme communautaire autochtone est absente, mais un

contexte où on parle plutôt de mode de gouvernance autochtone pour résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH (Gentelet et Timpson, 2014). Au début de la thèse, Niikaniganaw a été décrite comme étant une collectivité d'acteurs avec différentes identités culturelles, qui ont de l'expérience dans la réception ou l'offre des soins de santé ou de services sociaux auprès des personnes autochtones, dans la région Ottawa/Gatineau. Ensemble, ils se sont engagés dans un but commun : l'apprentissage expérientiel de pratiques culturelles autochtones pour promouvoir des soins de santé et des services sociaux qui soient culturellement sécuritaires (Yui,2012). Les résultats qualitatifs de l'étude montrent que les participants, dans leurs propos, décrivent Niikaniganaw plutôt comme une communauté, car l'immersion dans les activités culturelles sur le territoire autochtone ainsi que le processus d'apprentissage a engendré un sentiment d'appartenance, une solidarité commune qui permettait aux participants de se sentir en communauté. On s'aperçoit alors que l'expérience de la communauté est elle-même influencée par la dimension culturelle territoriale.

En somme, le fait d'incorporer les pratiques culturelles , comme méthode décoloniale et stratégie d'apprentissage à la sécurisation culturelle, a eu un impact positif sur chaque groupe-acteur de l'intervention. Cela a permis d'axer l'intervention sur les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH et les participants ; tout en humanisant la réalité de celles-ci et les participants provenant des institutions qui tentent de les desservir, à travers leur vécu expérientiel. L'humanisation des participants, autant autochtones que non autochtones, s'est caractérisée ici par une meilleure confiance de soi et une meilleure compréhension des inégalités sociales de la santé vécue par la personne autochtone (Downing,2011). Cet impact positif est soutenu par la littérature, qui souligne que l'apprentissage à la sécurisation culturelle par immersion culturelle a de très grande chance d'influencer le comportement des professionnels, car cette immersion favorise la compréhension

de la culture autochtone sur le territoire, mais engendre une réflexion sur sa propre culture , comme on a pu le voir dans les résultats de l'étude (Guerra et Kurtz, 2017 ; Schill, 2019).

## **6.2 Transformations individuelles ou collectives : complémentarité entre cercles de partage et questionnaire quantitatif**

Les résultats qualitatifs permettent de constater l'évolution de la transformation individuelle des acteurs-participants, passant d'un besoin individuel d'acquérir des compétences et habiletés à fournir des soins de santé et services sociaux adéquats à la population autochtone en milieu urbain, à une capacité à être des alliés potentiels ou effectifs. Les faits relatés ont suscité l'intérêt pour l'exploration de la capacité du milieu organisationnel à soutenir les acteurs-participants dans la poursuite de leur rôle d'allié vers une transformation sociale pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires. Les résultats soulèvent la question suivante : est-ce que les acteurs sont en mesure d'appliquer les connaissances et les compétences acquises dans leurs organisations respectives ? Pour répondre à cette question, un questionnaire en ligne a été créé pour collecter des informations complémentaires. Les résultats quantitatifs ont aussi permis de valider autrement les affirmations et déclarations soutenues, lors des cercles de parole. En effet, la dynamique du groupe, lors des cercles de partage, influence inévitablement les participants dans leurs réponses, à travers les affinités qui se sont créées et le sentiment collectif qui a imprégné les membres (Bodart, 2018).

### *6.2.1 Complémentarités issues de l'analyse des conversations des cercles de partage et du questionnaire*

Dans les résultats qualitatifs, les acteurs-participants ont relevé deux indicateurs qui caractérisent le succès au sein de l'intervention Niikaniganaw. D'abord, le transfert de connaissance ou la

capacité à mobiliser les connaissances acquises dans les milieux respectifs en temps réel. Ensuite, la transformation ou le changement observé sur les plans personnel et professionnel. Les résultats quantitatifs ont permis d'évaluer ces deux indicateurs. En effet, plus de la majorité (n=13) des répondants étaient fortement en accord sur le fait que l'intervention leur a permis d'acquérir des capacités à fournir des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires et dépourvus de stigmatisation aux personnes autochtones vivant avec le VIH dans la région Ottawa/Gatineau. De plus, un grand nombre (n=13) était très convaincu que l'intervention les avait habilités à devenir des acteurs pour le changement social vers des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires et exempts de stigmatisation, grâce aux différentes activités culturelles de l'intervention qui ont fortement contribué à la compréhension des savoirs autochtones et de l'importance d'environnements culturellement sécuritaires.

#### *6.2.2 Expansions issues de l'analyse des conversations des cercles de partage et du questionnaire*

Les résultats qualitatifs, tout comme les résultats quantitatifs, soulignent cette perception centrée sur le moi comme apprenant de la sécurité culture dans un contexte décolonial de prime abord. Les résultats qualitatifs montrent le désir des participants d'acquérir des connaissances sur les pratiques culturelles autochtones et à enseigner ces savoirs aux pairs, comme gains souhaités de l'intervention Niikaniganaw. Selon les résultats quantitatifs chez 10 des répondants, cela se justifie par le manque de services spécifiques aux besoins des personnes autochtones vivant avec le VIH, dans les organisations communautaires et de santé, malgré la présence de collaborations avec des partenaires communautaires autochtones.



L'incertitude sur la prise en considération des appels à l'action du rapport de la Commission de vérité et réconciliation dans la prestation des soins de santé et services sociaux, chez 11 des répondants, sont articulées dans les résultats quantitatifs. Cela pourrait expliquer pourquoi il est difficile d'envisager des soins culturellement sécuritaires, car comme affirmé dans les résultats qualitatifs, les personnes autochtones n'ont pas ce sentiment d'appartenance culturelle aux soins de santé et services sociaux, tandis que les prestataires de soins de santé et services sociaux n'ont pas cette compréhension culturelle du parcours de la personne devant eux.

Les résultats qualitatifs soulignent l'appréciation de l'expérience de la médecine autochtone, à travers l'activité de la sudation, qui a permis aux participants d'exposer leur vulnérabilité et de faire l'expérience d'un environnement sécuritaire pour aborder cette vulnérabilité. De fait, les résultats quantitatifs montrent une expansion de cette appréciation, car pour la majorité (n=11) des participants, la présence d'un espace culturellement sécuritaire a facilité les discussions sur certains sujets sensibles ; et pour 10 des répondants, cela a permis de discuter des barrières entre les professionnels de la santé et les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH.

En somme, la complémentarité, qui ressort entre les résultats des cercles de parole et ceux du questionnaire dressent un portrait de la transformation individuelle vécue par les participants, dans le cadre de l'apprentissage à la sécurisation culturelle par pratiques culturelles autochtones. En outre, ces résultats ont permis de constater que malgré le fait que toutes les conditions ne soient pas réunies pour soutenir les participants dans leur rôle d'alliés potentiels ou effectifs, dans les milieux organisationnels, il n'en demeure pas moins que l'intervention Niikaniganaw a permis de soutenir le participant comme outil de transmission et de mobilisation des connaissances apprises (malgré les intentions de transformer les structures plus larges des institutions auxquelles

celles-ci appartiennent). Le changement des modèles de structures dans les milieux peut se révéler difficile, mais les participants eux-mêmes peuvent constituer une source de changement dans leur milieu, à travers l'influence des pairs. En effet, les résultats de l'étude montrent que les participants étaient bien placés pour « reprendre » les connaissances et habiletés partagées durant l'intervention, afin de créer un changement social immédiat et durable. Toutefois, la transformation collective dans les différents milieux organisationnels ne doit reposer sur la transformation individuelle des participants, cela requiert un engagement des différents milieux organisationnels. Finalement, la participation étudiante dans le domaine de la santé et des services sociaux représente une approche assurant que la prochaine génération de prestataires de services sociaux et de santé soit mieux préparée à fournir des soins culturellement sûrs et non stigmatisants aux personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH.

### *6.2.3 Niikaniganaw : mode de gouvernance relationnelle*

Le mode de gouvernance du modèle d'intervention Niikaniganaw s'avère d'abord relationnelle, car elle vise à montrer une intervention qui favorise la collaboration entre les professionnels non autochtones et les personnes autochtones pour mieux comprendre la sécurisation culturelle des soins de santé et services sociaux de santé. La pathologisation du bien-être autochtone et les pratiques postcoloniales contribuent à renforcer les états déficitaires de la santé des peuples autochtones, alors que la connexion avec les terres, la culture et la communauté constituent les aspects clés de la résilience autochtone et contribuent aux approches basées sur les forces pour promouvoir le bien-être. L'engagement dans les activités traditionnelles est une forme de prise de conscience corporelle des forces autochtones (Coulthard, 2014). Toutefois, l'accès et l'interaction sur les terres traditionnelles, les activités culturelles, la langue et les auxiliaires du savoir

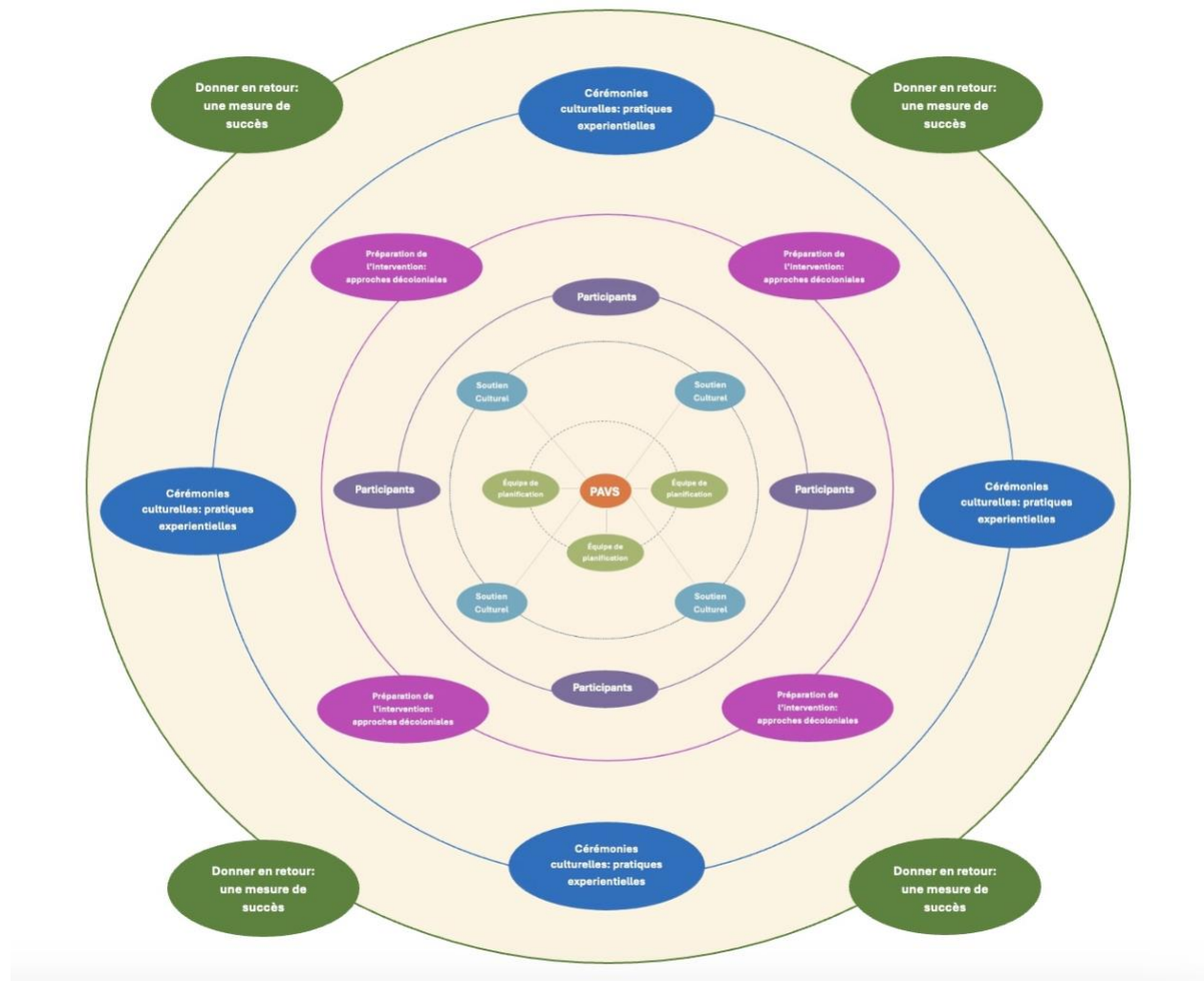
autochtone peuvent poser un défi en milieu urbain en raison du racisme systémique et de l'ethnocentrisme présents (Quinless, 2022).

