



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

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

Warning

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

FACTEURS FAVORISANT L'ACCÈS ET LE RECOURS DES HOMMES ANICINAPEK
AUX SERVICES SOCIO-SANITAIRES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE SUR MESURE EN SANTÉ AUTOCHTONE

PAR
HÉLÈNE POURCELOT

AOÛT 2023

REMERCIEMENTS

J'adresse mes premiers remerciements aux hommes qui ont répondu à l'invitation de participer à cette étude. Mik8etc pour votre confiance et votre ouverture à partager votre expérience. Vos témoignages ont bien sûr été essentiels à cette étude, mais ont aussi été source d'inspiration à un niveau plus personnel. Mik8etc à Alex-Sandra Baril, Ernest Pénosway et Véronic Mianscum pour votre aide dans l'organisation des entrevues et la rencontre des participants. Mik8etc aux membres des conseils de bande des trois communautés participantes, et plus particulièrement à Manon Tremblay et Joan Wylde, pour avoir cru en ce projet. Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude envers Alex Cheezo et Élisabeth Papatie pour leurs enseignements. Sans eux, je n'aurais peut-être pas saisi le sens de certains éléments présents dans les entrevues. Kitci mik8etc.

Je tiens aussi à remercier Oscar Labra, mon directeur de recherche, et Hugo Asselin, mon co-directeur, pour leur accompagnement. Votre disponibilité, vos commentaires constructifs et vos précieux conseils ont été un apport inestimable à la réalisation de ce mémoire. Merci également à Oscar pour avoir eu l'initiative de ce projet de recherche et pour la bourse offerte pour sa réalisation. Je n'envisageais pas de poursuivre des études aux cycles supérieurs, et c'est l'intérêt pour ce projet, qui semblait être taillé sur mesure en fonction de mes domaines de prédilection, qui m'a engagé dans cette voie si riche en découvertes.

Un grand merci à Stéphane Grenier, professeur à l'UQAT, qui, bien que n'ayant pas joué de rôle officiel dans la réalisation de ce mémoire, m'a offert plusieurs opportunités qui ont enrichi mon parcours. Grâce à ces collaborations, j'ai pu développer mes compétences et cultiver ma passion pour la recherche. Je souhaite exprimer aussi ma reconnaissance aux membres des services aux étudiants, plus particulièrement Pierre Bédard et Marie-Pier Pilon, pour le dévouement et la créativité dont ils font preuve pour soutenir les étudiants de l'UQAT dans leur travail et nourrir leur motivation. Votre soutien et votre écoute ont été essentiels pour surmonter les moments difficiles de mon parcours.

Je ne saurais assez remercier mon amie Nadia qui, comme moi, a su concilier un parcours académique en terre d'accueil à ses responsabilités familiales. Bien que la

maîtrise sur mesure apporte son lot d'isolement, je ne me suis jamais sentie seule. Ton accueil chaleureux, ton écoute et ton humour ont toujours su me reconforter. J'espère que je saurai te rendre la pareille ces prochaines années.

Finalement, merci à mes enfants d'avoir supporté les aléas de mon engagement dans mes travaux de maîtrise. Vous avez toujours été là pour aider à la maison quand j'étais moins disponible. La volonté de vous proposer un modèle de réussite a aussi été un fort motivateur, et j'espère que cette expérience aura su vous encourager à poursuivre vos rêves.

Enfin, ce projet a été possible grâce au soutien financier de plusieurs organismes : le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, le Fonds de recherche du Québec – Société et culture, le Regroupement intersectoriel de recherche en santé, la Table santé et bien-être des hommes en Abitibi-Témiscamingue et la Chaire Desjardins en développement des petites collectivités.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DE LA SITUATION.....	8
1.1 Contexte socio-historique	8
1.2 Accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires	12
1.3 Masculinités autochtones et comportements liés à la santé	17
1.4 Accéder aux services : le processus de la demande d'aide.....	20
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL	24
2.1 Perspectives théoriques post-coloniales.....	24
2.2 Salutogenèse	25
2.3 Modèle d'accès aux services socio-sanitaires	27
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	31
3.1 Aire d'étude.....	31
3.2 Méthode de recherche.....	34
3.2.1 Collecte de données.....	34
3.2.2 Participants	37
3.2.3 Analyse des résultats	39
3.2.4 Considérations éthiques	40
CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....	43
4.1 Les participants et leur utilisation des services.....	44
4.1.1 Profils d'utilisateurs de services.....	44
4.1.2 Carte des services	45
4.2 Caractéristiques des hommes et de leur environnement.....	47
4.2.1 Caractéristiques des environnements	49

4.2.2	Caractéristiques des hommes utilisateurs de services	55
4.2.3	Déclencheurs de la demande d'aide et cheminement vers la guérison.....	82
4.2.4	Motivateurs de la demande d'aide et de l'engagement dans les services..	85
4.3	Caractéristiques des services favorisant leur accessibilité.....	88
4.3.1	Approches gagnantes.....	89
4.3.2	Caractéristiques des professionnels	106
4.3.3	Avantages des services offerts par les centres de santé des communautés	111
4.4	Pistes de solution.....	115
4.4.1	Déconstruire les préjugés	116
4.4.2	Inscrire la santé des hommes parmi les priorités d'action.....	117
4.4.3	Inclure les hommes marginalisés.....	118
4.4.4	Bonifier l'offre de services	122
CHAPITRE 5 DISCUSSION		128
5.1	Facteurs favorisant la reconnaissance des besoins de santé : Approchabilité des services et facilité des hommes à percevoir leurs besoins.....	130
5.1.1	Facteurs favorisant la capacité des hommes à percevoir leurs besoins de soins	130
5.1.2	Facteurs favorisant l'approchabilité des services.....	133
5.2	Facteurs favorisant la recherche des soins : facilité des hommes à chercher les services et acceptabilité des services	137
5.2.1	Facilité des hommes à chercher les services	138
5.2.2	Acceptabilité des services	140
5.3	Facteurs favorisant la prise de contact et le recours aux services : Disponibilité, abordabilité et commodité des services, facilité des hommes à atteindre et à payer les services	151
5.3.1	Disponibilité, commodité et abordabilité des services	152
5.3.2	Facilité des hommes à atteindre et à payer les services	155
5.4	Facteurs améliorant les retombées du recours des hommes anicinapek aux services : Pertinence et qualité des services, facilité des hommes à s'engager.....	158
5.4.1	Facilité des hommes à s'engager	158
5.4.2	Pertinence et qualité des services	166
5.5	Le rôle des centres de santé des communautés pour favoriser l'accès des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires.....	169

5.6 Retombées de l'utilisation des services sur le rapport des hommes anicinapek aux services sociaux et de santé	170
CONCLUSION	173
ANNEXE A – GUIDE D'ENTREVUE	198
ANNEXE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	204
ANNEXE C – APPROBATION ÉTHIQUE	213

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1. Modèle d'accès aux services de Levesque <i>et al.</i> (2013).	28
Figure 4.1. Carte des services évoqués dans les entrevues : services offerts par les conseils de bande (orange); services gouvernementaux (bleu); services associatifs (jaune); services privés (gris). Suivi du nombre de participants ayant évoqué ce service.....	46
Figure 5.1. Facteurs favorisant l'accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires d'après le modèle d'accès aux soins de Levesque <i>et al.</i> (2013).....	129

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants.....	39
Tableau 4.1. Profils d'utilisateurs de services des participants.	44
Tableau 4.2. Facteurs individuels et environnementaux favorisant l'accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires.....	48
Tableau 4.3. Facteurs favorisant l'accessibilité des services socio-sanitaires pour les hommes autochtones.	89
Tableau 4.4. Pistes de solutions proposées par les participants pour bonifier l'offre de services socio-sanitaires aux hommes autochtones.....	115

RÉSUMÉ

Plusieurs indicateurs révèlent la persistance d'inégalités en santé qui affectent particulièrement les populations autochtones. En effet, en comparaison de l'ensemble des Canadiens, les Autochtones ont une espérance de vie moins longue, une prévalence plus élevée de troubles de santé chroniques (par exemple : diabète, obésité, arthrite, maladies cardio-vasculaires) et un plus grand risque de vivre des problèmes de violence conjugale, familiale ou de dépendance. Pourtant, les services socio-sanitaires sont peu utilisés par les personnes autochtones, surtout les hommes, suggérant une difficulté d'accès. Bien que la question de l'accès et du recours des Autochtones aux services socio-sanitaires concerne davantage les hommes que les femmes, les études sur cette question se sont plus consacrées au volet féminin. L'objectif de cette étude était par conséquent d'identifier les facteurs facilitant l'accès et le recours aux services socio-sanitaires par les hommes anicinapek. Pour ce faire, 15 entrevues ont été réalisées auprès d'hommes utilisateurs de services de trois communautés anicinapek situées en Abitibi-Témiscamingue (Québec). L'analyse thématique des données a été faite à partir du modèle d'accès aux soins centré sur le patient et dans une perspective salutogène, c'est-à-dire en portant un regard sur les

facteurs et les ressources permettant de maintenir et d'améliorer l'accessibilité des services, ainsi que sur les forces et les compétences des participants. Pour les hommes anicinapek utilisateurs de services, la bonne connaissance des services, le soutien des proches, l'engagement sur un chemin de guérison, ainsi que des qualités telles que l'autonomie, l'affirmation de soi et la persévérance facilitent l'accès aux services. Pour ce qui est des services, les participants ont identifié plusieurs facteurs favorisant leur accessibilité : les approches de proximité, le respect de la confidentialité, la pertinence culturelle, la promotion d'une image positive des hommes, la qualité de la dimension relationnelle des soins et la simplification des procédures.

INTRODUCTION

Malgré une couverture universelle des soins de santé, des disparités en santé persistent au Canada. Les populations autochtones¹ sont particulièrement affectées par ces inégalités (Nixon *et al.*, 2018), certains défis affectant plus particulièrement les hommes. Ainsi, d'après une étude récente de Statistique Canada (Tjepkema *et al.*, 2019), l'espérance de vie des hommes membres des Premières Nations en 2011 était de 72,5 ans, soit 8,9 ans de moins que celle de la population masculine canadienne et 5,2 ans de moins que celle des femmes des Premières Nations. De plus, l'état de santé général et mental autodéclaré par les personnes autochtones est moins bon que celui des personnes non autochtones (Lopie et Wien, 2022). Enfin, les Autochtones sont aussi surreprésentés parmi les personnes atteintes de plusieurs affections, dont les maladies chroniques (arthrite, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, etc.) et certaines maladies infectieuses comme la tuberculose ou les ITS (Earle, 2011; Lopie et Wien, 2022).

¹ La population autochtone au Canada inclut les Premières Nations, les Inuit et les Métis.

Ces inégalités en santé s'expliquent par une situation défavorable des populations autochtones en regard de plusieurs déterminants sociaux et territoriaux tels que l'accès aux services, le logement, l'isolement géographique, l'éducation, l'emploi, les conditions de travail et le revenu (Greenwood *et al.*, 2018; Bethune *et al.*, 2019; Labra *et al.*, 2023). Ces conditions défavorables découlent du colonialisme, qui est à l'origine de politiques qui ont créé et entretenu des inégalités socio-économiques et politiques. Par exemple, la localisation des communautés territoriales, souvent isolées et aux infrastructures limitées, réduit l'accès aux établissements de formation, à l'emploi et à un logement adéquat (Czyzewski, 2011; Kim, 2019). Les inégalités socio-économiques n'affectent pas seulement la santé, mais aussi l'accès aux services sociaux et de santé. Malgré une bonification de l'offre de services dans certaines communautés territoriales autochtones, qui peut parfois même dépasser l'offre dans les collectivités non autochtones voisines (Roy, 2008), leur accessibilité demeure problématique. D'une part, concernant les services offerts directement dans les communautés territoriales autochtones, des défis persistent en raison de l'éloignement des services spécialisés et des difficultés de recrutement et de rétention d'une main-d'œuvre qualifiée (Nguyen *et al.*, 2020). D'autre part, l'accessibilité des services relevant du réseau public est minée par la longue histoire de méfiance envers les services sociaux et de santé découlant du colonialisme passé et présent (Reeves et Stewart, 2017; Commission Viens, 2019). L'insécurité culturelle,

la discrimination, le racisme et la méconnaissance des réalités autochtones qui émanent des institutions et de certains professionnels de la santé contribuent aux mauvaises expériences qui nuisent au recours des Autochtones aux services socio-sanitaires (Isaacs *et al.*, 2010; Goodman *et al.*, 2017; Nguyen *et al.*, 2020). L'accès à des services culturellement appropriés est également difficile, notamment en raison de la prédominance de l'approche biomédicale (Earle, 2011; Cross et Day, 2015; Horrill *et al.*, 2019).

La situation socio-économique défavorable des populations autochtones influence également plusieurs facteurs individuels pouvant nuire à leur accès aux services sociaux et de santé. Par exemple, le manque de ressources financières est une barrière (Davy *et al.*, 2016; Horrill *et al.*, 2019) et les possibilités de prise en charge gouvernementale et communautaire de certains coûts sont méconnues (CCNSA, 2019). De même, un faible niveau d'éducation est corrélé à une faible littéracie en santé, qui peut retarder ou empêcher la reconnaissance d'un besoin de soins (Horrill *et al.*, 2019).

Plusieurs études indiquent que les hommes autochtones sont particulièrement affectés par les bouleversements sociaux qui découlent du colonialisme, tels que la perte des rôles de pourvoyeur et de protecteur pour leur famille et leur communauté (Mussell, 2005; Ball, 2010; Isaacs *et al.*, 2013; Ellington, 2015; Canuto *et al.*, 2018a; Norgaard *et al.*, 2018). Dans ce contexte, les problèmes qui touchent plus

particulièrement les hommes autochtones en comparaison des femmes autochtones et des hommes non autochtones sont le suicide (Kumar et Tjepkema, 2019), l'usage excessif de drogues et d'alcool (CSSSPNQL, 2018), les difficultés d'accès à un emploi, le faible niveau d'éducation, la pauvreté (ASPC, 2018; CSSSPNQL, 2018), l'itinérance (Christensen, 2016), ainsi que l'exposition à la violence (Innes, 2015).

Assurer un accès égalitaire aux soins de santé demande une approche tenant compte de la spécificité des genres et des sexes, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2009). En effet, les caractéristiques biologiques (sexe, âge, poids...) et acquises par la socialisation (genre, scolarité, capital social...) entraînent des différences en termes de risques de santé, de comportements liés à la santé et d'expérience des services (WHO, 2009). Entre autres, la socialisation masculine peut influencer les comportements liés à la santé, notamment l'utilisation des services socio-sanitaires (Seidler *et al.*, 2016; Staiger *et al.*, 2020). Par exemple, la socialisation masculine peut inciter les hommes souffrant de dépression à renoncer à demander de l'aide (ou à attendre d'être rendus à leur dernière extrémité pour le faire) et à limiter la révélation de leurs symptômes et de leurs besoins lorsqu'ils ont recours à des services (Seidler *et al.*, 2016). Des tendances semblables de recours limité aux services sont observables auprès de la population masculine autochtone (Reeves et Stewart, 2017; Canuto *et al.*, 2018a), mais le lien entre masculinité et accès aux services chez les hommes autochtones a été moins étudié. On peut s'attendre à

ce qu'il diffère de celui de la population masculine canadienne en raison des spécificités de l'histoire des Autochtones et des traits culturels qui ont mené à des masculinités distinctes.

Bien que les masculinités autochtones² soient influencées par les valeurs de la masculinité hégémonique héritées du colonialisme (Konishi, 2011; Hokowhitu, 2015; Sneider, 2015), elles s'en distinguent par des composantes issues des valeurs autochtones traditionnelles, qui évoluent et se déclinent de multiples façons en fonction des groupes et des individus (Smith *et al.*, 2020). Cependant, certaines caractéristiques sont communes à plusieurs groupes. Par exemple, un élément caractéristique des masculinités autochtones est leur dimension collective, c'est-à-dire que l'identité masculine se définit par l'accomplissement de rôles et responsabilités sociales, davantage que par des caractéristiques propres à l'individu (Anderson *et al.*, 2015; Reeves et Stewart, 2017; Brassard *et al.*, 2019). Une autre caractéristique répandue est la dimension holistique du tissu relationnel dans lequel s'inscrivent les rôles et responsabilités des hommes, qui concerne la famille et la communauté, mais aussi le territoire et ses habitants, aussi bien physiques (animaux, plantes) que spirituels (esprit et ancêtres) (Anderson *et al.*, 2015; Sneider, 2015).

² Nous parlerons ici des *masculinités autochtones*, au pluriel, pour refléter la diversité entre les groupes autochtones et à l'intérieur même de ces groupes (McKegney, 2012).

Plusieurs indicateurs montrent un problème d'accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires. D'après une récente enquête régionale sur la santé des Premières Nations (CSSSPNQL, 2018), les hommes étaient moins nombreux que les femmes à avoir consulté un professionnel de la santé en 2014 (63 % des hommes contre 80 % des femmes) et deux fois plus de femmes que d'hommes ont utilisé un service de santé mentale. Pourtant, des besoins existent qui ne trouvent pas réponse, comme le montre par exemple le taux de suicide observé chez les hommes autochtones (29,6 décès par suicide pour 100 000 années-personnes à risque), qui est supérieur à celui des femmes autochtones (19,5) et des hommes non autochtones (12,3) (Kumar et Tjepkema, 2019).

Malgré une sous-utilisation des services socio-sanitaires par les hommes autochtones, ces derniers s'intéressent à leur santé et se disent prêts à utiliser les services s'ils répondent à leurs besoins (Canuto *et al.*, 2018b). Pourtant, le sujet est encore peu exploré, puisque les études sur l'accès et le recours des Autochtones aux services ont sondé davantage le point de vue des femmes que celui des hommes (Goodman *et al.*, 2017). À titre d'exemple, dans une recension des écrits concernant l'accès aux soins pour les Autochtones atteints d'un cancer (Horrill *et al.* (2019), plus du tiers des études concernaient exclusivement les femmes, tous les échantillons mixtes étaient majoritairement féminins et aucune étude n'était spécifiquement centrée sur les hommes. Pourtant, le cancer touche davantage les hommes que les femmes

autochtones (Louchini et Beaupré, 2009). En outre, une recension des écrits concernant les facteurs affectant l'utilisation des services socio-sanitaires par les hommes autochtones n'a identifié aucune recherche s'y étant intéressé au Canada (Canuto *et al.*, 2018a). Afin de pallier ce manque de connaissances, le présent projet de recherche avait pour objectif général d'identifier les facteurs facilitant l'accès et le recours aux services socio-sanitaires par les hommes autochtones, en s'intéressant plus particulièrement à l'expérience des hommes anicinapek³. Plus spécifiquement, le projet s'est attardé à : (1) identifier les facteurs individuels et environnementaux qui favorisent la demande d'aide et le recours des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires (accès); et (2) déterminer les caractéristiques des services qui favorisent la demande d'aide et leur utilisation par les hommes anicinapek (accessibilité). L'adoption d'une approche axée sur les forces répond aux valeurs et aux préoccupations des communautés autochtones (CGIPN, 2020).

³ Le peuple anicinape appartient à la famille linguistique algonquienne (plus d'informations sont données à la section 3.1).

CHAPITRE 1

ÉTAT DE LA SITUATION

1.1 Contexte socio-historique

Les conséquences du colonialisme sur la santé des peuples autochtones sont dévastatrices (Paradies, 2016; Smallwood *et al.*, 2021). Dès les premiers contacts entre les populations autochtones et celles d'ascendance européenne, 90 % de la population a succombé aux épidémies dues à la transmission, parfois intentionnelle, de maladies infectieuses jusqu'alors inconnues sur le continent (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). D'autres pressions coloniales telles que les guerres, le travail forcé ou les relocalisations ont contribué à limiter la résistance des populations autochtones aux maladies (Cameron *et al.*, 2015; Archer, 2016).

Au Canada, la Loi sur les Indiens, promulguée en 1876, est un instrument majeur du projet d'assimilation des peuples autochtones. Elle définit les Autochtones comme pupilles de l'État et donne plein pouvoir à l'État sur la gestion de leur vie (Lavoie, 2014). Le système des réserves qu'elle a mis en place a contraint les peuples autochtones à se sédentariser et à renoncer à des pans importants de leur mode de vie traditionnel (Maltais-Landry, 2017). Plusieurs caractéristiques de la vie dans certaines réserves et

autres communautés territoriales sont peu favorables à la santé, comme les logements insalubres et surpeuplés, l'éloignement géographique limitant l'accès aux services et à l'emploi ou la contamination de l'environnement (Kirmayer *et al.*, 2009; Kim, 2019). De plus, dans une perspective holistique de la santé, la rupture du lien au territoire ancestral découlant de la sédentarisation a entraîné un déséquilibre profond et une perturbation du bien-être des individus et des communautés (Brown *et al.*, 2012), bien qu'une certaine forme de résilience soit observée (Landry *et al.*, 2019).

À partir de 1840 et jusque dans les années 1990, le Canada s'est associé aux institutions religieuses dans l'effort de colonisation avec le déploiement du programme des pensionnats indiens. Ce programme passait par la scolarisation massive des enfants autochtones dans des écoles résidentielles. Il visait à éloigner les enfants de leur culture d'origine et à les « civiliser » par une éducation stricte et punitive, l'interdiction de parler leur langue, le dénigrement systématique de leur culture, de leur savoir-faire et de leurs origines (Wilk *et al.*, 2017). Les conditions de vie difficiles qui sévissaient dans les pensionnats ont laissé d'importantes séquelles aux enfants qui les ont fréquentés, victimes de malnutrition, d'abus physiques, sexuels, psychologiques et spirituels (Wilk *et al.*, 2017; Kim, 2019). Ces mauvaises conditions ont contribué à des éclosions de tuberculose, qui ont pu s'étendre aux familles des enfants et à leur communauté lors de leur retour dans les communautés

durant l'été (Greenwood *et al.*, 2018). Ces épidémies et d'autres causes (incendies, mauvais traitements, accidents, fugues) sont à l'origine du décès de plusieurs milliers d'enfants (CVR, 2015; Bousquet, 2021). Si le système des pensionnats a été remis en cause dès les années 1940, la fermeture du dernier établissement n'a été complétée qu'en 1996.

À partir de 1951, la nouvelle mouture de la Loi sur les Indiens autorisait les provinces à offrir des services dans les domaines de la santé, de l'éducation et des services sociaux aux « Indiens inscrits ». Cette modification à la Loi signait le début de la « rafle des années 60 », soit une application des services de protection de la jeunesse eurocentriste qui a mené à un placement massif des enfants autochtones dans des familles d'accueil non autochtones (McKenzie *et al.*, 2016). Aujourd'hui encore, les enfants autochtones sont surreprésentés dans les services de protection de la jeunesse, puisqu'ils représentent 53,8 % des enfants de moins de 14 ans placés en famille d'accueil, alors que seulement 7,7 % des enfants âgés entre 0 et 14 ans sont Autochtones (SAC, 2023).

L'absence de modèle parental positif dans l'enfance, héritage du placement massif des enfants, concerne la majorité des adultes autochtones aujourd'hui et rend difficile, entre autres, l'appropriation du rôle de père, fragilisant ainsi leur place au sein de la famille (Ball, 2010). La perturbation des systèmes familiaux, communautaires et environnementaux, occasionnée par le colonialisme a des implications importantes

sur la santé des hommes autochtones et de leur communauté (Anderson *et al.*, 2015). En effet, plusieurs études ont mis à jour le lien direct entre, d'une part, la perte des rôles masculins dans la famille et la communauté et, d'autre part, les problèmes de dépendance qui affectent un nombre important d'hommes autochtones (Isaacs *et al.*, 2013; Norgaard *et al.*, 2018). La situation des hommes autochtones héritée du colonialisme se traduit entre autres par une perte d'identité et d'estime de soi pouvant mener à des troubles de santé mentale (Isaacs *et al.*, 2013).

Les conditions sociales décrites plus haut contribuent à perpétuer les stéréotypes négatifs associés aux hommes autochtones : paresseux, non éduqués, buveurs, violents, etc. (Canuto *et al.*, 2018a). Pourtant, bien que la proportion d'hommes autochtones ayant commis des actes de violence et faisant un usage excessif de substances psychoactives soit plus importante que dans la population en général, la majorité des hommes autochtones ne sont pas concernés (Innes, 2015; CSSSPNQL, 2018). La prédominance de cette image négative entraîne néanmoins un phénomène de stigmatisation et de marginalisation des hommes autochtones en général, qui est employé pour justifier les affronts du colonialisme (Innes, 2015). De plus, en pénétrant les cellules familiales, la stigmatisation des hommes autochtones amène les familles à porter moins d'espoir en leurs garçons qu'en leurs filles (Mussell, 2005). La prédominance de cette image négative entraîne ainsi des conséquences néfastes à la fois dans les rapports aux non-Autochtones, en alimentant le racisme et les

rapports inégaux (Czyzewski, 2011), mais aussi auprès des hommes autochtones eux-mêmes, en faisant obstacle à la construction d'une identité positive basée sur les forces culturelles et non sur le désavantage et la discrimination (King *et al.*, 2009).

Bien que l'attention portée à l'histoire coloniale soit nécessaire pour faire connaître et reconnaître les souffrances subies par les peuples autochtones, dont les conséquences perdurent à l'heure actuelle, elle ne doit pas pour autant masquer les manifestations du colonialisme contemporain (Kirmayer *et al.*, 2014) qui subsiste dans la non-reconnaissance persistante des savoirs et de la vision du monde autochtones, ainsi que dans un racisme systémique et structurel (Czyzewski, 2011; Commission Viens, 2019). Ce contexte influence négativement l'accès et le recours aux services socio-sanitaires, perpétuant ainsi les inégalités.

1.2 Accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires

L'accès aux services socio-sanitaires⁴ se définit comme « la possibilité d'atteindre et d'obtenir des services de soins de santé appropriés dans des situations de besoin perçu de soins [...]. L'accès est considéré comme étant à l'interface entre, d'une part, les caractéristiques des personnes, des ménages et des environnements sociaux et

⁴ Nous entendons par services socio-sanitaires l'ensemble des services de nature sociale et/ou sanitaire, qui peuvent être dispensés par les centres de services des communautés, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, les professionnels du secteur privé ou les organismes communautaires. Les soins traditionnels, par exemple les cérémonies de guérison, en font partie seulement s'ils sont offerts par l'intermédiaire de ces organismes.

physiques et, d'autre part, les caractéristiques des systèmes de santé, des organisations et des prestataires (Levesque *et al.*, 2013, p. 4)⁵. L'accès aux services se situe donc à l'interface des services et des usagers, et dépend de leurs caractéristiques respectives (Levesque *et al.*, 2013; Horrill *et al.*, 2019). Par exemple, une distance géographique importante résulte à la fois de la localisation du domicile de l'utilisateur et de celle du point de service.

Levesque *et al.* (2013) distinguent trois notions couramment employées dans l'étude de l'accès aux services socio-sanitaires : *accessibilité*, *accès* et *utilisation*. L'*accessibilité* consiste en l'ensemble des caractéristiques des services qui en font une offre répondant aux besoins de soins (coût accessible, horaires flexibles, sécurité culturelle des services, offre de service dans plusieurs langues, personnel adéquatement formé et disponible, etc.). L'*accessibilité* est un préalable à l'*accès*, qui comprend l'ensemble des conditions favorables à l'utilisation des services disponibles, telles que la possibilité d'identifier des besoins de soins de santé, la connaissance des services existants, la capacité physique à se rendre dans un centre de services, ainsi que la possibilité d'entrer en contact avec les services et de se voir offrir des services répondant aux besoins de soins. Enfin, l'*utilisation* est un accès réalisé, comme la

⁵ Access is defined as the opportunity to reach and obtain appropriate health care services in situations of perceived need for care [...]. Access is seen as resulting from the interface between the characteristics of persons, households, social and physical environments and the characteristics of health systems, organizations and providers.

présence effective à un rendez-vous médical, le recours à un service ou la participation à un programme.

L'accès aux services ne se limite pas au point d'entrée (accès primaire), mais concerne aussi une prise en charge appropriée et la qualité des soins offerts (accès secondaire) (Lombrail et Pascal, 2005; Levesque *et al.*, 2013; Horrill *et al.*, 2019). Ces deux dimensions sont interdépendantes puisque les expériences vécues dans l'utilisation des services socio-sanitaires influencent la future demande d'aide (Cornally et McCarty, 2011; Phillips-Beck *et al.*, 2020). Par exemple, avoir vécu du racisme et de la discrimination lors d'une utilisation préalable des services socio-sanitaires est une barrière à la demande d'aide (Isaacs *et al.*, 2013; Canuto *et al.*, 2019a). Ces deux dimensions doivent donc être prises en compte pour mieux comprendre les obstacles liés à l'utilisation des services socio-sanitaires par les hommes autochtones.

D'autres variables sont à prendre en compte dans l'étude de l'accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires : l'histoire coloniale, la masculinité et la dimension culturelle. Tout d'abord, l'histoire coloniale joue un rôle important en affectant l'état de santé actuel des hommes autochtones et leur rapport aux services (Ball, 2010; Isaacs *et al.*, 2013; Canuto *et al.*, 2018a; Horrill *et al.*, 2019). Ensuite, le fait d'être un homme et l'adhésion à certains modèles masculins peuvent aussi avoir une influence négative sur l'accès aux services (Roy *et al.*, 2014). Le rôle de la masculinité, et notamment des masculinités autochtones, est donc à prendre en compte

(Wenitong *et al.*, 2014; Labra *et al.*, 2023), et sera abordé dans la section suivante. Enfin, concernant la dimension culturelle, il existe un décalage entre la vision holistique de la santé qui prévaut dans les cultures autochtones et la vision biomédicale qui domine dans la conception et la dispensation des services socio-sanitaires. En effet, les cultures autochtones ont une vision holistique de la santé, qui résulte de l'interaction entre la personne, la communauté et l'environnement, au niveau physique, mais aussi spirituel, social et émotionnel (Landry *et al.*, 2019). Pour Earle (2011), cette vision est en décalage avec celle qui prévaut dans les services de santé, plus segmentée.

Des efforts ont été faits pour améliorer l'accessibilité des services socio-sanitaires par l'intégration de pratiques autochtones (Lavalée et Poole, 2010; Earle, 2011). Plusieurs modes d'intégration des pratiques autochtones en santé existent au Canada, et peuvent être regroupés selon trois modèles : (1) la présence d'agents de liaison au sein des services conventionnels, (2) des services dont la conception même est basée sur une approche holistique ou sur l'utilisation directe des méthodes de guérison autochtone telles que le recours à un guérisseur; et (3) des programmes qui intègrent des éléments culturels à des approches biomédicales, comme un programme de promotion de saines habitudes de vie qui revitalise les savoirs liés à l'alimentation traditionnelle (Lavallée et Poole, 2009; Earle, 2011). Ce type d'initiative peut se rencontrer dans les services socio-sanitaires provinciaux et les organismes

communautaires (Lavallée et Poole, 2009), mais c'est surtout dans les centres de service gérés par les communautés qu'ils sont utilisés de façon systématique, en plaçant la dimension culturelle au cœur de l'offre de service (Harfield *et al.*, 2018).

Malgré ces efforts, des défis demeurent pour assurer la pertinence et l'efficacité des services offerts aux hommes autochtones pour répondre adéquatement à leurs besoins. D'une part, la plupart des services, notamment ceux qui ne relèvent pas des centres de services gérés par les communautés autochtones, sont encore dominés par le modèle biomédical, donc par une approche essentiellement centrée sur les dimensions physique et individuelle, en décalage avec une vision holistique de la santé (Earle, 2011; Labra *et al.*, 2023). D'autre part, la persistance du racisme dans ces services est un obstacle majeur. En effet, bien que la question du racisme envers les Autochtones soit une préoccupation depuis plus de dix ans, peu d'améliorations ont été observées à ce jour (Paradies, 2016; Commission Viens, 2019; Wylie et McConkey, 2019). La forme de racisme rencontrée le plus fréquemment dans les services de santé est la prévalence d'un stéréotype assimilant les personnes autochtones à l'abus d'alcool. Cette vision biaisée a des conséquences néfastes sur la qualité réelle des soins reçus, par exemple en entraînant des erreurs de diagnostic quand des symptômes sont injustement interprétés comme les conséquences d'une consommation abusive d'alcool ou de drogue (Goodman *et al.*, 2017; Wylie et McConkey, 2019; Phillips-Beck, 2020). De plus, l'expérience du racisme influence aussi

négalement la perception des services reçus, même lorsqu'ils répondent aux mêmes standards que ceux offerts à l'ensemble de la population (Wylie et McConkey, 2019).

Enfin, contrairement au reste de la population canadienne, les Autochtones vivant dans les communautés situées en territoire non conventionné bénéficient à la fois des services offerts dans leur communauté, soit principalement des services primaires financés par le gouvernement fédéral, et des services de santé s'adressant à l'ensemble de la population, financés par le gouvernement provincial (Lévesque *et al.*, 2019). La complexité de l'administration de l'offre de services socio-sanitaires aux Autochtones, qui implique plusieurs paliers gouvernementaux, rend difficile l'élaboration d'une offre de services intégrée et se traduit davantage par un assemblage de différents programmes visant des priorités ciblées, au détriment d'une approche globale (CCNSA, 2012). Il en résulte des manques importants dans les services offerts aux hommes, notamment dans les services s'adressant aux pères de famille (Ball, 2010), ainsi qu'aux victimes de violences physiques ou sexuelles (Brassard *et al.*, 2019).

1.3 Masculinités autochtones et comportements liés à la santé

Le terme *masculinité* fait référence à un ensemble de pratiques de genre acquises par la socialisation, qu'il convient de distinguer du sexe masculin biologiquement acquis à la naissance, et des effets de ces pratiques sur les individus et la culture (Connell,

2014). Ces pratiques ou attributs existent comme des performances de genre dans un contexte social et historique déterminé (Connell, 2014). Les éléments constitutifs de cette masculinité peuvent donc différer selon les sociétés, les cultures et les époques (Connell, 1995; Messerschmidt, 2019). Bien que « l'idéal masculin » mis de l'avant par la masculinité soit avant tout normatif et ne soit observable que chez une minorité d'hommes, il incite l'ensemble des hommes à se positionner par rapport à lui (Connell et Messerschmidt, 2015).

Dans le champ d'études concernant l'accessibilité et la pertinence des services sociaux et de santé pour une clientèle masculine, c'est essentiellement le concept de *masculinité hégémonique* qui est mobilisé (Connell, 2014) – parfois sous l'appellation de *masculinité dominante* (Getty, 2013; Messerschmidt, 2019) ou, de façon plus controversée, sous celui de *masculinité traditionnelle* (Everitt-Penhale et Ratele, 2015). La masculinité hégémonique représente un archétype de la masculinité patriarcale, qui légitime les inégalités sociales basées sur le genre, autant des hommes sur les femmes qu'entre hommes (Connell et Messerschmidt, 2015). Les masculinités autochtones sont, quant à elles, « marginalisées », un concept qui renvoie au rapport entre des masculinités de classes sociales ou de groupes ethniques distincts de la masculinité hégémonique du groupe dominant (Connell, 2014). Cette hiérarchisation des masculinités est intimement liée à une organisation sociale marquée par le racisme et le colonialisme, puisque l'idéal masculin est formulé et imposé par ceux

qui le représentent (homme blanc, hétérosexuel, de classe moyenne), opprimant ainsi ceux qui en sont exclus (Konishi, 2011; Hokowhitu, 2015).

Les normes de la masculinité hégémonique influencent les comportements des hommes en ce qui a trait à la santé, notamment en termes d'accès aux services (Addis et Mahalik, 2003; Juvrud et Rennels, 2017; Steiger *et al.*, 2020). Par exemple, la quête d'autonomie, l'indépendance et le rejet des émotions ont été identifiés comme des éléments caractéristiques de l'identité masculine hégémonique qui peut mener certains hommes à se distancier des services socio-sanitaires, même en situation de vulnérabilité (Roy *et al.*, 2014; Addis et Hoffman, 2017). Cependant, d'autres études ont montré que ces mêmes normes de la masculinité hégémonique peuvent aussi être associées à des comportements *favorables* à la santé (O'Brien *et al.*, 2005; Kiselica et Englar-Carlson, 2010; Brouillette, 2022). Par exemple, O'Brien *et al.* (2005) soulignent que le désir de préserver des qualités associées à la masculinité, telles que la performance sexuelle ou l'autonomie, est un moteur important du recours aux services socio-sanitaires.

Les connaissances sur les masculinités autochtones et leur influence sur les comportements liés à la santé sont encore en construction, et seulement quelques études s'y étant intéressé ont été identifiées (Getty, 2013; Norgaard *et al.*, 2018; Smith *et al.*, 2020). Selon les connaissances actuelles, les peuples autochtones ont en commun une histoire coloniale ayant conduit à l'adoption de plusieurs éléments du

modèle masculin occidental, ainsi qu'à l'altération de rôles traditionnels (Anderson *et al.*, 2015). Smith *et al.* (2020), dans une étude s'intéressant à l'influence des masculinités sur les comportements liés à la santé auprès de jeunes Autochtones, ont observé que les masculinités autochtones contemporaines comprennent à la fois des éléments de la masculinité dominante, imposés par le colonialisme, et des éléments hérités des modèles masculins autochtones, notamment le lien au territoire. Cependant, Getty (2013) s'interroge sur cette interprétation, notant que si certaines attitudes observées aujourd'hui chez les hommes autochtones font écho à des éléments de la masculinité dominante, la question de leur origine reste méconnue. En effet, rien n'indique qu'elles n'aient été présentes dans les masculinités autochtones.

1.4 Accéder aux services : le processus de la demande d'aide

L'accès aux services socio-sanitaires est souvent initié par une demande d'aide, c'est-à-dire l'action de s'adresser à une tierce personne avec l'objectif d'obtenir un soutien dans la résolution d'un problème de santé (Pryzdial, 2020). D'après Scott et Walter (2010), en référence au modèle comportemental d'accès aux soins d'Andersen (1995), la demande d'aide peut être divisée en trois étapes : (1) la perception d'une anomalie et son identification comme le symptôme d'un problème; (2) la décision de recourir à une aide extérieure pour solutionner ce problème et (3) le passage à l'action par l'identification d'une ressource et la prise de contact.

Les populations masculines et les populations autochtones rencontrent des obstacles particuliers à la demande d'aide. Concernant les populations masculines, les hommes sont moins enclins que les femmes à demander de l'aide (Hammer *et al.*, 2013; Roh *et al.*, 2014; Labra *et al.*, 2019). La réticence des hommes à demander de l'aide est expliquée par la socialisation de genre (Addis et Mahalik, 2003; Wenger, 2011), l'identification aux valeurs de la masculinité hégémonique étant une barrière reconnue à la demande d'aide chez les hommes (Hammer *et al.*, 2013; Labra *et al.*, 2019), une difficulté qui est accentuée par un mode de dispensation des services qui est en décalage avec les valeurs masculines (Addis et Mahalik, 2003; Wenger, 2011; Labra *et al.*, 2019). Deslauriers et Berteau (2023) illustrent ce décalage par de nombreux exemples : l'exigence de la relation d'aide d'avouer sa vulnérabilité qui s'oppose à l'exigence de la masculinité hégémonique d'être invincible; l'exigence d'exprimer ses sentiments comparativement à l'exigence de se montrer impassible; l'exigence d'admettre sa souffrance comparativement à l'exigence de la nier; ou encore l'exigence de vivre une intimité non sexuée comparativement à l'exigence de sexualiser l'intimité.

Concernant les populations autochtones, les principales barrières à la demande d'aide sont liées à des facteurs culturels (Isaacs *et al.*, 2013). En plus du décalage entre la vision holistique de la santé qui prédomine chez les peuples autochtones et la vision biomédicale caractéristique de l'offre de services socio-sanitaires généraux (Isaacs *et*

al., 2010), la valorisation de l'autonomie et de l'entraide interpersonnelle peut retarder ou empêcher la décision de recourir à une aide extérieure (Isaacs *et al.*, 2010; Davy *et al.*, 2016). Davy *et al.* (2016), évoquent également la méconnaissance des services offerts comme frein à leur recours par les hommes autochtones. Selon Isaacs *et al.* (2010), d'après une recension des écrits concernant l'utilisation des services de santé mentale par les populations autochtones d'Australie, c'est surtout à l'étape du passage à l'action que les obstacles sont multiples, notamment en raison d'une méfiance envers les services offerts à l'ensemble de la population due au colonialisme et d'un manque de compétence culturelle des professionnels. Si ces barrières sont moins importantes dans les services offerts directement par ou dans les communautés, notamment par des intervenants autochtones, des craintes quant à la confidentialité sont alors plus présentes (Isaacs *et al.*, 2010). Concernant l'utilisation des services en santé mentale et en violence familiale, les craintes associées à la stigmatisation constituent une barrière à la demande d'aide (Isaacs *et al.*, 2010; Freitas-Murrell et Swift, 2015; Fiolet *et al.*, 2019).

Bien que les obstacles à la demande d'aide chez les hommes et chez les Autochtones aient fait l'objet de plusieurs études, il reste à montrer comment ces barrières affectent spécifiquement les hommes autochtones (Isaacs *et al.*, 2013). Les données sur la question sont encore à l'état embryonnaire. En effet, malgré une recherche exhaustive, seulement quatre études s'étant intéressées à la demande d'aide chez les

hommes autochtones ont été recensées (Hughes, 2004; Adams *et al.*, 2013; Isaacs *et al.*, 2013; Canuto *et al.*, 2018a). Ces quatre études montrent que l'obstacle principal à la demande d'aide des hommes autochtones est la tendance à garder les problèmes pour soi, notamment en raison de la réticence des hommes autochtones à parler de leurs sentiments ou émotions (Isaacs *et al.*, 2013). Un autre obstacle est la méfiance envers les services généraux qui ne sont souvent pas culturellement sécuritaires (Hughes, 2004; Adams *et al.*, 2013; Isaacs *et al.*, 2013; Canuto *et al.*, 2018b), ainsi que la crainte d'être stigmatisé, surtout dans les cas particuliers du dysfonctionnement érectile (Adams *et al.*, 2013) et de la santé mentale (Isaacs *et al.*, 2013).

Il faut relever quelques limites aux études réalisées jusqu'à présent. Tout d'abord, plusieurs facteurs empêchent une généralisation des résultats : le nombre limité d'études, la taille des échantillons, ainsi que les variations entre les différents groupes autochtones. De plus, deux de ces études se sont intéressées à la demande d'aide dans les domaines spécifiques de la santé mentale (Isaacs *et al.*, 2013) et de la santé génésique (Adams *et al.*, 2013). Enfin, peu d'attention a été portée aux facilitateurs de la demande d'aide, tant sur le plan des caractéristiques des services socio-sanitaires que sur les facteurs individuels et environnementaux. Les solutions proposées dans les études consultées concernent des modifications aux services, mais il n'est pas fait mention des forces présentes chez les hommes autochtones qui faciliteraient la demande d'aide.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Ce projet prend ancrage dans les théories postcoloniales (Browne *et al.*, 2005) et mobilise d'une part la salutogenèse (Antonovsky, 1979), soit une approche qui concentre l'attention sur les forces et les facilitateurs, ainsi que le modèle d'accès aux soins de santé centré sur le patient (Levesque *et al.*, 2013), qui décrit les différentes dimensions de la notion d'accès aux soins.

2.1 Perspectives théoriques post-coloniales

Les perspectives théoriques post-coloniales, dont l'application au domaine de la santé a été précisée par Browne *et al.* (2005), incitent à porter un regard critique sur la façon dont le colonialisme influence le vécu des populations autochtones et à comprendre ses conséquences sur leur santé et leur bien-être. Elles affirment la nécessité (1) de connaître et de critiquer le passé colonial et ses conséquences dans le monde d'aujourd'hui; (2) de reconnaître et d'analyser les manifestations actuelles du colonialisme; et (3) de partir du point de vue des populations marginalisées par le colonialisme (Browne *et al.*, 2005). Dans ce sens, Horrill *et al.* (2018) soulignent la pertinence des théories post-coloniales dans l'étude de l'accessibilité des services

pour les populations autochtones, notamment afin de dépasser les limites des modèles biomédical et néo-libéral qui dominent dans le domaine de la santé. Dans une perspective biomédicale, l'étude de l'accessibilité des services de santé concerne leur dimension physique (disponibilité, proximité géographique et abordabilité des services) et y recourir relève de la responsabilité de l'individu. Au contraire, les théories post-coloniales contextualisent les dimensions physiques de l'accès aux soins (par e.g. leur disponibilité, leur localisation géographique ou les coûts directs et indirects liés à leur utilisation) en les comprenant comme résultant de facteurs multiples, aussi bien historiques que sociaux, culturels et économiques (Browne *et al.*, 2005). Les théories post-coloniales mettent également l'accent sur d'autres dimensions de l'accès aux soins, telle la dimension relationnelle, qui est déterminante pour les populations marginalisées. Cette dimension est essentielle pour comprendre la méfiance des populations envers les services, qui trouve son origine dans le colonialisme (Horrill *et al.*, 2018). Enfin, en portant attention aux facteurs structurels influençant l'accessibilité des services, la perspective post-coloniale invite à réfléchir aux pistes de solutions sur les plans politique et social (Horrill *et al.*, 2018).

2.2 Salutogenèse

L'approche salutogène propose d'aller au-delà de l'habituelle dichotomie santé-maladie. L'état de santé se situe alors le long d'un continuum entre santé et maladie, et l'attention est portée sur les forces qui poussent vers le pôle santé (Antonovsky,

1979; Fekete *et al.*, 2020) . Cette perspective répond à l'orientation actuelle dans l'étude de l'accès des hommes aux services socio-sanitaires (Macdonald et Hudson, 2012; Roy *et al.*, 2017). En effet, l'approche salutogène propose de se détourner de la vision réductrice qui se focalise sur ce qui éloigne les hommes des services, et de plutôt réfléchir à la mise en place d'environnements répondant à leurs besoins (Macdonald, 2005). Selon Hyett *et al.* (2019), les démarches axées sur les forces, telles que la salutogène, sont plus éthiques en contexte autochtone que celles axées sur les problèmes, qui tendent à alimenter les stéréotypes.

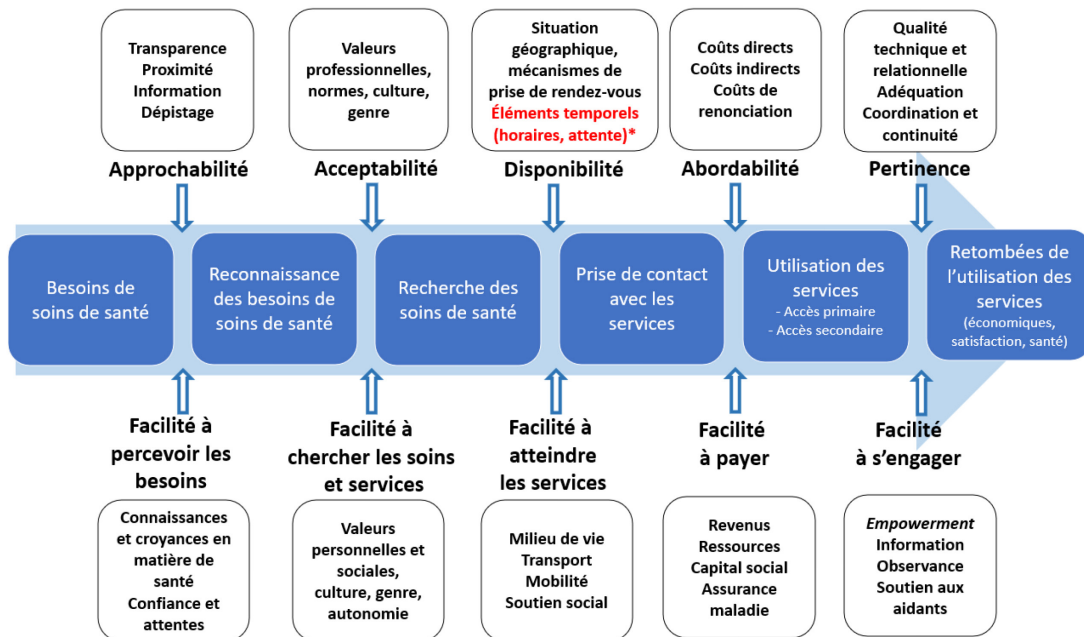
La présente étude s'intéresse donc aux forces des hommes anicinapek. Cette orientation s'aligne avec les recommandations de Ball (2010), McKegney (2012) et Canuto *et al.* (2018a), qui notent que les nombreux stéréotypes visant les hommes autochtones affectent aussi bien leur santé que leur accès aux services. En ce sens, Macdonald (2005) mentionne l'importance d'arrêter de se concentrer uniquement sur les facteurs pathologiques de façon singulière, mais de plutôt s'intéresser aux sphères économique, politique et sociale pour expliquer les difficultés rencontrées par les Autochtones et, surtout, de proposer des solutions et mettre en place des environnements favorables à l'accès et à la consultation.

La salutogène permet de s'éloigner du modèle biomédical en s'intéressant à la personne et à ses ressources, plutôt qu'à la maladie. De ce point de vue, la personne est envisagée dans toutes ses dimensions (physique, mais aussi émotionnelle et

spirituelle), et en lien avec son environnement (Fekete *et al.*, 2020). Cette perspective, bien que non autochtone, comprend donc une dimension holistique qui rejoint la vision autochtone de la santé, qui est comprise comme un état d'équilibre, à la fois entre les différentes dimensions de l'être que sont le mental, le physique, l'émotionnel et le spirituel (Earle, 2011), et entre l'individu et ses cercles d'appartenance que sont le monde des humains (la famille et la communauté) et le monde non humain incarné dans le territoire (Labra *et al.*, 2023).

2.3 Modèle d'accès aux services socio-sanitaires

L'étude de l'accès aux services socio-sanitaires a donné lieu à l'émergence de plusieurs cadres conceptuels visant à comprendre et classifier les facteurs l'influençant. Les premiers envisageaient l'accès comme résultant de facteurs individuels, alors que ceux qui ont suivi mettaient davantage l'accent sur des facteurs systémiques, notamment en s'attardant à l'organisation des services (Davy *et al.*, 2016). Le cadre conceptuel proposé par Levesque *et al.* (2013) a été adopté dans ce mémoire, car il intègre ces deux composantes, caractérisées en fonction de cinq dimensions clés de l'accès aux services (Figure 2.1).



*Cet élément ne fait pas partie du modèle original de Levesque. Son ajout a été proposé par Cu et al. (2021)

Figure 2.1. Modèle d'accès aux services de Levesque *et al.* (2013). Traduction libre.

Levesque *et al.* (2013) décrivent ainsi les cinq dimensions de leur modèle : (1) la première correspond à la reconnaissance d'un besoin de soins. Cette dimension implique une *approchabilité* (*sensu* Lefebvre, 2019) des services, c'est-à-dire une possibilité pour la personne qui ressent un besoin en santé d'identifier l'existence de services pouvant y répondre de façon adéquate. Elle peut être favorisée par la diffusion d'informations sur les services ou programmes existants et le déploiement de services de proximité. De façon complémentaire, la facilité à *percevoir*, qui est nécessaire du côté des utilisateurs de services, dépend de leur degré de littératie, de leurs croyances en matière de santé et de leur degré de confiance envers les services; (2) La dimension de la recherche des soins de santé est influencée, du côté de l'utilisateur,

par sa *facilité à chercher* et à obtenir un service lorsqu'il en ressent le besoin et, du côté des services, par leur *acceptabilité*, c'est-à-dire que leurs caractéristiques sociales et culturelles, telles la culture et les valeurs du service, sont envisagées comme acceptables par les usagers potentiels; (3) La prise de contact avec les services dépend de la *disponibilité* des services (situation géographique, horaires, mode de prise de rendez-vous) et de la facilité de l'utilisateur à entrer en contact avec les services (*facilité à atteindre*); (4) L'utilisation des services est influencée par leur *abordabilité* (coûts directs, coûts indirects et coûts de renonciation tels que la perte de revenus associée à une absence du travail pour honorer un rendez-vous médical), et par la *facilité à payer* de l'utilisateur (revenus, assurance maladie); (5) Les retombées de l'utilisation des services varient en fonction de la *pertinence* des services reçus (qualité technique et relationnelle, adéquation au besoin, coordination et continuité) et de la *facilité à s'engager* de l'utilisateur.

Plusieurs éléments concourent à la pertinence du modèle de Levesque *et al.* (2013) dans le cadre de la présente étude. Tout d'abord, comme le rapportent Davy *et al.* (2016), ce cadre conceptuel est pertinent pour l'étude de l'accès des populations autochtones aux services, puisque sa compréhension globale s'arrime bien à une perspective holistique. Les travaux de Cu *et al.* (2021), qui font le point sur l'utilisation du modèle de Levesque *et al.* (2013) depuis sa conception, confirment sa capacité à explorer l'accès aux services de façon exhaustive. Enfin, le modèle de Levesque *et al.*

(2013) privilégie des formulations positives plutôt qu'une réflexion en termes de barrières ou d'obstacles à l'accès aux services (exemple : *facilité à payer* plutôt que *pauvreté, abordabilité des services* plutôt que *coûts trop élevés*).

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

3.1 Aire d'étude

L'étude s'est déroulée en Abitibi-Témiscamingue. Il s'agit d'une région située au nord-ouest du Québec, en territoire anicinape non cédé. En effet, les Anicinapek, appartenant à la famille culturelle algonquienne, occupent le territoire depuis plus de 6 000 ans (Côté, 1995). Les premiers contacts avec les colonisateurs remontent à une époque dominée par des échanges commerciaux, notamment de fourrures. Ce n'est qu'à partir du début du XX^e siècle que l'arrivée du chemin de fer a ouvert la région à la colonisation et au développement de l'exploitation des ressources du territoire, notamment par l'agriculture, la foresterie et l'industrie minière (Asselin et Gourde, 1995).

Selon l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue (2021), en 2020, 8 459 Autochtones résidaient dans la région, ce qui représentait 5,7 % de la population totale. Il s'agit majoritairement d'Anicinapek, mais plusieurs personnes appartenant à d'autres peuples autochtones sont présentes, notamment en milieu urbain (p. ex. : Cris et

Atikamekw). La population autochtone est répartie entre les zones urbaines et les sept communautés présentes sur le territoire.

Le colonialisme a laissé des traces chez les Autochtones de la région. D'une part, les activités traditionnelles liées à la chasse et à la cueillette ont été en partie délaissées suite à la sédentarisation forcée dans les années 1960 (Loiselle *et al.*, 2011). D'autre part, à la même époque, de 1955 à 1973, les jeunes ont fréquenté le pensionnat de Saint-Marc-de-Figuery (Loiselle *et al.*, 2011). Ce passé a laissé pour héritage des conditions socio-économiques défavorables comparativement à la situation régionale : sous-emploi, sous-scolarisation, faibles revenus et logements insuffisants et en mauvais état (Shaffer, 2019). Malgré ces difficultés, les peuples autochtones de la région sont actifs et engagés en vue d'une amélioration de leurs conditions de vie. Ils sont notamment impliqués dans plusieurs projets visant l'autodétermination, la culture et le dialogue avec les non-Autochtones, notamment dans le domaine socio-sanitaire (Shaffer, 2019).

Le présent projet de recherche s'est déroulé au sein des trois communautés anicinapek ayant le français comme langue seconde, soit Pikogan, Lac Simon et Kitcisakik. La Première Nation Abitibiwinni comprend 1 080 membres, dont 617 habitent la communauté de Pikogan, située à proximité d'un milieu urbain, soit à 5 km de la ville d'Amos (12 675 habitants). Lac Simon, située à 37 km de la ville de Val-

d'Or (32 752 hab.), compte 2 255 membres, dont 1 831 vivent dans la communauté⁶. Enfin, Kitcisakik se caractérise par sa petite taille (519 membres, dont 405 vivent dans la communauté) et son isolement, puisqu'elle est située au cœur de la réserve faunique La Vérendrye, la ville la plus proche étant Val-d'Or, située à 80 km. Enfin, son statut d'établissement autochtone⁷ ne lui donne pas les mêmes droits qu'une réserve indienne reconnue. Les trois communautés partenaires assument chacune la gouvernance des services de santé dispensés sur leur territoire. Les centres de service des communautés sont nommés *centres de santé* et ils offrent des services socio-sanitaires de première ligne tels que soins infirmiers, médecine familiale, santé infantile, nutrition, dépannage alimentaire, soutien psychologique, services en dépendance, soutien aux compétences parentales et programmes de prévention. Bien que ces services soient en place dans chacune des communautés, leur disponibilité dépend de la présence des professionnels, dont la fréquence varie selon la communauté, en fonction des besoins de la population et du type d'entente conclue avec les professionnels concernés. Dans les trois communautés, les services en soins infirmiers et en soutien psychosocial sont offerts du lundi au vendredi, selon

⁶ <https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/profil-des-nations/populations-autochtones-du-quebec>

⁷ Le terme *établissement autochtone* désigne une unité de recensement qui regroupe 10 Autochtones ou plus sur un territoire de la Couronne, sans reconnaissance du statut de réserve. Le statut d'établissement n'oblige pas le gouvernement à offrir les infrastructures de base dont bénéficient les réserves : maisons, eau courante, électricité, etc.

les heures d'ouverture, par des employés permanents. À l'heure actuelle, il n'existe pas encore de services d'urgence de santé ou psycho-sociaux 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 directement dans les communautés. Les programmes mis en place varient également d'une communauté à l'autre. Concernant les programmes qui s'adressent directement aux hommes, lors de la collecte de données, des activités occasionnelles étaient offertes dans deux des communautés et un intervenant dédié à l'accompagnement des hommes et des pères était présent dans une des communautés.

3.2 Méthode de recherche

Cette recherche est qualitative, c'est-à-dire qu'elle met « l'accent sur la compréhension et [qu'elle repose] sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 30). Cette approche permet à la fois d'étudier un phénomène peu connu et de dégager le sens de ce phénomène du point de vue des personnes qui en font l'expérience. Il est ainsi possible d'étudier en profondeur, et du point de vue des hommes anicinapek vivant en communauté, les facteurs facilitant leur accès aux services socio-sanitaires (en communauté et hors communauté).

3.2.1 Collecte de données

L'entrevue semi-dirigée a été privilégiée dans ce mémoire comme technique de collecte de données. Elle consiste en une « interaction verbale entre des personnes

qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt commun » (Savoie-Zajc, 2016, p. 339). Elle est donc le lieu d'une co-construction d'un savoir, par la chercheuse ou le chercheur, qui apporte son expertise dans le champ de la recherche, et par la personne participante, riche de son savoir expérientiel en lien avec l'objet d'étude. L'entrevue semi-dirigée fait appel à un guide d'entrevue déterminant les thèmes à aborder au cours de la rencontre sous forme de questions ouvertes. Le recours à l'entrevue semi-dirigée a permis de se focaliser sur l'expérience des hommes anicinapek. De plus, ce type d'entrevue est particulièrement adapté aux contextes interculturels puisqu'il permet à la chercheuse ou au chercheur de pénétrer le monde de « l'autre » et de valider sa compréhension en cours d'entrevue (Savoie-Zajc, 2016).

Dans deux des communautés participantes (Lac Simon et Pikogan), l'expertise d'agents de recherche ayant une bonne connaissance du milieu a permis de faciliter le recrutement de participants. Les agents de recherche se sont basés sur leur connaissance du milieu et des membres de la communauté pour identifier des participants correspondant aux profils recherchés et ont permis d'établir des liens avec ces derniers de façon culturellement sécuritaire. Pour la communauté de Kitcisakik, la collaboration d'un agent de recherche n'ayant pas été possible, le recrutement d'un participant s'est fait à partir de relations établies dans le milieu et

a été complété par la sollicitation opportuniste de participants potentiels dans les rues de la communauté (Beaud, 2016). Le lieu et le moment des rencontres ont été laissés au choix des participants, ce qui a permis de favoriser l'émergence d'un lien de confiance et d'une relation plus égalitaire entre chercheuse et participant (Savoie-Zajc, 2016). La durée moyenne des entrevues réalisées est de 58 minutes, pour une durée comprise entre 24 et 95 minutes. Le guide d'entrevue (Annexe A) abordait plusieurs thèmes : (1) l'utilisation faite des services; (2) l'organisation, la qualité et la pertinence des services offerts; (3) le lien entre masculinité et accès aux services et (4) la facilité pour le participant et sa capacité d'accéder aux services.

Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio avant d'être retranscrites sous forme de verbatim pour analyse. À cette étape, les verbatims ont été transmis aux participants pour leur permettre de corriger ou contextualiser certains éléments. Des données socio-démographiques ont aussi été recueillies auprès des participants concernant leur âge, leur niveau de scolarité, leur situation socioprofessionnelle, leurs revenus, leur situation matrimoniale et familiale, ainsi que leur état de santé.

L'analyse des données et l'interprétation des résultats ont ensuite été validées auprès de 19 hommes de la communauté de Pikogan, dont trois participants à l'étude. Les résultats leur ont été présentés sous une forme simplifiée et il leur a été demandé s'ils leur semblaient refléter avec justesse leur expérience des services. Le contenu

des échanges a été consigné par une prise de notes à main levée durant la rencontre, qui ont ensuite servi de guide à une consignation détaillée réalisée immédiatement après la rencontre. Ces activités de validation des résultats ont permis de confirmer la validité du sens donné aux propos des participants au cours de la phase d'analyse des données, et d'ajuster ou de compléter certains éléments.

3.2.2 Participants

Pour répondre aux exigences d'une perspective qualitative, la population visée par une recherche doit être constituée des personnes ayant une expérience vécue du phénomène à l'étude (Savoie-Zajc, 2007). Les critères d'inclusion des participants à la présente étude ont donc été les suivants : (1) être de sexe masculin; (2) être âgé de 18 ans ou plus; (3) s'identifier comme Autochtone; (4) résider depuis au moins trois mois consécutifs dans une des communautés participantes, soit Pikogan, Lac Simon ou Kitcisakik; et (5) avoir déjà utilisé, ou effectué des démarches pour utiliser un ou des services socio-sanitaires disponibles en région au cours des cinq dernières années.

Une diversification interne a été visée, en sélectionnant « les informateurs les plus divers possibles dans le groupe afin de maximaliser l'étude extensive du groupe choisi » (Pires, 1997, p. 71). Nous avons donc cherché à obtenir une diversité parmi les participants, d'une part selon des caractéristiques sociodémographiques (âge, revenus, occupation) et d'autre part en fonction des critères propres à la

problématique de recherche (degré d'expérience dans l'utilisation des services, types de services utilisés, état de santé).

Au total, 17 hommes anicinapek⁸ ont été rencontrés. La participation de deux d'entre eux n'a pu être retenue, en raison d'un défaut dans les critères de sélection pour l'un et d'une impossibilité de valider les résultats auprès de l'autre. Les résultats présentés dans ce mémoire résultent donc de l'analyse des entrevues réalisées auprès des 15 participants retenus (Tableau 3.1).

⁸ Un des participants, bien que résidant dans une des communautés participantes, était membre d'un autre peuple autochtone. Son point de vue ne différait pas de celui des autres participants, les résultats sont présentés globalement et, par simplicité, le mémoire réfère aux « hommes anicinapek ».

Tableau 3.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants

Caractéristiques	N=15
Communauté de résidence	
Kitcisakik	2
Lac Simon	8
Pikogan	5
Groupe d'âge	
18-29 ans	2
30-55 ans	8
56 ans et plus	5
Niveau de scolarité	
Primaire	2
Secondaire non complété	6
Secondaire complété	2
Universitaire non complété	3
Pas de réponse	2
Situation socio-professionnelle	
Travail à temps plein	9
Travail à temps partiel	3
Retraité	1
En arrêt de travail	1
Sans emploi	1
Tranche de revenus	
Moins de 16 999 \$	2
Entre 17 000 \$ et 29 999 \$	4
Entre 30 000 \$ et 44 999 \$	3
Entre 45 000\$ et 59 999 \$	4
60 000 \$ et plus	1
Pas de réponse	1
Situation matrimoniale	
En couple	12
Séparé ou divorcé	2
Pas de réponse	1
Enfants âgés de moins de 18 ans	
0 enfant	3
1 enfant	3
2 enfants	3
3 ou 4 enfants	4
5 ou 6 enfants	2

3.2.3 Analyse des résultats

Les données collectées ont fait l'objet d'une analyse thématique à l'aide du logiciel NVivo 12® (QSR International inc.). L'analyse thématique consiste à « procéder

« systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232). Pour cela, les données ont été analysées en continu, au fur et à mesure qu'elles ont été recueillies, afin d'adapter le travail de terrain en fonction du contenu émergent du travail de conceptualisation (Paillé et Mucchielli, 2012; Fortin et Gagnon, 2016).

Afin de limiter les biais inhérents à la subjectivité de la chercheuse, une méthode rigoureuse se déclinant en quatre phases a été suivie (Paillé et Mucchielli, 2012) : (1) Lecture de l'ensemble du corpus de façon globale pour en saisir des éléments saillants et l'impression générale qui s'en dégage; (2) Analyse thématique de chacun des verbatims, c'est-à-dire le repérage de thèmes et des liens entre eux (réurrence, parenté, opposition, divergence, convergence, complémentarité); (3) Construction en continu d'un arbre thématique par la fusion, la subdivision et le regroupement des thèmes en catégories et sous-catégories; et (4) Révision de l'arbre thématique par le passage en revue des thèmes et des catégories pour s'assurer de leur pertinence en regard de la question de recherche ainsi que de la justesse de leur dénomination et de leur organisation dans l'arbre thématique.

3.2.4 Considérations éthiques

La démarche respecte les principes PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession) approuvés par le Comité de gouvernance sur l'information des Premières Nations, étroitement liés à l'autodétermination, de même qu'à la préservation et au

développement des cultures autochtones (APNQL, 2014). La recherche avec les peuples autochtones mise aujourd'hui sur des relations basées sur le respect ainsi que sur le dialogue, et la collaboration entre les chercheurs et les participants (CRSH *et al.*, 2022). Les principes à la base de l'Énoncé de politique des trois conseils (CRSH *et al.*, 2022) ont été suivis, soit le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice. Dans la perspective d'une éthique collaborative (Koster *et al.*, 2012; APNQL, 2014), les activités de recherche ont été conduites AVEC et non SUR les Autochtones. Dans cette optique, les communautés participantes ont été impliquées dans toutes les phases du projet. De fait, des échanges ont eu lieu avec les partenaires dès la conception du projet, ils se sont maintenus lors de la mise en œuvre du protocole et se poursuivront si nécessaire (Asselin et Basile, 2012). Pour valider la pertinence et le besoin du projet, deux présentations ont été faites dans les communautés participantes (en janvier et en octobre 2019). Cette validation de besoins a été faite à partir des rencontres avec des leaders des communautés et de l'envoi par courriel d'un résumé du projet aux conseils de bandes pour approbation. Suite à l'approbation du comité d'éthique de la recherche (Annexe C), une présentation du protocole a été réalisée auprès des leaders des communautés participantes dans le but de les impliquer dans la mise en branle du projet de recherche (Basile *et al.*, 2018). Lors de la collecte de données, le consentement préalable, libre et éclairé des participants a été sollicité et entériné par la signature

d'un formulaire de consentement élaboré selon les recommandations du comité d'éthique de la recherche de l'UQAT (Annexe B). Le formulaire de consentement a été présenté en détail en début d'entrevue, permettant ainsi d'informer les participants sur la recherche à laquelle ils s'apprêtaient à prendre part. Ils ont aussi été informés de leurs droits en regard de cette participation, notamment en ce qui a trait à la confidentialité et au retrait de l'étude si souhaité. Pour ceux qui l'ont souhaité, le consentement a pu être donné oralement. Enfin, les résultats ont été transmis en premier lieu aux communautés (APNQL, 2014) sous une forme facilitant leur opérationnalisation. Dans le but de s'assurer que les communautés bénéficient des retombées de ce projet, suivant ainsi le principe de la réciprocité (Koster *et al.*, 2012), le maintien de contact a posteriori a été offert aux communautés souhaitant poursuivre la collaboration au-delà du projet (Asselin et Basile, 2012).

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats en lien avec les objectifs de ce mémoire. La première partie expose le profil d'utilisateur de services des participants et brosse un portrait des services dont ils ont choisi de parler durant les entrevues. La deuxième partie présente les caractéristiques des participants et de leur environnement immédiat favorisant leur accès aux services socio-sanitaires, avec une attention particulière aux éléments pouvant déclencher la demande d'aide et maintenir l'engagement dans l'utilisation des services. Dans la troisième partie, il est question des caractéristiques des services qui, selon les participants, favorisent leur accessibilité, notamment en termes d'approches et de caractéristiques des professionnels. C'est aussi l'occasion de comparer les avantages des services offerts dans les communautés territoriales et à l'extérieur. Enfin, la quatrième partie présente quelques pistes suggérées par les participants en vue d'améliorer l'accessibilité des services, soit de prioriser la santé et le bien-être des hommes et d'aller à la rencontre des hommes qui se tiennent à distance des services, ainsi que quelques suggestions pour bonifier l'offre de services actuelle.

4.1 Les participants et leur utilisation des services

4.1.1 Profils d'utilisateurs de services

On peut distinguer les profils d'utilisateurs de services (Tableau 4.1) selon les variables suivantes : (1) la régularité d'utilisation (utilisateurs réguliers ou occasionnels); (2) le caractère volontaire ou non de l'utilisation; et (3) l'état de santé des participants (état de santé perçu, présence d'une condition chronique ou non). Plusieurs participants étaient à la fois utilisateurs et fournisseurs de services. Leur profession passée ou présente dans le secteur de la santé ou de l'administration leur donnait une connaissance des services « de l'intérieur ».

Tableau 4.1. Profils d'utilisateurs de services des participants.

Caractéristiques	N=15
État de santé perçu	
Moyen	4
Bon	7
Très bon	2
Pas de réponse	2
Troubles de santé chronique diagnostiqués	
Aucun	9
Trouble de santé chronique	5
Limitation physique	1
Fréquence d'utilisation des services (sur base volontaire)	
Régulier	9
Occasionnel	2
Suivi fréquent pour condition chronique	4
Contexte d'utilisation des services	
Volontaire seulement	12
Non volontaire seulement	0
Les deux	3
Expérience des services en tant que professionnel	
En tant qu'intervenant	6
En tant qu'administrateur	4
Aucune	5

4.1.2 Carte des services

Les hommes rencontrés dans le cadre de cette étude utilisent, ou ont utilisé, divers services socio-sanitaires. Les échanges n'ont pas porté spécifiquement sur chacun des services, mais plutôt sur différentes dimensions de l'ensemble des services. Il serait donc difficile d'établir une carte exhaustive des services utilisés par les participants. Il s'agit plutôt ici de faire un portrait des services au sein desquels ont eu lieu les expériences relatées par les participants durant les entrevues (Figure 4.1).