La gouvernance relationnelle de l'intervention a mis l'accent sur les relations entre les différents acteurs et la manière dont leurs interactions se sont manifestées dans l'environnement d'apprentissage. L'ensemble des participants ont pu vivre des expériences de pratiques culturelles impliquant différents sens (le toucher, le goût, l'odorat) et différentes émotions qui les accompagnent, dans la continuité de Niikaniganaw. Par son mode de gouvernance, l'intervention donne une autre perspective de la transmission des connaissances. Raison pour laquelle, il est important de légitimer les modes de gouvernances autochtones, afin de valoriser les approches distinctes qui reconnaissent les besoins propres et les aspirations des groupes et collectivités autochtones (Gentelet et Timpson, 2014).

#### *6.2.4 Donner en retour : une mesure clé de succès de Niikaniganaw*

Comme mentionné durant les cercles de parole, le changement durable de la qualité des soins de santé et services sociaux que reçoivent les personnes autochtones vivant ou affectées par le VIH doit se produire par nos manières de penser et de faire. Le processus de décolonisation a lieu à différents niveaux et nécessite de passer de l'état de la prise de conscience pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires à l'engagement actif dans les pratiques quotidiennes. L'intervention Niikaniganaw montre la nécessité d'une transformation individuelle, ancrée dans une approche collective pour arriver à l'implémentation de pratiques décoloniales communautaires significatives et substantielles. Le fait de vivre, à travers Niikaniganaw, l'apprentissage expérientiel ancré dans un esprit communautaire outille et dispose à devenir des agents potentiels ou effectifs de changement social à leur niveau organisationnel pour des soins de santé et services

sociaux sans stigmatisation et culturellement sécuritaires. Mais, il y a des bémols, cette responsabilité collective du changement social ne doit pas uniquement reposer sur l'apprenant, elle implique l'engagement des milieux organisationnels .



**Figure 6.1. Mode de gouvernance relationnelle de l'intervention Niikaniganaw**

### **6.3 Retour sur les résultats de l'ethnographie expérimentale**

Les activités d'apprentissages expérientiels menées dans le cadre de cette recherche ont conduit à une narration de soi, qui évolue à travers les différentes phases de l'étude doctorale. Établir des relations représente le fil conducteur entre ces activités, qui me permettent, en tant que chercheur, de passer de la nature exploratoire de l'étude à la position d'alliée. La pratique réflexive menée, dans le cadre de cette narration de soi, pousse à réfléchir sur soi-même en tant que chercheure, sur les forces culturelles, historiques et politiques qui façonnent d'une part la recherche et d'autre part l'interaction sociale partagée avec les participants (Keikelame, 2018). Cette réflexivité a conduit à la conclusion suivante : prendre part à la recherche en contexte autochtone, à titre de chercheur non autochtone, nécessite de réfléchir sur les répercussions de la culture à laquelle nous adhérons afin de ne pas perpétuer les structures d'inégalités en place, qui peuvent engendrer l'oppression des participants (Bishop, 2015 ;Thibault, 2013). Notre culture est influencée par notre identité, notre race<sup>13</sup>, notre genre et le regard de l'autre face à soi (Keikelame, 2018 ; Morrison, 2018). La race, tout comme le genre, est un critère constant de différenciation, associé au pouvoir et à la nécessité de contrôle dans notre société (Keikelame, 2018 ; Morrison, 2018). Les différentes communautés accordent peu d'importance aux notions de privilège en se basant uniquement sur l'altruisme (Morrison, 2018). Les concepts de genre et de race amènent à identifier ce que l'on est, à entretenir ses différences. Parfois, le regard que nous avons de l'autre vise à confirmer, d'une manière objective, que nous marchons selon les normes ; or, ces normes établies sont influencées par les différences entretenues (Morrison, 2018).

---

<sup>13</sup> Comme le souligne Toni Morrison (2018), dans son discours sur l'autre, la race est une construction sociale, une idée et non un fait. La race est un effet du pouvoir.

L'identité du chercheur est relative et peut parfois varier en fonction du contexte de recherche et du regard de l'autre (Keikelame, 2018). Le danger d'endosser plusieurs identités est la possibilité de devenir soi-même un étranger devant sa recherche (Morrison, 2018). Avant de partager ma réflexion sur ma posture identitaire de chercheure, il est primordial que je revienne sur qui je suis.

Je suis une femme africaine noire, dans la trentaine. Je parle le français et l'anglais et des langues ancestrales de mon pays (Dioula et Moorée) . Je suis née en Afrique de l'Ouest et j'ai grandi au Québec. J'ai mené l'ensemble de mes études et travaillé, jusqu'à présent, dans un système occidental où j'ai parfois été victime de discrimination et de préjugés rattachés à ma race, surtout sur le plan des opportunités d'emploi et d'avancements professionnels. Jusqu'à tout récemment, j'ai toujours soutenu que je devais travailler deux fois plus pour mériter ma place sur les plans académique et professionnel, cette mentalité étant engendrée par l'effet de pouvoir, associé à la race et au genre auxquels je suis identifiée. Néanmoins, mon statut socio-économique et professionnel m'a très souvent placée dans une position de privilège, selon les normes de la société occidentale, devant certaines discriminations et situations de marginalisation que peuvent vivre les personnes noires naviguant dans un système occidental.

### *6.3.1 Une posture identitaire légitime et arbitraire*

Le terme positionnalité du chercheur renvoie à la vision et à la position de recherche adoptées par le chercheur pour mener la recherche, ainsi qu'au contexte social et politique qui soutient cette vision et cette posture (Darwin Holmes, 2020). À travers mon apprentissage expérientiel des pratiques culturelles autochtones et des relations tissées pour soutenir cet apprentissage, je définis ma posture identitaire de chercheure, dans le cadre de cette étude en contexte autochtone, comme d'une part, une posture légitime, car j'ai été acceptée par les membres autochtones en tant que

participante du projet Niikaniganaw, mais aussi en tant que chercheure ; d'autre part comme une posture arbitraire, car le regard de cette posture est teinté par des valeurs et des croyances individuelles que peut avoir chaque chercheur (Darwin Holmes, 2020).

#### 6.3.1.1 Une chercheure à la fois insider et outsider

Certains chercheurs affirment que la posture du chercheur est variable, car elle est influencée par les différentes phases de la recherche (Darwin Holmes, 2020). Dans le cadre de cette recherche en contexte autochtone, la chercheure que je suis se positionne comme à la fois un *outsider* et un *insider* (Chereni, 2014 ; Darwin Holmes, 2020). Un chercheur qui se positionne comme un *insider* est perçu comme un chercheur qui partage plusieurs marqueurs culturels (croyances, attitudes) avec les participants (Chereni, 2014). Je me suis sentie comme une *insider* lorsque je me suis identifiée, en tant que personne noire, aux réalités entourant le sujet de l'étude. Malgré l'unicité de chaque expérience de soins qui peut être vécue par les groupes sociaux, les personnes noires tout comme les personnes autochtones ont une appréciation moins favorable des soins de santé et services sociaux, et soulignent le peu de visibilité accordée au contexte interculturel (Pouliot et al., 2016). Par exemple, le racisme systémique dans les soins de santé est une réalité entourant le sujet de cette étude. Ce racisme systémique dans les soins de santé et services sociaux auquel sont confrontées les personnes autochtones est aussi le combat des personnes noires. En 2021, des discours médiatiques ont levé le voile sur cette réalité des soins de santé et services sociaux, à travers l'histoire de Joyce Echaquan et de Mireille Ndjomouo ; deux patientes qui ont perdu la vie dans un contexte de soins caractérisés par l'injustice, l'inconsidération, l'indignation et culturellement non sécuritaires (Boisclair, 2021 ; Riopel, 2020). On peut voir que mon sujet d'étude touche la dimension personnelle de la chercheure que je suis, en m'interpellant comme personne noire par rapport aux inégalités sociales et aux situations de discriminations mentionnées par les participants.

Toutefois, je me sentais comme une *outsider* en ce qui concerne la culture autochtone de manière générale et plus précisément la culture de la recherche autochtone, car ce ne sont pas des éléments auxquels j'ai été exposée dans mon parcours académique ni professionnel. De fait, il m'a été demandé « *d'amener aussi un peu de ma culture dans mon étude.* » Cette doléance souligne le regard que les participants ont de la chercheuse, vis-à-vis de la recherche : une actrice culturellement différente, mais qui peut être une alliée potentielle. On s'aperçoit alors que la posture identitaire s'avère aussi déterminée par la place que l'on occupe par rapport à l'autre (Merriam et al., 2001).

Au début du processus de recherche, j'avais cette réflexion qui me venait sans cesse à l'esprit : comment une chercheuse, faisant elle-même partie du groupe en situation d'oppression, peut-elle avoir les capacités de briser le cycle d'oppression que vit un autre groupe social ? Cette réflexion contribuait à alimenter ce sentiment d'imposteur et d'appropriation culturelle souligné dans les résultats ci-dessus. Bishop (2015) souligne que cette réflexion était en fait le début du processus d'allié, qui commence par une compréhension de son propre privilège et de sa positionnalité au sein de la société. Comprendre l'oppression, comment elle s'établit, comment ses structures agissent pour perpétuer des *patters* sur les plans individuel et institutionnel, représente la première étape dans le désir de devenir un allié (Bishop, 2015). La capacité à devenir un allié dans la recherche est un processus continu d'apprentissage, d'écoute et de croissance personnelle. Le rôle d'allié prend forme dans un processus relationnel qui nécessite une implication continue et des tentatives constantes de la part du chercheur de créer des relations significatives (Quinless, 2022). Par exemple, pour contrer la barrière linguistique qui s'imposait dans le cadre de l'étude (la majorité des échanges se faisaient en anglais), j'ai déployé les efforts considérables suivants pour me rapprocher des participants : outils de traduction linguistique, le courage de m'exprimer dans



ma langue maternelle et de solliciter la traduction par un autre participant. Ces efforts sincères ont contribué au processus relationnel pour accroître les capacités à devenir un allié (Quinless, 2022).

Bref, les positions d'*insider* et d'*outsider* s'avèrent continues et contextuelles, tout au long de cette étude (Nowicka et Ryan, 2015), confirmant l'énoncé suivant de Keikelame (2018) : l'identité du chercheur est relative et varie en fonction du contexte de recherche et du regard de l'autre.

#### 6.3.1.2 *Légitimité, subjectivité et objectivité*

Deux éléments soutiennent la posture identitaire de recherche de la chercheure :

1. La légitimité à participer à une recherche autochtone et à mener une étude dérivée de cette recherche autochtone

D'une part, certains chercheurs autochtones considèrent que seules les personnes autochtones devraient faire de la recherche sur les sujets ou les réalités qui les concernent ; elles développent une connaissance « pour soi » qui ne doit pas être confrontée aux analyses de la science conventionnelle ou occidentale (Thibault, 2013). Cependant, d'autres soutiennent la possibilité de collaborer avec des chercheurs non autochtones, si ces derniers respectent et intègrent les savoirs et la vision autochtone en adoptant ceux-ci dans les protocoles de la recherche (Thibault, 2013). J'ai d'abord établi des relations de réciprocité avec les acteurs autochtones à travers mon engagement (comme étudiante infirmière, stagiaire, collaboratrice d'organisation communautaire) et mon implication terrain (phase 1 catalyseur : 2018-2019). J'ai aussi demandé leur approbation pour mener une étude qui s'insérerait dans la perspective autochtone de leur projet principal (2020-2024). Un autre exemple de la volonté de respecter et d'intégrer la vision autochtone est la proximité avec le comité de planification Niikaniganaw, composé principalement d'acteurs autochtones, qui sont considérés comme des chercheurs à part entière,

qui s'engagent dans la production des connaissances scientifiques grâce à des "partenariats égaux" (Zombré, 2018).