Les hommes ont choisi de surtout parler des services dont l'utilisation les a le plus marqués, que ce soit de façon positive ou négative. Ainsi, plusieurs services ont retenu l'attention des hommes en répondant particulièrement à leurs besoins ou en faisant une différence dans leur vie. C'est le cas notamment des services de dépendance, plus particulièrement des fraternités d'Alcooliques anonymes (AA) et des centres de ressourcement Attitude fondés par Dolly Demitro. Bien qu'ils aient été moins nombreux à les utiliser, les services en psychologie et sexologie, autant ceux offerts dans les communautés qu'à l'extérieur, ont aussi été importants dans le cheminement de quelques hommes. Pour deux participants, l'utilisation de services psycho-sociaux durant leur détention a été le début d'un rétablissement. Les services de première ligne de la communauté ont aussi été abordés par plusieurs participants. Il sera question plus tard du rôle important que ces services peuvent jouer comme facilitateurs auprès des autres services.



Figure 4.1. Carte des services évoqués dans les entretiens : services offerts par les conseils de bandes (orange); services gouvernementaux (bleu); services associatifs (jaune); services privés (gris). Le chiffre suivant un service indique le nombre de participants l'ayant évoqué.

Concernant les services dont l'utilisation a pu être problématique, les hommes ont évoqué les services en milieu hospitalier, dont les délais d'attente posent problème.

Un autre service abordé en des termes négatifs est celui de protection de la jeunesse.

Les participants ont eu affaire à ces services soit en tant que parent d'enfant(s)

bénéficiaire(s), soit en tant que famille d'accueil. Certains ont aussi connu les deux postures. Néanmoins, un des participants a constaté une meilleure réponse à ses besoins de la part des services de protection de la jeunesse depuis leur très récente et graduelle prise en main par quatre communautés de la région, dont les trois communautés participantes, entérinée par une entente signée avec le Centre intégré de services de santé et de services sociaux de la région en 2019⁹.

4.2 Caractéristiques des hommes et de leur environnement

L'accès aux services résulte, d'une part, des caractéristiques des usagers et de leur environnement (*accès*), et d'autre part, des caractéristiques des services qui leur sont offerts (*accessibilité*). Dans cette section, il sera question de la dimension de l'accès, soit des facteurs environnementaux et individuels qui influencent l'accès des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires (Tableau 4.2). Il sera aussi question des éléments pouvant déclencher une demande d'aide et faciliter le maintien de l'engagement dans l'utilisation des services.

⁹ <https://www.ledevoir.com/societe/590967/dpj-entente-historique-avec-les-anicinape>

Tableau 4.2. Facteurs individuels et environnementaux favorisant l'accès des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires

Caractéristiques de l'environnement
<ul style="list-style-type: none"> • Discours environnants • Éducation reçue durant l'enfance • Soutien de la famille, des amis et de la communauté
Caractéristiques des hommes utilisateurs de services
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction à l'égard des services • Confiance envers les services • Connaissance des services • Attitude positive dans le rapport aux services
Caractéristiques des hommes facilitant leur recours aux services
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à exprimer son vécu et ses émotions • Autonomie • Affirmation de soi • Persévérance • Engagement sur un chemin de guérison <ul style="list-style-type: none"> ○ Entrée sur le chemin de la guérison et demande d'aide ○ Chemin à parcourir ○ Rôle de modèle
Déclencheurs de la demande d'aide et cheminement vers la guérison
<ul style="list-style-type: none"> • Situation de crise • Prise de conscience • Main tendue • Obligation judiciaire
Motivateurs de la demande d'aide et de l'engagement dans les services
<ul style="list-style-type: none"> • Conscience des effets néfastes possibles du non-recours aux services • Recherche du bien-être de leur famille et de leur communauté • Recherche de leur propre bien-être • Expérience d'un mieux-être suite au recours à un service • Prendre sa place

4.2.1 Caractéristiques des environnements

Plusieurs participants ont fait part de facteurs environnementaux pouvant influencer leur recours aux services socio-sanitaires, soit les discours environnants, l'éducation et le soutien reçu de la part de la famille, des amis ou de la communauté.

4.2.1.1 Discours environnants

Quelques participants ont fait référence à des discours environnants qui ont pu influencer de façon négative leur recours aux services. Ces discours peuvent encourager un sentiment de méfiance envers les services, et donc nuire à leur utilisation. Par exemple, un participant a fait référence à des discours entendus de la part des aînés et de sa famille concernant les services de protection de la jeunesse :

La plupart du temps, les aînés, ils n'aimaient pas ça quand [les] services sociaux nous harcelaient, ils disaient [que les services sociaux] vont éduquer nos enfants. [Les services sociaux] nous donneront pas [la chance] de dire quoi que ce soit à nos enfants, nos propres enfants. C'est ça qu'y disaient, nos aînés. Mon père il disait ça aussi » (P03).

Pour un autre participant, certains événements rapportés par les médias incitent à la méfiance : « C'est juste dans le temps, ce que j'ai pas aimé aussi, Joyce qui est morte là-bas, à Joliette, j'étais un petit peu choqué par ça » (P07). En outre, certains discours peuvent nuire au recours des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires en limitant leur capacité à percevoir leurs besoins ou à envisager les services comme étant aptes à y répondre. Dans ce sens, un participant, en lien avec son expérience

des services offerts dans sa communauté, a fait référence à des discours négatifs concernant les hommes qui les cantonnent à une dimension problématique :

Il y a beaucoup de stéréotypes entourant un homme autochtone, dans l'âge adulte, où est-ce qu'ils ont des problématiques, pis ils sont le problème. Ils sont eux-mêmes le problème. Ils sont identifiés comme la source d'un problème au niveau familial... jusqu'aux abus [...] Mais l'homme que j'étais, que j'ai senti que j'étais stéréotypé par d'autres expériences d'autres personnes. Je me sentais comme si j'étais le responsable des malheurs des autres. Je sentais que j'avais pas besoin d'aide, d'après les autres. [...] On est souvent à l'intérieur même de la communauté aux prises avec des préjugés qu'on n'a pas demandé d'avoir, ce qui empêche peut-être... ce qui va même jusqu'à croire que tu es toi-même une personne dans cette catégorie-là, pis que tu mérites pas nécessairement les services, ou qu'il n'y a pas de services offerts pour ce groupe de personnes, qui sont identifiées comme problématiques. (P15).

4.2.1.2 Éducation reçue durant l'enfance

De nombreux participants ont fait référence à leur éducation comme un facteur influençant l'utilisation des services : « Ça dépend des gens, comment ils ont été modelés avec leur passé, comment ils ont été élevés, pis aujourd'hui, les jeunes ils vont aller facilement à plus utiliser les services. Ça dépend aussi vraiment [de] comment ils ont vécu par le passé, comment t'as été élevé par tes parents ou ton grand-père » (P02). Dans ce sens, des participants, âgés de plus de 55 ans, ont expliqué que leur éducation et le modèle transmis par leurs parents ne les ont pas encouragés à recourir aux services. Un participant a rapporté ne pas avoir fréquenté les services de santé étant jeune :

Mes parents, ils allaient pas voir le médecin, ils avaient pas de médecin, fait que c'est en apprenant avec nos parents. Fait qu'on était dans l'bois aussi, on avait notre médecine traditionnelle aussi, fait que c'est comme ça que... C'est ma mère qui me donnait de la médecine quand j'étais malade. On n'avait pas besoin des pilules. On n'avait pas de ça. C'est tout dans l'bois. [...] Y avait pas besoin de docteurs, pis nous autres on a appris par nos parents. On faisait la même chose » (P10).

Pour un autre homme, l'éducation qu'il a reçue peut entrer en conflit avec ce que demande l'utilisation des services :

Parce qu'on a été programmés par nos parents de pas dévoiler certaines choses, ou de pas dire certaines choses qu'on voyait. Parce que c'était mal de dénoncer, dans le temps. C'est un peu pour ça qu'il me semble que les Autochtones, ils ont de la misère à voir qu'un dévoilement, ça... pour moi en tout cas c'est pas aussi normal que ça devrait » (P02).

Pour d'autres participants, l'éducation qu'ils ont reçue les a encouragés ou préparés à l'utilisation des services : « Ma mère m'a toujours dit : "quand tu connais pas quelque chose, va voir quelqu'un". J'ai toujours suivi son conseil » (P06). D'autre part, les parents peuvent transmettre des valeurs ou des aptitudes favorables à l'utilisation des services, comme c'est le cas pour un participant, dont l'autonomie facilite son recours aux services, qui a expliqué que « mon père, c'est une des valeurs qu'il m'a données, être autonome » (P04). Enfin, pour un autre homme, son éducation lui a permis d'être à même d'identifier ses besoins en santé :

Le fait de toujours prendre soin de soi. On a toujours à l'esprit de prendre soin de ton esprit, de prendre soin de ton corps physique... Donc toujours avec l'idée de bien balancer santé physique / santé mentale / santé spirituelle. Si tu grandis avec ces notions-là, je pense que... pis très jeune, ma grand-mère mentionnait que ces choses-là viennent en un : santé mentale / santé physique / santé spirituelle... l'un ne pouvait pas ne pas

marcher pis les autres marcheraient... C'est un petit peu avec cette façon de penser-là, qu'a bâti ma grand-mère : ce serait peut-être le temps d'aller chercher de l'aide... parce qu'au niveau mental, c'était pas... J'avais beau être en forme au niveau [physique], un jeune homme en pleine santé physique, y avait quelques lacunes que je pouvais améliorer. Fait qu'il y a peut-être ces notions-là, qu'il y avait une personne formée en santé mentale / santé spirituelle, pour avoir le bon maintien d'un bon équilibre de tout ça, il fallait que tout marche » (P15).

De plus, ce même participant transmet aujourd'hui cette aptitude à ses propres enfants :

Donc c'est la façon que j'essaye d'appliquer, que j'applique à mes enfants. Je leur demande souvent "est-ce que ça va? Émotionnellement, est-ce que ça va?" Bon, physiquement, je peux deviner que ça va bien, mais... Parce que je veux qu'ils grandissent avec ces choses-là... » (P15).

4.2.1.3 Soutien de la famille, des amis et de la communauté

La moitié des hommes rencontrés ont évoqué le soutien qu'ils ont reçu de leur famille, de leurs proches ou de la communauté durant leur parcours et qui les a encouragés et les encourage encore à poursuivre leur démarche de guérison, qui passe par l'utilisation des services socio-sanitaires. Le soutien peut aussi venir des parents. Pour un participant, sa mère l'a aidé en le confrontant aux conséquences de ses actes :

Moi et ma femme aussi, on consommait beaucoup dans le temps. Pis aujourd'hui, j'avais perdu mes jeunes [par intervention de la DPJ], pis je les ai posés chez ma mère. [...] Maman elle m'a regardé: "C'est quoi que tu fais dans la vie? Tu fais rien que boire. Arrête de boire! Je les ramasserai pas tes jeunes. Tes jeunes ils vont partir en ville, ils vont y rester. Pis toi tu vas te prendre en main. C'est rien que ça qu'ils font les services sociaux. Tu gaspilles tout ton argent, t'as pas de bouffe, rien. Tu penses-tu que les services sociaux aiment ça faire ça?" Aujourd'hui, j'ai pas regretté, mes jeunes ont pas été emmenés en ville, à cause qu'on a changé. Ma mère

m'a brassé dans la tête pis elle m'a dit : "arrête de boire". J'ai arrêté » (P07).

Pour ce même participant, son père l'a aidé en mettant des mots sur les traumatismes qu'il avait vécus par le passé et transmis à la génération suivante :

Pis mon père, il est venu me voir la journée avant que je sorte [du centre de détention]. C'était la première fois que je voyais mon père, à cause que ma mère elle a dit : "T'as-tu vu ton fils? – Qu'est-ce qu'il a fait? – Tout ce qu'il fait dans la vie, c'est toi qui lui as transmis. Il faut que tu ailles parler à ton fils." [...] Mon père, il m'a dit... Il m'a tout dit c'est quoi qu'il a subi à l'école de Saint-Marc à Amos [un pensionnat]. Il a tout subi... [...] C'était la première fois que je voyais mon père brailler pis me dire ce qu'il a subi... » (P07).

Le soutien peut aussi venir d'amis sous forme d'encouragements : « J'ai reçu beaucoup d'encouragements de mes amis quand même, depuis que je suis sobre. "T'es bon, t'as vu, t'es capable!" » (P08). Un autre participant, après avoir reconnu avoir posé des actes préjudiciables et purgé une peine de prison en conséquence, a reçu un soutien de la communauté et même d'autres personnes, ce qui l'a encouragé à poursuivre sa démarche de guérison :

C'est ce qui m'a beaucoup surpris après ma détention, quand j'ai sorti. Il y a beaucoup de femmes qui sont venues me voir, beaucoup de personnes qui sont venues me voir, me serrer dans leurs bras. J'étais surpris. Pourquoi qu'ils font ça, je me suis dit... Pourquoi elle me fait ça elle? J'ai arrêté de poser des questions, je me suis laissé bercer par les gens. Même le chef était venu me voir, même les gens de l'extérieur aussi que je connaissais pas, ils me connaissaient par les autres. Mais il y a bien des gens de l'extérieur qui connaissaient mon histoire par les autres gens aussi. Il y a beaucoup de monde qui sont venus me voir, beaucoup de femmes surtout. Il y a beaucoup de femmes qui sont venues me voir, me serrer, très longtemps aussi. C'est pour ça que je suis allé chercher de l'aide » (P04).

Deux hommes ont également mentionné le soutien reçu de leur conjointe.

J'ai tout de suite couru vers la personne que je partage ma vie. Pis j'ai demandé à elle que je puisse faire le ménage en dedans de moi. "À quel sujet?", [elle] m'a dit. "C'est des agressions sexuelles", j'ai dit. Ce moment-là, ça a été très pénible prendre une décision. Ça pas été spontané. Ça été des moments de réflexion avant. On s'est beaucoup parlé de ça après ça. C'est là qu'elle m'a dit : "Si tu veux te sentir bien, je vais te suivre". C'est là [que] ç'a commencé, [à] ce moment-là. [...] C'est elle qui a reçu les coups, de ma colère, de ma haine. Elle est encore avec moi aujourd'hui » (P04).

Ma conjointe est contente aujourd'hui que je ne boive pas, elle est contente que je ne fais plus ça ... parce que moi j'étais un gars qui buvait beaucoup avant. Presque chaque jour. [...] Puis ça rend fière ma blonde aussi encore aujourd'hui.» (P05).

Un autre participant a précisé les limites du rôle de la conjointe. Selon lui, le contour des rôles genrés étant bien dessinés, il serait inapproprié pour une conjointe d'inciter son conjoint à demander de l'aide ou d'initier des démarches en ce sens auprès des services. Selon ses dires, c'est à l'homme de prendre conscience de son besoin et d'être responsable de sa guérison, sans quoi la démarche ne peut porter fruit. Il a également précisé qu'une façon culturellement appropriée d'influencer son recours aux services serait de voir certains hommes de son entourage les utiliser.

Être témoin du cheminement de membres de sa famille ou de proches est aussi un facteur qui peut encourager les hommes dans leur démarche de guérison et les amener à recourir aux services. C'est le cas d'un participant dont les parents ont réussi à se rétablir. C'est d'ailleurs en suivant ses parents qu'il a fait sa rencontre avec le

groupe des alcooliques anonymes (AA), qui allait occuper une place importante dans son propre cheminement :

Quand j'ai vu mes parents là quand y buvaient pas, ça m'a fait quelque chose! Moi j'ai vu mes parents, pourquoi ils ne consommaient plus, où est-ce qu'ils étaient, dans une salle de meeting. Y a une salle de meeting, avec une table noire, une nappe noire, c'était marqué A.A. Je comprenais pas encore ce que ça voulait dire A.A., les Alcooliques anonymes. Je rentre là, pour la première fois, pour aller voir ce qui se passe dedans. Je pensais que mes parents ils avaient changé de religion, dans une secte religieuse. Mais non, c'était dans un groupe des Alcooliques anonymes. Ben c'est là que je me suis aperçu que mes parents ils ne consommaient plus. Ma mère a commencé à pas consommer, après ça mon père a suivi » (P08).

4.2.2 Caractéristiques des hommes utilisateurs de services

Après s'être intéressé aux facteurs environnementaux pouvant favoriser l'accès des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires, cette section présente des facteurs individuels, soit les caractéristiques des hommes eux-mêmes. La première partie s'attarde à décrire leurs rapports aux services socio-sanitaires, soit leur satisfaction, mais aussi le climat de méfiance qui entoure ces rapports et enfin la connaissance que les participants ont des services. La deuxième partie dresse un portrait des qualités sur lesquelles les participants s'appuient pour faciliter leur accès aux services disponibles, soit leur ouverture, leur autonomie, leur capacité d'affirmation de soi et leur persévérance.

4.2.2.1 Rapport aux services

4.2.2.1.1 Satisfaction à l'égard des services

La majorité des hommes ayant participé à cette étude ont exprimé de la satisfaction concernant leur expérience des services socio-sanitaires reçus dans ou à l'extérieur de la communauté. Plusieurs utilisateurs réguliers des services ont dit être « satisfaits » (P06, P10, P15) et « bien servis » (P15, P06) et même qu'ils n'ont « pas eu de problèmes » (P06, P10) ou « pas connu de difficultés » (P15). Certains participants ont exprimé leur satisfaction envers les résultats atteints à l'issue d'un épisode de service en particulier, soit l'efficacité d'un traitement prescrit qui a permis de solutionner un problème de santé (P12), le soutien apporté par les services de première ligne durant une période de crise (P14), ou encore les changements de mode de vie rendus possibles par une session de ressourcement (P16). Comme le mentionne un participant, cette satisfaction envers les services reçus encourage une utilisation future : « J'ai été très bien servi, pis c'est pour ça que j'ai continué d'année en année » (P15).

4.2.2.1.2 Confiance envers les services

Pour plusieurs participants, la « méfiance » (P06) ou le « manque de confiance » (P12) envers les services ou les professionnels est un obstacle à leur utilisation, autant en ce qui concerne les services offerts dans leur communauté qu'à l'extérieur : « si le système est très bien monté, pis y a aucun individu qui vient le voir parce qu'il a pas

confiance en toi, pis que tu n'as pas développé de liens particuliers... [...] C'est plus dur de travailler avec [...] des personnes [en qui] j'ai pas confiance » (P14).

Plusieurs participants, incluant deux aînés, ont expliqué leur méfiance envers les services en général comme découlant de l'histoire coloniale. Un participant a fait référence à plusieurs souvenirs qui ont marqué son rapport aux institutions :

Je reviens tout le temps à quand j'étais jeune, ce que j'ai vu des corps policiers. [...] Dans les années 1950, les Autochtones étaient interdits de consommer [de l'alcool]. Pis les Autochtones, ils avaient des *bootleggers* un peu partout, pis ils s'en allaient se procurer leur boisson auprès de ces personnes-là. Fait que les vendredis, des fois, y avait des descentes de policiers. [...] Ils commençaient à courir après les gens qui buvaient dans la communauté. [...] Des fois à coups de matraque, ils se faisaient ramasser. [...] La peur était déjà installée dans cette période-là au niveau de nos parents, nos grands-parents. Parce que à un moment donné, tout était interdit pour nos parents en tant que tel, pour la pêche et la chasse [...] Ils avaient peur. [...] Fait que c'est là qu'on a été élevés nous autres. C'est pour ça que nos parents disaient : "On a appris à pêcher aux blancs, on leur a appris à chasser, une fois qu'ils ont tout appris, ils nous ont laissés de côté." [...] Tout était interdit pour nos parents, fait que dans ce sens-là, aujourd'hui, on est méfiant envers les organisations » (P02).

Un autre aîné a fait part de son expérience passée avec les services de protection de la jeunesse, sa perception des services actuels en étant une continuité :

J'ai pas compris vraiment ce qu'est le rôle des services sociaux. Des fois ils emmenaient nos enfants. [...] À un moment donné, quand on allait travailler aux États, on revenait, pis un de mes enfants, mon garçon était placé dans un foyer à Val-d'Or. [...] Eux autres qui avaient la garde de nos enfants, ils disaient : "il faut que j'appelle les services sociaux avant que vous repartiez avec votre bébé". [...] Aujourd'hui encore, mes petits-enfants ils sont harcelés par les services sociaux. [...] Y a pas de changement. Y a jamais eu de changement » (P03).

Un autre participant voyait lui aussi la méfiance comme un héritage de l'histoire coloniale : « c'est parti de loin, le fait que nos enfants soient placés, que tous nos enfants étaient partis à l'école à l'extérieur¹⁰ ... [...] On nous a tellement brisés, brimé nos droits en tant qu'Anicinapek, ils nous ont blessés. Il y a des blessures qui sont encore là. Fait que c'est pas évident » (P12).

Pour plusieurs participants, leur méfiance envers les services trouve son origine dans leur expérience directe des services, autant ceux offerts dans leur communauté qu'à l'extérieur. C'est le cas pour un participant ayant eu de la difficulté à obtenir un service adéquat pour un problème de santé : « Moi, les médecins, j'ai perdu la confiance parce qu'ils m'ont fait vivre des choses que je devais pas vivre » (P12); Enfin, plusieurs participants ont relaté avoir observé ou subi du racisme dans les services hospitaliers, de façon systématique ou occasionnelle. Un participant l'a exprimé en ces mots :

¹⁰ Le participant fait ici référence à l'histoire de la scolarisation forcée des enfants de la communauté de Kitcisakik à l'extérieur de leur communauté (1955-2005) : « [Dès 1955, à l'ouverture du pensionnat pour enfants autochtones de Saint-Marc de Figury] et jusqu'à sa fermeture en 1973, les enfants de Kitcisakik ont été littéralement enlevés de leur communauté, de gré ou de force, par des agents du gouvernement fédéral et placés dans cette institution dirigée par les Oblats. Ils y demeuraient pendant dix mois de l'année sans interruption avec peu ou pas de visites de leur famille, sauf pour un jour à Noël et un à Pâques pour certains d'entre eux (Mowatt, 2006). À compter de 1973 jusqu'en 1989, les enfants de Kitcisakik ont d'abord dû s'exiler en divers endroits d'Abitibi (Amos, Louvicourt, Lac Simon, Senneterre et Val-d'Or) pour y être scolarisés. Vers 1989, il fut établi que tous fréquenteraient l'école à Val-d'Or, demeurant cinq jours par semaine dans des foyers scolaires allochtones. De 1989 à 2005, une centaine d'enfants d'âge scolaire ont été retirés de leur famille et de leur communauté chaque dimanche soir et conduits dans des foyers scolaires à Val-d'Or afin de fréquenter l'école « blanche francophone » (Brascoupé, 2006). Ils revenaient à Kitcisakik les vendredis soirs. Cela fait donc plus de 50 ans que des générations d'enfants anicinapek sont pris en charge et éduqués dans la société dominante au sein de laquelle ils sont acculturés, y perdant l'usage de leur langue et de leur culture, tandis que leurs parents sont usurpés de leurs responsabilités parentales et privés de la possibilité de leur prodiguer de l'affection et une éducation (Riendeau, 2010). » (Loiselle *et al.*, 2011, p.9).

Je sens qu'il y a des préjugés encore dans le système de santé. [...] Des fois, parce que t'es un Indien, on dirait qu'on te met en second service, ou t'as pas la priorité. [...] En ville, moi j'ai déjà entendu ça. Une des choses que j'ai remarqué qu'on me posait comme question, je sais pas s'ils posent cette question aux Allochtones : "Est-ce que tu as des problèmes de consommation? Est-ce que t'as pris des drogues?" J'ai déjà entendu ça, souvent. Tous les docteurs m'ont posé cette question-là. Avant même de me poser d'autres questions... [...] Moi j'ai toujours eu l'impression des fois que les [travailleuses sociales et travailleurs sociaux] sont racistes envers les Autochtones, les Anicinapek. Moi j'en ai vécu un peu avec une intervenante (P12).

Pour un autre participant, la méfiance le conduit à être vigilant dans ses rapports aux services : « avec ma fille, tout le temps à l'hôpital, ma fille, on dirait qu'ils la mettent de côté. C'est pour ça que nous autres avec ma femme, on est toujours à côté de ma fille quand elle est à l'hôpital » (P07).

Les participants ont avancé que la méfiance et diverses craintes expliquent le non-recours aux services socio-sanitaires de la part des hommes anicinapek, autant en ce qui concerne les services offerts dans leur communauté qu'à l'extérieur. Tout d'abord, il peut s'agir de craintes liées à d'éventuelles conséquences judiciaires, comme l'a exprimé un participant :

C'est sûr que des fois, on aimerait ça parler à des psychologues, au niveau santé mentale, pis... la grande peur de la majorité, même moi, c'est que si je commence à dévoiler mon passé, qu'est ce qui va m'arriver? On est bien insécure dans ce cheminement-là. (P02).

Selon le témoignage d'un participant, l'incarcération peut en effet être une étape de la prise en main, comme ce fut son cas puisqu'il avait commis des agressions : « quand j'ai commencé à prendre soin de moi, ça a été un moment très dur envers moi. C'est

quand j'ai fait de la prison... » (P04). De plus, deux participants ont expliqué que ces craintes sont alimentées par la perception d'un manque d'impartialité des services et du système judiciaire en faveur des femmes :

Mettons, une femme, elle, elle va utiliser ces services-là pour se protéger, déjà au niveau du système judiciaire, au niveau de la protection de la jeunesse, tandis que l'homme, il va voir comme c'est une menace pour lui [...] Ils [les hommes autochtones] ont peur qu'on ne les croie pas. C'est comme je disais tantôt, à propos de la justice, les juges ils vont condamner tout de suite. C'est de leur faute [aux hommes]. Ils [les juges] vont croire tout de suite la femme, condamner l'homme (P08).

De plus, selon un participant, les hommes peuvent aussi craindre les conséquences judiciaires qui toucheraient leur agresseur s'ils venaient à dévoiler leur vécu : « ils ont pas le droit de parler, ils ont pas le droit de dire ce qu'ils ont vécu, parce qu'ils ont peur de mettre des noms, parce qu'ils les aiment ces personnes-là, qui leur ont fait mal » (P14).

Une autre appréhension des hommes en lien avec l'utilisation des services concerne la crainte du placement de leurs enfants qui résulterait de leur recours aux services. Dans ce sens, un participant a expliqué que « J'ai besoin d'aide, mais j'ai juste besoin qu'on me soulage, qu'on touchera pas mes enfants, qu'on [ne m']enlèvera pas mes enfants. J'ai juste besoin de savoir que mes enfants vont être en sécurité pendant que je vais aller me prendre en main » (P14). Deux autres participants ont expliqué que c'est aussi une barrière à l'utilisation de services dédiés à la famille et au

développement des habiletés parentales, y compris pour les services offerts dans leur communauté :

Tout ce qui est relié à mon rôle de père de famille. Déjà dans la société dominante, on peut percevoir que c'est souvent la mère qui est responsable des enfants, qui la plupart du temps obtient la garde complète des enfants. Moi, comme père de famille autochtone, avec les réalités différentes et la différence au niveau de la culture, en tenant compte de certaines méconnaissances de la personne que je suis ou de la personne... de ma culture, ça a l'air des choses difficiles quand tu vas chercher des services, ou tu es hésitant à aller chercher des services pour améliorer mon rôle de parent. [...]. [Je suis réticent à utiliser des services] par crainte de signalement ou que le professionnel de la santé identifie, ou pense que je ne suis pas apte à être parent, pendant que, au départ, je viens juste chercher de l'aide pour être un meilleur parent (P15).

Enfin, la crainte d'un bris de confidentialité peut limiter le recours aux services offerts dans leur communauté. C'est en ces termes que l'exprime un participant :

Si tu vis des problématiques de consommations, avec les services sociaux, t'as besoin d'aller parler avec quelqu'un pour trouver des solutions. Mais cette solution, souvent elle est attachée à bien du monde dans la communauté. Pis y'en a certains, des fois qui vont rechuter, qui vont se retrouver dans... Est-ce que ton histoire va [se raconter]? Tu comprends? Fait qu'on y va de reculons (P14).

Au contraire de la méfiance, la confiance facilite l'accès des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires. Cette confiance n'est toutefois pas accordée d'emblée.

Comme le dit un participant, « il a fallu que je développe ce lien de confiance » (P12).

Plusieurs éléments peuvent favoriser la confiance. Pour un participant aîné, c'est le temps, ses expériences des services, qui lui ont permis de développer sa confiance envers l'ensemble des services :

Parce que moi, ça fait longtemps que je me suis pris en main. À un moment donné, le système judiciaire, j'ai compris qu'il était là pour nous aider aussi. Parce qu'on a été programmés par nos parents de pas dévoiler certaines choses, ou de pas dire certaines choses qu'on voyait. Parce que c'était mal de dénoncer, dans le temps. [...] Avec le temps, j'ai compris que ça peut aider aussi les personnes [de se dévoiler]. [...] Moi je vais aller à un programme d'aide en tant que tel, après ça, c'est juste une question d'adaptation, pis de la confiance qui s'installe (P02).

Pour un autre participant, la confiance vient d'un changement interne chez les hommes : « Je pense que les services sont tout le temps là. C'est juste à nous autres à faire confiance, en ouvrant notre cœur, et à voir le genre d'aide qu'on pourrait avoir » (P10).

4.2.2.1.3 Connaissance des services

La plupart hommes rencontrés ont une bonne connaissance des services existants, de leur fonctionnement et des professionnels qui les offrent. Concernant le fonctionnement des services, deux participants ont expliqué que leurs connaissances facilitent leur utilisation : « J'avais quand même une bonne idée de comment ça marchait ici, fait que c'était pas trop difficile » (P15). « Quand moi je consulte l'hôpital, j'ai pas de problème. Je parle bien français, je connais le service à la clientèle, qu'est ce qui en retourne quand tu demandes de l'aide pis celui qui donne le service. Moi je suis déjà assez bien informé là-dessus » (P06). Au contraire, un participant a expliqué en quoi la méconnaissance du fonctionnement des services peut compliquer leur utilisation :

J'ai connu une difficulté avec ça, parce qu'elle m'a donné des numéros, sur une carte, pis j'avais appelé un peu partout, pis c'est comme si j'appelais, pis je savais pas où on me transférait. J'avais pas poussé la chose plus loin. Mais j'avais appelé au centre de santé ici, pis ça avait vite répondu à mes besoins. C'est pour ça que je dis qu'à l'extérieur c'est un peu plus difficile, parce que je ne connaissais pas (P15).

Dans le même sens, plusieurs hommes ont expliqué que « c'est les premiers pas [pour consulter] qui sont difficiles à faire chez l'homme » (P04). En conséquence, un participant a évoqué l'importance d'orienter correctement les nouveaux utilisateurs : « la première fois qu'une personne vient par elle-même pour demander de l'aide, assure-toi de le guider à la bonne place pis de le guider de la bonne façon » (P14). Enfin, un autre participant, qui joue aussi un rôle d'intervenant, a expliqué qu'une fois le premier contact établi, « [l'homme] va être capable de venir » (P10).

Pour trois des participants, connaître « tout le monde [qui offre des services au centre de santé] » (P09, P10) ou « beaucoup de monde [qui offrent des services en ville] » (P10, P13), facilite l'utilisation des services. C'est ainsi « plus pratique [...] d'aller utiliser les services » (P10), de « n'avoir aucun problème avec personne » (P10) et de faire en sorte que « ça va vite quand je demande quelque chose » (P13). Pour plusieurs participants, cette familiarité avec les services résulte de leur activité professionnelle. Pour un participant, c'est par le biais de son travail au sein du centre de santé : « j'travailles ici, en santé, fait que moi je connais tous les services » (P09). Pour un autre participant, c'est sa position de décideur qui l'a rapproché des services :

Je connais aussi beaucoup les organisations publiques québécoises, parce que en tant que leader, t'as pas le choix de connaître ces services-là [...]. J'ai eu à travailler avec beaucoup de professionnels, au niveau de la santé, au niveau des services sociaux, au niveau des prises en charge des programmes (P02).

Pour un troisième, c'est la profession de sa conjointe qui a facilité cette connaissance :

« Ma femme était interprète. Pis c'est comme ça qu'on les a connus, les médecins » (P10).

4.2.2.1.4 Attitude positive dans le rapport aux services

Pour plusieurs participants, leur attitude peut influencer la qualité de la relation avec les professionnels offrant les services. Dans ce sens, il y a une certaine réciprocité dans la relation d'aide, puisqu'une attitude positive de la part de l'utilisateur entraîne une réponse positive du professionnel, et vice versa. Ainsi, le respect encourage le respect : « Moi, je respecte les gens quand ils me respectent... mettons quand on travaille ensemble, ça c'est une belle valeur » (P06). Un autre participant a témoigné d'une réciprocité dans les actions posées : « comme parent, moi aussi j'avais des choses à faire. [...] Ce qu'elle [l'intervenante] disait, elle le faisait. Plusieurs fois aussi ce qu'elle me demandait je le faisais » (P12). C'est aussi ce dont a témoigné un participant utilisateur des services de protection de la jeunesse, pour lesquels la relation avec l'intervenante s'est améliorée quand il a répondu aux exigences du service : « Elle était compréhensive, parce que moi j'écoutais ce qu'on voyait avec elle. Parce que si

j'écoutais pas, ça allait pas marcher. Il fallait que moi je collabore. Il fallait que je fasse ce qu'elle me demandait » (P09).

En outre, plusieurs participants ont fait preuve de compréhension envers les services en tolérant leurs imperfections. C'est ainsi que s'est exprimé un participant :

Je comprends que quand ils ont un manque de personnel en ville, ils ont de la misère. C'est normal. Y a pas de travailleurs, y a personne qui veut travailler. Ou y a pas de ressources, y a pas de personnes compétentes pour le faire. C'est compréhensible (P13).

Dans le même sens, concernant les services offerts par le centre de santé de sa communauté, un autre participant voit les défauts de communication comme une occasion de prendre ses responsabilités et de se montrer autonome : « la communication n'est pas très bonne des fois, de temps en temps, mais c'est correct comme ça, parce que c'est à nous autres aussi à chercher l'information » (P04).

4.2.2.2 Caractéristiques des hommes facilitant leur recours aux services

Les hommes rencontrés dans le cadre de cette recherche ont relevé que plusieurs de leurs caractéristiques influençaient positivement leur utilisation des services socio-sanitaires. Il s'agit de l'ouverture et de la capacité à exprimer son vécu et ses émotions, de l'autonomie, de l'affirmation de soi et de la persévérance. Enfin, les participants ont en commun d'avoir entrepris un chemin de guérison, une démarche dans laquelle s'inscrit le recours aux services et qui leur a permis de développer des caractéristiques favorables à leur utilisation.

4.2.2.2.1 Capacité à exprimer son vécu et ses émotions

Selon plusieurs participants, une barrière à la demande d'aide chez les hommes anicinapek est la présence d'une « carapace » : « parfois, ces hommes-là, ils sont forts. Ils ont une grosse carapace, les hommes. C'est pour ça que des fois, on voit quasiment pas d'hommes demander de l'aide. [...]. Ils disent : “Non, non, j'ai pas besoin d'aide” » (P04). Pour un participant, la carapace prend la forme d'orgueil : « Moi aussi j'avais une carapace, l'orgueil : “Non, j'ai pas besoin de ça, j'ai pas besoin de ça. Je suis capable tout seul” » (P04). Plusieurs participants ont fait référence à la tendance de certains hommes à « camoufler leurs émotions » (P13), à « rester dans leur bulle » (P16), à avoir « de la misère à s'exprimer » (P09). Au-delà de la demande d'aide, cette carapace limite aussi l'expression des hommes dans la relation d'aide :

Les hommes sont plus renfermés, ils sont plus tournés vers eux-mêmes. Ils sont difficiles d'approche, de contact. Y'en a que ça va, mais en général, ceux que je vois ici, eux-autres, ça va prendre plus de temps pour un homme pour qu'il parle de ses problèmes que par rapport à une femme [...]. Un homme, il faut que tu perces sa carapace, on dirait. Faut que tu le découvres. Il ne s'ouvrira pas comme ça (P12).

Un participant a décrit la fonction défensive de cette carapace : « Les hommes aussi, ils manquent de confiance, pis ils ont peur à l'intérieur, les hommes. La plupart du temps, les hommes, ils ont peur. Ils ont peur de dévoiler qui ils sont. Ils ont peur que leur univers se brise » (P08). Selon ce même participant, c'est la socialisation genrée qui est à l'origine de cette difficulté d'expression chez les hommes anicinapek : « Nous autres, chez les hommes, on nous a appris, dans une communauté aussi : “un homme

ne doit pas pleurer”, “un homme doit rester fort”. [...] “Arrête de pleurer!” Nos pères à nous autres, ils ont dit : “T’es pas un homme si tu pleures” » (P08).

La majorité des hommes rencontrés dans le cadre de cette étude ont développé leur capacité à exprimer leurs émotions. C’est dans ces termes qu’a témoigné un participant : « Moi, en vidant mon sac, de ce que j’avais accumulé, j’en parle, j’en parle, de ce que je vis, de ce que je ressens. Fait que moi, c’est beaucoup avec ça que j’utilise les services » (P09).

Un participant a expliqué comment cette ouverture facilite l’utilisation des services :

C’est quand on commence à ouvrir notre cœur, ça va être plus facile. Aujourd’hui, quand j’ai commencé à ouvrir mon cœur, ç’a été plus facile pour moi, d’aller chercher de l’aide. [...] Si on commence à ouvrir notre cœur, ça va bien aller. C’est comme ça qu’on va laisser entrer les services (P04).

Plusieurs participants travaillent aussi à transmettre cette capacité aux autres hommes de leur communauté. Voilà ce qu’ils leur disent dans ce sens : « Aujourd’hui, on est en 2022, un homme peut pleurer avec les sentiments, avec la douleur qu’il a à l’intérieur, qu’on puisse libérer des choses. Parce que pleurer, c’est guérir aujourd’hui » (P08).

À un moment donné, elle va exploser sa boule icitte [désigne la poitrine]. Elle va exploser, pis il va [se] chicaner [avec] sa femme. [...] C’est ça que j’ai dit aux hommes que j’avais rencontrés : “Votre boule icitte, votre œuf il peut péter! C’est ça, faut qu’il pète. [...] Ta boule est dormante. Mais si tu pètes pas ton œuf là-dedans, c’est fini, tu vas éclater en avant de ta

femme, tu vas être chialeux, tu vas éclater en avant de tes jeunes, tu vas éclater, c'est sûr... Si t'éclates pas drette là" (P07).

D'autre part, selon un participant, l'humilité aussi est un facilitateur à la demande d'aide :

En venant chercher de l'aide, humble. Le pouvoir d'humilité, le partage, c'est ça que moi ça m'aide beaucoup. Parce que des fois, quand l'orgueil rentre en ligne de compte, on n'est pas humble en soi. Parce que l'humble pour moi veut dire : "Ok, j'ai besoin d'aide" (P04).

4.2.2.2.2 Autonomie

Lorsqu'ils évoquaient leur expérience d'utilisation des services, la majorité des participants ont décrit des attitudes et comportements démontrant de l'autonomie de leur part dans leur démarche. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de chercher de l'aide. Deux participants se sont montrés actifs et engagés dans la recherche de services pouvant répondre à leurs besoins :

J'ai pas arrêté de chercher de l'aide [depuis l'événement qui a déclenché ma démarche de rétablissement]. Rendu en détention, j'ai pas tourné mes pouces. Tout de suite j'ai cherché de l'aide auprès des services qui existent en détention. [...] J'ai cherché de l'aide quand je suis sorti de la prison. [...] Au niveau de la santé, j'utilise le service. C'est moi-même qui suis allé le chercher. Le service y peut pas se rendre à la maison. C'est nous autres qu'y faut qu'on aille voir le service. Parce que le service existe déjà. [...] C'est à nous autres [les hommes] de chercher aussi. Il y a pas juste [dans la communauté] qu'il y a des services. À l'extérieur aussi. Comme moi j'ai fait. Moi je suis allé chercher des services à l'extérieur aussi, pour m'en sortir (P04).

Je m'informe des services qu'on peut offrir. Je passe par des infirmières si j'ai besoin d'un service quelconque, je m'informe pis je prends les contacts. [...] Je m'en vais chercher des informations ailleurs aussi. À Val-

d'Or, par exemple. Je m'informe auprès des CLSC, ou des choses comme ça. [...] Des fois je préfère y aller par moi-même, pour avoir une bonne idée de ce qu'ils offrent. Je discute avec les réceptionnistes, je m'informe (P12).

Les hommes utilisateurs de services se montrent aussi autonomes dans la réalisation des démarches permettant d'accéder aux services dont ils ont besoin. Dans ce sens, plusieurs participants ont pris l'initiative de contacter les services. Un homme a dit « faire ses appels » (P06), un autre « appelle la personne et lui pose des questions » (P02), enfin un troisième « cogne aux portes » (P12) et « demande d'avoir un suivi » (P12). De plus, les participants font preuve d'autonomie et débrouillardise dans la planification des rendez-vous pour les arrimer à leur emploi du temps et s'assurer d'y être présents : « Je fais mes propres planifications, c'est moi qui fais mes propres rendez-vous. Fait que, jusqu'à date, je suis débrouillard » (P06). « Moi quand j'ai un rendez-vous à telle date, j'y pense déjà trois ou quatre jours avant » (P10).

En outre, avoir les moyens d'exercer son autonomie est un facilitateur pour accéder aux services. Un participant a expliqué que l'absence de documents d'identité à jour a pu faire obstacle à son utilisation des services : « j'ai pas vraiment utilisé ces services ici, à cause que j'avais pas ma carte [d'assurance maladie] » (P05).

L'activité professionnelle de l'utilisateur peut aussi influencer son accès aux services. Ainsi, pour P06, être « capable de contrôler son agenda » lui donne plus de flexibilité pour prendre ses rendez-vous médicaux. Plusieurs hommes ont aussi parlé de la plus

grande facilité d'accès aux services, notamment ceux offerts à l'extérieur de leur communauté, lorsqu'en possession d'un moyen de transport ou de moyens financiers. C'est en ces mots que l'a exprimé un participant, qui a dit préférer se rendre dans un point de service par ses propres moyens : « Moi quand je m'en vais chercher mes médicaments moi-même, je paye moi-même mon gaz, j'ai un char. J'ai pas besoin de demander des fois [au centre de santé] de me donner un bon de commande pour ça. Moi j'essaye de me débrouiller » (P03). En outre, selon un homme, avoir des moyens financiers permet aussi d'élargir les services auxquels il a accès et d'obtenir ainsi des délais plus courts en consultant dans le privé :

Je paye moi-même, parce que sinon je les aurais pas [les services en psychologie]. C'est beaucoup plus long. Deuxième exemple, au niveau du dentiste, il y a des choses que je paie moi-même parce que c'est trop long. [...] Les gens sont découragés avec ça. Moi j'ai les moyens (P13).

En revanche, être privé de moyen de transport ou avoir de faibles revenus peuvent être des obstacles au recours aux services, comme en témoigne P11 :

Le déplacement qui est encore un autre problème pour moi. [...] Pour moi, c'est un frein énorme. Parce que premièrement, j'ai pas d'emploi, et puis vivant avec le peu que je peux vivre... [Le service de transport] il est là, mais encore, là, j'ai pas de téléphone, et pis c'est tout ce qui vient avec. [...] C'est ça qui souvent, dans mon cas à moi, me barre la route dans le fond (P11).

Cependant, dans certaines circonstances, la quête d'autonomie peut aussi faire obstacle ou retarder la demande d'aide. Dans ce sens, l'autonomie est évoquée par quelques participants comme une alternative à l'utilisation des services. Un

participant a mentionné préférer se débrouiller seul plutôt que de recourir au service de transport, mais a néanmoins dit y avoir recours lorsqu'il n'a pas d'alternative (P16). Un autre participant, qui n'utilise les services sur une base volontaire que de façon occasionnelle, explique qu'« [il y a les services] pour arrêter la boisson, arrêter la drogue, que j'aurais le goût d'utiliser. Parce que je suis capable d'arrêter par moi-même aussi. C'est pour ça que j'hésite à prendre ces services-là » (P05).

4.2.2.2.3 Affirmation de soi

Concernant les raisons pour lesquelles les hommes anicinapek pourraient ne pas recourir aux services socio-sanitaires, plusieurs participants ont évoqué « le manque de confiance en soi » (P14) et « la gêne » (P04, P06, P07, P09, P13, P16). Cette gêne peut être un obstacle pour « aller chercher de l'aide » (P09), pour « participer à des groupes » (P16), ou encore pour poser des questions (P13). À ce propos, P14 a employé ces mots : « J'ai tellement pas confiance en moi où est ce qu'il y a des Allochtones, penses-tu que je vais le dire que je comprends pas? ». Au contraire, la « confiance en soi » (P14), le fait d'« être à l'aise dans sa peau » (P11) et la capacité d'affirmation qui en découle facilitent l'accès aux services sociaux et de santé :

Quand tu as confiance en toi, t'es plus allumé, t'es plus réfléchi, t'es plus conscient des opportunités que t'as et des privilèges que t'as, d'être de ce monde-là. [...] Plus que tu as confiance en toi, plus c'est facile de continuer à évoluer dans ta démarche de guérison, parce que tu vas aller chercher, tu vas être assez clair, le cœur va être assez libre, il va y avoir plus de lumière (P14).

En outre, plusieurs participants ont dit oser poser des questions. Selon eux, c'est une attitude qui permet d'avoir une meilleure compréhension des informations transmises par les professionnels :

Quand je comprends pas, je pose plus de questions : "qu'est-ce que tu veux dire par là? C'est quoi le mot?" [...] Moi j'ai pas de problème. Si je comprends pas, les mots qu'il utilise, je vais le dire. Je pose la question, ils me répondent (P03).

Enfin, les hommes à l'aise avec les services n'hésitent pas à faire valoir leurs droits ou leurs opinions, autant dans leur rapport aux services offerts dans leur communauté qu'à l'extérieur. Selon P04, « C'est important de donner ton opinion quand quelqu'un te le demande! ». Pour un participant ayant eu de la difficulté à obtenir le service dont il avait besoin, cette affirmation de soi s'est faite directement avec les professionnels lui offrant les services :

Moi je savais exactement ce que je voulais pour ma fille. Mais il fallait que je me débattre pour... fallait que je fasse valoir mes opinions, pour mon enfant [...]. Mais moi, c'est ça, je prends ma place, pis c'est sûr qu'il y a un rapport d'autorité qui est là, ce qui fait que c'est difficile des fois de faire valoir ce qu'on veut (P12).

Plusieurs participants n'ont pas hésité à faire savoir leur mécontentement auprès des établissements fournisseurs de services. Ce fut le cas pour deux participants qui se sont directement adressés à la personne responsable du service offert dans leur communauté : « Fait que c'est arrivé que j'étais pas content, fait que je lui ai dit [à la personne responsable] » (P06); « J'ai haussé le ton avec eux-autres » (P07). Un autre participant, concernant les services du réseau, est passé par le biais d'un sondage

d'opinion : « Y avait un sondage dernièrement pour les accréditations du centre hospitalier de Val-d'Or. [...] J'ai fait valoir mon mécontentement dans le sondage » (P12).

4.2.2.2.4 Persévérance

Plusieurs attitudes décrites par les participants illustrent la persévérance dont font preuve les hommes anicinapek utilisateurs de services socio-sanitaires dans leur parcours, soit la capacité de fournir des efforts, le courage, la ténacité et la détermination.

Pour plusieurs participants l'utilisation des services demande des efforts. Ainsi, P12 n'a « pas trouvé facile d'aller chercher les services », ce qui lui a « demandé des efforts ». Dans le même sens, P04 confie que « Ça été très dur au début pour moi de prendre soin de moi. Quand j'ai commencé à chercher de l'aide, ça n'a pas été facile non plus. Ça n'a pas été facile pour moi d'aller chercher de l'aide. Ça a été très dur. » Au-delà de la demande d'aide, l'engagement dans un service peut aussi demander des efforts. Par exemple, selon P16, sa participation à un programme de ressourcement lui a été bénéfique, car il a « travaillé fort ».

Pour un participant, aller chercher de l'aide et entreprendre un parcours de rétablissement demandait de passer par le dévoilement en tant que victime, mais aussi en tant qu'agresseur, une démarche qui demande du courage :

Très dur ça. Très dur de parler de [moi]. Très dur de parler des agressions que j'ai eues, que j'ai faites. Ça n'a pas été facile pour moi ma vie. Ça a été des moments très durs pour moi, car je voulais tellement sortir, tellement que je prenais tous les moyens pour m'en sortir. J'ai rien caché quand je suis allé en détention. On m'a même dit de faire attention avec ce que je dis, parce que ça risquait de me retenir longtemps en détention. [...] Parce que j'avais pas avec la peur. Fait que lorsque j'ai commencé à avoir le courage, c'est là que j'ai commencé à avancer. C'est avec courage que je vais avancer, parce que tout en acceptant les choses, ça mène au rétablissement (P04).

Les participants ont également fait preuve de ténacité, que ce soit dans leur démarche pour obtenir les services dont ils ont besoin, ou pour persévérer dans leur parcours de rétablissement. Tout d'abord, plusieurs participants ont témoigné de la patience dont ils ont fait preuve dans leur parcours. Parfois, la patience peut être nécessaire en raison du délai pour obtenir un service. C'est ce dont fait part P05, concernant l'accès aux centres de thérapie : « Il faut avoir la patience. Faut avoir la patience pour avoir ces services-là. [...] Il faut tout le temps attendre 2 ou 3 mois pour avoir ces services-là, parce qu'il y a beaucoup de monde qui demande ça ». Pour un autre participant, la patience est nécessaire pour établir une relation de qualité avec les professionnels offrant les services : « Je pense il faut apprendre à connaître la travailleuse sociale, voir comment elle intervient, connaître ses interventions, connaître comment elle va intervenir auprès de la clientèle, ça prend du temps avant de connaître une intervenante » (P12). Enfin, selon un participant, il est important de respecter son propre rythme pour cheminer vers le rétablissement :

J'avance à pas de tortue. Parce qu'avant ça, je voulais avancer à pas de lièvre [...], pis je me perdais, quand j'avancais à pas de lièvre. Mais depuis que j'avance à pas de tortue, je vois ce qui se passe alentour. Je vois des choses que je fais mal aussi. Mais si j'avance trop vite, je le vois pas (P04).

La ténacité se retrouve aussi dans la volonté dont les participants ont fait preuve dans leur parcours. Dans ce sens, savoir ce qu'on veut facilite aussi l'utilisation des services. Ainsi, P12 a dit qu'il « a la chance de savoir ce [qu'il] veut dans sa vie ». Plus spécifiquement en ce qui a trait aux services, il « sait ce [qu'il] veut, quand [il] le veut » (P12). Il en est de même pour P14, qui a dit savoir « ce que je cherche, pis je sais où je m'en vais dans la vie, pis ce que j'avais besoin ». Selon plusieurs participants, la volonté permet de persévérer dans les services malgré les difficultés rencontrées : « j'avais assez de volonté [...] pour me dire que ça se peut, on peut passer au travers » (P14).

Une détermination à persévérer dans les efforts malgré l'adversité est partagée par plusieurs participants, par exemple :

Je sais que tu obtiens pas ce que tu veux rapidement, dans des délais raisonnables, mais il faut pas que tu te décourages. [...] Moi j'étais découragé, mais j'ai persisté. Mais c'est pas normal de persister aussi longtemps. [...] Combien de fois je cognais aux portes, combien de fois j'ai fait des appels pour arriver à ça. Ça a été long. Mais finalement... (P12).

Un autre participant en a fait preuve en persévérant dans l'utilisation du service de thérapie malgré des résultats mitigés :

Les 4 dernières années m'ont amené à retourner au moins 4 fois en thérapie, parce que j'étais complètement perdu. Chaque fois que je

sortais du centre : pourquoi je suis tout le temps perdu, pourquoi je suis perdu encore, pourquoi je me sens pas bien? [...] Mais le dernier [séjour en thérapie] que j'ai fait, j'étais bien pour la première fois, sans forcer (P14).

4.2.2.2.5 Engagement sur un chemin de guérison

Pour la majorité des participants, le recours aux services sociaux et de santé s'inscrit dans un parcours de guérison. Les hommes ont employé différents termes pour évoquer ce cheminement : « démarche de guérison » (P14), « cheminement » (P02, P04, P08, P14, P15), « chemin » (P07, P15, P16) ou « quête de guérison » (P15). Cette section s'attarde à décrire les étapes de ce chemin de guérison, soit d'abord l'entrée sur le chemin de guérison et la demande d'aide, puis l'avancée sur le chemin qui se fait de façon non linéaire, et enfin l'accès à un rôle de modèle pour ces hommes.

4.2.2.2.5.1 Entrée sur le chemin de la guérison et demande d'aide

La plupart des participants ont fait référence à leur propre expérience en évoquant les obstacles à la demande d'aide, des attitudes qui étaient les leurs *avant*, lorsqu'ils n'utilisaient pas les services, et qu'ils attribuent aujourd'hui aux hommes qui se tiennent éloignés des services. Plusieurs participants qui ont fait référence à leur expérience *d'avant* ont dit avoir vécu des problèmes en lien avec l'usage abusif de drogues et d'alcool (P02, P04, P05, P06, P07, P08, P14, P16), des comportements violents (P04, P07, P08), des idées suicidaires (P06) et un mal-être dû à des traumatismes vécus dans l'enfance (P04, P07, P08, P14, P15). P06 a parlé ainsi de son

passé : « j'étais jeune, j'avais des idéations suicidaires. [...] Je faisais partie de cette clientèle-là, en crise. Je répondais pas à mes besoins, ni à ceux de ma famille ». Pour P04, « c'était comme ça mes pensées quand j'étais jeune. Je consommait beaucoup, j'avais beaucoup de problèmes de consommation, d'alcool, de drogues, [de mauvais] comportements au niveau de la sexualité aussi ». Enfin, un autre participant a décrit en ces mots cette période de sa vie :

Mes enfants, qui sont adultes aujourd'hui, ils ont plus de 30 ans. Je ne les ai pas vus grandir, parce que j'ai consommé. J'avais le mal de vivre à l'intérieur de moi-même. L'agression à l'âge de 13 ans que j'avais subie. J'étais jamais là. Oui j'étais à la maison, mais je consommait tout le temps à la maison. J'étais jamais tranquille. [...] En tant qu'homme qui était assez violent dans le temps, j'ai fait aussi des choses que c'était pas beau (P08).

L'entrée sur le chemin de guérison et la première demande d'aide marquent un point tournant. Pour un participant, ce changement s'est fait lors de sa première expérience d'une cérémonie traditionnelle :

C'est là où j'ai commencé à voir un de mes cousins. Ça faisait longtemps qu'il était dans les affaires spirituelles. À cause que mon grand-père, il me disait, dans le temps : "tu vas rencontrer toutes sortes de substances, de drogues, c'est ça que tu vas rencontrer. Mais [...] un jour, tu vas rencontrer une personne qui va t'aider". [...] Quand j'ai rentré [dans le Midewin lodge], j'ai eu des frissons [...] Mon cousin, ça fait longtemps qu'il était là. [...] Moi je buvais encore [...] pis lui il faisait des cérémonies [...]. Pis c'est là que je me suis branché. Je me suis branché là-dedans, quand je me suis branché là, ma vie a changé (P07).

Pour un autre, c'est l'évolution de son état de santé qui a occasionné ce changement :

« C'est là que ça a commencé à changer. C'est là que j'ai commencé à utiliser le

médecin, les infirmières, pis tout ça » (P10). Enfin, pour un participant, c'est la rencontre avec sa conjointe qui a été un point tournant :

De 18 à 24-25 ans, t'accordes pas trop trop d'importance à ces problématiques que tu traînes, ou les traumatismes et tout ça... [...] T'es tellement occupé! mais un moment donné, tu rencontres la femme de ta vie... (P14).

4.2.2.5.2 *Chemin à parcourir*

Selon les hommes rencontrés, le chemin à parcourir est long et sinueux. Il est constitué de plusieurs étapes, et il demande d'avancer un pas à la fois :

Tu peux cheminer à telle place, mais par rapport à un aspect spécifique de ta personnalité, tu peux avoir des problèmes. T'as réglé ton problème de consommation, mais t'as pas réglé tes problèmes de comportements violents. Tu viens de régler une de tes affaires, mais y'en a une autre qui est encore là. C'est comme ça les hommes. On règle pas ça tout en même temps. Patience (P12).

Selon un autre participant, les apprentissages réalisés durant le parcours, facilitent les prochaines étapes :

Plus que tu as confiance en toi, plus c'est facile de continuer à évoluer dans ta démarche de guérison [...] Tu as assez de confiance pour aller chercher d'autres ressources qui vont venir t'aider à comprendre [...]. Pis à un moment donné, à force de le travailler : Ah, ok! Je viens de comprendre. Ok, je peux lâcher prise (P14).

Le parcours peut aussi être jalonné de retours en arrière, de rechutes, comme l'a rapporté un participant : « Ça allait pas bien chez nous. Ben moi ce que j'ai fait, j'ai tombé peut-être 2 mois... Commencé à retourner dans la boisson » (P07). Dans ce

sens, la qualité des services reçus peut influencer ce parcours. Par exemple, pour P04, une expérience négative auprès des services offerts dans sa communauté a entraîné une rechute :

Au début, quand j'ai commencé à vouloir m'en sortir, ça c'est au tout début de mon cheminement, dans les années 1980, [...], quand j'ai cherché le service, au début, [...] ce que j'ai partagé avec la personne [l'intervenant], ça m'est revenu par la bouche d'un membre de sa famille... Ça m'a beaucoup blessé. J'ai continué à retourner dans la drogue après ça (P04).

Les hommes engagés sur le chemin de guérison s'investissent dans des activités en vue d'un mieux-être. Tout d'abord, ils adoptent de saines habitudes de vie : « j'ai commencé à faire de l'exercice » (P04), « je fais un régime aussi » (P04), « je fais mon jogging » (P06), « je marche à tous les jours » (P13), « je suis un gars qui pédale, qui prend soin de lui, qui s'entraîne » (P14). Ils suivent en cela les recommandations des services qu'ils utilisent (P13, P04, P06). Ils s'engagent également dans des activités de guérison traditionnelle : « Moi j'allais à la chasse. J'ai sorti beaucoup les fins de semaine pour aller à la chasse, à la pêche. C'est là que j'ai aussi appris à vivre dans la paix » (P02); « J'utilise beaucoup la médecine traditionnelle, j'en utilise beaucoup » (P10); « [au niveau spirituel], c'est des gens que je connais en forêt, que je vais voir moi-même » (P13). Un participant a dit appliquer les préceptes de la psychologie positive :

Je ne *focus* plus sur ce qui ne va pas bien, je *focus* sur ce qui va bien, de plus en plus. [...] Quand on pense positif, tout va bien. [Rires]. [...] Fait que

ça fait 4-5 ans que je fonctionne de cette façon-là, pis tout va bien depuis ce temps-là (P13).

4.2.2.2.5.3 *Rôle de modèle*

Les hommes qui sont engagés dans un chemin de guérison deviennent des « modèles » (P06, P08, P09), « un modèle de réussite » (P14), en dehors de la famille immédiate, pour les autres hommes de la communauté ainsi que pour leurs enfants. En effet, les participants lient leurs difficultés et celles de leurs enfants au traumatisme intergénérationnel lié à la fréquentation des pensionnats, qui concerne donc d'autres hommes de la communauté :

Avec nous les hommes qui ont eu des parents des pensionnats, ça nous a traumatisés aussi, on a enregistré qu'est-ce qu'ils ont fait. Pis nous autres aussi on a fait la même chose, nous les enfants, les hommes aujourd'hui, de mon âge. Pis nos enfants aujourd'hui, en arrière de nous autres, ils font la même chose encore (P08).

Pour renverser ce cycle destructeur, plusieurs participants jouent un rôle de modèle auprès de leurs enfants :

Mes jeunes sont touchés aussi. Surtout ma fille aujourd'hui, quand elle est sortie [de prison] : "Papa, tu m'as montré la violence!" Elle m'a dit ça à moi. Pis je lui ai dit : "Ton passé, tu peux essayer de l'oublier, d'aller demander une guérison, d'aller dans un centre, d'en parler... Moi je l'ai fait" (P07).

Mon rôle de père aujourd'hui, c'est de rester humble, et [de donner] de l'amour à moi-même et puis à mes enfants aujourd'hui. Parce que les enfants, y copient tout sur les parents qu'est-ce qu'ils font (P08).

Ce rôle de modèle s'exerce aussi en dehors de la famille immédiate. En effet, leur engagement leur confère une certaine influence auprès de leur communauté. C'est ainsi qu'un participant a témoigné de la reconnaissance de son parcours par les membres de sa communauté : « une fois que j'ai arrêté de consommer, [...] c'est les gens qui ont commencé à percevoir que j'étais possiblement un leader » (P02). Dans le même sens, un autre participant joue un rôle de modèle en transmettant ses apprentissages à d'autres hommes : « J'ai étudié en dedans de moi-même, comment j'étais dans mes comportements, mais et c'est aujourd'hui ce que j'utilise pour pouvoir aider mon prochain, soit des hommes aussi » (P08). C'est aussi le cas d'un participant qui « fait la promotion de changer de façon de vivre dans la communauté » (P06) en donnant à voir aux autres hommes ses saines habitudes de vie, son engagement parental et son recours aux services, une démarche qui a des retombées au niveau collectif :

Depuis ce temps-là, je suis devenu un *role model*, si on peut dire, mais j'ai jamais arrêté. [...] Fait que là je fais mon jogging dehors, je promène mes enfants dehors ensemble, je participe aux activités, je fais sortir mes enfants... toujours en famille. Fait que là ils nous voient faire, fait qu'après ça y a un petit groupe de jeunes adultes qui a arrêté de consommer, qui prennent soin de leurs femmes, qui travaillent à c't'heure, qui ont des véhicules, ils entretiennent bien leur maison, tout ça... Pis on s'enrichit. Eux autres, c'est d'autres personnes qui aident les membres de leur famille, dans leurs difficultés, comme moi je l'ai fait (P06).

4.2.3 Déclencheurs de la demande d'aide et cheminement vers la guérison

Un des premiers déclencheurs de la demande d'aide qui émerge des propos des participants est celui de traverser une **situation de crise**. C'est dans ces termes qu'un homme témoigne :

Ils sont vraiment à bout. [...] Y a des fois qu'ils sont mal dans leur couple, ça va mal dans leur vie. C'est comme ça les personnes ici. Les hommes c'est comme ça. Faut qu'y soient au bout pour prendre leurs services, c'est toujours de même. J'ai été de même, fait que j'pense que la plupart sont de même... (P10).

À un moment donné t'as plus le choix de les utiliser. Quand tu es rendu trop, tu commences à toucher le bas-fond pis que tu le sens arriver en tabarnouche, c'est sûr que t'as plus le choix. T'as plus le choix peu importe ce qui va arriver pis tout ça, je suis rendu trop loin. Fait que là, je risque de perdre ma famille, je risque de perdre mes enfants, je risque de les perdre aux mains de la DPJ si je prends pas des actions concrètes (P14).

Un deuxième déclencheur de la demande d'aide réfère au fait de vivre **une prise de conscience**. Ce serait le cas de quelques participants pour qui une « prise de conscience » (P02, P15), ou le fait de « se réveiller » (P05), les pousse à initier une démarche de guérison et à recourir aux services. Comme l'ont exprimé deux autres participants, il peut s'agir d'une prise de conscience de soi, de son état de détresse : « Je me sentais tellement seul. Je me sentais tout seul. J'étais en détresse, j'étais en détresse » (P14); « que je me trouvais borderline, au bord... au bord du mur... J'étais vraiment tanné, j'étais vraiment dans le rush » (P16), ainsi que de ses propres comportements préjudiciables :

Je répétais les mêmes situations que mon père, à un très jeune âge (16 ans, 18 ans) aux prises avec l'alcool, déjà aux prises avec certaines tendances que mon père m'avait laissées : que c'est correct de crier après tout le monde, que c'est correct de crier après ta conjointe. Pis tu réalises que c'est pas le chemin à prendre. C'est pour ça que je dis que c'est une prise de conscience qui pousse les hommes à venir chercher de l'aide (P15).

Les services peuvent d'ailleurs jouer un rôle de facilitateur dans cette prise de conscience : « la sensibilisation [...], des projets dans la communauté, plus spécifiquement dans le centre de santé [...] qui font réaliser que oui, il y a une problématique, mais il doit y avoir un changement quelque part » (P15).

Un autre moment déclencheur, c'est quand on était à Montréal, à un colloque sur le suicide, tout ça. J'avais participé à une séance de partage [...]. C'était un autre moment déclencheur. On faisait le tour, les femmes ont commencé à parler, pis j'écoutais les femmes parler. Tout ce qu'elles voulaient, c'est reconnaître les torts face aux abus qu'elles ont eues. Pour moi-même, ça m'a beaucoup rongé à l'intérieur de moi. C'est venu me chercher pas à peu près. C'est là que j'ai commencé mon moment de rétablissement (P04).

Enfin, pour deux participants, leur réveil a été une prise de conscience de leurs limites, soit « que j'avais besoin d'aide à ce moment-là » (P15) et « que j'étais pas capable de m'aider moi-même » (P04).

Des facteurs externes peuvent aussi jouer un rôle de déclencheur du recours aux services. Dans ce sens, la **main tendue** apparaît comme un facteur facilitant la demande d'aide pour plusieurs participants. Pour P16, c'est l'invitation d'un ami, intervenant dans les services de la communauté, qui l'a décidé à participer à un programme de ressourcement. Pour d'autres, c'est une **obligation judiciaire** de

recourir aux services : « il faut que je les utilise premièrement aussi de mon passé judiciaire et en ce moment c'est peut-être un des facteurs que je pourrais voir, c'est à cause de la justice, pourquoi les hommes utiliseraient aussi les services offerts » (P11). Enfin, le déclencheur peut être une incarcération : « ils se réveillent des fois quand ils sont déjà arrêtés. Quand ils sortent de prison » (P11). Dans le même sens, un participant a initié sa démarche de guérison en centre de détention :

J'ai demandé une guérison pour moi par un membre du CRC à Amos, en détention. Le CRC, c'est comme un genre de prison, mais t'as le droit de sortir l'après-midi. Quand ils t'envoient là, y a un programme en dedans. Tu t'en vas pas là pour rien, pis t'amuser dehors. Tu t'en vas au centre, à un meeting. Il y avait une intervenante là-dedans, pis l'intervenante elle m'a expliqué comment me prendre en main, pour sortir. [...] J'ai tout participé, pis ça m'a fait du bien (P07).

Enfin, pour les hommes rencontrés, le recours aux services ou l'engagement sur le chemin de la guérison correspond à une étape de la vie, qui demande d'en « être là dans sa vie » (P11) ou d'avoir « atteint une certaine maturité » (P15). C'est une conjoncture favorable, un moment où plusieurs facteurs se conjuguent pour créer le moment opportun. Pour plusieurs hommes, c'est la présence simultanée de plusieurs éléments situationnels et de facteurs favorables qui a créé le *momentum* favorable au recours aux services. Par exemple c'est le cas pour un participant pour qui l'entrée dans les services a été une conjoncture entre une situation de crise, une prise de conscience de son état de détresse, et une main tendue :

Je cherchais un moyen pour me soigner un peu, pour être bien. [...] J'ai embarqué là dans le bois, parce que moi, je voulais m'en aller de la réalité. J'étais tanné de la réalité, pis je voulais aller me ressourcer dans le bois, pis... [...] j'étais vraiment dans le rush. C'est pour ça que je voulais partir dans le bois pis arrêter de consommer. [...] C'est mon ami qui est venu me chercher. Pis ils m'ont offert cette place-là après (P16).

4.2.4 Motivateurs de la demande d'aide et de l'engagement dans les services

Plusieurs facteurs encouragent les hommes à recourir aux services socio-sanitaires et à s'engager durablement dans leur utilisation. Plusieurs s'engagent, car ils perçoivent que des effets néfastes pourraient résulter du non-recours aux services. C'est le cas pour un participant qui a rapporté que certaines personnes atteintes de la même affection que lui sont décédées des suites de la maladie, alors qu'elles se refusaient à avoir recours à des services de santé institutionnalisés.

Pour un autre participant, ce sont les conséquences possibles d'actes répréhensibles qui l'ont encouragé à initier une démarche de guérison :

Un des facteurs qui m'a fait réaliser que je ne devais pas répéter ces choses-là, c'est les conséquences qui venaient avec les actions que je posais. [...] Au niveau de la loi, si tu fais certains délits, tu peux traîner un dossier criminel pour le restant de ta vie, ce qui a été le cas pour mon père, ce qui a été le cas pour mon grand-père. [...] cette notion-là [que chaque geste a ses conséquences], je l'ai toujours retenue, qu'un des facteurs qui m'a fait aller chercher de l'aide : je voulais pas être comme mon père (P15).

Pour la majorité des participants, la recherche du bien-être de leur famille et de leur communauté est un motivateur à leur demande d'aide et à leur engagement dans l'utilisation des services. Ainsi, pour un participant, c'est le constat de son impuissance

à aider un proche en détresse qui l'a poussé à se prendre en main : « J'ai eu beaucoup de peine, parce que je pouvais pas l'aider. Moi-même j'étais pas capable de m'aider moi-même » (P04). C'est le désir d'aider les membres de sa communauté qui l'encourage aujourd'hui à poursuivre sa démarche :

Aujourd'hui, je ne fais qu'essayer d'aider mon peuple, les gens qui ont le même problème que moi. Je sais qu'il y en a beaucoup. Je sais qu'il y en a plusieurs dans la communauté. Moi je peux juste montrer ce que je suis capable de faire aujourd'hui, par mon entrain, en utilisant les services qui existent déjà dans la société (P04).