## 2. La place de la subjectivité et de l'objectivité

Smith (2012) rappelle que la « science normale » ou la manière conventionnelle de mener la recherche contribue à légitimer et à conforter le système d'assimilation et de subordination hérité de l'histoire coloniale. En accordant une importance à la place de la subjectivité et de l'objectivité dans cette étude, je prends conscience des inégalités pouvant se présenter dans les différentes activités de recherche, sous la forme de relation de pouvoir entre la chercheuse et les sujets de recherche (Merriam et al., 2001). En n'adoptant pas uniquement une vision objective de son sujet de recherche, la chercheuse vise à maintenir l'équilibre entre les connaissances méthodologiques occidentales, les connaissances culturelles de la recherche acquises et les connaissances issues de son expérience de vie (Merriam et al., 2001). En outre, en considérant l'importance de la nature subjective et objective de son sujet de recherche, la chercheuse est plus encline à négocier les dynamiques de pouvoir au sein de son étude et à éviter l'idée du colonialisme scientifique, afin de ne pas renforcer le pouvoir des structures oppressives que la recherche vise à défier et à changer (Merriam et al., 2001 ; Quinless, 2022). Enfin, la nature subjective/objective de la recherche accroît la qualité des résultats tout en permettant à la chercheuse de représenter la « vérité » de ses conclusions, et en donnant le droit de parole aux non-chercheurs scientifiques (Merriam et al., 2001 ; Zombré, 2018).

### 6.3.2 *Déconstruction de la notion de privilège dans le cadre de la recherche*

Le fait d'être un *insider* dans une recherche signifie une communication de proximité afin : (a) d'accéder aux situations urgentes nécessitant une plus grande compréhension, (b) de poser des questions pertinentes tôt dans le processus sur leurs besoins, (c) de lire les signaux non verbaux

des participants potentiels, des usagers, des personnes significatives face aux propositions, et (d) d'être en mesure de projeter une compréhension plus véridique et authentique des cultures avec lesquelles nous établissons un premier contact. En même temps, cette recherche déconstruit l'idée du *insider* qui serait automatiquement reconnu comme un allié, sans avoir à faire ses preuves. Dans ce cas-ci, j'ai été invitée comme un allié, à la suite de la reconnaissance des efforts sincères pour transformer la relation participant-chercheur au-delà de la mentalité coloniale et pour désarmer les structures de pouvoir de la production de connaissances. En tant que chercheuse noire, c'est mon engagement dans une relation durable (depuis 2018 jusqu'à maintenant) qui a été considéré pour mériter d'être chercheuse avec Niikaniganaw, d'être acceptée au sein de la communauté, jusqu'à recevoir mon nom spirituel de la part d'une Aînée et d'être sollicitée pour l'évaluation du projet principal. En outre, être un *insider* ne veut pas nécessairement dire que nous avons cette bienveillance d'être un allié ou ce regard de soi en tant qu'allié. En effet, beaucoup de personnes abusent de leur pouvoir et de leurs privilèges en s'arrogeant des titres et des hiérarchies, comme s'ils détenaient un certificat du bon allié ; d'autres appartiennent à un groupe selon une identification sociale, mais leur expérience de vie ne se rattache pas au groupe spécifique en question, ce qui contribue à perpétuer le déséquilibre de pouvoir entre chercheuse-participants (Quinless, 2022). Par exemple, même si je suis une personne noire, cela ne fait pas nécessairement de moi une bonne alliée pour une recherche avec toutes les personnes noires ; mes expériences vécues se rattachent à une trajectoire particulière, je devrais m'engager davantage pour avoir une véritable compréhension des oppressions vécues par un groupe social spécifique, même j'ai une identité noire. Ce serait aussi le cas pour la réalisation d'une recherche sur l'ensemble des populations autochtones canadiennes (même ce terme est questionnable).

En somme, l'histoire des inégalités entre les populations est un héritage commun que nous devons tous combattre. Je considère que nous avons tous hérités des structures fondamentales des sociétés opprimées et dominantes, qui nous influencent même dans le contexte de la recherche universitaire.

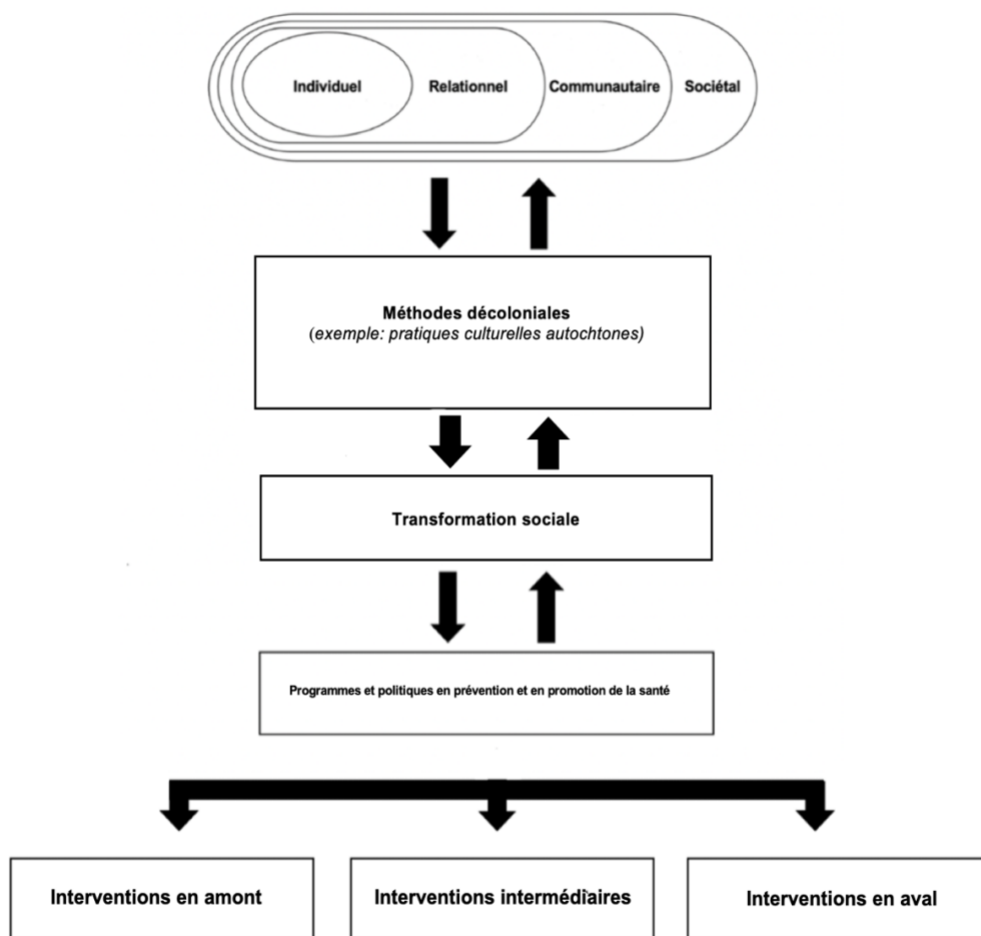
#### **6.4 Prévention de la santé d'une perspective décoloniale : adaptation du modèle socioécologique en prévention**

La présente étude contribue à la discipline en santé des populations par une révision du modèle socioécologique de la santé en prévention selon une perspective décoloniale. Cette adaptation représente un exemple concret de l'apprentissage et des connaissances acquises durant mon engagement terrain. Elle constitue la manière théorique d'illustrer les résultats de l'étude en lien avec la santé des populations.

L'adaptation du modèle socioécologique de la santé pour la prévention prend la forme d'une structure abstraite, qui permet de comprendre la nécessité de méthodes décoloniales pour la prévention et la promotion de la santé auprès de la population autochtone (Drawson et al., 2017). Ce modèle tire ses fondements du modèle socioécologique, utilisé dans le cadre de cette étude : Centers for Disease Control and Prevention (National Center for Injury Prevention and Control, 2002).

Suite à l'apprentissage à la sécurisation culturelle selon une perspective autochtone décoloniale, on s'aperçoit que les méthodes décoloniales (par exemple : pratiques culturelles autochtones) s'avèrent être le mécanisme pour réaliser la transformation sociale par l'entremise de programmes et de politiques en prévention et promotion de la santé. Le terme « programme » désigne les soins de santé et les services sociaux pour favoriser la prévention et la promotion face à la réalité de santé (Kothari et al., 2007). Les « politiques » renvoient aux priorités stratégiques qui guident les

programmes (Kothari et al., 2007). Ces programmes et politiques se manifestent par des interventions en amont, des interventions intermédiaires et en aval (Hawe et Potvin, 2009). Le modèle conceptuel adapté donne l'opportunité de concevoir la décolonisation dans la pratique engagée, au-delà de l'aspect abstrait et métaphorique qui lui est associé (Tuck et Yang, 2012).



**Figure 6.2. Prévention de la santé selon une perspective décoloniale** Adapté de National Center for Injury Prevention and Control (2002) par Zombré (2025).

#### *6.4.1 Description du modèle de prévention de la santé selon une perspective décoloniale*

Le modèle de prévention de la santé selon une perspective décoloniale, adopte un angle socioécologique, en portant une attention sur les facteurs sociaux, à différentes sphères qui peuvent affecter la prévention et la promotion de la santé face à une réalité de santé.

##### **1. Perspective socioécologique**

Le modèle commence par établir une approche socioécologique face à une réalité de santé populationnelle. Cette approche se caractérise par l'identification de facteurs sociaux qui peuvent affecter la réalité de santé au niveau de la sphère individuelle, relationnelle, communautaire et sociétale. Par exemple, dans le cadre de cette étude doctorale, les facteurs sociaux qui affectent les pratiques de sécurisation culturelles, qui contribuent à diminuer la vulnérabilité aux VIH et autres ITSS, ont été identifiés dans les résultats de l'étude.

L'identification de ces facteurs sociaux se fait de manière systémique, car ils s'influencent mutuellement et s'établissent selon un continuum allant de la sphère individuelle à la sphère société. Ces facteurs sociaux sont mesurés à l'aide d'indicateurs subjectifs (la perception que la population a de la réalité de santé) et d'indicateurs objectifs (que disent les données, la littérature sur cette réalité de santé). Dans le cadre de l'étude doctorale, les facteurs sociaux ont été identifiés selon 3 méthodes de recherche qui prenaient en compte les indicateurs subjectifs ( par exemple : données qualitatives, recueillies lors de cercles de parole, questionnaire).

##### **2. Méthodes décoloniales**

Une fois l'angle socioécologique de la réalité de santé est établi, il est important de chercher à savoir comment adresser ou renforcer ces facteurs sociaux qui affectent cette réalité. Dans le cadre de cette recherche doctorale, on a pu constater que les approches conventionnelles ne répondent pas nécessaire à toutes les réalités de santé populationnelle. Raison pour laquelle, il faut envisager des méthodes décoloniales. Par exemple, la conception décoloniale de l'intervention Niikaniganaw se manifeste à travers les méthodes utilisées. L'intervention est ancrée dans les modes de connaissances autochtones, y compris les pratiques culturelles et de santé autochtones qui sont essentielles pour développer et prodiguer des soins culturellement sécuritaires aux personnes autochtones. Aussi, elle reconnaît explicitement l'héritage colonial dans lequel prend place l'intervention. Un héritage de méfiance auprès des personnes, communautés et collectivités autochtones qui ont longtemps été considérées comme des sujets passifs des différentes réalités auxquelles elles sont confrontées (Anderson, 2005). Pour remédier à cela, l'intervention intègre des principes autochtones, tels que : la reconnaissance, la réciprocité, la responsabilité et le relationnel. De plus, cinq porteuses de savoirs autochtones sont au cœur de l'élaboration de l'intervention. Elles sont particulièrement aptes à rendre la culture et la cérémonie accessibles aux participants. Elles alimentent le processus établi, ainsi que les différentes activités d'apprentissage, tout en facilitant l'expérience de partage des savoirs autochtones.

Aussi, les méthodes décoloniales représentent un des éléments clés pour favoriser des niveaux de santé et de bien-être florissants au sein des communautés autochtones (Eni,2021). Elle implique de faire valoir les savoirs autochtones dans l'optique de montrer la richesse des visions et expériences autochtones, souvent exclues de l'histoire et des systèmes de savoirs (Held, 2019). De surcroît, les méthodes décoloniales dans le domaine de la santé nécessitent de (Eni,2021) :

- Reconnaître que les personnes autochtones ont subi de multiples traumatismes, parfois complexes, qui contribuent à des besoins de services spécifiques.
- Reconnaître les conséquences de la dynamique de pouvoir entre les professionnels de la santé et les personnes autochtones, en créant des espaces culturellement sûrs qui reconnaissent et acceptent les différentes identités autochtones, y compris les personnes bispirituelles, non binaires ; afin qu’elles se sentent physiquement, mentalement, émotionnellement, spirituellement et culturellement en sécurité lorsqu’elles reçoivent des soins ou des services.
- Instaurer et favoriser un processus d’auto réflexion pour permettre aux professionnels de relever et d’évaluer leurs propres préjugés, afin de comprendre comment ils sont imposés aux autres.