Pour deux participants, c'est plus précisément le « bien des enfants » (P05) qui les encourage. Pour d'autres, leur démarche et leur utilisation des services visent à offrir un modèle positif aux autres hommes dans la communauté, pour « briser le cycle » (P15) et favoriser une guérison collective. Ainsi pour un participant, la démarche qu'il entreprend au niveau personnel peut permettre un changement pour la génération suivante : « Moi, je me lève, à chaque matin, avec l'objectif que je peux faire mieux, je peux rendre la vie de mes enfants meilleure que ce que mon père a eu, que ce que mon père m'a laissé, pis je voudrais faire meilleur que ce que mon grand-père a laissé à mon père » (P15). Cet engagement s'inscrit aussi dans une démarche de guérison collective : « je pense que ça vient de tous et chacun la responsabilité de dire [...] si je peux juste briser le cycle dans ma lignée de famille, c'est l'apport que j'aurai amené. Pis si quelqu'un d'autre le fait, dans sa famille, ben ce sera deux sur [...] une vingtaine de familles. Et ainsi de suite » (P15).

En outre, pour plusieurs participants, leur recours aux services est motivé par la recherche de leur propre bien-être et l'expérience d'un mieux-être à la suite de l'utilisation d'un service. Voilà comment un participant a exprimé son désir de mieux-être qui l'encourage à recourir aux services : « je veux vivre heureux, je veux être bien, je veux arrêter de souffrir, je veux arrêter de pleurer, je veux arrêter de penser, je veux arrêter de m'inquiéter ». Ainsi, il s'agit aussi de donner la priorité à son propre bien-être : « Faut aider moi en premier! » (P16). L'expérience d'un mieux-être suite au recours à un service est un motivateur important pour poursuivre leur utilisation. Recourir aux services, « ça fait du bien » (P04 et P07). Aussi, concernant les groupes de partage, un participant a dit que ça permet « d'avoir une liberté » (P08). Pour ce même participant, le mieux-être vécu l'encourage à poursuivre ses efforts : « Ça fait 13 ans que je suis sobre, pis je veux plus revenir comme avant » (P08). Un participant a mentionné aussi la fierté qu'il retire de sa participation à un programme de ressourcement : « je suis fier d'y avoir été » (P16). Enfin, un autre homme est motivé à suivre les indications des professionnels de santé, car il a pu constater leur efficacité : « au début je le faisais pas, pis, je le voyais que ça marchait pas. Après ça, j'ai commencé à utiliser ce qu'ils me donnaient, pis là ça fonctionne » (P13).

Pour certains hommes, le recours aux services s'inscrit aussi dans une démarche de développement personnel pour mieux se connaître, soit de vouloir « comprendre pourquoi j'étais comme ça » (P04), ou d'« être à la recherche de qui j'étais » (P15) :

« J'étais un peu à la recherche de qui j'étais. Personnellement, moi j'étais toujours dans l'esprit de connaître qui je suis, améliorer ce que je suis capable d'améliorer » (P15).

Enfin, le désir de prendre sa place est une source de motivation : « l'important aujourd'hui d'abord c'est moi, mon cheminement. C'est moi qui suis important aujourd'hui dans ma vie » (P04); « Je voulais prendre ma place, dans la société. Je voulais m'affirmer davantage, faire valoir mes droits comme individu » (P12).

4.3 Caractéristiques des services favorisant leur accessibilité

Cette section présente les résultats concernant les caractéristiques des services qui favorisent la demande d'aide et leur utilisation par les hommes anicinapek (*accessibilité*). À partir de leurs expériences, les participants ont identifié plusieurs caractéristiques des services socio-sanitaires qui les encouragent à en poursuivre l'utilisation et qui pourraient inciter les hommes anicinapek se tenant à distance des services à y recourir (Tableau 4.3). Cette section présente aussi une comparaison des avantages que peuvent présenter les services offerts à l'intérieur et à l'extérieur des communautés territoriales.

Tableau 4.3. Facteurs favorisant l'accessibilité des services socio-sanitaires pour les hommes anicinapek.

Approches gagnantes	Caractéristiques des professionnels
<ul style="list-style-type: none"> • Respect et considération • <i>Empowerment</i> • Flexibilité <ul style="list-style-type: none"> ○ Rapidité d'obtention de rendez-vous ○ Simplification des procédures ○ Faciliter l'accès à un(e) intervenant(e) privilégié(e) ○ Respect du rythme de l'utilisateur • Pertinence culturelle des services • Gratuité des services • Information sur les services 	<ul style="list-style-type: none"> • Identité autochtone • Connaissances des réalités autochtones • Stabilité du personnel <hr/> <p style="text-align: center;">Avantage des services offerts par les centres de santé des communautés</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Proximité géographique • Proximité relationnelle • Flexibilité • Compétence culturelle du personnel

4.3.1 Approches gagnantes

4.3.1.1 Respect et considération

Le respect et la considération se rapportent à un ensemble d'attitudes adoptées par les intervenants, les professionnels ou le personnel administratif. Tout d'abord, cette considération se manifeste dans la qualité de l'accueil et les marques de courtoisie déployées envers eux. Ce qui fait pour les participants un accueil de qualité, « ce sont des gens très courtois » (P15), « des gens respectueux pis des gens qui sont accueillants » (P11), qui « disent bonjour » (P13) et qui « montrent leur sourire » (P14). Cette qualité relationnelle permet aux hommes de se sentir à l'aise dans les services, autant pour ceux offerts dans leur communauté qu'à l'extérieur : « la réceptionniste qui est accueillante, pis chaleureuse, humaine, pis ça, quand tu reçois ça, ça t'assure que tu es bien dans l'endroit où que tu es » (P06). Ce respect implique pour les participants que les professionnels s'intéressent à eux en tant que personnes, c'est-

à-dire de « ne pas [les] voir comme des numéros » (P12), de chercher à les connaître (P14) et de s'intéresser à leurs forces et leurs qualités (P12), et d'aller au-delà de la raison ou du symptôme qui amène les hommes à consulter : « y a pas juste ton problème que tu vas parler. [...] ton poignet qui est cassé, pis y a d'autres choses aussi : comment tu "files", pis en dedans, comment tu te sens... On jase de ça » (P10).

Pour les participants, se sentir écoutés les encourage à poursuivre une démarche de guérison : « quand tu entends les gens qui sont sensibles à ta situation pis que t'as une écoute, c'est tellement gratifiant, juste ça. Ça te donne le goût de vouloir t'en sortir » (P14). En outre, les participants ont noté l'importance pour les professionnels de prendre le temps nécessaire dans différentes dimensions des services offerts aux hommes anicinapek afin d'offrir un service de qualité. Dans ce sens, un participant a valorisé le temps pris par les soignants pour communiquer de l'information au sujet des traitements médicaux : « Ils t'expliquent très bien, comment tu vas prendre la pilule, quand tu as du diabète aussi, ils vont te montrer comment ça marche pour *checker* ta glycémie » (P03).

Une autre dimension du respect et de la considération concerne la notion de non-discrimination, soit un traitement égal à celui reçu par les usagers non autochtones. Cela a été souligné par un participant : « Ce qui est important pour les services, c'est de pas considérer que quelqu'un des Premières Nations il est à part. Il faut que la clientèle soit servie comme tout le monde » (P06). En outre, prendre en considération

l'identité autochtone pour offrir un service culturellement sécuritaire est un atout. Il en sera question plus loin. Néanmoins, un service qui s'adresse à tous peut aussi démontrer de la considération envers l'identité autochtone de l'utilisateur. Par exemple, être salué dans sa langue témoigne de la considération du professionnel pour un participant :

Une chose qui m'a marqué, tu vois, dans une pharmacie [...] que le pharmacien va se présenter en anicinape, pis dire quelques mots, il va dire "je suis docteur" en anicinape. Ça je trouve ça super (P15).

Plusieurs participants ont évoqué l'importance de faire preuve d'ouverture d'esprit et de s'intéresser à la personne et à sa culture : « [il faut] que tu prennes le temps de nous connaître. On n'est pas un peuple sauvage. [...] Tu viens pas ici donner des leçons aux Anicinapek. Tu viens ici pour connaître l'Anicinape pis comment il perçoit les choses, comment il veut qu'on l'aide (P12).

Enfin, selon un participant, l'attitude respectueuse d'un professionnel peut influencer l'ensemble du service dans lequel il exerce et créer un climat respectueux et courtois envers les usagers autochtones :

J'ai l'impression que si une personne au niveau de l'organisation démontre une ouverture d'esprit significative envers les personnes autochtones, ben je trouve que [...] il déteint sur son milieu de travail, sur ses collègues. [...] Pis je reprends l'exemple du pharmacien, lui est pharmacien en chef, pis il parle en anicinape. Mais quand tu te fais servir par la caissière, quand tu te fais servir par la personne qui travaille dans les allées, la même attitude déteint sur elles aussi : très courtoises, très polies... (P15).

4.3.1.2 *Empowerment*

Plusieurs hommes ont témoigné de situations où l'inégalité de pouvoir inhérente à la relation d'aide ou au rapport aux institutions a contribué de différentes façons à une expérience négative du rapport aux services, notamment dans ceux offerts à l'extérieur de leur communauté : par un manque de participation de l'utilisateur dans l'intervention (« jamais on m'a demandé qu'est-ce que toi tu en penses de cette proposition-là » (P15)); par un non-respect du principe d'autodétermination (« on a besoin d'approbation partout » (P14)); par un manque de considération (« J'ai eu aussi affaire avec la Protection de la jeunesse, mais pour moi ça a été une mauvaise expérience. À un moment donné, j'avais passé en cour pour aider mes petits-enfants, pis c'est comme si on m'avait décrit comme si j'étais rien » (P02)); ainsi que par une inégalité dans les moyens dont disposent les hommes anicinapek pour faire valoir leurs droits au sein des institutions :

On est diminués nous autres comme pères quand on fait face à un système de DPJ, entre autres, il faut que tu trouves des avocats civils. Eux autres [les institutions], ils ont des spécialistes, ils ont tous des dossiers, ils ont des experts pour décrire les comportements pis faire en sorte que l'enfant va rester en Centre de réadaptation. J'avais rien contre ça, sauf que parfois, j'avais l'impression que quand toi comme parent tu n'as pas accès à un avocat dans les délais raisonnables [...]. Cherche-moi un avocat qui va te défendre, cherche-moi l'argent... Eux autres, le système, ils ont l'argent, ils ont leurs avocats (P12).

Le même participant percevait également une inégalité dans ses rapports aux services de santé, notamment avec certains médecins : « c'est sûr qu'il y a un rapport d'autorité qui est là, ce qui fait que c'est difficile des fois de faire valoir ce qu'on veut ».

Les hommes anicinapek rencontrés ont mentionné plusieurs caractéristiques des services qui permettent le développement d'une meilleure équité dans la relation d'aide et le rapport aux services. Tout d'abord, P04 a mentionné que l'humilité est une attitude dont devraient davantage faire preuve les intervenants : « Ces personnes-là, il faut qu'elles soient humbles de ce qu'elles font. Parce que parfois, les personnes qui travaillent là, des fois elles s'échappent. » Ensuite, plusieurs participants ont mentionné l'importance de respecter l'autodétermination. Dans ce sens, plusieurs participants ont rappelé que les institutions peuvent déployer des efforts pour améliorer leur offre de services destinée aux hommes, mais que la décision de recourir à un service demeure entre les mains des hommes : « Ça va dépendre des hommes ça. Ça va dépendre juste des hommes » (P04). Le recours aux services de façon volontaire est donc perçu comme un gage de réussite : « Disons que c'est pas tout le monde qui va emprunter ce chemin-là. C'est eux-mêmes qui vont décider. Comme moi j'ai décidé pour moi, pis ç'a bien marché » (P16). Laisser le choix aux hommes, c'est aussi offrir différentes options dans la trajectoire de soins. Ainsi, P06, en évoquant son rôle d'intervenant, a mentionné qu'il ne « dit pas quoi faire [aux hommes] ». Un autre participant a expliqué que le fait d'avoir plusieurs

professionnels susceptibles de le recevoir en consultation lui a permis de faire un choix, menant ainsi à une meilleure satisfaction envers le service reçu : « j'avais le choix entre deux psychologues. Moi, j'étais pas d'accord sur un, j'avais fait signifier ma demande : "j'en veux un autre". Aujourd'hui je suis bien satisfait » (P12). Dans le même sens, pour P04, laisser le choix à l'utilisateur, c'est lui donner la place d'exercer son autodétermination :

Moi je suis allé chercher le service, pis c'est eux autres qui m'ont laissé le choix de choisir ce qui est bien pour moi. Pis c'est moi qui ai pris ce choix-là (P04).

Enfin, pour décrire un service dont il a été satisfait, un père a narré un épisode de service au cours duquel l'intervenante en charge du suivi de sa fille dans le programme Jeunes en difficulté a établi une collaboration directe entre lui-même et les services, lui ayant permis de participer activement aux prises de décision :

Qu'est-ce que moi je ramenaient comme comportement à la maison, eux autres, on avait les mêmes informations, on avait les mêmes interventions, il y avait une continuité. Ce qu'on faisait quand elle consomme... on respectait les règles, on respectait nos limites, si la consommation arrêtait, ensemble... on fixait des barèmes comme ça, pour qu'on travaille tous dans le même sens (P12).

4.3.1.3 Flexibilité

Selon les hommes anicinapek rencontrés, la flexibilité de l'offre de services pour s'ajuster aux besoins des hommes permet une meilleure accessibilité. Plus spécifiquement, les hommes ont abordé plusieurs aspects qui seront détaillés ici : la

rapidité d'obtention du service, la simplification des procédures, la fluidité des rôles au sein de l'institution permettant l'accès à un professionnel en fonction des préférences de l'utilisateur plutôt qu'en fonction des rôles à l'intérieur de l'organisation, ainsi que le respect du rythme de l'utilisateur.

4.3.1.3.1 Rapidité d'obtention de rendez-vous

Une autre approche facilitant l'accès des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires réfère à la rapidité d'obtention des services. Quand il est question de l'organisation des services, plus de la moitié des participants ont fait référence à leur satisfaction de recevoir des services rapidement lorsqu'ils s'adressent au centre de santé de leur communauté, c'est-à-dire dans la semaine suivant leur demande : « c'est facile. Ça prend pas une semaine ou deux pour avoir un rendez-vous. Ça peut prendre un ou deux jours, mais pas plus. C'est quand même vite les services ici » (P09).

En revanche, plusieurs hommes ont évoqué les délais d'attente comme nuisant à l'accessibilité aux services. C'est notamment le cas de certains participants qui éprouvaient de vives douleurs dans l'attente des services : « Quand tu en as besoin des fois, tu en as besoin. [...] La directrice de santé elle est toujours occupée, je vais attendre le lendemain, ça c'est compréhensible. Mais quand je veux voir un dentiste, attendre 4 jours c'était l'enfer! » (P06). Un autre homme a évoqué la difficulté d'avoir accès à un service de thérapie en raison de la complexité de la procédure et du délai qui en découle. Pour accéder à un centre de thérapie, le demandeur doit rencontrer

un intervenant du service Dépendance du centre de santé de la communauté, qui réalise alors les démarches auprès du centre de thérapie, puis recontacte l'utilisateur lorsqu'une réponse est fournie par le centre de thérapie. Ainsi l'intervenant en dépendance « ne peut pas décider pour toi. Tu peux pas y aller le jour même » (P05). Enfin, un participant a aussi évoqué des changements dans l'organisation des services depuis la pandémie de COVID-19 ayant nui à la rapidité d'obtention des services : « Depuis qu'y a la pandémie, moi je trouve ça, pas difficile, mais c'est long, parce qu'il faut appeler pour donner un rendez-vous [...]. Avant la pandémie, on pouvait venir juste de même, sans appeler pour un rendez-vous. Le premier arrivé, premier servi » (P08). Néanmoins, un délai d'attente raisonnable peut aussi avoir ses avantages en permettant à l'utilisateur de se préparer au rendez-vous: « souvent c'est mieux [que ce ne soit pas le jour même]. T'as le temps d'y réfléchir » (P11).

4.3.1.3.2 Simplification des procédures

Pour un participant, l'utilisation des services sur rendez-vous manque de simplicité : « C'est tellement technique comme approche, quand tu vas voir des intervenants, sur rendez-vous » (P14). Un accès aux services immédiat, sur simple demande, est apprécié : « Moi je trouve ça cool, les services. J'arrive là au centre de santé, je me présente au secrétariat... Je demande si j'ai besoin d'un psy... Il va tout de suite me donner un service » (P16). Cette simplification peut passer par la possibilité de communiquer directement avec l'intervenant. Un participant, qui est aussi

intervenant de profession, a mentionné qu'« un jeune père [le] texte » quand il a besoin de le voir. Pour un autre, les jeunes hommes se présentent directement chez lui : « dernièrement [...], j'étais à la maison, mes enfants étaient là : Toc-toc! Le jeune homme m'amène une feuille pour dire : "Eh, je peux-tu te parler de ça?" » (P06).

Travailler en réseau peut simplifier les démarches pour les utilisateurs de services, en évitant de faire reposer la responsabilité de la coordination des services sur leurs épaules. En effet, un usager a mentionné avoir eu des difficultés à obtenir un service en raison d'un manque de coordination entre les services de première ligne de sa communauté et les services hospitaliers :

J'ai eu droit à toute sorte de messages, de chialages de docteur : demande donc à ton docteur de faire la requête pour que t'aïlles consulter un gastro-entérologue... Pourquoi eux autres ils l'ont pas fait? Je faisais ça, et là il m'a donné la requête et il a dit : "c'est pas moi qui dois faire les requêtes" (P12).

En outre, un participant s'est exprimé en tant qu'intervenant et a mentionné les écueils du manque de travail en réseau des fournisseurs de services :

Quand je regardais le profil d'une personne, il avait besoin de se prendre en main au niveau de la toxicomanie, au niveau du système judiciaire [...] ben on n'arrivait jamais à se rencontrer pis à discuter [...] On l'envoie icitte, on l'envoie là, pis à un moment donné, l'individu se désintéresse par rapport au service qu'il demande (P02).

4.3.1.3.3 Faciliter l'accès à un(e) intervenant(e) privilégié(e)

Plusieurs hommes anicinapek utilisateurs de services ont des liens privilégiés avec un intervenant ou un professionnel du centre de santé de leur communauté. Il s'agit d'une « personne de confiance » (P08) d'un(e) intervenant(e) « que je connais depuis plusieurs années et que je me sens confortable avec » (P11). Ainsi, l'usager se tourne vers cette personne, indépendamment de son rôle au sein de l'institution ou de sa spécialité professionnelle : « Je sais pas quel est son poste [...]. C'est elle, ça fait longtemps que je la connais ». Des professionnels de l'administration peuvent ainsi être amenés à sortir du cadre de leurs fonctions pour offrir de l'écoute aux usagers, comme en a témoigné un participant : « Moi quand j'ai besoin de parler à quelqu'un, je m'en viens [au centre de santé]. Je parle souvent avec la directrice de santé. [...] Je me sens écouté quand je parle avec elle » (P03).

Pour un participant, consulter cette personne de confiance présente l'avantage de « ne pas répéter mon histoire, mon vécu, mes problèmes [...] parce que c'est souvent dur de travailler avec une nouvelle intervenante. C'est là que c'est long de re-conter, raconter encore ta vie » (P11). Cette personne peut aussi jouer un rôle pivot et référer d'autres services au besoin : « il y a un homme ici qui m'a accompagné tout le long, il connaît mon histoire de A à Z, qu'est-ce que j'ai fait » (P04).

Néanmoins, cette relation privilégiée peut aussi nuire à l'accès aux services lorsque la personne de confiance n'est plus disponible : « y a une intervenante, qui est souvent

malade. Elle est bonne, mais quand elle est pas là, ben... Ça c'est un obstacle, parce que la personne a confiance à cette intervenante, elle veut pas aller vers une autre » (P09).

4.3.1.3.4 Respect du rythme de l'utilisateur

Selon plusieurs participants, la patience et le respect du rythme de l'utilisateur sont requis dans l'accompagnement des hommes anicinapek. Un participant a dit apprécier le fait que les intervenants fassent preuve d'une attitude « pas impatiente » (P14), alors qu'un autre a expliqué que la patience est une qualité qui fait en sorte que les services lui correspondent : « une sorte de patience que les programmes qui sont offerts dans la communauté, pour moi-même, il est à ma façon » (P11). Selon un autre participant, établir un lien de confiance avec l'intervenante ou l'intervenant demande du temps : « Il a fallu que je développe ce lien de confiance. [...] ça prend du temps avant de connaître une intervenante » (P12).

Le même participant, en position d'intervenant, a expliqué l'importance du respect du rythme des hommes à se livrer et à progresser sur leur chemin de guérison :

Moi en tout cas, je pousse pas une personne à changer. Je laisse la liberté à chaque personne d'évoluer selon ce qui arrive. Et ils s'ouvrent pas comme ça, les hommes. Morceau par morceau, qu'ils vont sortir leurs affaires. [...] Ça prend du temps. (P12).

4.3.1.4 Pertinence culturelle des services

Pour près de la moitié des participants, une offre de services basée sur la culture et pensée en fonction des besoins particuliers des hommes favorise l'accessibilité des services. Dans ce sens, selon un participant qui joue aussi un rôle d'intervenant, les activités physiques correspondent davantage aux besoins des hommes et à leur mode d'expression : « Les hommes sont plus en action. Eux autres il faut qu'ils bougent pour changer leurs idées. Ils parlent plus avec leur corps, que leur cœur » (P09). C'est aussi un type d'offre qui suscite davantage de participation : « Quand, admettons, j'organise une partie de hockey ou ballon-balai ça va venir » (P09), tout comme d'autres activités qui correspondent aux intérêts qu'ils ont en commun (P12). Dans ce sens, plusieurs ont mentionné « des activités culturelles à l'extérieur, comme la chasse, la pêche, pis autre chose dans le bois » (P09) ou encore un « souper entre [eux] autres » (P12).

Ce sont des activités qui correspondent aux « intérêts qu'ils ont en commun » (P12). Ainsi, un participant a dit, en tant qu'utilisateur de services que « si on me demandait aujourd'hui d'aller souper aux chandelles, c'est pas dans ma notion à moi. Parce que moi je suis une personne qui va aller à la chasse, qui va aller à la pêche » (P02). « Le cercle de partage, la méthode des Autochtones comme moi je fais, c'est de travailler avec le feu sacré » (P08). Tenir des activités sur le territoire permet aussi une ouverture à partager qui serait moins facile dans un autre contexte. Ainsi, selon un

participant qui est aussi intervenant, « mettons que c'est à la chasse, pis l'homme y va me parler de ce qu'il vit à la maison. Y sont bien plus ouverts, eux autres à l'extérieur, que dans la communauté » (P09). Un autre participant a fait le même constat, qu'il attribue aux écrans : « les jeunes, ben ils échangent une fois que tu les amènes dans le bois. Tandis qu'icitte, ils sont toujours accrochés au niveau de la technologie » (P02). Enfin, être sur le territoire est aussi un élément identifié comme favorisant la guérison, donc l'efficacité des services. C'est ce qu'a constaté un participant qui a suivi un programme de ressourcement sur le territoire : « c'est vraiment calme, on n'entend pas de bruit... c'est la nature totale. [...] Ça m'a ressourcé, pis ça m'a débarqué de la drogue, pis de la boisson » (P16).

Selon un autre participant, ce ne sont pas seulement les services spécialement conçus pour les Autochtones qui peuvent être culturellement sécuritaires. Ainsi, il a mentionné que le service des Alcooliques anonymes offert dans la ville voisine rejoint des valeurs autochtones : « Moi je l'ai aimé tout de suite ce programme-là. Parce que je voyais beaucoup mes ancêtres vivre de cette manière-là, une journée à la fois, pis ils s'en faisaient pas pour le lendemain » (P02).

Enfin, pour un participant, un service offert dans sa langue maternelle, comme cela peut être le cas dans les centres de santé des communautés autochtones, facilite son utilisation : « [une professionnelle] parle algonquin. Et moi c'est très facile de poser une question » (P03). Un autre a expliqué avoir eu des difficultés pour bien suivre des

sessions dans un centre de ressourcement ouvert à la population générale en raison de son manque de vocabulaire en français : « Je comprenais absolument rien. Ça parlait trop vite. J'essayais de suivre du mieux que je pouvais, mais mon français dans le temps, j'avais de la misère un peu » (P14).

La langue peut aussi être une barrière à la communication dans l'autre sens, puisque le même participant mentionne qu'« on [les Autochtones] n'a pas toujours un vocabulaire qui aide les Allochtones à nous comprendre, parce qu'on dit les choses de la façon dont on les vit. [...] Fait que souvent c'est mal interprété » (P14).

4.3.1.5 Gratuité des services

Concernant les coûts associés à l'utilisation des services, un participant les voyait comme un frein à l'utilisation « parce que les gens ils sont habitués d'avoir tout gratis » et que « il y en a qui ont pas les moyens » (P13). Plusieurs participants ont mentionné l'importance de la gratuité des services : « Moi je peux te parler par expérience : j'ai consulté la psychologue ici pendant 10 ans, pis j'ai jamais payé, j'ai jamais eu à déboursé quoi que ce soit. Donc il y a ça qui est positif, je peux dire. Pis toutes les activités communautaires sont sur une base volontaire, mais aussi gratuites » (P15). Néanmoins, les services offerts sans frais peuvent avoir leurs limites, surtout en termes de délai d'obtention du service. De plus, certains soins ne sont pas couverts : « Mon capteur que j'ai icitte à cause du diabète [système type Freestyle

Libre@], ils payent pas ça, je l'paye moi-même [...]. C'est pas dans leur liste de ce qu'ils payent. Ça c'est à changer toutes les deux semaines, pis j'le paye » (P10).

Selon un participant qui réside dans une communauté éloignée d'un pôle urbain et qui n'a pas de moyen de transport, les coûts associés au déplacement pour se rendre dans un point de service nuisent à leur accessibilité, « parce que moi je peux pas aller plus loin que ça [...] c'est 120 pour y aller en ville. Ça coûte cher » (P16). Pour répondre à ce besoin, le service de transport des centres de santé des communautés « organise des transports pour aller en ville » (P08) et « donne un billet pour le gaz [et] paye l'autobus [pour les services reçus à l'extérieur de la région]» (P07). Selon quelques participants, cette aide au transport assure l'accessibilité des services : « [Les coûts de transport ne sont] pas une barrière [...] parce que le centre de santé nous voyage » (P05). Un participant a d'ailleurs noté que :

Au niveau du financement octroyé par le gouvernement pour ces services-là, c'est très primordial. On l'utilise beaucoup. [...] Des fois, il y a des familles qui ont pas de véhicule, fait que le service de transport médical ici, c'est un service qui est très essentiel, qui pourrait être un problème si ça n'était pas là (P15).

Néanmoins, d'autres participants ont relevé des limites à ce service de transport. Tout d'abord, un participant a mentionné que ce ne sont pas tous les services qui sont desservis : « Y a des places qui ne payent pas pour le service. Comme moi, il fallait que j'aille à Senneterre. C'était pas payé ça » (P04). Un autre participant a évoqué l'insuffisance des montants reçus pour couvrir les frais liés au transport à l'extérieur

de la région : « ils nous donnent pas gros. Ils nous payent le voyage de l'autobus. Mais moi, ma fille, il faut pas qu'elle soit toujours en autobus [pour des raisons de santé]. Là c'est de notre poche après on paye pour *tanker* le char » (P07).

4.3.1.6 Information sur les services

Comme vu précédemment, pour les hommes rencontrés, connaître les services est un facteur favorisant leur utilisation. Il revient donc aux organisations, et notamment aux centres de santé des communautés, de faire connaître les services offerts aux hommes et leur disposition à les accueillir : « il faut faire comprendre aux gens qu'ils sont là : "Hey! La journée que vous avez besoin de nous autres, nous autres on est là. On est là pour tel tel tel service" » (P14). Les services offerts par les centres de santé sont en constante évolution, ce qui demande une mise à jour de l'information pour la population :

Dans les dernières années, on a eu beaucoup d'ouvertures de postes dans peu importe quels secteurs de la santé, mais c'est ça qui est peut-être un peu plus mêlant : c'est quoi les services offerts? Ça fait un petit bout que j'ai pas plongé dans tout ce qui est secteur santé et services sociaux. Ça serait bon quand même de dresser une image un peu plus globale : voilà les services offerts. Souvent il y a des services que tu pensais pas qu'ils étaient offerts, mais que le centre de santé les offre (P15).

Quelques participants ont proposé des moyens de faire connaître les services, notamment par « une carte aimantée » (P06) ou « un babillard » (P07). Un autre participant a mentionné avoir connu les services de sa communauté par le biais d'une intervenante de l'école secondaire : « je savais pas qu'il y avait des services qui étaient

offerts au centre de santé de chez nous. Fait que [la travailleuse sociale de l'école] m'a informé » (P15).

Les participants ont mentionné l'importance de transmettre de l'information sur le fonctionnement de l'ensemble des services. Ainsi, un homme qui reste méfiant envers les services de protection de la jeunesse malgré leur récente prise en charge par les communautés de la région pense que de l'information pourrait être transmise sur leur fonctionnement : « S'ils nous disaient comment que ça marche aujourd'hui, comment que c'est mieux... » (P03). En outre, quelques participants ont parlé de l'importance d'être « bien guidé » (P13), « bien indiqué » (P15) dans l'utilisation des services. Un autre participant a insisté sur l'importance de cette information lors d'une première utilisation : « la première fois qu'une personne vient par elle-même pour demander de l'aide, assure-toi de le guider à la bonne place pis de le guider de la bonne façon. (P14) ».

Pour un participant, avoir l'occasion de rencontrer le personnel du centre de santé de sa communauté, par exemple lors d'événements communautaires, facilite leur utilisation ultérieure: « l'aspect de connaître la personne qui est en poste, ça joue pour beaucoup. Je pense que la secrétaire médicale qu'on avait, tu pouvais la croiser dans certains événements communautaires » (P15). Ce même participant a insisté sur l'importance de faire connaître les professionnels du centre de santé et leurs compétences pour travailler auprès d'une clientèle autochtone :

En ayant un roulement de personnel [...] l'inquiétude est plus axée vers : est-ce que ces gens-là qui rentrent ont les bonnes formations, les bonnes connaissances? Non seulement au niveau professionnel, mais aussi au niveau des enjeux sociaux qu'on a ici. Comment desservir un membre adéquatement, en tenant compte de ses réalités propres à lui? Est-ce que c'est quelque chose qu'ils sont capables de faire? [Il faut] rassurer le membre qui voudrait éventuellement venir chercher un service ici, que l'employé qui va le desservir est au fait de tous ces enjeux-là (P15).

Le même participant a également mentionné l'importance d'informer sur les moyens pris pour former le personnel concernant les réalités autochtones :

L'inquiétude est plus axée vers : est-ce que ces gens-là qui rentrent ont les bonnes formations, les bonnes connaissances? Non seulement au niveau professionnel, mais aussi au niveau des enjeux sociaux qu'on a ici. Comment desservir un membre adéquatement, en tenant compte de ses réalités propres à lui? [...] À l'assemblée générale annuelle, peut-être mentionner que c'est : « voilà notre politique d'employés, chaque employé à une formation à suivre sur les réalités, sur la culture autochtone » (P15).

Enfin, selon un participant, il ne suffit pas de transmettre l'information, mais de faire un suivi avec la personne interpellée :

C'est bien beau de dire "Tiens, j'ai un service ici!" C'est sûr que l'homme, il va le déchirer, il va le mettre à la poubelle. C'est normal ça. C'est pas assez bien expliqué. Après ça, ils ne retournent pas le voir pour lui dire : "Eh, qu'est-ce que t'en penses? Est-ce que tu es prêt? Est-ce qu'on continue?" (P04).

4.3.2 Caractéristiques des professionnels

4.3.2.1 Identité autochtone

Les participants ont partagé leurs perceptions concernant les professionnels dispensant les services. L'identité autochtone des professionnels peut faciliter

l'utilisation des services par les hommes anicinapek, puisque plusieurs sont méfiants envers le personnel allochtone. Un participant a expliqué que cette méfiance trouve son origine dans l'histoire des rapports entre les peuples : « Les contacts, c'est toujours difficile [entre] les Allochtones pis les Anicinapek. Ça n'a pas aidé. Ça n'aide pas encore aujourd'hui » (P12). Un autre participant a mentionné qu'il « n'aime pas travailler avec les non-Autochtones » (P11), alors qu'un autre a dit qu'il n'a « pas confiance aux blancs [...] pas confiance aux Allochtones » (P14), que « on voit l'homme blanc arriver : lui il vient ici pour voler des opportunités » (P14). Néanmoins, ce même participant a dit voir des avantages à la présence de travailleurs allochtones qui « sont capables d'aller chercher des ressources [qui] sont capables d'aller chercher de l'aide [qui] sont capables d'appeler la police si ça ne va pas bien » (P14). En revanche, l'identité autochtone du professionnel est vue comme une qualité appréciable. Dans ce sens un participant a dit qu'« avoir des travailleurs autochtones, ça aide [et] c'est mieux » (P11). Pour un participant, avoir un intervenant de son peuple présente l'avantage que « leurs valeurs reflètent les valeurs anicinapek. Ça, ça aide » (P11).

Selon un participant qui joue aussi un rôle d'intervenant, un professionnel autochtone partage également une expérience commune avec l'utilisateur, faisant en sorte : « qu'on a des points communs, qu'on vit probablement les mêmes problèmes ou qu'on les a déjà vécus... » (P12), permettant ainsi de créer une certaine proximité. Comme vu

précédemment, les participants qui travaillent aujourd'hui dans les points de service sont des hommes ayant cheminé vers la guérison et qui se présentent comme des modèles positifs, comme des ressources potentielles pour les hommes vivant des situations difficiles. Ainsi, un usager a expliqué que l'expérience commune est une caractéristique qu'il recherche chez un intervenant :

À qui je vais demander de l'aide? Qui va me comprendre? Ok, je regarde : lui il travaille là... Mais non, il n'a pas ce genre de vécu là! [...] Je sais pas comment des gens qui ont pas vécu ce que j'ai vécu, ou vu ce que j'ai vu, peuvent aller chercher nos membres, pis les aider (P14).

Les hommes étant des intervenants aujourd'hui ont aussi une expérience de l'utilisation des services du point de vue de l'utilisateur, or il s'agit d'une connaissance importante pour accompagner les hommes qui demandent de l'aide : « Ça prend quelqu'un qui a été capable de faire ce pas-là, comme moi j'ai fait au centre de santé. Je suis allé chercher de l'aide » (P08). Cette expérience commune peut être utilisée en intervention pour créer un lien de confiance et aider les hommes dans leur cheminement, comme l'a expliqué un participant qui est aussi intervenant et qui « partage [son] vécu en premier pour essayer d'ouvrir les hommes qui sont pas capables de s'ouvrir » :

Je vais aller le voir pis je m'assieds à côté de lui : "Es-tu tanné de vivre? C'est douloureux hein? T'en as assez? À quoi tu penses aujourd'hui? Je suis là pour t'écouter. Fais-moi confiance. Parce que moi aussi j'ai consommé, moi aussi j'ai eu mal. Je peux comprendre, parce que moi aussi j'ai partagé des choses, j'ai assumé mon problème pour pouvoir rester en vie. Parce que moi j'ai fait beaucoup de tentatives de suicide [...]"

J'ai souffert beaucoup parce que j'ai été abusé sexuellement par un prêtre. Pis ça fait 13 ans que je suis sobre". [...] Pis c'est de même que je continue (P08).

4.3.2.2 Connaissances des réalités autochtones

Bien que l'identité autochtone des professionnels soit vue comme un facteur facilitant l'accessibilité des services socio-sanitaires, plusieurs participants se disaient prêts à consulter des travailleurs allochtones, surtout s'ils ont certaines connaissances relatives aux réalités autochtones : « T'as besoin que quelqu'un qui est en face de toi comme intervenant, sache au moins, connaisse un peu ta réalité, la réalité autochtone » (P14). Un participant exprimant par ailleurs une préférence pour les travailleurs autochtones a nuancé ses propos concernant les services offerts dans la communauté, en disant qu'« un intervenant soit non autochtone, travaillant dans la communauté, c'est pas grave, moi je pense que c'est le fun à avoir » (P11). Tout d'abord, les hommes attendent des professionnels « une bonne connaissance des valeurs » (P12), afin d'« intégrer un petit peu plus les valeurs, les points de vue des membres, dans le travail des personnes qui offrent les services ici [au centre de santé] » (P15).

Un participant a évoqué les possibilités de formation qui pourraient permettre de sensibiliser les professionnels à ces réalités pour assurer un meilleur service aux hommes anicinapek : « un point à améliorer, justement, c'est que les employés

comprennent les réalités qui sont comme venues avec la personne que je suis, qui m'ont été transmis, que j'ai pas nécessairement demandé » (P15).

Il a aussi relevé que l'expérience peut permettre aux professionnels allochtones de développer cette expertise :

C'est quelqu'un qui est à l'affût un petit peu des réalités qu'on vit en communauté. Je pense avec toute l'expérience qu'elle [une professionnelle] a acquise au sein de la communauté, je considère ça comme un apport important dans tout ce qu'elle peut amener de façon globale dans son domaine, dans son champ d'expertise. Mais en ajoutant à cela les connaissances qu'il y a à acquérir en communauté pis être à l'affût des enjeux qu'on a, je suis très bien servi depuis la première fois (P15).

4.3.2.3 Stabilité du personnel

Au-delà des caractéristiques individuelles des professionnels, la stabilité du personnel est un facteur qui facilite une expérience positive des services. En effet, selon les hommes anicinapek rencontrés, « il y a un lien de confiance qui se crée [...] en voyant toujours les mêmes personnes » (P15), et un lien de proximité qui s'installe entre les soignants ou intervenants et les hommes :

C'est rendu que y a des médecins que tu deviens ami. Ça prend pas de temps que tu sois ami avec eux autres. C'est pareil comme les infirmières, c'est le contact d'amitié, pis c'est ça qui est plaisant. Avec les médecins, les docteurs, celui de Rouyn des fois y m'appelle : "pis, comment ça va?" Mais c'est rare qu'un médecin y va t'appeler juste pour savoir comment tu es! (P10)

En revanche, un roulement de personnel important peut rendre difficile l'établissement de cette proximité et contraindre les usagers à relater de nouveau des expériences difficiles :

Mon inquiétude est plus axée sur le roulement de personnel. On ouvre tous ces postes, on crée des nouveaux départements dans le centre de santé, pis moi personnellement j'ai aucun problème à venir consulter, pis j'ai toujours une ouverture à consulter, mais c'est pas tout le monde qui est... Les Autochtones sont souvent un peu plus renfermés sur soi, à l'aise avec qu'est-ce que lui connaît, qu'est-ce que la personne connaît (P15).

Toujours changer d'intervenante, ça, ça me fatiguait... C'était une réalité ici, pas juste dans les services sociaux, mais moi j'ai travaillé avec une intervenante l'année dernière, elle vient de partir, pis là on vient de changer de nouveau d'intervenante. Quand il y a un roulement de personnel, mais au moins qu'on transmette les mêmes informations [...]. Ce qui me fatiguait dans tout ça, c'est que je me répétais, pis je me répétais (P12).

4.3.3 Avantages des services offerts par les centres de santé des communautés

Les hommes anicinapek ayant participé à cette étude ont identifié plusieurs avantages aux services offerts dans les communautés par les centres de santé. Tout d'abord, la **proximité géographique** facilite leur utilisation, surtout pour les hommes ne possédant pas de moyen de transport : « je me sens plus confortable d'utiliser les ressources qui me sont offertes dans la communauté, faute de voiture » (P11). Ensuite, les services en communauté emploient des membres des communautés, favorisant ainsi une **proximité relationnelle** entre les usagers et les professionnels. Ainsi, « [au centre de santé], ça va bien parce que tout le monde se connaît » (P13). Toutefois, la

proximité relationnelle comporte aussi certains enjeux en ce qui a trait à la confidentialité :

Dans les communautés ce qui arrive avec les services, souvent [...] la personne première ligne icitte, on est rendu quasiment... c'est des liens de parenté, ou des liens d'amitié qui se sont développés avec ce monde-là, en dedans, pendant un certain temps. Fait que la peur de... pour donner tes infos tout ça (P14).

Ainsi, les services à l'extérieur de la communauté sont perçus comme « plus confidentiels » (P13), et plusieurs hommes ont dit préférer les utiliser lorsqu'ils veulent s'assurer que leur démarche demeure confidentielle :

J'ai été chercher de l'aide à l'extérieur aussi, pour mieux avancer aussi, parce qu'il y a du monde qui ne me connaît pas à l'extérieur. [...] J'ai commencé à suivre au niveau des agressions sexuelles, pis j'ai utilisé beaucoup à l'extérieur, parce que c'était des affaires très tabous (P04).

Les services offerts dans les communautés offrent une certaine **flexibilité** qui peut se manifester dans les modalités d'échange, avec une « communication un à un [qui] est plus ouverte, [alors] que si j'allais en ville, c'est plus structuré » (P11), ou dans le choix de contourner les règles si cela est nécessaire pour répondre aux besoins des membres de la communauté, comme en a témoigné un usager : « comme moi, j'ai pas de numéro de bande ici, ils m'ont donné des services [quand même] » (P16). Un autre avantage est la rapidité d'obtention des services : « ici [au centre de santé] ça va bien [...] Quand on demande quelque chose, c'est rapide » (P13). En comparaison, plusieurs participants ont déploré les longs délais d'attente qu'ils ont pu connaître dans leur utilisation des services hors communauté, notamment aux urgences : « des

fois j'ai passé la nuit pour aller à l'urgence... [...] À Val-d'Or, ils devraient donner un service plus rapide. Parce que c'est pas drôle pour les clients... » (P16).

Un autre avantage des services offerts dans les communautés est la compétence culturelle du personnel due à la présence de « travailleurs autochtones » (P11) ou de travailleurs allochtones ayant une expérience du travail avec les membres de la communauté. Un participant a témoigné que « pour quelqu'un qui vient de la communauté, souvent on n'est pas tout à fait à l'aise d'appeler en ville, pour prendre un rendez-vous » (P15). En effet, les centres de santé offrent également des services culturellement sécuritaires en comparaison de l'offre de services hors communauté :

Ici [au centre de santé], on prend la peine d'écouter la personne, ses forces, ses qualités. On voit pas juste le monsieur qui consomme toujours de l'alcool, qui est drogué, tout ça... En ville, moi j'ai déjà entendu ça (P12).

Je me tourne vers la communauté, ayant vécu des situations qui ne sont pas justes [hors de la communauté] [...] Alors que en allant en ville, y a une différence. La patience elle est minime, et pis l'ouverture est pas grande, et la manière comment qu'on se fait traiter en étant autochtone, je pourrais dire que ça joue beaucoup [négativement] dans l'estime de soi (P11).

Cette proximité permet aux centres de santé de jouer un rôle de facilitateur entre les hommes et les services hors communauté. Tout d'abord, certains hommes vont débiter leurs démarches auprès du centre de santé, avant de se tourner vers des services complémentaires selon l'évolution de leurs besoins : « Au début j'utilisais les services internes [dans la communauté]. Ça m'a beaucoup aidé. Mais après un certain temps, je suis allé chercher de l'aide à l'extérieur aussi » (P04). Passer par le centre de

santé, « c'est plus pratique » (P10), « c'est beaucoup plus rassurant » (P15). Aussi, les professionnels des centres de santé peuvent assurer un rôle d'intermédiaire entre les membres de la communauté et des services extérieurs, notamment le Centre jeunesse, pour assurer une certaine sécurité culturelle :

Sans l'aide justement des services de première ligne [...] ? Non, j'aurais pas réussi. [...] C'est des intermédiaires qui vont jouer leur rôle auprès des centres de ressourcement ou peu importe (P14).

Néanmoins, un participant a rapporté certains écueils dans la façon dont le centre de santé de sa communauté sert d'intermédiaire entre les usagers et les services externes pour les prises de rendez-vous :

Le service aux patients ici, qui livrent des rendez-vous [par] les papiers de rendez-vous collés à la porte, [les usagers] sont pas à domicile des fois. Ils manquent leurs rendez-vous. J'en ai vu comme ça. [...] Fait qu'on se fait accuser comme de quoi on n'est pas intéressé à notre santé. Pis le délai c'est très rapide (P06).

Selon un participant, les services offerts hors des communautés offrent une occasion de créer des ponts entre Autochtones et Allochtones. C'est ce qu'il a constaté lors de sessions dans les centres de thérapie Attitude, qui sont ouverts à tous, et qui permettent de mieux connaître la réalité de l'Autre et de dépasser les préjugés :

Ça nous permet de voir deux mondes différents [...], pis y a un partage, y a un mix, parce que c'est pas un centre autochtone. [...] c'est multiculturel. [...] T'apprends à connaître du monde de la ville, qui ont aussi des problèmes. [Il y a autant d'Autochtones que d'Allochtones.] C'est important qu'ils soient là parce qu'ils nous apprennent comment ça se

passé dans leur mode de vie. [...] Il y a pas mal d'Autochtones qui sont frustrés par rapport aux Autochtones, pis en repartant de là-bas, ils saluent tous les Autochtones de même, toute la gang. [...] Fait que ça marche (P14).

4.4 Pistes de solution

Plusieurs participants ont dit avoir constaté une amélioration des services offerts par leur communauté au cours des dernières décennies, tant dans la bonification de l'offre de services que dans leur qualité. Néanmoins, les participants ont suggéré plusieurs améliorations qui pourraient être apportées aux services socio-sanitaires, notamment à ceux offerts dans leur communauté, pour améliorer leur accessibilité pour les hommes anicinapek (Tableau 4.4). Tout d'abord, il s'agit de déconstruire les préjugés à l'encontre des hommes anicinapek, y compris au sein des services, et d'inscrire la santé des hommes parmi les priorités d'action, en plus de viser l'inclusion des hommes marginalisés. Les participants ont aussi fait quelques propositions pour compléter l'offre de services actuelle.

Tableau 4.4. Pistes de solutions proposées par les participants pour bonifier l'offre de services socio-sanitaires aux hommes anicinapek.

Pistes de solutions
<ul style="list-style-type: none"> • Déconstruire les préjugés • Inscrire la santé des hommes parmi les priorités d'action • Inclure les hommes marginalisés • Bonifier l'offre de services <ul style="list-style-type: none"> ○ Services en dépendance ○ Services pour les hommes victimes d'agressions sexuelles ○ Services inspirés des pratiques autochtones traditionnelles ○ Services s'adressant spécifiquement aux hommes et aux pères

4.4.1 Déconstruire les préjugés

Un participant a parlé du besoin de déconstruire les préjugés à l'égard des hommes anicinapek : « il y a à se défaire des préjugés que chaque père de famille est problématique » (P15). Un changement bénéfique à cet égard serait de parler davantage des difficultés rencontrées par les hommes : « nos hommes pleurent [Pleurs]. Je vois toutes les familles qui se droguent, qui prennent toutes du speed, ils ont des enfants [...]. Ça me choque. Je crois qu'il faut qu'on en parle » (P14). Dans ce sens, plusieurs hommes ont aussi évoqué la nécessité de parler des hommes victimes d'abus, un sujet qui reste tabou. La majorité des hommes rencontrés ont rapporté avoir été victimes d'abus durant leur parcours de vie. Selon un participant, la réalité des hommes victimes de violence conjugale, plus particulièrement de violence psychologique, n'est pas reconnue :

Parce que chez les hommes aujourd'hui, dans une communauté, c'est vraiment tabou les hommes. Ils sont violentés psychologiquement aussi les hommes ici, autant que les femmes. [...]. J'en ai connu deux qui se sont suicidés pour ça (P08).

Selon un autre participant, les discours autour de la violence conjugale enferment les hommes dans un rôle d'agresseur, ce qui participe à invisibiliser les hommes victimes d'abus sexuels :

On a été violés nous autres aussi [...] Toutes ces femmes-là qu'il y a dans ce regroupement, qui dénoncent toutes la situation dans les communautés, qui sont vraies [sic], mais qui sont autant vraies pour les hommes.. [...] Il faut des coupables! C'est qui les coupables? C'est les hommes de la communauté (P14).

4.4.2 Inscrire la santé des hommes parmi les priorités d'action

Selon un participant, peu de place est donnée aux hommes anicinapek dans les préoccupations de la communauté :

On laisse beaucoup la place aux femmes, aux enfants, aux aînés, mais au niveau social, les hommes je pense qu'ils sont en dernier de tout ce beau monde-là. [...] C'est pas une mauvaise chose en soi de protéger les femmes, je suis vraiment à 100 % pour ça, mais chaque situation est différente [...] Je ne vois pas beaucoup de place pour le bien-être des hommes [...] Puis l'homme autochtone, il est souvent laissé à lui seul, parce que justement, il est là pour subvenir aux besoins des autres, pis on n'identifie pas nécessairement pour l'instant les besoins qu'il a aussi [...] Je pense qu'il y a un certain rattrapage à faire pour inclure les hommes. Pis que ce soit dans l'accompagnement, dans les services offerts, c'est tout aussi primordial que les autres groupes, qu'on essaie d'amener à un autre niveau (P15).

Dans le même sens, un autre participant a insisté sur l'importance de donner de la place aux hommes dans leur communauté pour initier un changement :

Les hommes aussi il faut qu'ils aient leur place. Qu'on leur dise : "regarde, tu vas élever un enfant, tu dois prendre ta place pour le guider à subvenir à ses besoins : la marche, la chasse, pis de l'eau, aider ta femme et ainsi de suite". [...] Parce que plus les hommes prennent leur place, plus c'est réel, ça donne la vocation de l'homme de voir sa place dans la communauté (P06).

Ce même participant a évoqué aussi la nécessité d'un travail collectif impliquant les différents services de la communauté en vue d'aider les hommes à prendre leur place :

Il faut qu'ils [les services] s'accordent pour dire : il va y avoir un mois au cours duquel on va s'occuper des hommes ensemble. On va être partenaires dans un service pour donner leur rôle aux pères, à prendre leur place : comment outiller des hommes à gérer une famille, gérer leurs besoins, être en contact avec la mère? (P06).

4.4.3 Inclure les hommes marginalisés

Selon plusieurs participants, les hommes anicinapek ne sont pas tous égaux en termes d'accès aux services, notamment en ce qui concerne ceux offerts dans leur communauté. Dans ce sens, les participants, autant ceux avec une expérience en tant qu'intervenant que les usagers, ont émis des recommandations sur des façons de rendre les services plus accessibles pour les hommes qui se tiennent à distance ou semblent moins inclus dans les services (demandeurs de l'aide de dernier recours, hommes ayant des problèmes de dépendance, hommes judiciairisés, etc.).

Une de ces recommandations est d'éliminer les écueils à l'inclusion des hommes. Plusieurs participants ont déploré le fait qu'il y ait « beaucoup de rejet encore au niveau des communautés » (P02), notamment envers « le groupe d'hommes en particulier, qui demandent beaucoup l'aide de dernier recours, qui ont des démêlés avec la justice » (P15), alors que les inclure permettrait de « faire avancer la communauté » (P15). Dans ce sens, un homme a appelé à une meilleure inclusion dans les services des hommes vivant avec des dépendances. Selon lui, ce changement peut passer par l'absence de jugement, l'invitation à participer aux activités et une plus grande tolérance dans les règles d'admission aux programmes :

Je verrais pas quelqu'un qui va aller aider une personne qui consomme. Ils iraient pas le voir, lui donner de l'aide, et après le chercher pour aller à la pêche! C'est pas des choses qu'ils vont faire. Ils vont juste le juger, pis c'est ça que j'aime pas. [...] Quelqu'un qui consomme, qui fume, qui

consomme de la drogue forte... Ils vont le laisser tomber. [...] Dans les programmes, [...] ils veulent juste des personnes qui sont à jeun. (P16).

Une autre recommandation, émise par plusieurs participants en vue de faciliter le recours aux services par les hommes anicinapek qui s'en tiennent à distance, est d'aller à la rencontre des hommes. Par exemple, il faut « aller à la rencontre des gens [et] s'asseoir avec eux autres, prendre un café, parler [des services] » (P04). Ce dernier participant a ajouté que « c'est comme ça que j'ai connu ce programme, parce que [...] ceux qui travaillent au niveau des services, ils s'en vont voir les gens à leur porte » (P04). Pour un participant, c'est donc en allant à la rencontre des hommes que l'on peut favoriser leur engagement vers la guérison :

Il y a moins d'activités pour les gens qui consomment. On les met à part. C'est ça que j'aime pas. [...] C'est pas trop demander pour une personne qui voudrait arrêter de consommer. C'est d'aller le chercher, pis de l'amener dans le bois : "Viens avec moi!" C'est être sociable avec lui aussi. Sans qu'on lui fasse sentir qu'on ne veut pas de lui (P16).

En outre, un père dont les enfants sont bénéficiaires des services de protection de la jeunesse a ajouté que « [si les services sociaux allaient solliciter les pères], ils s'engageraient beaucoup [plus] » (P05). De plus, un autre homme, en référence à une période de crise qu'il a traversée, a mentionné qu'il aurait aimé être approché : « j'aurais eu besoin qu'on me dise que ça va bien aller. Que si tu as besoin d'aide... » (P14).

En outre, des pistes ont été proposées en vue de favoriser la création d'un lien de confiance avec les hommes méfiants envers les services. Sur ce plan, un participant a proposé de faire appel à un groupe de membres de la communauté :

Souvent, il y en a qui sont pas trop à l'aise avec le système de santé même. En travaillant avec un ou une Allochtone, tu combines tout ça, ça fait peut-être que je suis pas trop à l'aise de venir chercher de l'aide, mais s'il y avait [...] des activités organisées par des membres de la communauté, mais que ce soit financé ou encadré par le centre de santé, on viendrait peut-être chercher un petit peu plus de gens (P15).

Une autre recommandation en vue de l'inclusion des hommes marginalisés est d'employer une approche non directive, selon le principe de non-ingérence. Un participant a expliqué ainsi son approche :

Moi je donne le choix à mes petits-enfants. Pis je peux pas dire c'est pas bon ce que tu fais là. C'est pas bon ce que tu dis. Moi je dis pas ça à mes petits-enfants. J'essaye juste de les diriger, pis de dire c'est quoi qui est bon pour eux-autres. Parce qu'eux autres ils savent très bien c'est quoi qui est bon pour eux autres (P03).

Selon un autre participant, une approche non contraignante est préférable, car culturellement sécuritaire et en adéquation avec la sensibilité des hommes, malgré les risques inhérents :

Tout se fait naturellement, habituellement dans une communauté. Dans le temps t'avais faim, c'était naturel d'aller voir la famille. C'était pas des mots super sophistiqués pis tout ça. [...] C'est ce genre d'approche là, où tu fais pas chier personne, où tu mets pas de pression sur personne [...] C'est sûr que si on pousse les personnes à aller dans cette direction, pis à aller en ressourcement... Tu les pousses, tu les pousses, ça marche pas. [...] Laisse-les se planter... [...] Des fois, c'est des suicides qui viennent avant, mais on n'est pas des devins, on est des êtres humains (P14).

Le principe de non-ingérence permet de respecter l'autodétermination des hommes anicinapek, à qui revient la décision d'utiliser ou non un service : « [un intervenant] pouvait pas aller voir un gars : "Viens avec moi, je vais te changer". C'est ta décision à toi, si tu t'en vas sur ce chemin-là » (P07). Selon P15, le non-respect du principe de non-ingérence pourrait être perçu comme une approche colonialiste, surtout en provenance d'un professionnel allochtone, car il ferait écho à certains actes préjudiciables qui ont été commis au cours de l'histoire coloniale, motivés par la volonté de « venir en aide » aux Autochtones, même malgré eux. Le principe de non-ingérence reconnaît également la capacité de la personne à prendre une décision adaptée à sa situation, l'utilisation d'un service ne peut être bénéfique que « quand la personne va être prête » (P04) : « Il existe des informations, il existe des programmes, mais c'est à nous autres de voir si on est prêt à entreprendre le programme. Si on n'est pas prêt, on va rester encore immobile, on va rester à la maison » (P04).

Un participant (P18) a voulu apporter quelques bémols à l'application du principe de non-ingérence puisque, en tant que grand-père, il estime que « ça prend quelque chose pour qu'ils se réveillent [les pères de famille dont le comportement nuit au bien-être de leurs enfants] ». Le principe de non-ingérence pourrait alors retarder cette prise de conscience.

Enfin, un participant insiste sur la persévérance à avoir dans ce type de démarche :
 « À force de travailler, on finit par atteindre son but. Tsé à force de voir, on lâche pas.
 À un moment donné ça va ouvrir, *pouf*, comme ça » (P04).

4.4.4 Bonifier l'offre de services

Les participants ont proposé la mise en place de plusieurs services pour compléter ceux qui existent actuellement et ainsi mieux répondre aux besoins des hommes anicinapek. Plusieurs suggestions ont été faites pour bonifier l'offre de **services en dépendance**. Par exemple, un homme souhaiterait voir un groupe AA dans sa communauté :

Ce serait bon qu'il y en ait ici, des meetings de AA. [...] Comme ça, les hommes vont pouvoir s'intégrer, pis voir quelqu'un partager sa vie, comprendre les règlements des meetings AA aussi, parce qu'ils ont des règlements, pis c'est confidentiel, mais au moins tu les entends parler *live*. On partage pis... Quelqu'un qui consomme, même s'il est sur la consommation, pour lui, il écoute la personne. Ça l'aiderait aussi, en voulant dire qu'il est pas tout seul (P16).

Néanmoins, un autre participant, membre des AA depuis plusieurs années, a évoqué des difficultés pouvant compliquer la mise en place d'un groupe AA dans une communauté, c'est-à-dire dans un milieu avec une forte proximité entre les membres, ce qui induit des enjeux en lien avec la confidentialité. Il a fait ainsi référence à une tentative de créer un groupe AA dans sa communauté :

Icitte, [dans ma communauté], certains groupes d'hommes, ils se feront pas confiance parce que on se connaît tous. [...] Ils oseraient pas partager ce qu'ils ont subi dans leur enfance. Ils vont avoir peur. Ils font pas

confiance. Comme des craintes que ça va sortir du groupe. Parce que j'en ai vu une fois, on a fait un groupe ici [...] y a 4 ou 5 ans. [...] Ils ont invité un homme de l'extérieur. [...] On a tous partagé. [...] Pis [un participant], il a sorti l'anonymat. Il a publié ça dans Facebook (P08).

D'autre part, plusieurs participants trouvaient insuffisants les services post-thérapie qui existent actuellement dans sa communauté : « Quand je regarde les jeunes, ils vont aller au centre, mais y a pas de continuité après, au niveau de la prise en charge de soi. Fait que, eux-autres ils vont être bien contents au début, une semaine, deux semaines... Après ça tu vas les voir [rechuter]... » (P02).

Parce que c'est beau, tu mets des petits programmes en place pour envoyer du monde en thérapie, mais quand ils reviennent de thérapie, qu'est ce qui les attend? [Les programmes dans la communauté] sont complètement insuffisants. Pas avec le degré de blessure qu'il y a eu, le niveau de blessure, les traumatismes qu'il y a eu. Non, c'est pas assez. Tu peux pas aller en thérapie pis essayer de revenir chez vous, pis continuer le mode de vie qu'on t'a montré là-bas (P14).

Plus précisément, ce participant aurait aimé qu'un service en continuité avec la démarche de ressourcement initiée dans le centre de thérapie soit disponible dans sa communauté :

[Quand je suis revenu de thérapie], j'aurais aimé ça aller dans un endroit où c'est familial, ou y a du respect, dans le bois. [...] Là, on va le mettre en pratique [les enseignements du centre de thérapie]. Parce que tu les laisses vivre dans le bois. Tu les encadres. Mais y a un temps de la journée où ils doivent faire eux-mêmes leurs affaires, se responsabiliser (P14).

Pour un participant, l'offre de **services pour les hommes victimes d'agressions sexuelles** devrait être bonifiée dans sa communauté. Selon son expérience, « Quand moi je suis sorti de la prison [...] on n'a pas de suivi, on n'a rien pour les agressions

sexuelles. Fallait que moi j'aïlle chercher les services à l'extérieur [...] Il manque quelque chose encore pour avancer avec ça. [...] Exemple, ceux qui ont vécu dans la violence conjugale, tu as une rencontre pour ça, pis faire un suivi... » (P04).

Plusieurs hommes aimeraient également voir une bonification des **services inspirés des pratiques autochtones traditionnelles** dans leur communauté. Tout d'abord, les activités sur le territoire peuvent correspondre aux besoins des hommes. Ainsi, dans une communauté où ces services n'existent pas, un participant a dit souhaiter « une activité pour les hommes : aller à la pêche, une sortie en forêt. [...] Les cercles de partage, si on en fait un, il faut que ce soit en forêt. Parce que si on le fait ici, ça ne fonctionne pas » (P13).

Ensuite, plusieurs hommes ont proposé d'offrir des enseignements culturels pour les jeunes hommes, « parler de la culture » (P03), de « voir comment les gens vivaient dans le temps, comment ils fonctionnaient [...]. Parce que les jeunes, aujourd'hui, on dirait qu'ils ne connaissent pas d'où est-ce qu'ils viennent, ils connaissent pas l'histoire [de la communauté] » (P02), « ils n'ont pas eu beaucoup d'enseignements [comme] j'ai appris moi avec mes grands-parents » (P07). Deux participants souhaiteraient une offre de soins traditionnels, soit « plus de cérémonies » (P07) et « des services au niveau spirituel » (P13).

Une autre recommandation en vue d'améliorer l'offre de service pour les hommes anicinapek concerne le développement, dans sa communauté, de programmes et **services s'adressant spécifiquement aux hommes et aux pères**. En effet plusieurs participants ont déploré un manque de services qui s'adressent spécifiquement aux hommes et aux pères. Dans ce sens, un participant a mentionné que des activités réservées aux femmes sont prévues lors de la journée de la femme, mais que l'équivalent n'est pas mis en place pour les hommes (par exemple lors de la journée provinciale pour la santé et le bien-être des hommes).

Un autre participant a remarqué l'absence de services conçus pour répondre aux besoins spécifiques des hommes :

Je vois pas beaucoup de services offerts pour les hommes de la communauté. Je vois beaucoup de services qui sont [pour] les enfants, les mères... Il y a beaucoup d'activités mère/grand-mère où on met en valeur notre culture, pis c'est super, c'est ce dont on a besoin. Mais les activités pour les hommes... des groupes de partage... que ce soit en comité, ou à quoi tu pourrais t'identifier culturellement. Parce que je vois pas ça dans la communauté, ou à l'extérieur de la communauté, pour les hommes autochtones. Je vois pas des services où est-ce que l'homme pourrait s'identifier. [...] ça peut être des groupes de partage, ça peut être des ateliers qui concernent nos préoccupations. [...] Il faut pas oublier les groupes de soutien pour hommes qui se préoccupent de briser le cycle (P15).

Ce participant a fait le même constat concernant le manque de services pour accompagner les pères :

Comme père de famille, je trouve que les mamans sont beaucoup accompagnées, sont beaucoup prises en charge. Mais le papa... Il aurait peut-être fallu que je cherche un petit peu plus, mais à première vue, les choses que j'avais besoin à ce moment-là, quand je me suis retrouvé seul

avec mes deux enfants, qui étaient en garde partagée, je vois pas nulle part où je pourrais aller chercher de l'aide (P15).

Pour remédier à ce manque de services s'adressant spécifiquement aux hommes et aux pères, les participants ont fait plusieurs propositions, comme « une journée pour hommes » (P13) ou « un repas entre hommes » (P13). Enfin, plusieurs participants ont évoqué l'importance d'avoir dans leur communauté un service pour aider les pères dans leur rôle « sans se faire signaler ». Dans ce sens, un participant a mentionné qu'un service dédié aux pères serait plus rassurant comparativement à un service qui vise les familles ou les parents :

[Dans la communauté], on a déjà des façons de penser que c'est les pères qui sont absents. Mais y'en a un groupe qui veulent être présents, qui veulent être meilleurs, mais tu oses pas nécessairement aller chercher cette aide-là par peur d'avoir des signalements ou ces choses-là. Fait que c'est pour ça que je dis ce qui est strictement lié aux pères de famille uniquement, je serais beaucoup plus à l'aise de faire appel à ces services-là (P15).

Enfin, un père souhaiterait la bonification, par le centre de santé de sa communauté, des services en soutien aux parents dont les enfants sont bénéficiaires de services en protection de la jeunesse. Selon lui, bien qu'il soit prévu que les parents reçoivent un soutien de la part des services de protection de la jeunesse, ces derniers ne sont pas conçus pour l'offrir : « Quelle aide elle peut m'offrir ma propre travailleuse sociale, pour mon enfant? Quelle aide? Elle ne peut pas m'aider quand je me sens seul à la maison et que je suis en conflit direct avec elle. [...] Il faudrait que des services en parallèle aux autres services, pour accompagner les parents, pour aller en cour, les

préparer » (P12). Le centre de santé peut offrir « un soutien émotif, du soutien d'accompagnement, de l'information, pour les parents ». Cependant, selon ce père, les parents ont aussi besoin de soutien juridique, un volet absent dans l'offre de services :

On a de l'aide quand on veut en avoir, mais en contexte de DPJ, souvent c'est pas pareil. Il faudrait que ces intervenants-là soient au fait des lois... [...] Dans la communauté, on voit bien des parents qui sont comme David contre Goliath, c'est un gros système judiciaire (P12).

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Les objectifs spécifiques de ce mémoire étaient : (1) d'identifier les facteurs individuels et environnementaux qui favorisent la demande d'aide et le recours des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires (accès); et (2) de déterminer les caractéristiques des services qui favorisent la demande d'aide et leur utilisation par les hommes anicinapek (accessibilité). Du côté de l'accès, les résultats montrent que l'utilisation des services s'inscrit dans une démarche de guérison ou de rétablissement, individuelle et collective. Cette démarche amène les hommes à développer des forces et des compétences facilitant leur accès aux services sociaux et de santé. Du côté des services, le développement de la confiance des hommes envers les services par la sécurisation culturelle apparaît comme central au développement de leur accessibilité. Plusieurs caractéristiques favorables à cette confiance ont été identifiées, qui relèvent de la dimension relationnelle et visent essentiellement à sécuriser les hommes dans leur interaction avec les services. Dans cette partie, les facteurs favorables à l'accès et aux recours aux services sociaux et de santé seront discutés selon les différentes « étapes » du modèle d'accès aux soins centré sur le

patient de Levesque *et al.* (2013), en tenant compte des réalités inhérentes aux masculinités autochtones. Il s'agira des facteurs favorisant la reconnaissance d'un besoin de soin, la recherche de services pour y répondre, la prise de contact et le recours aux services, ainsi que les retombées de leur utilisation sur le rapport des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires (Figure 5.1)¹¹.

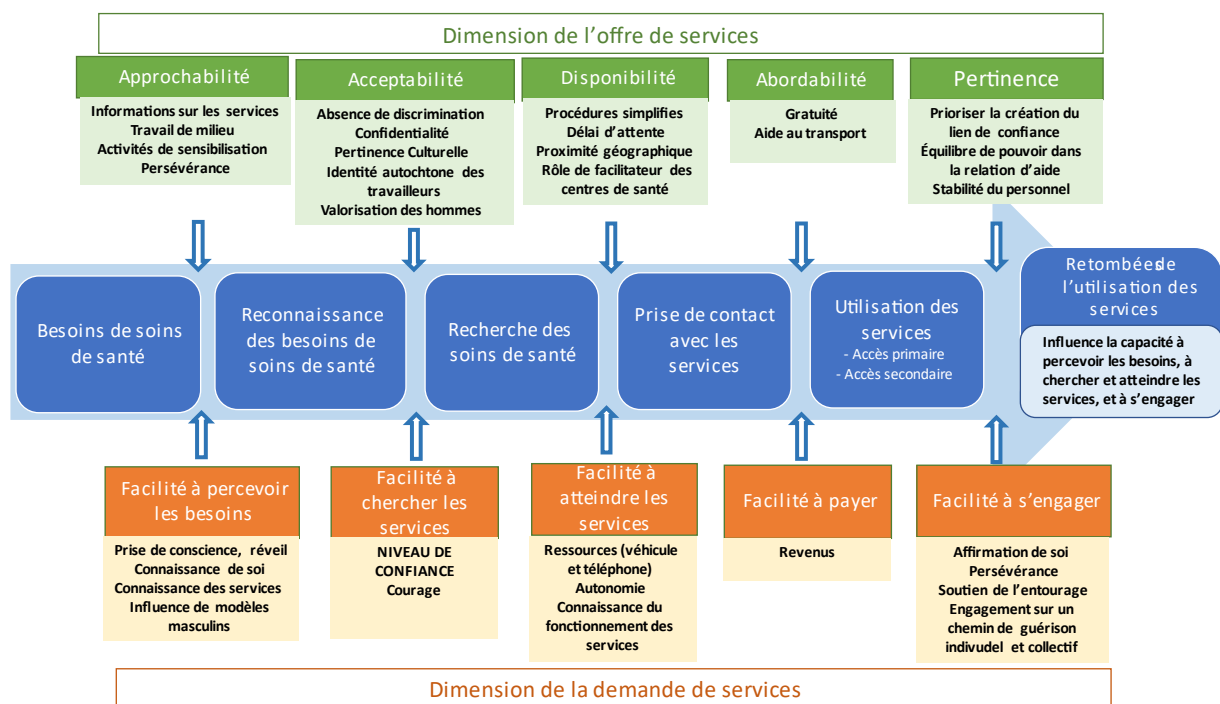


Figure 5.1. Facteurs favorisant l'accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires d'après le modèle d'accès aux soins de Levesque *et al.* (2013).

¹¹ Cette classification des thèmes n'avait pas été utilisée dans la partie précédente afin de rester au plus près des paroles des participants, une marque de reconnaissance de leurs savoirs. Le recours au modèle de Levesque *et al.* (2013) dans la discussion est pertinent puisqu'il permet de mieux comprendre les interactions entre les capacités des hommes et les caractéristiques des services à chacune des étapes du parcours d'accès aux soins.

5.1 Facteurs favorisant la reconnaissance des besoins de santé : Approchabilité des services et facilité des hommes à percevoir leurs besoins

Selon le modèle de l'accès aux soins centrés sur le patient de Levesque *et al.* (2013), la première dimension de l'accès est l'approchabilité des services. Cette dimension renvoie à la possibilité pour les hommes ayant des besoins de santé de les reconnaître (facilité à percevoir) et d'identifier l'existence de services pouvant y répondre (approchabilité des services).