Les méthodes décoloniales sont des mécanismes nécessaires pour induire une transformation sociale, qui s’établit par un changement systémique des pratiques et des comportements liés à la réalité de santé. Ces méthodes décoloniales sont des processus continus qui favorisent la déconstruction des pratiques conventionnelles et la collaboration avec les organisations, communautés et leaders autochtones pour la transformation des espaces et systèmes (Cull et al., 2018).

### 3. La transformation sociale

La transformation sociale est le résultat des actions entreprises pour décrire et transformer les causes profondes d’une problématique dans une réalité donnée, plutôt que d’aborder les causes évidentes ; une transformation qui vise à promouvoir un changement dans les différents milieux, dans les relations sociales, les normes et valeurs, ainsi que dans les relations de pouvoir (Institute for Social Transformation, 2024). La transformation sociale peut se manifester par un changement



fondamental, structurel ou par l'atteinte de l'objectif visé par les différents processus du changement, y compris les mouvements sociaux, le changement des politiques et l'évolution des valeurs et des expressions culturelles (Giudici, 2018). Dans le cadre de cette étude, la transformation visée, elle était à la fois individuelle et collective. Sur le plan individuel, elle s'est manifestée par le désir des participants de vouloir jouer un rôle d'alliés potentiels ou effectifs pour des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaire dans les différents milieux organisationnels.

La transformation sociale dans le cadre de ce modèle conceptuel est celle qui entraîne le changement de la réalité sociale et de l'attitude des personnes qui vivent ou alimentent le problème de santé (Giudici, 2018). Cette transformation sociale doit amener un changement de pratiques et de comportement, qui incite une prise de conscience à la fois individuelle et collective vis-à-vis de la réalité et du problème de santé (Institute for Social Transformation, 2024 ; Giudici, 2018). La transformation ne peut pas être complète si elle est seulement induite au niveau individuel, comme souligné dans cette étude, la transformation collective dans les différents milieux organisationnels ne doit reposer sur la transformation individuelle des participants, cela requiert un engagement des différents milieux organisationnels.

#### 4. Les programmes et les politiques

Les programmes et les politiques sont les éléments qui caractérisent la transformation sociale établie. Rappelons que le terme « programme » désigne les soins de santé et les services sociaux pour favoriser la prévention et la promotion face à la réalité de santé (Kothari et al., 2007). Les « politiques » renvoient aux priorités stratégiques qui guident les programmes (Kothari et al., 2007). Ces programmes et politiques sont établis à travers des interventions en amont, des

interventions intermédiaires et en aval (Hawe et Potvin, 2009). Pour favoriser la sécurisation culturelle, on a pu observer un changement de certaines pratiques dans plusieurs milieux organisationnels, induit par la transformation individuelle vécue par les participants.

**Les interventions en amont :** visent à transformer la cause profonde des inégalités sociales de la santé liées à la réalité de santé, en ciblant les structures sociales et politiques qui façonnent à la fois les conditions de vie et les comportements individuels ; par conséquent, ces structures sont à l'origine des inégalités sociales de la santé (ASPC, 2021a ; CCNDS, 2022).

**Les interventions intermédiaires :** ce type d'interventions a pour but de réduire les vulnérabilités à la santé, en améliorant les conditions de vie, car ces vulnérabilités se manifestent dans la sphère communautaire et personnelle (ASPC, 2021a ; CCNDS, 2022). Ces interventions répondent à la réalité de santé, en favorisant l'accès à des services et ressources communautaires et organisationnels culturellement sécuritaires (CCNDS, 2022). Le changement de certaines pratiques dans plusieurs milieux organisationnels pour favoriser la sécurisation culturelle, suite à l'intervention Niikaniganaw, est un exemple d'intervention intermédiaire.

**Les interventions en aval :** axées sur les besoins immédiats, la modification des comportements, le renforcement des compétences et visent à atténuer les effets des inégalités sur la santé liés à la réalité de santé (ASPC, 2021a ; CCNDS, 2022). Les interventions en aval ont peu de retombées sur les changements sur le plan populationnel ; elles agissent plutôt sur la qualité des services ou l'accès aux services, en modifiant les effets produits par les causes des inégalités (Lorenc et al., 2013 ; CCNDS, 2022). L'intervention en aval convoitée dans le projet Niikaniganaw, dans le cadre de cette étude, était de donner en retour, de permettre aux participants de devenir des alliés potentiels ou effectifs dans leur milieu organisationnel respectif.

Enfin, cette schématisation du modèle peut être lue dans les deux sens. Si la perspective socioécologique appelle aux méthodes décoloniales et à la transformation sociale, les programmes et politiques qui caractérisent cette transformation sociale peuvent aussi influencer la transformation sociale issue et les méthodes décoloniales issues de l'angle socioécologique.

#### *6.4.2 Propositions du modèle de prévention de la santé selon une perspective décoloniale*

Le modèle proposé pourrait être utilisé dans le cadre de démarches de prévention, de promotion de la santé et de la recherche visant la santé des populations. Le modèle repose sur les propositions suivantes :

- La santé est affectée par plusieurs facteurs sociaux issus de l'interaction entre les individus, la communauté et l'environnement physique, social et politique. Ces facteurs s'entrecroisent dans des schémas complexes et augmentent la vulnérabilité de certaines populations à être exposées à des inégalités sociales de la santé. Il s'avère nécessaire de cibler le changement de l'environnement physique et social, plutôt que la modification unique des comportements de santé individuels, en agissant sur les différentes sphères dans lesquelles opèrent ces déterminants.
- Il est primordial de cibler le rôle complexe du contexte socioculturel et sociopolitique dans le développement des réalités de santé, ainsi que le succès ou l'échec des réponses pour adresser ces réalités, en adoptant des méthodes décoloniales qui sont des mécanismes nécessaires pour induire une transformation sociale.
- La transformation sociale s'établit par un changement systémique des pratiques et des comportements liés à la réalité de santé, qui incite une prise de conscience à la fois

individuelle et collective vis-à-vis de la réalité et du problème de santé. La transformation ne peut pas être complète si elle est seulement induite au niveau individuelle.

- Les programmes et les politiques sont les éléments qui caractérisent la transformation sociale établie. Ces programmes et politiques sont établis à travers des interventions en amont, des interventions intermédiaires et en aval (Hawe et Potvin, 2009).

## **6.5 Limites de l'étude**

Bien qu'innovatrice, cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, le fait d'être à la fois le sujet et l'objet de la recherche, celle qui agit et qui regarde agir peut être remise en question, selon un regard objectif. La méthodologie de recherche choisie dans le cadre de cette thèse, une méthodologie participative relationnelle, impose une objectivation participante pour établir cette relation de confiance et de réciprocité nécessaire pour conduire l'étude, c'est-à-dire une conduite de la chercheuse qui s'immerge dans le contexte de la recherche, qui lui est étranger, pour observer et participer aux différentes activités culturelles (Bourdieu, 2003). Comme le souligne Bourdieu, l'objectivation participante vise à explorer, au-delà de l'expérience vécue de la chercheuse, les conditions sociales se rattachent à cette expérience, spécifiquement l'acte de l'objectivation. Elle entraîne une objectivation de la subjectivité face à l'étude, qui fait partie des conditions de l'objectivité scientifique de l'étude. Aussi, en étant à la fois le sujet et l'objet de recherche, il est difficile d'amener une prise de distance analytique.

Deuxièmement, la faible population de l'étude quantitative a restreint les possibilités d'analyse des données collectées. Bien que certaines analyses d'analyse plus approfondies et permettant de mieux exploiter les données auraient pu être établies, il n'en reste pas moins que l'analyse descriptive simple a permis de bien répondre à la question de recherche.

Troisièmement, cette étude doctorale ne couvre pas l'ensemble des réalités autochtones liées à la sécurisation des soins de santé et des services sociaux. Elle couvre uniquement la réalité autochtone en contexte VIH et en milieu urbain. Aussi, l'étude analyse la perception des participants selon une seule phase de l'intervention d'apprentissage et selon un contexte bien défini, celui du milieu urbain. La transférabilité des résultats peut alors être influencée, étant donné que chaque phase de l'intervention comporte ses propres circonstances et que d'un contexte à l'autre, les besoins en matière de soins de santé et services sociaux peuvent varier.

## **6.6 Forces de l'étude**

Établir des relations tout au long du processus de recherche constitue une des forces centrales du projet. En effet, ce sont ces relations de confiance qui ont permis d'établir et de maintenir une proximité avec les personnes autochtones vivant avec le VIH et aux prises avec d'autres enjeux de santé qui font de ces personnes une population difficilement accessible. Le maintien de ces relations de confiance a nécessité beaucoup d'organisation et beaucoup d'heures de travail et d'engagement pour se montrer sensible aux besoins des différents acteurs-participants.

## CHAPITRE 7

### CONCLUSION

Cette thèse doctorale s'inscrit dans une initiative autochtone d'apprentissage à la sécurisation culturelle. En adoptant, un angle socioécologique des facteurs sociaux qui affectent les pratiques de sécurisation culturelle, l'étude s'intéresse à l'apprentissage à la sécurisation culturelle selon une perspective décoloniale autochtone. Pour ce faire, je me suis engagée dans l'exploration du modèle d'intervention Niikanigana, modèle potentiel d'apprentissage, afin de 1) décrire la perception des participants sur les cérémonies d'apprentissages culturelles, afin d'identifier les transformations individuelles ou collectives vécues dans le cadre de cet apprentissage ; 2) décrire la transformation vécue par la chercheure, en tant que participante insider et outsider au sein du projet Niikaniganaw, à travers son engagement sur le terrain.

À l'aide d'une méthodologie participative relationnelle, associée à trois méthodes de recherches distinctes, mais qui s'influencent mutuellement, les résultats de l'étude montre une transformation intellectuelle et personnelle qui ont conduit à la définition de la posture identitaire dans le cadre de l'intervention Niikaniganaw à titre de jeune chercheure francophone noire. Cette posture identitaire de chercheure permettra d'identifier les transformations individuelles et collectives vécues par les participants, en influençant l'analyse secondaire de données qui ont permis de décrire une perception des participants centrée sur l'individu à une compréhension collective de l'intervention d'apprentissage. Cette compréhension collective repose sur le désir collectif d'être des alliés potentiels ou effectifs pour promouvoir et favoriser des soins de santé et des services sociaux de santé culturellement sécuritaires. Enfin, l'étude montre que le changement structurel dans les milieux organisationnels pour une approche de sécurisation culturelle peut se révéler difficile.

Toutefois, les participants issus de ces organisations peuvent agir comme outil de transmission et de mobilisation des connaissances développé dans le cadre de l'intervention Niikaniganaw . En somme, l'étude doctorale montre l'impact positif que Niikaniganaw a engendré sur l'ensemble des participants, en humanisant la réalité des personnes autochtones vivant ou affectés par le VIH et les participants, à travers leur vécu expérientiel.

Les résultats de cette étude ont mené à plusieurs implications sur le plan de la pratique, de la politique et de la recherche en santé.

#### *7.1.1 Implications pour la pratique en santé*

Premièrement, cette thèse montre la nécessité de créer un environnement culturellement sécuritaire, sur le plan émotionnel, spirituel et physique pour accroître les capacités à offrir des soins de santé et services sociaux culturellement sécuritaires. Si le milieu organisationnel n'est pas un espace culturellement sécuritaire ,il sera plus difficile pour les intervenants d'offrir des soins culturellement sécuritaires, alors la sécurisation culturelle devient une responsabilité individuelle et non collective. Cette responsabilité collective ne doit pas être une charge indirectement associée à la responsabilité individuelle, elle nécessite l'engagement des milieux organisationnels.

Deuxièmement, l'étude doctorale souligne le besoin d'innover la manière d'exposer les professionnels de la santé à l'apprentissage à la sécurisation culturelle avec des pratiques expérientielles. L'apprentissage à la sécurisation culturelle par immersion culturelle contribue à influencer le comportement des professionnels, car cette immersion favorise la compréhension de la culture autochtone sur le territoire, mais engendre une réflexion sur sa propre culture, comme on a pu le voir dans les résultats de l'étude. Il est pertinence d'inclure des activités expérientielles reposant sur des pratiques décoloniales pour intégrer certaines notions, notamment celle de la sécurisation

culturelle afin de favoriser un changement pérenne dans les pratiques de soins de santé et de services sociaux de santé. Cela amène à réfléchir sur l'instauration de l'apprentissage par pratiques expérientielles dans le cadre académique ou institutionnel.

### *7.1.2 Implications pour la politique en santé*

Les résultats de cette thèse illustrent le besoin d'avoir des programmes et des politiques de santé ancrée dans une perspective socioécologique pour favoriser la prévention et la promotion de la santé. Cette perspective socioécologique (Figure 3.1., p.74) permet d'identifier les facteurs sociaux à adresser ou à renforcer par l'entremise des programmes et des politiques de santé qui se caractérisent par différentes interventions. Aussi, le modèle de prévention de la santé selon une perspective décoloniale présenté dans l'étude (figure 6.2.,p.149) pourrait être exploré davantage, dans le cadre de recherche future, afin de favoriser son utilisation dans le cadre de démarches de prévention, de promotion de la santé et de la recherche visant la santé des populations.

### *7.1.3 Implication pour la recherche en santé*

Cette étude doctorale est innovante et unique en son genre, car elle a été entreprise par une jeune chercheure francophone noire. L'étude est un exemple pratique de décolonisation dans le cadre de l'apprentissage à la sécurisation culturelle. Elle montre que mener la recherche en contexte autochtone, en tant que chercheur non autochtone, demande de découvrir et exposer sa posture identitaire. Cette posture identitaire est influencée particulièrement par la notion de relationnalité. L'étude invite aussi à se pencher sur la notion de privilège dans le cadre d'une recherche interculturelle.



## RÉFÉRENCES

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian journal of public health*, 96(suppl. 2), S45-S61.  
<https://doi.org/10.1007/BF03403702>
- Agence de la santé publique du Canada. (2001, 8 décembre). *Promotion de la santé de la population. Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/promotion-sante-population-modele-integration-sante-population-promotion-sante/pourquoi-cette-entreprise.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2013, 23 octobre). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 – La tuberculose – d'hier à aujourd'hui*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/rapport-administrateur-chef-sante-publique-etat-sante-publique-canada-2013-maladies-infectieuses-menace-perpetuelle/la-tuberculose-hier-a-aujourd-hui.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2019, juillet). *Accélérer notre intervention : plan d'action quinquennal du gouvernement du Canada sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang* [Rapport]. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/accelerer-notre-intervention-plan-action-quinquennal-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021a, 27 octobre). *Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2021b, 27 octobre). *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2022a, 1<sup>er</sup> avril). *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html>

- Agence de la santé publique du Canada. (2022b). *Résumé : estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 909090 pour le VIH, 2020*. [Rapport]. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/estimations-incidence-prevalence-vih-progres-canada-cibles-90-90-90-2020.html#a2>
- AHA Centre. (2018). *Capacity Bridging Fact Sheet. Canadian Aboriginal AIDS Network*. <https://www.caan.ca/wp-content/uploads/2021/05/August-2018.pdf>
- 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* [Rapport]. Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Amadahy, Z. et Lawrence, B. (2009). Indigenous peoples and Black people in Canada: settlers or allies? Dans A. Kempf (dir.), *Breaching the Colonial Contract. Anti-Colonialism in the US and Canada* (p. 105-137). Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4020-9944-1>
- Andermann, A. (2017). Outbreaks in the age of syndemics: New insights for improving Indigenous health. *Canada Communicable disease report*, 43(6), 125-132. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v43i06a02>
- Anderson, M. (2019). Indigenous health research and reconciliation. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 191(34), E930-E931. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190989>
- Anderson, M. et Champagne, M. (2018, 29 avril). Crystal Meth is a colonial crisis, and its root causes must be addressed. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/crystal-meth-colonialcrisis-opinion-1.4639133>
- Arriagada, P., Hahmann, T. et O'Donnell, V. (2020, 26 mai). *Indigenous people in urban areas: Vulnerabilities to the socioeconomic impacts of COVID-19*. [Article, catalogue no. 45-28-0001]. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2020001/article/00023-eng.pdf?st=t4LpCJBC>
- Asghar, J. (2013). Critical paradigm: A preamble for novice researchers. *Life Science Journal*, 10(4), 3121-3127.
- Assemblée générale des Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* [Résolution]. Département de l'information de l'ONU. [https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP\\_F\\_web.pdf](https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf)
- Baba, L. (2013). *Cultural safety in First Nations, Inuit and Métis public health: Environmental scan of cultural competency and safety in education, training and health services*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-EN.pdf>

- Banning, J. (2020). Why are Indigenous communities seeing so few cases of COVID-19? *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 192(34) E993-E994.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.1095891>
- Barlow, K., Loppie, C., Jackson, R., Akan, M., MacLean, L. et Reimer, G. (2008). Culturally competent service provision issues experienced by Aboriginal people living with HIV/AIDS. *Pimatisiwin*, 6(2), 155-180.
- Barthélemy, L. (2012). L'approche écologique en action en France et au Québec. *Gérontologie et société*, 35(5), 101-108.
- Beaulieu, K. J. (2018). The seven lessons of the medicine wheel. *Say Magazine*, 91.  
<https://saymag.com/the-seven-lessons-of-the-medicine-wheel/>
- Berkman, L. et Kawachi, I. (2014). A historical framework for social epidemiology: Social determinants of population health. Dans L. F. Berkman, I. Kawachi et M. M. Glymour (dir.), *Social Epidemiology* (2<sup>e</sup> éd., p. 1-16). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.003.0001>
- Bethune, R., Absher, N., Obiagwu, M., Qarmout, T., Steeves, M., Yaghoubi, M., Tikoo, R., Szafron, M., Dell, C. et Farag, M. (2019). Social determinants of self-reported health for Canada's indigenous peoples: A public health approach. *Public Health*, 176, 172-180.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.03.007>
- Bishop, A. (2015). *Becoming an ally: Breaking the cycle of oppression* (3<sup>e</sup> éd.). Fernwood publishing. <https://fernwoodpublishing.ca/book/becoming-an-ally#:~:text=About%20the%20book,learning%20to%20act%20as%20allies.>
- Bodart, Y. (2018). Les phénomènes de groupe. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 117-118(1-2), 119-146. <https://doi.org/10.3917/cips.117.0119>
- Boisclair, V. (2021, 13 mars). Les proches de Mireille Ndjomouo, morte à l'hôpital, exigent des réponses. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1777101/deces-video-virale-enquetes-coroner-famille-questions>
- Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 150(5), 43-58. <https://doi.org/10.3917/arss.150.0043>
- Bourgeois, A. C., Edmunds, M., Awan, A., Jonah, L., Varsaneux, O. et Siu, W. (2017, 7 décembre). Le VIH au Canada – Rapport de surveillance, 2016. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 43(12), 282-291. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v43i12a01f>
- Bourque Bearskin, R. L. (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, 18(4), 548-559. <https://doi.org/10.1177/0969733011408048>
- Braun, V. et Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications

- Browne, A. J. (2017). Moving beyond description: Closing the health equity gap by redressing racism impacting Indigenous populations. *Social Science & Medicine* (1982), 184, 23-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.045>
- Burnett, K. (2023). Santé des Autochtones au Canada. Dans *L'Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sante-des-autochtones>
- Canadian Aboriginal AIDS Network. (2017). *Harm reduction services for Indigenous people who use drugs* [Guide]. Canadian HIV/AIDS Legal Network et Canadian Aboriginal AIDS Network. <http://librarypdf.catie.ca/ATI-20000s/26567.pdf>
- Cedar Project Partnership, Mehrabadi, A., Paterson, K., Pearce, M., Patel, S., Craib, K. J., Moniruzzaman, A., Schechter, M. T. et Spittal, P. M. (2008). Gender differences in HIV and hepatitis C related vulnerabilities among Aboriginal young people who use street drugs in two Canadian cities. *Women & Health*, 48(3), 235-260. <https://doi.org/10.1080/03630240802463186>
- Centre de collaboration nationale de la santé des Autochtones. (2017). *Le logement : un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis* [Fichier infographique]. [https://www.ccnsa.ca/525/Infographique\\_Le\\_logement\\_un\\_determinant\\_social\\_de\\_la\\_sant%C3%A9\\_des\\_Premi%C3%A8res\\_Nations\\_des\\_Inuits\\_et\\_des\\_M%C3%A9tis.nccih?id=195](https://www.ccnsa.ca/525/Infographique_Le_logement_un_determinant_social_de_la_sant%C3%A9_des_Premi%C3%A8res_Nations_des_Inuits_et_des_M%C3%A9tis.nccih?id=195)
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. Université St. Francis Xavier. <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>
- Centre d'Innovation des Premiers Peuples (2021). *Étude des besoins en matière de services pour Autochtones de la ville de Gatineau. Étude conduite par Solange van Kemenade et Bey Benhamadi, chercheurs indépendants, avec la collaboration de Magalie Civil*. [https://cipp-fpic.com/wp-content/uploads/2021/12/Etude-des-besoins-autochtones-de-Gatineau\\_Synthese.pdf](https://cipp-fpic.com/wp-content/uploads/2021/12/Etude-des-besoins-autochtones-de-Gatineau_Synthese.pdf)
- Chang, H. (2008). *Autoethnography as method*. Walnut Creek, CA : Left Coast Press Inc.
- Chereni, A. (2014). Positionality and collaboration during fieldwork: Insights from research with co-nationals living abroad. *Forum: Qualitative Social Research*, 15(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-15.3.2058>
- Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida. (2012). *La recherche communautaire : des opportunités de collaborations fructueuses* [Brochure]. [https://www.cocqsida.com/wp-content/uploads/2023/03/07-3\\_COCQSIDA\\_CollaborationsFructueuses\\_janv2013.pdf](https://www.cocqsida.com/wp-content/uploads/2023/03/07-3_COCQSIDA_CollaborationsFructueuses_janv2013.pdf)

- Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Stanton, J., Straits, K. J., Gil-Kashiwabara, E., Rodriguez Espinosa, P. et Wallerstein, N. (2018). Community-based participatory research (CBPR): Towards equitable involvement of community in psychology research. *American Psychologist*, 73(7), 884-898. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000167>
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Ce que nous avons retenu : les principes de la vérité et de la réconciliation* (no IR4-6/2015F-PDF) [Rapport]. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2015/trc/IR4-6-2015-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-6-2015-fra.pdf)
- Coulthard, G. S. (2014). *Red skin, white masks: Rejecting the colonial politics of recognition*. University of Minnesota Press.
- Creswell, J. W. et Clark, V. L. P. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publications
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications
- Cull, I., Hancock, R. L., McKeown, S., Pidgeon, M. et Vedan, A. (2018). *Pulling together: A guide for front-line staff, student services, and advisors*. BCcampus. <https://opentextbc.ca/indigenizationfrontlineworkers/>
- Croteau, K. et Molgat, M. (2021). Cercle Kinistôtadimin: décolonisation de l'École de service social de l'Université d'Ottawa. *Revue Canadienne de service social*, 38(2), 29-51. <https://doi.org/10.7202/1086117ar>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J. et Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18, Article 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a broader social determinant of health. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
- Dahlgren, G. et Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Institute for Futures Studies. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Dale, A. (1993). Le rôle de l'analyse secondaire dans la recherche en sciences sociales. *Sociétés contemporaines*, 14(1), 7-21.
- Darwin Holmes, A. G. (2020). Researcher positionality – A consideration of its influence and place in qualitative research – A new researcher guide. *Shanlax International Journal of Education*, 8(4), 1-10. <https://doi.org/10.34293/education.v8i4.3232>
- Decter, L. et Taunton, C. (2022). Embodying decolonial methodology: Building and sustaining critical relationality in the cultural sector. Dans E. Morton (dir.) *Unsettling canadian art history* (p. 87-111). McGill-Queen's University Press.

Department of Economic and Social Affairs Indigenous Peoples. (2018). *The Permanent Forum and the 2030 Agenda*. United Nations.

<https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/focus-areas/post-2015-agenda/the-sustainable-development-goals-sdgs-and-indigenous/recommendations.html>

Désilets, G. (2022). *Conditions de succès et limites des formations en sécurisation culturelle pour le personnel de santé et services sociaux*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2870-formations-securisation-culturelle-sante-services-sociaux.pdf>

DiAngelo, Robin. (2011). White fragility. *International Journal of Critical Pedagogy*, 3(3), 54-70.

Downing R, Kowal E. A postcolonial analysis of Indigenous cultural awareness training for health workers. *Health Sociol Rev.* 1<sup>er</sup> mars 2011;20(1):5-15.

Doucet, C. (2021). Une présence autochtone forte sur le territoire transfrontalier. Dans C. Doucet (dir.), *Situation transfrontalière de l'Outaouais et de l'Est ontarien : impacts et opportunités*, Observatoire du développement de l'Outaouais, <https://odooutaouais.ca/projets-majeurs/situation-frontalieres-de-loutaouais/>.