5.1.1 Facteurs favorisant la capacité des hommes à percevoir leurs besoins de soins

L'approche salutogène a permis de faire ressortir des discours des participants différents facteurs facilitant la perception d'un besoin de service : le fait d'avoir vécu un « réveil », soit une prise de conscience du besoin d'une prise en main en vue d'améliorer leur santé et leur bien-être, ainsi qu'une certaine connaissance des services et d'eux-mêmes découlant de l'éducation reçue et d'apprentissages réalisés durant leur parcours de soins.

Plusieurs participants ont lié la capacité à percevoir leurs besoins de santé à un « réveil », soit une prise de conscience des effets que leur état de santé peut avoir sur eux et sur les autres, et une responsabilisation face à leurs difficultés qui les incite à se réapproprier des rôles positifs propres aux masculinités autochtones (Anderson *et al.*, 2015; Reeves et Stewart, 2017; Brassard *et al.*, 2019). Des propos semblables ont été tenus par les participants des études de Mellor *et al.* (2016) et de Getty (2013)

portant sur les comportements liés à la santé des hommes autochtones, le réveil étant alors désigné en anglais sous le terme de « wake-up call ».

Pour plusieurs participants à cette étude, c'est l'utilisation des services qui leur a permis de développer leur capacité à reconnaître la présence d'un besoin de soins, par le développement d'une meilleure connaissance d'eux-mêmes et des services existants. Un constat similaire a été fait auprès d'hommes autochtones par Bulman et Hayes (2011) et par Isaacs *et al.* (2013). Certains participants ont également identifié l'éducation reçue dans l'enfance comme un moyen de développer leur littéracie en santé, par exemple par une initiation à la roue médicinale, facilitant ainsi la prise de conscience de leurs besoins en santé. Dans le même sens, Smith *et al.* (2020), dans leur étude réalisée auprès de jeunes hommes autochtones, ont également identifié la famille, et notamment les parents, autant les mères que les pères, comme une source potentielle d'informations liées à la santé. Le développement de la littéracie en santé répond d'ailleurs à un besoin identifié par plusieurs auteurs pour améliorer le recours des hommes autochtones aux services de santé (Isaacs *et al.*, 2012; Adams *et al.* 2013; Isaacs *et al.* 2013; Canuto *et al.*, 2018a). D'après Verde *et al.* (2003), qui ont comparé les facteurs influençant l'utilisation des services de santé par les femmes et les hommes autochtones, il semblerait qu'un manque de littéracie en santé affecte davantage les hommes. Ce phénomène, selon Wenger (2011), s'expliquerait par une

socialisation masculine – une masculinité – qui tend à décourager les hommes de s'intéresser à leur santé.

Le rôle de leur conjointe dans la décision des hommes anicinapek de recourir à un service de santé a été peu abordé par les participants, alors qu'un rôle d'initiatrice de la demande d'aide et d'intermédiaire avec les fournisseurs de service a été identifié dans plusieurs études réalisées en milieu allochtone (Roy *et al.*, 2014; Montiel *et al.*, 2022). Un participant a aussi évoqué l'inadéquation d'une telle implication de la conjointe dans la demande d'aide avec sa perception des rôles genrés selon sa culture¹². En revanche, les discours des participants autour du rôle de modèle joué par les hommes engagés sur le chemin de guérison en vue de favoriser l'utilisation des services par les autres hommes de la communauté laisse penser que c'est plutôt la référence à des modèles masculins qui influence leur décision d'y avoir recours. Dans une perspective salutogène, la solidarité masculine est donc une force des hommes sur laquelle s'appuyer pour améliorer leur recours aux services. Dans ce sens, Bulman et Hayes (2011) ont confirmé le rôle important joué par les pairs et par les aînés dans le développement de comportements favorables à la santé chez les hommes autochtones. Ainsi, une manière efficace et culturellement pertinente de favoriser le recours des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires est la

¹² Le rôle de la conjointe n'a pas été exploré explicitement dans le cadre de cette étude. Il pourrait être pertinent de l'explorer davantage ultérieurement.

création d'occasions de socialisation et d'échanges autour de questions liées à la santé et au bien-être.

Pour favoriser une prise de conscience des besoins de santé et un recours aux services avant le déclenchement d'une crise, les participants ont aussi évoqué le rôle des actions de prévention menées par le centre de santé de leur communauté, telles que des soirées d'information sur une problématique donnée. Isaacs *et al.* (2013) ont aussi identifié le besoin de développer la littératie en santé des hommes afin de leur permettre de mieux identifier les besoins de soins et de les sensibiliser aux bénéfices des bilans de santé annuels.

5.1.2 Facteurs favorisant l'approchabilité des services

Dans une perspective salutogène, les participants ont suggéré plusieurs stratégies pour mieux joindre les hommes anicinapek (e.g. aller vers les hommes plutôt que d'attendre qu'ils ne se présentent, inviter nominativement des hommes à se joindre à une activité). Ces stratégies renvoient à une démarche de proximité. Dans le même sens, les jeunes hommes autochtones ayant participé à l'étude de Smith *et al.* (2020) ont rapporté apprécier les services offerts dans leur milieu, soit dans les écoles, les clubs de sports ou les milieux communautaires. Cette approche permettrait en effet de contourner les obstacles posés par la socialisation masculine, en offrant aux hommes la possibilité d'accéder à un service sans avoir besoin de formuler une demande d'aide (Roy *et al.*, 2009).

Les participants à cette étude qui semblaient avoir une facilité à recourir aux services en avaient une bonne connaissance et étaient familiers avec les professionnels en poste dans le centre de santé de leur communauté. Cette proximité relationnelle facilite l'approchabilité des services. Toutefois, comme le remarquent avec justesse Bulman et Hayes (2011), cette situation donne lieu à un cercle vicieux, puisque les hommes qui ne fréquentent pas les services n'ont pas d'occasion de créer cette proximité relationnelle qui leur faciliterait un recours ultérieur aux services. En conséquence, un exemple de mesure favorisant l'approchabilité des services est l'organisation d'événements communautaires qui créent une occasion de côtoyer les employés du centre de santé. Dans le même sens, une étude sur l'accès des hommes autochtones aux services de santé mentale réalisée par Isaacs *et al.* (2013), a constaté le même besoin d'information et a proposé l'organisation de visites des points de service par des groupes d'hommes afin de les familiariser avec les locaux et les professionnels. Hughes (2004) et Isaacs *et al.* (2012) estiment qu'offrir une occasion aux hommes autochtones de côtoyer les fournisseurs de services peut remédier au sentiment de méfiance que peuvent inspirer les services. Un autre exemple d'approche gagnante identifiée par les participants est l'invitation personnalisée et nominative à s'inscrire à une activité ou un programme, par exemple en se rendant à leur domicile avec un café pour leur faire connaître et leur proposer directement un service. Toutes ces stratégies sont propres au travail de milieu, dans lequel un

professionnel sort de l'institution et investit les espaces fréquentés par la population qu'il cherche à joindre afin de créer une proximité et un lien de confiance, une pratique qui a déjà fait ses preuves en milieu non autochtone pour joindre les hommes en situation de vulnérabilité (Roy *et al.*, 2009).

Les participants ont précisé que les efforts pour atteindre les hommes anicinapek qui se tiennent à distance des services doivent se faire de façon continue, avec persévérance, même s'ils ne semblent pas porter leur fruits, car la création d'un lien de confiance demande du temps. Plusieurs auteurs abondent dans ce sens et sont d'avis qu'il est bon de maintenir les services s'adressant spécifiquement aux hommes et aux pères même si le niveau de participation est faible (Ball, 2010; Stuart *et al.*, 2013; Canuto *et al.*, 2019b).

Selon les participants, ce travail de proximité doit aussi se faire en respect du principe de non-ingérence, c'est-à-dire en prenant soin d'informer sans pousser à l'utilisation des services. Ce principe, propre à certaines cultures autochtones, a été documenté chez les Innus par Guay (2015) qui le définit ainsi :

« le principe éthique de non-interférence ou non-ingérence [...] accorde à l'individu le droit de créer sa vie à partir de ses propres expériences. Interférer dans la vie des individus, tout comme ordonner ou persuader, est donc considéré comme une intrusion et un manque de respect. Par conséquent, il est considéré comme inapproprié d'empêcher une personne d'agir selon ses désirs, même si cela peut lui être nuisible » (p.23).

Selon Wark *et al.* (2019), plusieurs pratiques indirectes et non contraignantes, telles que l'humour et l'intervention ou le témoignage d'une tierce personne, permettent d'influencer la vie d'autrui dans le respect du principe de non-ingérence. Il s'agirait donc d'approches à privilégier dans le travail de proximité auprès des hommes anicinapek.

Le principe de non-ingérence s'inscrit donc dans une approche salutogène qui s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels des hommes pour faciliter leur expérience de soin. Dans une perspective post-coloniale, en plus d'être une approche ancrée dans les valeurs autochtones (Guay, 2015), le respect de l'autodétermination qui en découle est aussi en accord avec l'approche de sécurisation culturelle et vise à rétablir un équilibre de pouvoir dans une visée de décolonisation des services (Smye *et al.*, 2010).

Néanmoins, certains participants ont questionné les limites du principe de non-ingérence et noté que, dans certaines situations, la pression peut être favorable à un « réveil » et à une prise de conscience du besoin d'aide. En outre, plusieurs participants ont identifié l'obligation judiciaire comme une occasion pour les hommes d'établir un premier contact avec des services. C'est également ce qu'ont relevé Reeves et Stewart (2017) dans leur étude auprès d'hommes autochtones ayant été victimes d'abus sexuels, plusieurs ayant été amenés à utiliser des services sur une base non volontaire à la suite de comportements violents ou de problèmes de

consommation. Ce premier contact sous la contrainte a le potentiel d'initier un changement, puisque pour plusieurs participants à la présente étude, c'est à la suite d'un travail initié dans des services fréquentés sur une base non volontaire qu'une prise de conscience du besoin de soins a été réalisée, un élément déclencheur qui a été un point de départ vers un engagement à long terme dans une démarche de guérison. Ellington (2022) et Reeves et Stuart (2017) ont également constaté la capacité de ce type de services d'initier un changement qui peut perdurer pour plusieurs hommes ayant pris part à des groupes de ressourcement en milieu carcéral ou sur ordonnance du tribunal.

On peut retenir de cette première section que les programmes de prévention et de promotion des services, notamment ceux offerts par les centres de santé des communautés, ont un rôle important à jouer dans le développement de la capacité des hommes à percevoir un besoin de soin et à envisager de recourir aux services. Une approche de proximité, non contraignante et valorisant les acquis des hommes, favorise l'approchabilité des services.

5.2 Facteurs favorisant la recherche des soins : facilité des hommes à chercher les services et acceptabilité des services

Percevoir un besoin de soin n'est pas suffisant pour conduire à la recherche effective d'un service. À cette étape, les hommes anicinapek doivent avoir les ressources pour aller de l'avant dans la recherche d'un service correspondant à leurs besoins. Les

caractéristiques sociales et culturelles des utilisateurs de services influencent aussi leur perception des services sociaux et de santé. Les fournisseurs de services doivent donc tenir compte de ces particularités pour être perçus comme acceptables par les hommes et favoriser leur recours aux services.

5.2.1 Facilité des hommes à chercher les services

Dans une perspective salutogène, plusieurs forces présentes chez les hommes utilisateurs de services ont été identifiées comme des facilitateurs, notamment le courage et la volonté. Les participants ont en effet expliqué comment le sentiment de honte et de gêne et les multiples craintes peuvent compliquer le recours aux services pour les hommes anicinapek et ont témoigné du courage et de la volonté dont ils ont fait preuve dans leur parcours pour les surmonter. Si le sentiment de honte et de crainte a été relevé dans plusieurs études concernant l'accès des services pour les hommes autochtones (Hughes 2004; Adams, 2013; Isaacs *et al.*, 2012; Alice *et al.*, 2022), il a plus rarement été fait mention du courage requis pour passer à l'action et formuler une demande d'aide. Cela s'explique par l'attention portée aux barrières à la demande d'aide dans les précédentes études s'étant intéressées à l'accessibilité des services pour les hommes autochtones. Pourtant, un courant actuel dans les études portant sur les masculinités tend à s'intéresser davantage aux forces induites par l'adhésion aux valeurs de la masculinité dominante, et à miser sur celles-ci pour favoriser le recours des hommes aux services, le courage de dépasser ses

appréhensions ayant été identifiées comme l'une d'elle (Addis et Mahalik, 2003; Courtenay, 2004; Mahalik et Danjirmanjan, 2019; Fandie et Naude, 2019).

La méfiance envers les institutions est au cœur du rapport entre hommes autochtones et les services sociaux et de santé en général, un constat qui ressort des propos des participants à cette étude et qui a largement été rapporté dans la littérature (Isaacs *et al.*, 2010; Isaacs *et al.*, 2012; Roh *et al.*, 2014; Jacklin *et al.*, 2017; Reeves et Stewart, 2017; Canuto, 2018b; Fiolet *et al.*, 2019; Horrill *et al.*, 2019; Wilmot, 2021). Ainsi, les propos recueillis dans le cadre de la présente étude confirment que, pour plusieurs hommes anicinapek, leur réticence à recourir aux services ne résulte pas d'un désintérêt pour leur santé, mais plutôt d'une crainte que ce recours n'aggrave la situation (Canuto, 2018b; Fiolet *et al.*, 2019).

Pour plusieurs participants, leur engagement dans l'utilisation des services a été facilité par le développement d'un sentiment de confiance, un sentiment qui s'est développé au fil de leurs expériences positives avec les services. Développer des rapports de confiance est donc au cœur de l'acceptabilité des services, ce que vise l'approche de sécurisation culturelle (Hughes, 2004; Isaacs *et al.*, 2012; Adams *et al.*, 2013; Hollinsworth, 2013; Isaacs *et al.*, 2013; Davy *et al.*, 2016; Canuto *et al.*, 2018b; Prehn et Ezzy, 2020; Alice *et al.*, 2022). Ainsi, pour envisager les services comme ayant le potentiel de les aider, les hommes doivent avoir le sentiment que l'utilisation des services ne leur portera pas préjudice. Du fait de l'ancrage de la méfiance dans la

mémoire collective, renforcée par des expériences de soin négatives, un investissement important et constant est requis pour restaurer la confiance des hommes envers les services. Dans ce contexte, des approches culturellement sécuritaires sont indispensables à l'acceptabilité des services (Hughes, 2004; Adams *et al.*, 2013; Davy *et al.*, 2016; Canuto *et al.*, 2018b; Allice *et al.*, 2022).

5.2.2 Acceptabilité des services

Dans une perspective salutogène, les participants ont identifié plusieurs facteurs permettant l'amélioration du niveau de confiance des hommes anicinapek envers les services. Ces facteurs concernent essentiellement des caractéristiques propres à l'offre et aux modalités des services sociaux et de santé et renvoient à des composantes de la sécurité culturelle. La priorisation de la dimension relationnelle dans les soins sera discutée plus en détail dans la partie concernant la pertinence des services (partie 5.4), puisqu'elle est également déterminante dans la qualité perçue du service reçu. Les caractéristiques de services culturellement sécuritaires discutés ici sont les suivants : l'absence de discrimination, la pertinence culturelle des services, la confidentialité et la valorisation des hommes.

Pour les participants, l'absence de racisme est un élément important de l'acceptabilité des services. Plusieurs préfèrent s'adresser au centre de santé de leur communauté, perçu comme plus sécuritaire, puisque les employés sont eux-mêmes Autochtones ou connaissent les réalités autochtones. Les effets délétères du racisme sur l'accessibilité

des services sont en effet un phénomène rapporté par la plupart des études s'intéressant à l'accessibilité des services pour les populations autochtones (Davy *et al.*, 2016; Goodman *et al.*, 2017; Horrill *et al.*, 2019). Concernant l'apport des professionnels d'identité autochtone, plusieurs recherches ont permis de constater que leur présence peut en effet améliorer la sécurité culturelle des services, soit en agissant eux-mêmes comme fournisseurs de service auprès de l'utilisateur (Hughes, 2004; Canuto *et al.*, 2018b; Nguyen *et al.*, 2020), soit par le partage de leur vision et de leur expertise dans une équipe de travail mixte (Isaacs *et al.*, 2012; Croff *et al.*, 2014). Le 23^e appel à l'action de la Commission Vérité et Réconciliation (CVR, 2012) va dans ce sens en demandant de favoriser l'embauche et le maintien en poste des professionnels du domaine des soins de santé d'identité autochtone.

Pour favoriser des services exempts de discrimination à l'encontre des populations autochtones et améliorer la dimension relationnelle des soins, les participants ont évoqué l'importance pour les professionnels d'être sensibilisés au contexte dans lequel évoluent les hommes de leur communauté, à une prise de conscience de la relativité des savoirs professionnels et à des pratiques permettant aux hommes de se sentir reconnus dans leur culture et leur expérience de patient. Pour certains participants, c'est par la formation que ces acquisitions peuvent se faire. Plusieurs recherches ont aussi fait le constat de l'importance de la formation comme préalable à l'accessibilité des services pour les populations autochtones (Davy *et al.*, 2016;

Horrill *et al.*, 2019; Nguyen *et al.*, 2020) et à leur sécurisation culturelle (Blanchet Garneau et Pépin, 2012; Rizkalla *et al.*, 2021). Dans une perspective de sécurisation culturelle, la formation ne devrait pas porter sur des contenus ethnoculturels spécifiques, mais plutôt permettre aux professionnels une prise de conscience des inégalités de pouvoir et des contextes historique, social et politique qui façonnent la santé des populations autochtones et leur rapport aux services. La formation devrait également viser une prise de conscience des professionnels de leur propre rôle, souvent inconscient, dans le maintien de ces structures (Rizkalla *et al.*, 2021). C'est la conscience de ces rapports de pouvoir et le développement de pratiques permettant de les atténuer qui permettent une relation authentique et plus équitable (Ramsden, 2002; Horrill *et al.*, 2019). Dans ce sens, le 23^e appel à l'action de la Commission Vérité et Réconciliation (CVR, 2012) demande d'offrir à tous les professionnels de la santé une formation pour développer leur compétence culturelle.

Au-delà de la question du racisme, les participants ont mentionné que la présence de professionnels d'identité autochtone facilite une perception des services comme à même de les aider, dans la mesure où il leur semble que seul quelqu'un ayant une expérience vécue similaire à la leur soit en mesure de les comprendre et de les aider. Des propos semblables ont été rapportés par les facilitateurs ayant participé à l'étude de Andrews *et al.* (2021) portant sur une offre de services pour des hommes autochtones ayant fait preuve de violence envers les femmes.

Une autre dimension importante apportée par les participants pour susciter la confiance des hommes envers les services est la préservation de la confidentialité, qui leur permet de se sentir à l'aise et d'être prêts à s'ouvrir. C'est d'ailleurs ce qui pousse certains hommes à prioriser le recours à des services à l'extérieur de leur communauté, même s'ils peuvent être moins culturellement sécuritaires. La crainte de la divulgation dans la communauté de propos tenus en consultation est largement reportée comme un obstacle majeur au recours des hommes autochtones aux services offerts par les communautés (Verde, 2003; Isaacs *et al.*, 2010; Adams *et al.*, 2013; Fiolet *et al.*, 2019; Morton Ninomiya *et al.*, 2022). Ces enjeux liés à la confidentialité ne sont pas le propre des milieux autochtones, mais concernent l'ensemble des milieux ruraux ou isolés, caractérisés par une proximité relationnelle entre les membres des communautés (Halverson, 2014; Young *et al.*, 2015). Canuto *et al.* (2018a) recommandent qu'une attention particulière soit portée au respect des protocoles visant à garantir la confidentialité et à éviter que les professionnels ayant des liens de proximité avec les usagers leur offrent des services ou aient accès aux données les concernant. Halverson (2014) propose plutôt d'agir au cas par cas, car l'existence de liens autres que professionnels entre le travailleur et l'utilisateur peut apporter des bénéfices qui priment sur les inconvénients. Selon Oosterveer et Young (2015), l'établissement d'une relation de confiance peut d'ailleurs limiter les craintes liées au bris de la confidentialité.

Pour la plupart des participants, la sécurisation culturelle passe aussi par la pertinence culturelle des services, soit une offre de services ancrée dans les savoirs et les valeurs autochtones. Plusieurs services ou activités culturelles ont ainsi été identifiés comme pertinents pour la santé et le bien-être des hommes anicinapek. Outre les approches selon le principe de non-ingérence dont il a été question plus haut et qui peuvent être appliquées à un vaste éventail de services, il s'agit en premier lieu de l'organisation d'activités sur le territoire telles que la chasse et la pêche. De telles activités sur le territoire ont été reconnues comme bénéfiques dans plusieurs contextes autochtones (Big-Canoe et Richmond, 2014; Radu *et al.*, 2014; Dobson et Brazzoni, 2016; Mikraszewicz et Richmond, 2019; Walsh *et al.*, 2020). Certains participants ont également mentionné des approches traditionnelles ou alternatives telles que l'accès à un guérisseur traditionnel et à des cérémonies par le biais du centre de santé. La pertinence et l'efficacité de ces approches a été rapportée par de nombreux auteurs, que ce soit de façon générale (Hughes, 2004; Davy *et al.*, 2016; Canuto *et al.*, 2018a; Tremblay et Ellington, 2022), ou dans des domaines plus spécifiques tels que les soins de première ligne (Canuto *et al.*, 2019a), la dépendance (Spillane *et al.*, 2022; Matamonasa-Bennett, 2017), ou le soutien aux victimes d'abus sexuels (Reeves et Stuart, 2017). L'appel à l'action 22 de la Commission vérité et réconciliation demande d'ailleurs une reconnaissance des pratiques autochtones et le développement de

services les utilisant pour être en mesure de l'offrir à ceux qui en font la demande (CVR, 2012).

Les pratiques traditionnelles de guérison, notamment celles pratiquées sur le territoire, ont d'ailleurs démontré leur efficacité dans l'amélioration pour les hommes autochtones du *mino-pimatisiwin* (littéralement « la bonne vie »), un état d'harmonie et de bien-être basé entre autres sur la connexion au territoire (Mellor, 2016; Landry *et al.*, 2019; Redvers, 2020; Keddie *et al.*, 2021; Morton Ninomiya *et al.*, 2022; Spillane *et al.*, 2022; Souter *et al.*, 2022; Tremblay et Ellington, 2022; Labra *et al.*, 2023). Dans ce sens, plusieurs participants ont également évoqué les bienfaits qu'ils retirent d'un séjour sur le territoire, qu'ils s'y rendent dans le cadre d'une activité organisée par le centre de santé de leur communauté ou de leur propre initiative, soit un sentiment de bien-être favorable à la guérison. Le territoire permet en effet de soutenir la guérison en restaurant une connexion au territoire et à soi-même (Keddie *et al.*, 2021). Pour les participants, les activités réalisées sur le territoire et les cérémonies ont été identifiées comme un facilitateur à la fois pour le recrutement des hommes et pour leur ouverture au partage. Dans ce sens, la participation à des cérémonies peut être le début d'une démarche de guérison qui facilite le développement d'une fierté identitaire et un recours ultérieur aux services (Waddell *et al.*, 2021; Andrews *et al.*, 2021). L'engagement dans des pratiques culturelles peut aussi être une alternative pour ceux qui auraient eu de mauvaises expériences avec des services non

autochtones et ne souhaiteraient plus y recourir (Matamonasa-Bennett, 2017). Dans une perspective salutogène, ces approches permettent une connexion culturelle nécessaire avant d'aborder des problèmes tels que la violence, et qui permet d'avancer sur le chemin de guérison (Gallant, 2017; Waddell *et al.*, 2021; Rand *et al.*, 2022). Enfin, dans une perspective post-coloniale, on peut comprendre l'apport des activités culturelles rapporté par les participants comme une restauration des connexions essentielles à la santé holistique perturbée par l'histoire coloniale, soit la connexion à soi-même (avoir une meilleure conscience de ses besoins), au territoire et aux autres (facilité à partager son vécu lorsqu'on est sur le territoire et transmission des savoirs) .

Les participants ont également insisté sur des facilitateurs liés au genre. Dans ce sens, les participants ont mentionné que les hommes doivent sentir que les services proposés s'adressent (aussi) à eux. Selon les participants, l'accent mis par les services sur l'importance de joindre les femmes, les enfants et les aînés peut donner l'impression aux hommes adultes que les services ne s'adressent pas à eux et limiter les occasions d'être en contact avec les services. En ce qui concerne les services dédiés aux familles, les participants ont ressenti que l'attention y était surtout portée sur la mère, ce qui pouvait faire obstacle à leur recours à ce type de services, un phénomène déjà relevé dans plusieurs études (Ball, 2010; Su *et al.*, 2016; Prehn et Ezzy, 2020; Cavanagh *et al.*, 2022). Dans une perspective salutogène, Prehn et Ezzy (2020) invitent

les fournisseurs de services à réfléchir à leur mode de prestation plutôt qu'à désigner les hommes autochtones comme des clients peu accessibles. Un moyen proposé est le développement d'une offre de services s'adressant spécifiquement aux hommes. Pour promouvoir une image des services engagés en faveur de la santé et du bien-être des hommes autochtones, Souter *et al.* (2022), Stuart (2016) et McCabe *et al.* (2016) proposent le développement de programmes basés sur les forces s'adressant spécifiquement aux hommes, tels que des activités sportives, des activités traditionnellement masculines comme la chasse. Ces recommandations rejoignent les besoins exprimés par les participants en termes de services à développer davantage pour mieux joindre les hommes (activités sportives, activités sur le territoire comme la chasse ou la pêche), en raison d'une préférence pour des modalités d'intervention *dans l'action*. D'ailleurs, Carufel (2012), dans son étude des pratiques en matière d'intervention psychosociale du point de vue des utilisateurs de services du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (Abitibi-Témiscamingue), a relevé que les participants de sexe masculin avaient une préférence pour les interventions *par les activités*, qui permettaient une rencontre avec les professionnels et la réalisation d'apprentissages dans un cadre informel.

Selon les participants, pour favoriser l'acceptabilité des services, les hommes doivent sentir que les services sont disposés à les accueillir de façon sécuritaire, sans préjugé en fonction de leur genre. En effet, plusieurs participants ont noté que certains

hommes peuvent craindre de recourir aux services sociaux et de santé, car ils les perçoivent comme ayant un parti pris envers les femmes, ce qui leur fait craindre que leur demande d'aide ne conduise à une judiciarisation. Rizkalla *et al.* (2021) et Brassard *et al.* (2019), qui se sont intéressés à la violence conjugale envers les hommes, constatent en effet l'existence de biais dans la perception du rôle des hommes dans la violence conjugale, souvent campés dans le rôle de l'agresseur et rarement dans celui de victime. D'ailleurs, plusieurs intervenants rencontrés par Rizkalla *et al.* (2021) ont reconnu avoir de la difficulté à croire un homme qui vient chercher de l'aide en tant que victime de violence conjugale. Pourtant, d'après les mêmes auteurs, les hommes autochtones seraient davantage susceptibles de subir de la violence conjugale que leurs homologues non autochtones, et des formes plus graves. Toujours selon ces auteurs, la priorisation donnée aux discours enfermant les hommes dans le rôle d'agresseur tend à masquer le rôle joué par le contexte colonial et contribue à perpétuer le manque de services pour aider ces hommes. D'ailleurs, plusieurs participants à la présente étude ont évoqué le besoin de lever les tabous concernant les hommes victimes d'abus et d'offrir davantage de services pour les accompagner.

Les participants à cette étude ont aussi proposé de donner une place dans les discours à une vision positive des hommes anicinapek pour transformer le regard posé sur eux afin de faciliter leur recours aux services sociaux et de santé. Il s'agit de

recommandations déjà formulées auparavant (Ball, 2010; Hammond, 2010; McCabe *et al.*, 2016; Canuto *et al.*, 2019a; Souter *et al.*, 2022). Dans une perspective salutogène, Deslauriers (2012), dans son étude auprès de jeunes pères allochtones en situation de vulnérabilité, rappelle la tendance des intervenants à axer leurs réflexions sur les problèmes et invite les fournisseurs de services à valoriser davantage les réussites et les accomplissements des pères, tout en reconnaissant les défis particuliers qu'ils peuvent rencontrer dans leur trajectoire. La transformation des discours peut aussi passer par une mise en avant des valeurs masculines positives.

Concernant le genre de l'intervenant ou du professionnel de santé, bien que plusieurs études réalisées en Océanie aient rapporté que la présence de professionnels masculins permet aux hommes autochtones de vivre une expérience davantage culturellement sécuritaire et facilite leur recours aux services (Stuart *et al.*, 2016; Canuto *et al.*, 2019a; Prehn et Ezzy, 2020; Souter *et al.*, 2022), cette caractéristique des personnes intervenantes n'a pas été mentionnée par les participants à la présente étude. Le fait que plusieurs participants aient un lien privilégié avec une intervenante laisse d'ailleurs penser que le genre n'est pas un critère fondamental dans le choix de l'intervenant. Cela rejoint le constat de Montiel *et al.* (2021) dans leur étude quantitative réalisée auprès de 2095 hommes au Québec, et celui de Verde et Li (2003) qui se sont intéressés à la même question auprès d'hommes des Premières Nations, selon lesquels la majorité des hommes n'ont pas de préférence quant au genre de

l'intervenant, et lorsque c'est le cas, la préférence pour un intervenant masculin ou féminin est également partagée. Plusieurs participants ont cependant apporté une nuance, en affirmant qu'un intervenant masculin est préférable pour l'animation des groupes d'hommes, car cela permettrait de préserver un espace de parole plus libre. Dans ce sens, certains sujets qui concernent plus particulièrement les hommes ou les femmes sont plus facilement abordés en groupe en l'absence de l'autre sexe (Tsey *et al.*, 2014).

Enfin, au-delà du développement des éléments pouvant renforcer la sécurité culturelle des services pour les hommes anicinapek, un participant a noté l'importance de faire connaître ces efforts aux hommes de la communauté. La promotion des services socio-sanitaires auprès des hommes devrait donc non seulement les informer des services existants, mais aussi de leur capacité à accueillir les hommes de façon sécuritaire et des bénéfices qu'ils peuvent en tirer (Canuto *et al.*, 2018a).

On peut retenir de cette section que le développement de la confiance est essentiel pour que les services soient perçus par les hommes anicinapek comme acceptables et à même de leur apporter l'aide dont ils ont besoin. Des services insufflant la confiance sont exempts de racisme, garantissent la confidentialité et sont ancrés dans les savoirs et les valeurs autochtones. Enfin, pour renforcer une perception des services comme étant prêts à accueillir les hommes anicinapek de façon sécuritaire, sans

discrimination basée sur le genre, il est suggéré de développer des services s'adressant plus particulièrement à eux et de favoriser un discours axé sur les forces des hommes plutôt que sur leurs difficultés.

5.3 Facteurs favorisant la prise de contact et le recours aux services : Disponibilité, abordabilité et commodité des services, facilité des hommes à atteindre et à payer les services

Une fois un service acceptable identifié, la prise de contact avec le service a lieu. À cette étape, le recours au service dépendra de sa disponibilité. Cette dimension de l'accessibilité correspond à la dimension physique des services (localisation, locaux et équipements répondant aux besoins, disponibilité de professionnels qualifiés, existence de programmes spécifiques aux besoins formulés) et à la dimension temporelle (capacité à répondre à la demande dans un délai raisonnable). Elle renvoie également aux modalités de dispensation des services, par exemple le degré de complexité des démarches pour y accéder ou la possibilité de consulter à distance. La facilité de recours aux services est aussi influencée par la capacité des hommes à atteindre les services, par exemple en fonction de leur mobilité, de leur accès à un moyen de transport ou de la flexibilité de leur horaire de travail.

Une autre dimension matérielle de l'accessibilité des services est leur abordabilité, qui comprend les coûts directs (prix du service reçu), les coûts indirects (frais de déplacement, frais de garde des enfants) et les coûts d'opportunité (perte de salaire). La capacité des hommes à payer est son pendant, qui dépend de leurs revenus et de

leurs ressources. La disponibilité et l'abordabilité des services sont traitées ici ensemble, car elles correspondent à la dimension matérielle de l'accessibilité des services et sont intimement liées.

5.3.1 Disponibilité, commodité et abordabilité des services

Selon les participants à cette étude, le large éventail de services disponibles dans leur communauté facilite leur utilisation par les hommes. Néanmoins, plusieurs ont relevé l'insuffisance de certains services au niveau local ou régional. En plus des services à développer dont il a déjà été question (services s'adressant spécifiquement aux hommes et aux pères, soutien aux hommes victimes d'abus sexuels ou de violence conjugale), les participants ont suggéré la bonification des services en dépendance (centres de ressourcement et sessions de ressourcement post-thérapie). Concernant les soins inspirés des pratiques autochtones, certains participants ont dit faire appel à des proches de façon informelle. Intégrer ces soins à l'offre de service du centre de santé permettrait, selon un participant, de les rendre accessibles à tous. Cette affirmation rejoint celle de Georges *et al.* (2018), selon laquelle la raison la plus fréquemment invoquée pour expliquer le non-recours aux soins inspirés des pratiques traditionnelles est de ne pas savoir où se les procurer.

Concernant les caractéristiques des services, la simplification des procédures a été identifiée comme facilitateur par les participants à la présente étude. Certaines modalités de prestation de services reconnues comme favorisant leur utilisation par

les hommes autochtones misent sur la simplification des procédures, par exemple dans le cas du travail de milieu ou des cliniques sans rendez-vous (Canuto *et al.*, 2018b). Une autre forme de simplification des procédures identifiée dans les propos des participants, surtout en lien avec leur expérience dans les centres de santé, est la flexibilité avec laquelle peuvent s'appliquer les protocoles, dans le respect d'une approche centrée sur le patient. Par exemple, il peut s'agir de recevoir immédiatement un homme qui en fait la demande lorsque la procédure demanderait qu'un rendez-vous soit pris. D'après plusieurs participants, communiquer directement avec les professionnels, surtout les travailleurs membres de la communauté, par téléphone ou par messagerie est un moyen privilégié par certains hommes pour la prise de contact avec les services. Dans le même sens, Hughes (2004) a noté qu'un accès direct aux professionnels et un service de rappel des rendez-vous pouvaient améliorer le recours des hommes autochtones aux services de santé.

Selon les participants, la rapidité d'obtention d'un service est une caractéristique favorisant son accessibilité. Cette dimension de l'accessibilité des services a été abordée par les participants, autant en termes négatifs (pénibilité de l'attente pour un service surtout dans le cas d'inconforts liés à la douleur ou à un sentiment d'urgence), que positifs (satisfaction quand le service est reçu immédiatement ou dans les jours qui suivent la prise de contact). Ces résultats rejoignent ceux d'Isaacs *et al.* (2010) et de Canuto *et al.* (2018a), qui montrent que les délais d'obtention des

rendez-vous sont une barrière à l'accessibilité des services. Les participants ont déploré de longs délais concernant le service des urgences du centre hospitalier, une situation qui peut conduire certains usagers à quitter l'établissement sans avoir reçu de soins ou avoir été réorientés vers un autre établissement (Déry, 2020). Les participants ont aussi évoqué des délais d'attente importants pour avoir accès à un spécialiste. En plus du manque de commodité lié à ces délais d'attente, Isaacs *et al.* (2012) ont noté que les populations étant hésitantes à recourir aux services peuvent interpréter l'attente comme un signe que les services ne sont pas prêts à les aider ou ne souhaitent pas les accompagner. Certains peuvent aussi renoncer à recourir au service s'il se fait trop attendre (Verde, 2003). La situation géographique de certaines communautés, en région éloignée et en zone rurale, participe à cette difficulté, le recrutement et la rétention de personnel qualifié y étant un défi (Hughes, 2004; Canuto *et al.*, 2018a; Horrill *et al.*, 2019; Nguyen *et al.*, 2020).