Drawson, A. S., Toombs, E. et Mushquash, C. J. (2017). Indigenous research methods: A systematic review. *The International Indigenous Policy Journal*, 8(2). <https://doi.org/10.18584/iipj.2017.8.2.5>

Dubé, G. (2016). L'autoethnographie, une méthode de recherche inclusive. *Présences: revue transdisciplinaire d'étude des pratiques psychosociales*, 9.

Dunn A. M. (2002). Cultural competence and the primary care provider. *Journal of Pediatric Health Care*, 16(3), 105-111. <https://doi.org/10.1067/mp.2002.118245>

Elliott, D. et Culhane, C. (2021). *Réinventer l'ethnographie : pratiques imaginatives et méthodologies créatives*. Presses de l'Université Laval.

Eni, R., Phillips-Beck, W., Achan, G. K., Lavoie, J. G., Kinew, K. . et Katz, A. (2021). Decolonizing health in Canada: A Manitoba first nation perspective. *International Journal for Equity in Health*, 20, Article 206. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01539-7>

Evans, D.B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 546-546A. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450>.

First Nations Information Governance Centre. (2014). *Ownership, Control, Access and Possession (OCAP™): The path to First Nations information governance*. [https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/5776c4ee9387f966e6771aa93a04f389\\_ocap\\_path\\_to\\_fn\\_information\\_governance\\_en\\_final.pdf](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/5776c4ee9387f966e6771aa93a04f389_ocap_path_to_fn_information_governance_en_final.pdf)



- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Chenelière.
- Gagné, N. (2008). Le savoir comme enjeu de pouvoir. L'ethnologue critiquée par les autochtones. Dans D. Fassin et A. Bensa (dir.), *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques* (p. 277-298). La Découverte.  
<https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2008.01.0277>
- Gentelet, K., & Timpson, A. M. (2014). Décoloniser les approches sur la gouvernance des Premières Nations: présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), 23-30.
- Giudici, S. (2018). Social transformation: A decolonial paradigm. *African Journal of Social Transformation*, 1, 19-30.  
[https://www.academia.edu/36907325/Social\\_Transformation\\_a\\_Decolonial\\_Paradigm](https://www.academia.edu/36907325/Social_Transformation_a_Decolonial_Paradigm)
- Gone, J. P. (2013). Redressing First Nations historical trauma: Theorizing mechanisms for indigenous culture as mental health treatment. *Transcultural psychiatry*, 50(5), 683-706.
- Gostin, L. O. (2005). Law and the public's health. *Issues in Science and Technology*, 21(3).  
<https://issues.org/gostin/>
- Goundar, S. (2012, mai). Research methodology and research method. Methods commonly used by researchers. *Victoria University of Wellington*.
- Gracey, M. et King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374(9683), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
- Graham, S., Muir, N. M., Formsma, J. W. et Smylie, J. (2023). First Nations, Inuit and Métis peoples living in urban areas of Canada and their access to healthcare: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), Article 5956. <https://doi.org/10.3390/ijerph20115956>
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4), 270-281.
- Greenwood, M., de Leeuw, S. et Lindsay, N. (2018). Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada. *The Lancet*, 391(10131), 1645-1648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30177-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30177-6)
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Sage Publications.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage handbook of qualitative research* (3<sup>e</sup> éd., p. 191-215). Sage Publications.

- Guerra, O., & Kurtz, D. (2017). Building Collaboration: A Scoping Review of Cultural Competency and Safety Education and Training for Healthcare Students and Professionals in Canada. *Teaching and Learning in Medicine*, 29(2), 129-142. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1234960>
- Hadi, M. A., Alldred, D. P., Closs, S. J. et Briggs, M. (2014). Mixed-methods research in pharmacy practice: Recommendations for quality reporting (part 2). *International Journal of Pharmacy Practice*, 22(1), 96-100. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12015>
- Hadjipavlou, G., Varcoe, C., Tu, D., Dehoney, J., Price, R. et Browne, A. J. (2018). “All my relations”: Experiences and perceptions of Indigenous patients connecting with Indigenous Elders in an inner city primary care partnership for mental health and well-being. *Canadian Medical Association Journal*, 190(20), E608-E615. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171390>
- Hallett, J., Held, S., McCormick, A. K. H. G., Simonds, V., Real Bird, S., Martin, C., ... & Trottier, C. (2017). What touched your heart? Collaborative story analysis emerging from an Apsáalooke cultural context. *Qualitative Health Research*, 27(9), 1267-1277.
- Halseth, R. et Murdock, L. (2020). *Appuyer l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé. Leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. [https://issuu.com/nccah-ccnsa/docs/ind-self-determine-halseth-murdoch-fr\\_niva\\_web\\_202](https://issuu.com/nccah-ccnsa/docs/ind-self-determine-halseth-murdoch-fr_niva_web_202)
- Hart-Wasekeesikaw, F. (dir). (2009). *Cultural competence and cultural safety in First Nations, Inuit and Métis nursing education: An integrated review of the literature* [Rapport]. Aboriginal Nurses Association of Canada. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/first\\_nations\\_framework\\_e.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/first_nations_framework_e.pdf) <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINALReviewofLiterature.pdf>
- Hawe, P. et Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100, I8-I14. <https://doi.org/10.1007/BF03405503>
- Health Council of Canada. (2012). Empathy, dignity and respect: *Creating cultural safety for Aboriginal people in urban health care*. [https://healthcouncilcanada.ca/files/Aboriginal\\_Report\\_EN\\_web\\_final.pdf](https://healthcouncilcanada.ca/files/Aboriginal_Report_EN_web_final.pdf)
- Held, M. B. (2019). Decolonizing research paradigms in the context of settler colonialism: An unsettling, mutual, and collaborative effort. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. <https://doi.org/10.1177/1609406918821574>
- Hussain, M. A., Elyas, T. et Nasseef, O. A. (2013). Research paradigms: A slippery slope for fresh researchers. *Life Science Journal*, 10(4), 2374-2381.
- Institute for Social Transformation. (2024). *What is social transformation?* <https://transform.ucsc.edu/about/social-transformation/>



- Jongbloed, K., Pooyak, S., Sharma, R., Mackie, J., Pearce, M. E., Laliberte, N. Demerais, L. Lester, R. T., Schechter, M. T., Loppie, C., Spittal, P. M. et Cedar Project Partnership. (2019). Experiences of the HIV cascade of care among Indigenous Peoples: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 23, 984-1003. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2372-2>
- Jongen, C., McCalman, J. et Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), Article 232, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>
- Kaushik, V. et Walsh, C. A. (2019). Pragmatism as a research paradigm and its implications for social work research. *Social sciences*, 8(9), 255-272. <https://doi.org/10.3390/socsci8090255>
- Keikelame, M. J. (2018). ‘The Tortoise under the couch’: an African woman’s reflections on negotiating insider-outsider positionalities and issues of serendipity on conducting a qualitative research project in Cape Town, South Africa. *International Journal of Social Research Methodology*, 21(2), 219-230. <https://doi.org/10.1080/13645579.2017.1357910>
- Kim, P. J. (2019). Social determinants of health inequities in indigenous Canadians through a life course approach to colonialism and the Residential School System. *Health Equity*, 3(1), 378-381. <https://doi.org/10.1089/heq.2019.0041>
- Kothari\*, A., Edwards, N., Yanicki, S., Hansen-Ketchum, P., & Kennedy, M. A. (2007). Modèles socio-écologiques: renforcement de la recherche interventionnelle dans le contrôle du tabac. *Drogues, santé et société*, 6(1), 337-364.
- Kovach, M. (2009). *Indigenous methodologies: Characteristics, conversations, and contexts*. University of Toronto Press.
- Kovach, M. (2010). *Conversational method in Indigenous research*. *First Peoples Child & Family Review*, 5(1), 40-48. <https://fpcfr.com/index.php/FPCFR/article/view/172>
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A., Zwi A. et Lozano-Ascencio, R. (Eds.) (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42545>
- Ladner, K. L. (2009). Understanding the impact of self-determination on communities in crisis. *International Journal of Indigenous Health*, 5(2), 88-101. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/28984/23937>
- Laperrière, H. (2004). *L'évaluation de l'action préventive en contexte d'imprévisibilité. Les enjeux d'un projet de prévention des MTS/VIH/Sida par les pairs, Amazonas, Brasil* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14414/Laperriere\\_Helene\\_2004\\_memoire.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14414/Laperriere_Helene_2004_memoire.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Laperrière, H. (2009). Une pratique réflexive collective de production de connaissances dans la lutte communautaire contre le VIH/sida au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(1), 77-91.
- Laperrière, H., Bendevis, C., Annous, R., Shannacappo, N., Laframboise, M., Dopler, S., Desjardins, F., Saunders, R., Gordon, R. et Pennock, L. (2020). *Niikaniganaw (all my relations) II – the COVID-19 Rapid Response: Indigenous approaches to synthesizing knowledge for culturally-safe and stigma free mental health care for under-served Indigenous communities in Ottawa-Gatineau* [Rapport]. Instituts de recherche en santé du Canada. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/52037.html>
- Leclerc, A. M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M. C., & Miquelon, P. (2018). Sécurisation culturelle en santé: un concept émergent. *LA SANTÉ DES RETRAITÉS, ON S'Y EMPLOIE!*, 50.
- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Berekenyei, S. et Braddock, C. H. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of General Internal Medicine*, 26(3), 317-325. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1529-0>
- Lévesque, C. (2015). Promouvoir la sécurisation culturelle, *Revue de la Ligue des droits et libertés*, 34(2), 16-19. [http://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/droits\\_libertesautomne2015autochtones.pdf](http://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/droits_libertesautomne2015autochtones.pdf)
- Lévesque, C., Cloutier, E., Radu, I., Parent-Manseau, D., Laroche, S. et Blanchet-Cohen, N. (2019). Taking action to improve Indigenous health in the cities of Québec and elsewhere in Canada: the example of the Minowé Clinic at the Val-d'Or Native Friendship Centre. Dans I. Vojnovic, A. Pearson, G. Asiki, G. De erteuil et A. Allen, *Handbook of Global Urban Health* (p. 347-362). Routledge.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. G. (2011). Paradigms and perspectives in contention. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4<sup>e</sup> éd., p. 91-95). Sage.
- Lines, L. A., Yellowknives Dene First Nation Wellness Division et Jardine, C.G. (2019). Connection to the land as a youth-identified social determinant of Indigenous Peoples' health. *BMC Public Health*, 19(1), Article 176. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6383-8>
- Linklater, R. (2014). *Decolonizing trauma work: Indigenous stories and strategies*. Fernwood.
- Loppie, C. et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé autochtones et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones* [Rapport]. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=46>

- Loppie, C. et Wien, F. (2022). *Comprendre les inégalités en santé vécues par les peuples autochtones à la lumière d'un modèle de déterminants sociaux* [Rapport]. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.  
[www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10373/RPT-Health\\_Inequalities\\_FR-web.pdf](http://www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10373/RPT-Health_Inequalities_FR-web.pdf)
- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. et Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(2), 190-193. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257>
- MacDonald, N. E., Comeau, J., Dubé, È., Graham, J., Greenwood, M., Harmon, S., McElhaney, J., McMurtry, C. M., Middleton, A., Steenbeek, A. et Taddio, A. (2021). Royal society of Canada COVID-19 report: Enhancing COVID-19 vaccine acceptance in Canada. *Facets*, 6(1), 1184-1246. <https://doi.org/10.1139/facets-2021-0037>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M. et Commission on Social Determinants of Health (2007). Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370(9593), 1153-1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- Marsdin, B., Jackson, R., Gooding, W., Masching, R., Booker, C., Peltier, D., Hartmann, K., O'Grady, J. et Li, A. (2023). Inaakonigeng ige-zhiwebiki'ba: Self-determining our path on the future of Indigenous STBBI research with the Feast Centre. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 32(2), 129-140. <https://utpjournals.press/doi/10.3138/cjhs.2022-0016>
- Martin, L. J., Houston, S., Yasui, Y., Wild, T. C., & Saunders, L. D. (2011). All-cause and HIV-related mortality rates among HIV-infected patients after initiating highly active antiretroviral therapy: The impact of aboriginal ethnicity and injection drug use. *Canadian Journal of Public Health*, 102(2), 90-6
- McCloskey, D. J., McDonald, M. A., Cook, J., Heurtin-Roberts, S., Updegrove, S., Sampson, D., Gutter, S. et Eder, M. (2015). Community engagement: Definitions and organizing concepts from the literature. Dans D. J., McCloskey (dir.), *Principles of community engagement* (2<sup>e</sup> éd., p. 1-42). NIH Publication  
[https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE\\_Report\\_Chapter\\_1\\_SHEF.pdf](https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_Chapter_1_SHEF.pdf)
- McGibbon, E., Mulaudzi, F. M., Didham, P., Barton, S. et Sochan, A. (2014). Toward decolonizing nursing: The colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing Inquiry*, 21(3), 179-191. <https://doi.org/10.1111/nin.12042>
- Mant, M., Abonyi, S. et Hackett, P. (2023). Colonial tuberculosis legacies and the Dynevor Indian Hospital (1908-1934). *CMAJ*, 195(7), E278-E280. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221284>

- McNamara, B. J., Sanson-Fisher, R., D'Este, C. et Eades, S. (2011). Type 2 diabetes in Indigenous populations: Quality of intervention research over 20 years. *Preventive medicine*, 52(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.11.002>
- Menzies, A. K., Bowles, E., Gallant, M., Patterson, H., Kozmik, C., Chiblow, S., McGregor, D., Ford, A. et Popp, J. N. (2022). "I see my culture starting to disappear": Anishinaabe perspectives on the socioecological impacts of climate change and future research needs. *Facets*, 7(1), 509-527. <https://www.facetsjournal.com/doi/10.1139/facets-2021-0066>
- Merriam, S. B., Johnson-Bailey, J., Lee, M. Y., Kee, Y., Ntseane, G. et Muhamad, M. (2001). Power and positionality: Negotiating insider/outsider status within and across cultures. *International Journal of Lifelong Education*, 20(5), 405-416. <https://doi.org/10.1080/02601370120490>
- Mertens, D. M. (2012). Transformative mixed methods: Addressing inequities. *American Behavioral Scientist*, 56(6), 802-813. <https://doi.org/10.1177/0002764211433797>
- Mill, J., Edwards, N., Jackson, R., Austin, W., MacLean, L., Reintjes, F. (2009). Accessing Health Services When Living with HIV/AIDS: Stigma as a Conjunction of Factors. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, Volume 41, Number 3, September 2009, pp. 168-185 (18).
- Morrison, T. (2018). *L'origine des autres* (traduit par C. Laferrière). Christian Bourgois éditeur.
- National Center for Injury Prevention and Control. (2002). *The Social-Ecological Model: A Framework for Violence Prevention* [Rapport]. Centers for Disease Control and Prevention. <https://eric.ed.gov/?id=ED556109>
- Nations Unies (s. d.). *Peuples autochtones*. <https://www.un.org/fr/fight-racism/vulnerable-groups/indigenous-peoples#:~:text=Plus%20de%20476%20millions%20de,langues%20existant%20dans%20le%20monde>
- Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T. et Reading, C. (2015). HIV among Indigenous peoples: A review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. *AIDS and Behavior*, 19(9), 1720-1734. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1023-0>
- Nelson, S. E. et Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social Science & Medicine*, 176, 93-112. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>
- Nelson, S. E. et Wilson, K. (2018). Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. *Social Science & Medicine*, 218, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.017>

- Nowicka, M. et Ryan, L. (2015). Beyond insiders and outsiders in migration research: Rejecting a priori commonalities. Introduction to the FQS thematic section on "Researcher, migrant, woman: Methodological implications of multiple positionalities in migration studies". *Forum: Qualitative Social Research*, 16(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-16.2.2342>
- O'Brien, X., Wolfe, S., Maddox, R., Laliberte, N. et Smylie, J. (2018). *Our health counts Toronto: Adult Access to health Care*. Well Living House. [http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2022/06/Access-to-Health-Care-OHC-Toronto\\_1June2022.pdf](http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2022/06/Access-to-Health-Care-OHC-Toronto_1June2022.pdf)
- OECD. (2020). *Linking Indigenous Communities with regional development in Canada* [Rapport]. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/fa0f60c6-en>.
- Ontario HIV Treatment Network. (2019, octobre). *Unmet needs of Indigenous peoples living with HIV*. <https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-unmet-needs-of-indigenous-peoples-living-with-hiv/>
- Papps, E. et Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal For Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>
- Peltier, D. (2014, printemps). Our Home Fires = Kinship, Community and Love. *Canadian Aboriginal AIDS Network Newsletter*. Récupéré le 22 octobre 2021 de <http://www.caan.ca/2014/04/10/our-home-fires-kinship-community-and-love/>
- Piaget, J. (1967). *La psychologie de l'intelligence*. Armand Colin.
- Pouliot, S., Gagnon, S. et Pelchat, Y. (2016). *La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux : constats et pistes d'action* [Rapport]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2076>
- Prentice, T. (2015). *Visioning health: Using the arts to understand culture and gender as determinants of health for HIV-positive Aboriginal women (PAW)*. [Thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. Recherche uO. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-4345>
- Prentice, T., Mashing, R. (2016). An Indigenous HIV Research Feast. Canadian Institutes of Health Research - Canadian HIV Trial Network (CTN) Cross-Core Community Forum, Montreal, QC, November 3.
- Quinless, J. M. (2022). *Decolonizing data. Unsettling conversations about social research methods*. University of Toronto Press.
- Yiu, L. (2012). Community care. In L.L. Stamler & L. Yiu (Eds.), *Community health nursing: A Canadian perspective* (pp. 213-235). Toronto, Ontario: Pearson Prentice Hall.
- Reading, C. (2015). Structural determinants of Aboriginal peoples' health. Dans M. Greenwood, S. de Leeuw et N. M. Lindsay (dir.), *Determinants of Indigenous peoples' health: Beyond the Social* (2<sup>e</sup> éd., p. 3-17). Canadian Scholars.

- Reading, C. L. et Wien, F. (2009). *Health inequalities and the social determinants of Aboriginal peoples' health* (p. 1-47). National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Reimer Kirkham, S., Smye, V., Tang, S., Anderson, J., Blue, C., Browne, A., Coles, R., Dyck, I., Henderson, A., Lynam, M. J., Perry, J., Semniuk, P. et Shapera, L. (2002). Rethinking cultural safety while waiting to do fieldwork: Methodological implications for nursing research. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 222-232.  
<https://doi.org/10.1002/nur.10033>
- Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. (2018, 15 octobre). *Histoire : les Autochtones, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et la relation découlant des traités*. Gouvernement du Canada. <https://www.rcaanc-cimac.gc.ca/fra/1338907166262/1607904846325>
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S. et Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & disease*, 9(1), 10-21.
- Richardson, L. et Crawford, A. (2020). COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health. *Canadian Medical Association Journal*, 192(38), E1098-E1100.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.200852>
- Riopel, A. (2020). Les dernières heures de Joyce Echaquan. *Le Devoir*.  
<https://www.ledevoir.com/societe/587114/les-dernieres-heures-?>
- Romm, N. R. (2015). Reviewing the transformative paradigm: A critical systemic and relational (Indigenous) lens. *Systemic Practice and Action Research*, 28, 411-427.  
<https://doi.org/10.1007>
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32-38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- Schill K, Caxaj S. Cultural safety strategies for rural Indigenous palliative care: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):N.PAG- N.PAG.
- Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations communities. *International Journal of Indigenous Health*, 1(1), 80-95.
- Services aux Autochtones Canada. (2023, 2 mai). *Soins de santé pour les Autochtones au Canada*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1626810177053/1626810219482>
- Shea, B., Aspin, C., Ward, J., Archibald, C., Dickson, N., McDonald, A., Penehira, M., Halverson, J., Masching, R., McAllister, S., Smith, L. T., Kaldor, J. M. et Andersson, N. (2011). HIV diagnoses in indigenous peoples: comparison of Australia, Canada and New Zealand. *International Health*, 3(3), 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2011.03.010>



- Shorten, A. et Smith, J. (2017). Mixed methods research: Expanding the evidence base. *Evidence-Based Nursing*, 20(3), 74-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102699>
- Sinclair, N., & Dainard, S. (2024). Rafle des années soixante. Dans *l'Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sixties-scoop>
- Smith, L. T. (2012). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples* (2<sup>e</sup> éd.). Zed Books.
- Solar, O. et Irwin, A. (2010, 13 juillet). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2*. Word Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Statistique Canada. (2017a, 25 octobre). *Les conditions de logement des peuples autochtones au Canada. Recensement de la population, 2016* (n° 98-200-X2016021). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016021/98-200-x2016021-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2017b, 25 octobre). *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016*. [catalogue n° 12 11-001-X]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.pdf?st=dX1DAeSr>
- Statistique Canada. (2018, novembre). *Expériences sur le marché du travail des Métis : principaux résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2017* (n° 89-653-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2018002-fra.htm>
- Statistique Canada. (2019, 18 juillet). *Série « Perspective géographique », Recensement de 2016* (n° 98-404-X2016001). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-cma-fra.cfm?LANG=Fra&GK=CMA&GC=505&TOPIC=9>
- Statistique Canada. (2022, 21 septembre). *La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-fra.htm?indid=32990-1&indgeo=0>
- Supervie, V., Marty, L., Lacombe, J. M., Dray-Spira, R., Costagliola, D. et FHDH-ANRS CO4 study group. (2016). Looking beyond the cascade of HIV care to end the AIDS epidemic: Estimation of the time interval from HIV infection to viral suppression. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 73(3), 348-355. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001120>
- Thibault, M. (2013). Normativité sociale et normativité épistémique. La recherche en milieu autochtone au Canada et dans le monde anglo-saxon. *Socio*, (1), 135-152. <https://doi.org/10.4000/socio.291>

- Truong, M., Paradies, Y. et Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(99), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- Tuck, E. et Yang, K. W. (2012). Decolonization is not a metaphor. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 1(1), 1-40. <https://clas.osu.edu/sites/clas.osu.edu/files/Tuck%20and%20Yang%202012%20Decolonization%20is%20not%20a%20metaphor.pdf>
- Usher, K., Jackson, D., Walker, R., Durkin, J., Smallwood, R., Robinson, M., Sampson, U. N., Adams, I., Porter, C. et Marriott, R. (2021). Indigenous resilience in Australia: A scoping review using a reflective decolonizing collective dialogue. *Frontiers in Public Health*, 9, Article 630601. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.630601>
- Vanlint, A. (2021). Le journal de bord comme outil de terrain. *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/le-journal-de-bord-ou-de-terrain/>
- van Merriënboer, J. J. G., de Bruin, A. B. H. (2014). Research paradigms and perspectives on learning. Dans J. Spector, M., Merrill, J. Elen et M. Bishop (dir.), *Handbook of research on educational communications and technology* (p. 21-29). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3185-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3185-5_2)
- Vanthuyne, K. et Dussault, C. (2022). La décolonisation de l'enseignement universitaire à l'épreuve du colonialisme d'occupation. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, (53-2), 67-91. <https://doi.org/10.4000/rsa.5625>
- Velasquez, J., Knatterud-Hubinger, N., Narr, D., Mendenhall, T. et Solheim, C. (2011). Mano a Mano: Improving health in impoverished Bolivian communities through community-based participatory research. *Families, Systems & Health*, 29(4), 303-313. <https://doi.org/10.1037/a0026174>
- Wendt, D. C. et Gone, J. P. (2012). Rethinking cultural competence: Insights from indigenous community treatment settings. *Transcultural psychiatry*, 49(2), 206-222. <https://doi.org/10.1177/1363461511425622>
- Wieman, C., DeBeck, K. et Adams, E. (2018). Widening the perspective on HIV among Indigenous Australians. *The Lancet. HIV*, 5(9), e477-e478. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30171-1)
- Wilson, S. (2001). What is an indigenous research methodology? *Canadian Journal of Native Education*, 25(2), 175-179.
- Wilson, S. (2008). *Research is ceremony: Indigenous research methods*. Fernwood Publishing



- Wilson, S. et Hughes, M. (2019). Why research is reconciliation. Dans S. Wilson, A. V Breen et L. Dupré (dir.), *Research and reconciliation: Unsettling ways of knowing through Indigenous relationships* (p. 6-19). Canadian Scholars  
<https://canadianscholars.ca/book/research-and-reconciliation/>
- Wylie, L. et McConkey, S. (2019) Insiders' insight: Discrimination against Indigenous peoples through the eyes of health care professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6(1), 37-45. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-9>
- Zombré, I. (2018). *Savoirs communautaires et expérientiels d'engagements volontaires comme contributions éducatives pour les sciences infirmières : étude de cas d'un organisme communautaire de lutte contre le VIH/sida* [Mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa]. Recherche uO. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-22806>
- Zúñiga, R. (1998). La recherche qualitative comme carrefour identitaire. *Recherches qualitatives*, 18, 17-35.

## ANNEXE 1 : Lettre de permission pour l'analyse des données secondaires de l'intervention

À l'attention du comité éthique de l'université d'Ottawa

OBJET : Lettre de permission pour analyse des données secondaires du projet Niikaniganaw

Monsieur/Madame,

Je souignée, Hélène Laperrière, Chercheure principale du projet Niikaniganaw, autorise avec l'accord commun des membres du projet, Mademoiselle Inès Zombre, candidate au doctorat en santé des populations à avoir accès aux données qualitatives recueillies lors de l'intervention pour une analyse secondaire, dans le cadre de son projet de recherche : **Niikaniganaw (Toutes mes relations) : ethnographie d'une initiative d'apprentissage autochtone à la sécurité et à la compétence culturelle**. L'accès aux données aura lieu de août 2021- octobre 2021. La candidate a fait part de sa proposition de thèse à l'équipe de travail de l'intervention pour laquelle, elle désire avoir accès aux données qualitatives.

Recevez, Madame, Monsieur, mes salutations cordiales.

Hélène Laperrière

## ANNEXE 2 : Approbation éthique du projet Niikaniganaw

02/10/2023

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

**University of Ottawa**

Office of Research Ethics and Integrity

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

**Numéro du dossier / Ethics File Number**

H-06-21-7091

**Titre du projet / Project Title**

Niikaniganaw (All My Relations)  
II: Continuing to build  
relationships and capacity for  
stigma-free and culturally-safe  
care for Indigenous people living  
with or affected by HIV and  
related issues in  
Ottawa-Gatineau

**Type de projet / Project Type**

Recherche de professeur /  
Professor's research project

**Statut du projet / Project Status**

Renouvelé / Renewed

**Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)**

13/09/2021

**Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)**

12/09/2024

### Équipe de recherche / Research Team

**Chercheur / Researcher Affiliation**

**Role**

Hélène LAPERRIÈRE

École des sciences infirmières / School of Nursing

Chercheur Principal / Principal Investigator

Sharp DOPLER

École des sciences infirmières / School of Nursing

Autre / Other

**Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments**

550, rue Cumberland, pièce 154  
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154  
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)

### ANNEXE 3 : Questionnaire quantitatif en ligne

This survey aims to collect quantitative data to support the evaluation of the Niikaniganaw intervention, an important part of the project. The survey takes approximately 8 minutes to complete. We greatly appreciate your participation and commitment to this collective impact project.

#### **Notes :**

**"Organization"** refers to the community and institutional settings that provide HIV care and services, as well as the academic settings that train health care professionals and community providers.

**"Health care provider"** refers healthcare professionals like nurses, nurse practitioners, physicians, family doctors and social workers

**"Community service provider"** refers to community service workers administer and implement a variety of social assistance programs and community services (outreach, providing prevention and harm reduction services)

#### **Sociodemographic data**

1. What is your gender?
  - ☐ Male
  - ☐ Female
  - ☐ Bi-spiritual person
  - ☐ Other
  - ☐ Prefer not to answer
2. What is your first language?
  - ☐ English
  - ☐ French
  - ☐ Indigenous languages
  - ☐ Other
3. If Indigenous languages
  - ☐ Specify\_\_\_\_\_
4. What is your race/ ethnicity? (Please choose only one)
  - ☐ White/Caucasian
  - ☐ Caribbean/African/Black
  - ☐ Middle Eastern
  - ☐ Asian/Pacific Islander
  - ☐ Mixed origin
  - ☐ Indigenous
  - ☐ Hispanic
  - ☐ Prefer not to answer

5. If you identify yourself as an Indigenous person, to which Nation do you belong?
- ☐ First Nations
  - ☐ Inuit
  - ☐ Métis
  - ☐ Other
  - ☐ N/A
6. Which stakeholder group do you identify yourself within the Niikaniganaw project?  
Indicate as many as apply
- ☐ Elder and Indigenous Knowledge Keeper
  - ☐ Indigenous person living with or affected by HIV (IPHA)
  - ☐ Student in health sciences or nursing
  - ☐ Academic researcher
  - ☐ Health care provider
  - ☐ Community service provider
  - ☐ Other, specify \_\_\_\_\_
7. Do you identify yourself as a provider or a recipient of health care services related to HIV?
- ☐ Health care provider
  - ☐ Community service provider
  - ☐ Indigenous person receiving health care or community services
  - ☐ Indigenous person providing health care or community services
  - ☐ Indigenous person providing and receiving health care or community services
  - ☐ Other, specify \_\_\_\_\_
8. Do you provide or receive health care or community services in the Ottawa/Gatineau area?
- ☐ Yes
  - ☐ No
9. How many years have you been providing or receiving HIV health services?
- ☐ < 5 years
  - ☐ 5- 10 years
  - ☐ 10-15 years
  - ☐ > 15 years
  - ☐ N/A

Pre-Intervention Setting Data

A. **The health care/services provided within your organization.** Responses range from "strongly agree," "agree," "unsure," "disagree," "strongly disagree."

|                                                                                                                                                                | <b>Strongly Agree</b> | <b>Agree</b> | <b>Unsure</b> | <b>Disagree</b> | <b>Strongly disagree</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| In your organization, you have services for people living with HIV                                                                                             |                       |              |               |                 |                          |
| Within your organization, you have services tailored for Indigenous Peoples living with or affected by HIV                                                     |                       |              |               |                 |                          |
| The services offered to people living with HIV are easily visible on your organization's web page and the various brochures offered                            |                       |              |               |                 |                          |
| Services for Indigenous Peoples living with HIV are easily available on your organization's web page and the different brochures offered                       |                       |              |               |                 |                          |
| In your organization, there are collaborations with Indigenous community partners to provide appropriate services/care to the urban Indigenous living with HIV |                       |              |               |                 |                          |
| In your organization, the services/care provided are culturally safe for the Indigenous population                                                             |                       |              |               |                 |                          |
| In your organization, there is a lack of targeted services for people who identify as Indigenous within your organization                                      |                       |              |               |                 |                          |
| Your organization is aware of the specific health needs of the Indigenous population                                                                           |                       |              |               |                 |                          |
| Your organization addresses the specific health needs of the Indigenous population                                                                             |                       |              |               |                 |                          |
| Your organization promotes the use of Indigenous healing practices in services provided to urban Indigenous peoples                                            |                       |              |               |                 |                          |
| The strategies your organization has in place to address HIV-related stigma are effective                                                                      |                       |              |               |                 |                          |

|                                                                                                                           | <b>Strongly Agree</b> | <b>Agree</b> | <b>Unsure</b> | <b>Disagree</b> | <b>Strongly disagree</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| Your organization has strategies in place to build capacity to provide care or services that are culturally safe          |                       |              |               |                 |                          |
| The Truth and Reconciliation report's calls to action are reflected in the services or care provided by your organization |                       |              |               |                 |                          |

B. The following questions are for **Indigenous peoples living with or affected by HIV, Indigenous Elders or Knowledge Keepers, and Indigenous researches.**

10. Are perspectives of Indigenous peoples living with or affected by HIV considered in the HIV care/service cascade?
- ☐ Very little
  - ☐ Little
  - ☐ Greatly
  - ☐ Very greatly
11. Do current trainings for health care and community service providers on cultural competence and cultural safety help to facilitate a better intercultural care relationship with Indigenous peoples living with HIV?
- ☐ Very little
  - ☐ Little
  - ☐ Greatly
  - ☐ Very greatly
12. Do current trainings for health care and community service providers on cultural competence and cultural safety contribute to an understanding of Indigenous peoples' living with or affected by HIV self-determination in the care relationship?
- ☐ Very little
  - ☐ Little
  - ☐ Greatly
  - ☐ Very greatly
13. Do current trainings for health care and community service providers on cultural competence and cultural safety include Indigenous perspectives (i.e., involvement of Elders, inclusion of ceremonies, life experience knowledge)?
- ☐ Very little
  - ☐ Little
  - ☐ Greatly
  - ☐ Very greatly

14. Are conventional engagement methods and conventional prevention strategies sufficient to meet the specific needs of Indigenous peoples living with or affected by HIV?

- ☐ Very little
- ☐ Little
- ☐ Greatly
- ☐ Very greatly

C. The following questions are intended **for students, non-Indigenous researchers, and health care and community service provider.**

15. Have you ever attended training on cultural competency or cultural safety as part of your job or education?

- ☐ Yes
- ☐ No

16. If yes, have these trainings helped to strengthen your relationship with the Indigenous population you serve?

- ☐ Very little
- ☐ Little
- ☐ Greatly
- ☐ Very greatly

17. Does your organization offer training or courses on Indigenous health issues?

- ☐ Yes
- ☐ No

18. If yes, have these trainings helped to strengthen your relationship with the Indigenous population you serve?

- ☐ Very little
- ☐ Little
- ☐ Greatly
- ☐ Very greatly

Post-intervention Setting Data

D. **Improving health services/care offered within your organization.** Responses range from "strongly agree," "agree," "unsure," "disagree," "strongly disagree.

|                                                                                                                                                 | Strongly Agree | Agree | Unsure | Disagree | Strongly disagree |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|--------|----------|-------------------|
| The Niikaniganaw intervention will build your capacity to provide culturally appropriate and stigma-free services or care to Indigenous Peoples |                |       |        |          |                   |



|                                                                                                                                                                                 | <b>Strongly Agree</b> | <b>Agree</b> | <b>Unsure</b> | <b>Disagree</b> | <b>Strongly disagree</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| The Niikaniganaw experience has strengthened your ability to be actors of social change for stigma-free and culturally appropriate HIV care and services                        |                       |              |               |                 |                          |
| The different cultural activities of the Niikaniganaw intervention contribute to your understanding of Indigenous ways of knowing and the importance of a culturally safe space |                       |              |               |                 |                          |
| As you were members of the Niikaniganaw intervention, you felt like part of it rather than learners                                                                             |                       |              |               |                 |                          |
| The safe space offered during the intervention facilitated exchanges on certain sensitive subjects such as racism, residential schools                                          |                       |              |               |                 |                          |
| The Niikaniganaw intervention has contributed to address barriers between health care providers and Indigenous peoples living with or affected by HIV                           |                       |              |               |                 |                          |
| The Niikaniganaw learning process is very different from other cultural safety trainings                                                                                        |                       |              |               |                 |                          |

E. The following questions are intended for **students, non- Indigenous researchers, and health care and community service provider.**

19. Does the learning process of the Niikaniganaw model differ from other cultural safety training in your job or studies?

- ☐ Yes
- ☐ No

20. If yes, will the different learning activities contribute to strengthening your relationship with the Indigenous population you serve?

- ☐ Very little
- ☐ Little
- ☐ Greatly
- ☐ Very greatly

21. Has the Niikaniganaw learning model improved your understanding of the health issues facing Indigenous Peoples?

- ☐ Very little
- ☐ Little
- ☐ Greatly
- ☐ Very greatly

Data related to environmental changes resulting from Phase I of the Niikaniganaw project.

22. Are there any facilitators that have made it easier to integrate the knowledge and skills learned through Niikaniganaw into your organization?

- ☐ Yes
- ☐ No

If yes, identify the facilitating factors based on your context, specify as many as apply:

- ☐ Peer support
- ☐ Availability of material and human resources
- ☐ Available funding
- ☐ Reciprocal relationships with Indigenous partners
- ☐ Supportive policies within the organization
- ☐ Other, specify\_\_\_\_\_

23. Are there any barriers that have made it difficult to integrate the knowledge and skills learned through Niikaniganaw into your organization?

- ☐ Yes
- ☐ No

If yes, identify the barriers that are appropriate to your context, specify as many as apply:

- ☐ Lack of personnel
- ☐ Lack of material resources
- ☐ Lack of funding
- ☐ Lack of relationships with Aboriginal partners
- ☐ Structural barriers (e.g., organizational policies; organizational mandate)
- ☐ Other, specify\_\_\_\_\_

24. As a result of Phase I of Niikaniganaw, are there any concrete examples of practices that have been implemented to support culturally safe or safe space health care or services in your organization?

- ☐ Yes
- ☐ No

If yes, select the examples that apply to your context, specify as many as apply:

- ☐ Offering Indigenous cultural activities
- ☐ Offering prevention or health promotion workshops with Indigenous partners, including Niikaniganaw partners

- ☐ Hiring Indigenous health care workers or services providers
- ☐ Building strong relationships with local Aboriginal partners
- ☐ Offering Indigenous medicinal practices activities (e.g., smudging)
- ☐ Other, specify\_\_\_\_\_