Selon certains témoignages recueillis, la proximité géographique entre les points de service et le domicile des hommes anicinapek est favorable à leur recours aux services. Ce facteur a été identifié dans des études précédentes comme particulièrement pertinent pour les zones rurales et les régions éloignées pour lesquelles les distances sont plus importantes et peuvent être associées à des infrastructures de transport insuffisantes et des conditions climatiques extrêmes qui compliquent les déplacements (Isaacs *et al.*, 2010; Canuto *et al.*, 2018a; Horrill *et al.*, 2019).

Enfin, la gratuité des services est également reconnue par les participants comme un facteur favorable à leur accessibilité. Cependant, comme l'ont relevé Horrill *et al.* (2019) et Lévesque *et al.* (2019), la superposition des juridictions fédérale et provinciale peut compliquer les démarches permettant la couverture de certains services. D'autre part, comme l'a mentionné un participant, bien que la couverture universelle facilite un accès minimal à l'ensemble de la population, avoir les moyens financiers de recourir aux services du secteur privé donne accès au service requis dans de meilleurs délais. Aussi, tous les soins ne sont pas couverts, par exemple certains soins traditionnels (Goodkind *et al.*, 2010; Georges *et al.*, 2018).

5.3.2 Facilité des hommes à atteindre et à payer les services

Plusieurs facteurs individuels peuvent faciliter la prise de contact avec un service. En premier lieu, les participants ont identifié comme facilitateur l'autonomie, qui se manifeste dans leur capacité à initier les démarches de demande de service, à planifier le rendez-vous et à s'organiser pour s'y présenter. Dans le même sens, Brouillette (2022) a observé que le désir d'autonomie pouvait pousser les hommes allochtones à formuler d'eux-mêmes une demande de service. La plupart des participants à la présente étude emploient leur autonomie dans ce sens. Pourtant, le désir d'autonomie – exacerbé dans certaines formes de masculinité – a souvent été identifié comme barrière à la demande d'aide en ce qu'il peut inciter les hommes à tenter de résoudre leurs difficultés par eux-mêmes (Roy *et al.*, 2014). Dans la présente

étude, cette forme d'autonomie qui complique la demande d'aide concerne les hommes qui se tiennent à distance des services et qui en ont une utilisation occasionnelle. Elle concerne également les attitudes passées de certains participants, avant leur engagement sur le chemin de guérison et leur familiarisation avec le fonctionnement des services. Les participants ont identifié plusieurs éléments qui peuvent faciliter l'émergence d'une forme d'autonomie favorable à l'utilisation des services : la simplification des procédures, la proximité relationnelle avec les fournisseurs de services, ainsi que la transmission d'informations pratiques sur le fonctionnement des services et les démarches à réaliser pour y accéder.

En deuxième lieu, les participants ont identifié certains facteurs individuels permettant de mitiger les effets négatifs de l'éloignement géographique des services. C'est le cas des hommes en possession d'un moyen de transport, avec des revenus suffisants pour assumer les coûts liés aux frais de déplacement et qui bénéficient d'une flexibilité occupationnelle à même de limiter les coûts d'opportunité. Certaines modalités de la prestation de service permettent aussi de limiter les coûts d'opportunité, telles que des heures d'ouverture atypiques, des services offerts sur le lieu de travail ou l'accord des employeurs pour rémunérer les travailleurs lorsqu'ils s'absentent pour une consultation médicale (Canuto *et al.*, 2018b). Selon d'autres participants, le manque de ressources financières et matérielles, combiné à l'éloignement géographique de certains services, limite leur universalité, même en

l'absence de coûts directs associés à leur utilisation. L'abordabilité des services est donc étroitement liée à leur situation géographique (Horrill *et al.*, 2019), ainsi qu'au niveau de revenus des hommes souhaitant y avoir recours (Davy *et al.*, 2016). Cependant, les conséquences de l'éloignement géographique et des coûts associés au déplacement se sont révélées moins problématiques pour les participants à la présente étude que dans les études d'Isaacs *et al.* (2010) et Hughes (2004), qui recommandaient le développement de services de transport pour y pallier. On peut donc souligner, comme l'on fait certains participants, la pertinence du service de transport disponible dans les communautés participantes. Le même constat a été fait dans une étude sur la mobilité des jeunes entre les communautés territoriales et les milieux urbains (Asselin et Drainville, 2020). Dans une perspective postcoloniale, l'isolement géographique des communautés, ainsi que les conditions socio-économiques défavorables résultant du colonialisme dont pâtissent plusieurs hommes qui y résident, nuisent à l'accessibilité des services. Dans ce contexte, la mise en place de services permettant de pallier l'insuffisance de ressources est nécessaire, mais elle ne peut suffire. À long terme, c'est l'amélioration des conditions socio-économiques qui peut exercer une influence pérenne favorable à l'accessibilité des services (McCabe *et al.*, 2016).

Pour conclure cette section, on peut souligner que malgré le rôle central de la dimension relationnelle dans la perception de la qualité du service reçu, la dimension

physique de l'accessibilité ne doit pas être négligée (Canuto *et al.*, 2018b). Assurer la disponibilité des services dans un délai raisonnable est donc une priorité pour répondre aux besoins des hommes anicinapek. Du côté des hommes utilisateurs de services, leur autonomie est une force qui facilite la demande d'aide et la navigation dans le système de santé. Les fournisseurs de services soucieux d'améliorer leur accessibilité peuvent donc miser sur cette force par la simplification des procédures et par la transmission d'informations sur le fonctionnement des services.

5.4 Facteurs améliorant les retombées du recours des hommes anicinapek aux services : Pertinence et qualité des services, facilité des hommes à s'engager.

La pertinence et la qualité perçue des services socio-sanitaires influencent la propension des hommes anicinapek à y recourir à nouveau dans le futur. La pertinence fait référence à l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur et la nature des services reçus, alors que la qualité renvoie à la façon dont les services sont fournis, tant dans leur dimension technique que relationnelle (Levesque *et al.*, 2013). Pour un accès optimal, l'engagement de l'utilisateur dans les soins prescrits est requis, c'est-à-dire sa participation active aux décisions et à leur application (présence aux rendez-vous, suivi des consignes ou prescriptions des professionnels, etc.).

5.4.1 Facilité des hommes à s'engager

Un facteur individuel ayant été identifié par les participants comme facilitateur à l'engagement dans l'utilisation des services est la capacité d'affirmation de soi. Cette

aptitude demande à la fois de la confiance en soi et des capacités à communiquer, notamment de l'ouverture à partager ses préoccupations. Selon eux, l'affirmation de soi permet à la fois de poser des questions, pour mieux comprendre les recommandations ou les prescriptions énoncées par les professionnels et de faire valoir leurs droits ou leurs opinions. Ce thème ne semble pas avoir été identifié dans les études précédentes, qui se sont peu intéressées aux forces des hommes qui pourraient favoriser leur recours aux services. On peut cependant y voir le pendant de certaines barrières à l'utilisation des services précédemment identifiées auprès d'hommes autochtones, telles que le manque de confiance en soi (Adams *et al.*, 2013) ou le refus de partager ses problèmes dans le but de maintenir une image de force, en cohérence avec les exigences de certaines formes de masculinité (Isaacs *et al.*, 2013). L'affirmation de soi et la capacité à exprimer ses besoins relèvent de dimensions de la masculinité positive (Kiselica, 2016) qui pourraient être mises de l'avant pour favoriser l'utilisation des services.

Certaines pratiques peuvent favoriser l'affirmation de soi par les hommes anicinapek utilisateurs de services. Selon les participants, c'est notamment le cas des pratiques contribuant à l'émergence d'un meilleur équilibre des pouvoirs dans la relation d'aide, soit une écoute réelle de la part du professionnel qui se reflète par une prise en compte des propos des hommes anicinapek dans les décisions. Cette approche permettrait également de favoriser une amélioration de l'efficacité des soins et de la

satisfaction des hommes. La nécessité de réduire les inégalités de pouvoir entre fournisseurs de services et patients autochtones a déjà été mise de l'avant par le CCNSA (2019) et les études portant sur la sécurisation culturelle des services (Blanchet Garneau et Pépin, 2012; Brooks-Cleator *et al.*, 2018; Smye *et al.*, 2010). Cette approche est également reconnue comme pertinente dans l'intervention auprès des hommes allochtones, puisque la recherche d'une relation plus égalitaire relèverait d'un désir de reconnaissance de leurs compétences et du désir d'autonomie découlant de la socialisation masculine (Roy *et al.*, 2014). Selon les participants à la présente étude, un meilleur équilibre des pouvoirs dans la relation d'aide est favorisé par l'humilité des professionnels, leur respect de l'autodétermination des hommes anicinapek, leur écoute et leur reconnaissance de l'expertise des personnes qui les consultent. En outre, selon Hollinsworth (2013), ces caractéristiques, qui relèvent d'une approche qui considère l'usager comme expert de sa propre situation, assurent la sécurité culturelle des services, indépendamment du niveau de compétence culturelle du professionnel.

La maîtrise d'une langue commune peut également influencer la participation et l'affirmation de l'usager (Davy *et al.*, 2016). Pour un participant, pouvoir interagir avec un professionnel qui parle l'anicinapemowin lui permet de poser plus de questions et de participer plus activement aux décisions. Bien que Canuto *et al.* (2018b) mettent l'accent sur l'apport des interprètes pour pallier l'obstacle de la langue, ce participant

considère que le recours à un interprète n'est pas toujours favorable à l'échange. Il préfère interagir seul avec le professionnel, et demander des explications si certains mots ne lui sont pas familiers. Ainsi, utiliser un langage simple peut faciliter la compréhension des informations transmises et faciliter la participation aux décisions (Canuto *et al.*, 2018b; Smith *et al.*, 2020).

Plusieurs participants ont témoigné de la persévérance dont ils ont fait preuve dans leur parcours de guérison, par leur courage, leur ténacité et leur détermination. Ce constat rejoint celui de Chong *et al.*, 2020 qui, dans leur étude sur l'adhésion des hommes autochtones à la thérapie antirétrovirale fortement active, ont identifié la discipline et l'effort comme facilitateurs à l'engagement des hommes dans leur traitement.

Un autre facteur identifié par les participants comme facilitant leur engagement dans les soins est le soutien et les encouragements de leur entourage (conjointe, enfants, parents, amis, communauté). En effet, c'est notamment le contact avec des hommes engagés sur un chemin de guérison et jouant un rôle de modèle qui nourrissait leur motivation et les soutenait dans leurs efforts. Cette importance du rôle de l'entourage rejoint les constats d'études précédentes (McCable *et al.*, 2016; Smith *et al.*, 2020; Rand *et al.*, 2022).

L'engagement des participants à cette étude dans l'utilisation des services s'imbrique dans une démarche plus globale, qui concerne plusieurs dimensions de leur vie, en vue du mieux-être individuel et collectif, soit un chemin de guérison¹³. L'engagement sur un chemin de guérison apparaît comme une trame de fond dans le discours des participants concernant l'évolution de leur rapport aux services socio-sanitaires et leur décision d'y recourir, aussi bien en ce qui concerne les services offerts dans leur communauté qu'à l'extérieur. En effet, lorsqu'interrogés sur leur rapport aux services, les participants ne se limitaient pas à décrire leur expérience des services, mais faisaient plutôt référence à leur parcours de vie et à l'influence bidirectionnelle entre ce parcours et l'utilisation des services. Le lien entre l'engagement dans une démarche de guérison a déjà été identifié comme un facteur pouvant influencer l'utilisation des services (Ball, 2010; Gallant, 2017; Waddell *et al.*, 2021; Alice *et al.*, 2022; Reeves et Stewart, 2022), incluant dans trois études réalisées auprès d'Anicanapek de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (Carufel, 2012; Cheezo, 2020; Drolet, 2021). Il existe également certaines similitudes entre les éléments identifiés

¹³ La guérison renvoie à une dimension holistique du soin qui passe par la restauration des connexions à soi-même et à son identité culturelle et à la communauté (Alice *et al.*, 2022). Selon Tremblay et Ellington (2022), la guérison ne se limite pas à la résolution de la situation ou du traumatisme à l'origine de la détresse, mais consiste en « une démarche transformative et continue qui englobe tous les aspects de la vie : physique, affectif, mental et spirituel [...], vers un état de mieux-être ou une vie meilleure ponctuée d'espoir et d'optimisme (p.4) ». Selon les mêmes auteurs, « la guérison n'est pas linéaire ou un état statique, mais plutôt une démarche itérative, voire un cheminement de vie où l'objectif est généralement la transformation de l'individu » (p.8). La notion de guérison est donc indissociable de celle du chemin ou du cheminement, puisqu'elle est moins une finalité qu'un processus (Tremblay et Ellington, 2022).

par les participants à la présente étude comme facilitateurs du recours aux services socio-sanitaires et certaines conceptions de la relation d'aide propre à la démarche de guérison, telles que le principe de non-ingérence, la connexion entre aidant et aidé et le respect de l'autodétermination (Tremblay et Ellington, 2022).

Les participants à cette étude, en cohérence avec les propos rapportés par Ball (2010), Keddie *et al.* (2021), Drolet (2021) et Andrews *et al.* (2021), ont décrit leur parcours comme un chemin long et sinueux, ponctué d'obstacles et de retours en arrière. Plusieurs participants ont expliqué comment le dévoilement de leur vécu a été un point de départ dans leur démarche de guérison. Cela rejoint l'affirmation de Gone (2011) selon laquelle la guérison est initiée par le dévoilement des traumatismes à l'origine de la souffrance et des dysfonctionnements qui peuvent miner la vie des hommes autochtones. La guérison se poursuit par des efforts en vue de développer une conscience de soi, une connaissance de soi et la réalisation d'un travail sur soi pour devenir un homme meilleur (Gone, 2011). Il s'agit d'éléments qui ont également été identifiés par les participants à cette étude, non seulement comme des retombées de leur parcours de guérison, mais aussi comme des facilitateurs et des motivateurs à la demande d'aide et à l'utilisation des services.

La démarche de guérison n'est pas seulement individuelle, mais aussi collective. Ainsi, plusieurs participants ont lié les difficultés rencontrées par eux-mêmes ou les autres hommes de leur communauté à l'héritage de l'histoire coloniale, notamment des

pensionnats autochtones, un constat aussi réalisé par Waddell *et al.* (2021) et Rand *et al.* (2022). Ils envisagent alors leur démarche de guérison comme n'étant pas seulement individuelle, mais comme ayant une portée collective qui se manifeste dans une volonté de « briser le cycle », que ce soit en offrant un modèle paternel positif à leurs enfants ou par la transmission de leurs apprentissages aux autres hommes de la communauté. Le désir d'être un meilleur père comme motivateur à s'engager dans une démarche de guérison a d'ailleurs été rapporté dans de nombreuses études (Ball, 2010; Anderson *et al.*, 2015; McCabe *et al.*, 2016; Smith *et al.*, 2020; Waddell *et al.*, 2021; Rand *et al.*, 2022). Dans une perspective post-coloniale, c'est aussi une occasion de réappropriation du rôle traditionnel des hommes autochtones, responsables du bien-être de leur famille (Anderson *et al.*, 2015). Dans une perspective salutogène, Hughes (2004) suggère d'ailleurs d'utiliser ce désir d'apporter le meilleur à leur famille comme un levier pour engager les hommes autochtones dans l'utilisation des services.

Les participants ont insisté sur la façon dont leur engagement en tant que modèle auprès des autres hommes de la communauté les encourage à poursuivre leur utilisation des services, avec l'espoir d'influencer les autres hommes à faire de même. La volonté de devenir soi-même un modèle serait alors source de motivation pour l'engagement dans l'utilisation des services (Rand *et al.*, 2022). Dans ce sens, Chongo *et al.* (2020) ont constaté que pour les hommes autochtones porteurs du VIH,

l'engagement dans un rôle de modèle positif facilitait leur observance du traitement antirétroviral hautement actif. Selon Matamonasa-Bannett (2017), cet engagement dans un rôle de modèle positif serait à mettre en lien avec certaines valeurs autochtones, notamment la réciprocité, l'importance de la tradition orale et du storytelling, ainsi que la croyance, également exprimée par certains participants à la présente étude, selon laquelle seule une personne ayant fait l'expérience des mêmes épreuves est à même de les aider. Pour Waddell *et al.* (2021) et Matamoros-Sanin (2019), le rôle de modèle incarné par les hommes engagés sur un chemin de guérison répond à un besoin de réappropriation des valeurs masculines positives autochtones dont la continuité a été interrompue par la colonisation. Les hommes autochtones engagés sur un chemin de guérison aspirent à se réapproprient ainsi des rôles masculins positifs, soit ceux de leader, de modèle positif et de mentor (McCabe *et al.*, 2016). Ainsi, lorsque des hommes autochtones se réapproprient des modes de vie sains, des valeurs et des rôles traditionnels, et incitent les autres hommes à faire de même, une guérison collective des blessures engendrées par la colonisation est à l'œuvre (Ball, 2010).

Dans une perspective salutogène, il est possible de prendre appui sur l'engagement des hommes anicinapek dans un chemin de guérison pour susciter leur engagement dans les services. Les participants ont en effet démontré que les apprentissages réalisés dans leur parcours de guérison sont autant de facilitateurs à la demande

d'aide et au recours aux services. La guérison semblant être une démarche riche de signification pour les hommes anicinapek, l'emploi d'une terminologie qui renvoie à la guérison dans les communications avec les hommes plutôt qu'à un jargon disciplinaire semble être une avenue prometteuse, tel que suggéré par Gallant *et al.* (2017) et Waddell *et al.* (2021). Toujours selon ces auteurs, il faudrait également veiller à proposer des programmes qui durent dans le temps pour être en mesure d'accompagner les hommes aux différentes étapes de ce long parcours.

5.4.2 Pertinence et qualité des services

Concernant les facteurs favorables à la qualité des services et à leur pertinence pour répondre aux besoins des hommes anicinapek, plusieurs éléments déjà abordés dans la section portant sur l'acceptabilité des services sont applicables ici aussi, notamment l'absence de racisme ou de discrimination. En outre, la dimension relationnelle des soins tenait une place importante dans les discours des participants concernant la qualité des services utilisés, autant en ce qui concerne les services reçus dans leur communauté qu'à l'extérieur : la qualité de l'accueil et les marques de courtoisie, l'écoute, le respect du rythme de l'utilisateur, l'ouverture d'esprit, l'égalité dans la relation d'aide, etc. Selon eux, ces éléments permettent de se sentir à l'aise dans les services, notamment en contrant le sentiment de méfiance qui accompagne le recours aux services, et sont garants de soins plus efficaces. Cela rejoint le constat selon lequel les attitudes des professionnels et la priorité donnée à la création d'un

lien de confiance avec les hommes utilisateurs de service sont fondamentales, et même préalables à toute intervention visant la difficulté à l'origine de la demande d'aide (Stuart *et al.*, 2016, Reeves et Stewart, 2017; Isaacs *et al.*, 2012; Keddie *et al.*, 2021; Getty, 2013).

Parmi les conditions permettant l'émergence d'une relation de confiance, les participants ont insisté sur la qualité de l'écoute et l'intérêt porté à la personne, qui transparaissent dans la prise en compte de l'avis de l'utilisateur sur sa situation et le respect de son rythme. Il s'agit là de caractéristiques déjà identifiées par Keddie *et al.* (2021) comme facilitateurs à l'expression de la souffrance et des difficultés des hommes, et donc à l'engagement des hommes sur un chemin de guérison.

Cette importance de la dimension relationnelle des soins explique que pour plusieurs participants, le choix du professionnel se fait davantage en fonction de la qualité de la relation qu'en fonction de sa spécialité. Dans ce contexte, la stabilité du personnel, autant dans les services offerts dans les communautés qu'à l'extérieur, est un facteur important pour offrir aux hommes anicinapek des services culturellement sécuritaires. Plusieurs participants ont évoqué les difficultés qui peuvent découler d'un fort roulement de personnel. Tout d'abord, lorsqu'une relation de confiance a pu être instaurée avec un professionnel, le départ de ce dernier peut compliquer la poursuite des soins ou du suivi pour ses patients. En effet, ils doivent alors recréer un lien de confiance avec le nouveau professionnel et transmettre de nouveau l'information les

concernant (un processus qui peut s'avérer pénible pour certains). Hayman *et al.* (2009) et Lay *et al.* (2018) soulignent dans ce sens qu'un faible roulement de personnel permet une continuité dans les soins reçus. En outre, selon les participants, c'est souvent par l'expérience que les professionnels non autochtones sont à même de développer une bonne connaissance des réalités autochtones et des approches à privilégier, un apprentissage qui demande du temps et est à renouveler à chaque changement dans le personnel. Souter *et al.* (2022) le confirment et rappellent que développer les bases de la compétence culturelle et les rudiments de la langue locale demande du temps. Si la stabilité des professionnels est bénéfique, le recrutement et la rétention des travailleurs en zone rurale et éloignée constituent cependant un défi (Nguyen *et al.*, 2020; Su *et al.*, 2016). Quelques pistes sont proposées pour améliorer la rétention du personnel, notamment du personnel autochtone : valoriser l'apport des professionnels autochtones, bonifier les salaires, offrir de la formation ou des perspectives de carrière, améliorer le soutien clinique et le mentorat (Lai *et al.*, 2018). Plus particulièrement concernant la rétention du personnel autochtone, s'ajoutent aux éléments déjà nommés le soutien des pairs et la sécurité culturelle de l'environnement de travail (Caron *et al.*, 2019; Deroy et Schütze, 2019).

En résumé, une fois l'accès aux services réalisé, plusieurs forces présentes chez les hommes anicinapek peuvent faciliter leur capacité à être actifs dans leur parcours de soin et à s'engager à long terme. Ces forces sont la capacité à s'affirmer et

l'engagement sur un chemin de guérison, soit une réappropriation des rôles de protecteur et de mentor qui permet à la fois de renforcer leur motivation à s'engager dans l'utilisation des services et peut être une source d'inspiration pour d'autres hommes à faire de même. Pour favoriser un engagement à long terme, il est aussi important que les services soient aptes à offrir une expérience positive, qui incitera les hommes utilisateurs à y recourir de nouveau. Cette pertinence dépend en grande partie de la dimension relationnelle des soins, qui devrait favoriser la création d'un lien de confiance.

5.5 Le rôle des centres de santé des communautés pour favoriser l'accès des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires

La plupart des participants ont reconnu préférer recourir aux services offerts par les centres de santé des communautés. En effet, à la lumière des caractéristiques des services favorisant leur accessibilité pour les hommes autochtones, il semble que les centres de santé soient les mieux placés pour joindre les hommes anicinapek et favoriser leur engagement dans les services à chacune des étapes du parcours de soin. Le même constat a d'ailleurs été réalisé par plusieurs études (Davy *et al.*, 2016; Canuto *et al.*, 2018a; CCNSA, 2019). Voici un récapitulatif des qualités ayant été rapportées par les participants et qui correspondent aux caractéristiques favorables à l'accessibilité des services discutée dans les précédentes sections: 1) ils peuvent accompagner les hommes dans leurs démarches pour obtenir des services spécialisés

externes lorsqu'ils ne sont pas disponibles sur place; 2) ils permettent de pallier l'éloignement géographique en offrant soit des services sur place, soit un service de transport pour atteindre les services situés à l'extérieur de la communauté; 3) ils emploient une approche centrée sur le patient; 4) ils favorisent la flexibilité dans l'application des procédures; 5) beaucoup de membres de leur personnel sont d'identité autochtone¹⁴ et souvent membres de la communauté, ce qui permet une proximité relationnelle avec les utilisateurs; et 6) le personnel non autochtone est sensibilisé à l'approche culturellement sécuritaire. Le développement de l'offre de services disponible dans la communauté est donc un moyen d'améliorer l'accessibilité des services socio-sanitaires pour les hommes anicinapek.

5.6 Retombées de l'utilisation des services sur le rapport des hommes anicinapek aux services sociaux et de santé

Plusieurs participants ont témoigné du lien étroit entre leur expérience des services et leur propension à y recourir de nouveau. Dans ce sens, la satisfaction vis-à-vis de l'accueil ou de la qualité des soins reçus, l'expérience d'un mieux-être ou la fierté ressentie à la suite de leur recours à un service sont autant de motivateurs à

¹⁴ Malgré une meilleure représentativité des professionnels d'identité autochtone dans les centres de santé des communautés, comparativement aux points de service hors communauté, les professionnels allochtones demeurent nombreux. Selon la dernière enquête régionale sur la santé des Premières Nations réalisée en 2008, l'identité de la majorité des professionnels exerçant dans les établissements situés dans les communautés était non-autochtone (Gouvernement du Québec, 2021). Selon les observations réalisées sur le terrain par la chercheuse et de l'avis des agents de recherche issus des communautés participantes, environ la moitié des professionnels seraient d'identité autochtone dans au moins des communautés participantes.

poursuivre leur démarche de guérison et à recourir aux services sociaux et de santé dans le futur. Ce constat complète celui réalisé par plusieurs auteurs, selon lequel une expérience négative en tant qu'utilisateurs des services limite la propension des hommes autochtones à y recourir dans le futur (Hughes, 2004; Canuto *et al.*, 2018a; Nguyen *et al.*, 2020). Plus précisément, il peut s'agir de racisme ou de discrimination perçus de la part des professionnels (Isaacs *et al.*, 2010; Canuto *et al.*, 2019a; Horrill *et al.*, 2019), du retrait des enfants par les services de protection de la jeunesse à la suite d'une demande d'aide (Fiolet *et al.*, 2019), d'une attente trop longue pour recevoir un service (Canuto *et al.*, 2018a), d'un bris de la confidentialité (Isaacs *et al.*, 2013), d'un manque de sécurité culturelle (Canuto *et al.*, 2018a) ou de l'incapacité du service à répondre au besoin à l'origine de la demande d'aide (McCarthy et Cornally, 2011). Wenger (2011), qui avance que la demande d'aide est un objet d'apprentissage, indique le besoin de mieux documenter les compétences propices à la demande d'aide qui peuvent résulter de l'utilisation des services. Dans ce sens, quelques études concernant la demande d'aide masculine (en général) dans le domaine de la santé mentale ont relevé le développement d'une conscience de soi favorable à une future d'aide et une transformation du rapport aux services, alors envisagés comme des ressources pertinentes pour leur mieux-être (Staiger *et al.*, 2020; Krumm *et al.*, 2017). Les participants à la présente étude ont évoqué plusieurs des avantages qui résultent

de l'utilisation des services¹⁵. Tout d'abord, l'utilisation des services permet de :

- 1) développer leur capacité à exprimer leurs difficultés ou leurs émotions;
- 2) mieux connaître les services existants et ainsi faciliter l'identification du service approprié;
- 3) mieux connaître le personnel des points de service et ainsi développer une proximité relationnelle avec eux; et
- 4) être familier avec le fonctionnement des services et ainsi faciliter la prise de contact et développer une tolérance envers les écueils des services.

Les hommes qui ont fréquemment recours aux services, ou qui exercent en tant que professionnels en leur sein, associent les délais pour accéder aux services au manque de main-d'œuvre spécialisée, ce qui les encourage à faire preuve de patience et à être satisfaits des services reçus en dépit de l'attente. On peut donc en conclure que des efforts particuliers doivent viser les nouveaux utilisateurs de services, qui sont moins à l'aise et plus sensibles aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Dans ce sens, les premières demandes d'aide pourraient être priorisées pour s'assurer de répondre adéquatement et dans les meilleurs délais, même si une évaluation basée sur d'autres critères n'en aurait pas fait un cas prioritaire.

¹⁵ Ces éléments ont déjà été discutés ailleurs, mais qui sont rappelés ici pour donner une image globale des incidences de l'expérience d'utilisation des services sur les utilisations futures.

CONCLUSION

Les hommes autochtones utilisent les services socio-sanitaires dans une moindre mesure que les femmes autochtones ou que les hommes non autochtones. Dans ce contexte, ce mémoire avait pour objectif d'identifier les facteurs facilitant l'accès et le recours aux services socio-sanitaires par les hommes anicinapek vivant en communauté, un sujet qui a fait l'objet d'un nombre restreint d'études. L'originalité de la démarche résidait dans une approche salutogène centrée sur les forces plutôt que sur les obstacles et les barrières.

La présente recherche a permis d'identifier plusieurs forces qui soutiennent l'engagement des hommes autochtones dans l'utilisation des services socio-sanitaires. Tout d'abord, la connaissance de soi et des services existants favorisent la perception du besoin de soin à l'origine de la demande d'aide. Ces qualités se renforçant au fil de l'utilisation des services, elles concernent davantage les hommes étant familiers avec leur utilisation. Des efforts devraient donc être déployés pour favoriser la participation des hommes moins familiers avec les services. Quelques approches gagnantes seraient d'aller vers les hommes plutôt que d'attendre qu'ils se présentent et d'organiser des occasions de les côtoyer.

Une autre force des hommes anicinapek étant leur désir de faire une différence dans la vie des hommes de leur communauté, il est possible de miser sur cet engagement en donnant de la visibilité à leurs parcours afin d'influencer d'autres hommes à suivre leur exemple. Il s'agit d'une approche culturellement appropriée puisqu'elle respecte le principe de non-ingérence qui consiste à proposer sans imposer.

L'autonomie est une autre force des hommes utilisateurs de service, qui peut être soutenue par une simplification des procédures et la diffusion d'information sur le fonctionnement des services. Par ailleurs, la capacité d'affirmation de soi permet aux hommes de prendre leur place en exprimant leurs besoins et leurs attentes et en faisant valoir leurs droits. Dans ce sens, une attention particulière devrait être portée à la qualité de la relation d'aide et à l'établissement d'un rapport égalitaire entre le professionnel et l'utilisateur afin de faciliter cette prise de parole, notamment par une écoute de qualité et la reconnaissance des savoirs expérientiels des usagers. Enfin, l'utilisation des services s'inscrit dans une démarche de guérison individuelle et collective, qui passe notamment par une réappropriation de rôles masculins favorables à la santé et à l'utilisation des services, tels que les rôles de protecteur et de mentor.

La présente recherche a également permis d'identifier des caractéristiques des services qui favorisent leur accessibilité pour les hommes anicinapek, notamment en allant vers les hommes et en prenant soin de créer des liens de confiance avec eux.

Pour ce faire, il faut prévenir la discrimination, notamment par l'emploi de personnel autochtone et par la sensibilisation du personnel allochtone à l'histoire et aux réalités autochtones, ainsi que par des mesures assurant leur rétention. Pour contrer le risque de discrimination relié aux stéréotypes basés sur le genre, la promotion d'une image positive des hommes autochtones et la formation du personnel aux réalités masculines autochtones et à l'intervention auprès des hommes autochtones serait bénéfique. Enfin, la pertinence culturelle des services facilite le recrutement des hommes anicinapek et crée des conditions propices à l'ouverture et au partage.

Bien que le manque de confiance envers les services puisse résulter d'expériences négatives personnellement vécues, plusieurs participants ont établi un lien direct entre cette méfiance et l'histoire coloniale, au-delà du secteur sanitaire et social. C'est donc plus largement le rapport à l'ensemble des institutions qui doit être revisité pour déconstruire cette méfiance, notamment par la résolution des revendications territoriales et linguistiques (Davy *et al.*, 2016; Canuto *et al.*, 2019a; Horrill *et al.*, 2019). L'accès des hommes autochtones aux services sociaux et de santé ne peut se comprendre qu'en portant attention au contexte dans lequel il s'inscrit. Ainsi, son amélioration à long terme ne peut se faire que dans une approche structurelle cherchant à éliminer les inégalités et à surmonter les défis qui l'influencent, notamment en améliorant les conditions socio-économiques et en luttant contre les préjugés.

Étant de nature exploratoire, cette étude qualitative présentait inévitablement des limites. Le nombre de participants est l'une d'elles, mais sa diversité interne a néanmoins permis d'explorer les perceptions d'hommes qui se distinguent par leur âge, leur degré de familiarité avec les services et les types de services auxquels ils ont recours. Une autre limite concerne l'absence d'une personne autochtone dans l'équipe de recherche. Cela dit, cette absence a été palliée par la contribution de collaborateurs autochtones lors des entrevues et par l'exercice de validation des résultats. En outre, les propos recueillis concernent les services sociaux et de santé en général, et bien que lors des entrevues il ait parfois été demandé aux participants de préciser le type de service auxquels se rapportaient leurs propos, cette information n'a pas été consignée de façon systématique. Enfin, bien que le degré d'isolement géographique des trois communautés participantes soit variable, elles se situent toutes dans une aire géographique restreinte, c'est-à-dire en région éloignée, mais non isolée puisque les centres de soins régionaux sont accessibles par la route à longueur d'année et situés à 1 heure de distance au plus. Le point de vue des hommes autochtones vivant dans d'autres contextes, comme en milieu urbain, dans des communautés proches des grands centres ou au contraire très éloignées, pourrait différer.

Cette étude a permis de brosser un portrait général des facteurs influençant le recours des hommes anicinapek aux services socio-sanitaires. De futures recherches

pourraient s'attarder spécifiquement au rapport entre l'utilisation des services et l'engagement des hommes sur un chemin de guérison. De plus, si cette étude a relevé le besoin de formation du personnel des services sociaux et de santé concernant les réalités masculines autochtones et l'intervention auprès des hommes autochtones, les connaissances à ce sujet demeurent lacunaires et devraient être complétées. Enfin, l'évaluation des programmes s'adressant aux hommes autochtones apparaît nécessaire puisque les études sur ce thème au Canada semblent concerner uniquement des programmes en violence conjugale ou en dépendance. Une avenue intéressante à cet égard serait de sonder le point de vue des intervenants ou des gestionnaires de programmes.

RÉFÉRENCES

- Adams, M. J., Collins, V. R., Dunne, M. P., de Kretser, D. M., et Holden, C. A. (2013). Male reproductive health disorders among Aboriginal and Torres Strait Islander men : A hidden problem? *Medical Journal of Australia*, 198 (1), 33-38. <https://doi.org/10.5694/mja12.10490>
- Addis, M. E. et Hoffman, E. (2017). Men's depression and help-seeking through the lenses of gender. Dans Levant, R. F. et Wong, Y. J. (dir.), *The psychology of men and masculinities*, p. 171-196. Washington, DC : American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000023-007>
- Addis, M. E., et Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58 (1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC), (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada. Un portrait national*. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/key_health_inequalities_full_report-fra.pdf
- Allice, I., Acai, A., Ferdossifard, A., Wekerle, C., et Kimber, M. (2022). Indigenous cultural safety in recognizing and responding to family violence: A systematic scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), Article 24. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416967>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Anderson, K., Swift, J., et Innes, R. A. (2015). To arrive speaking: Voices from the Bidwewidam Indigenous masculinities project. Dans Innes, R. A. et Anderson, K. (dir.), *Indigenous men and masculinities: Legacies, identities, regeneration*, p. 284-307. Winnipeg : University of Manitoba Press.

- Andrews, S., Gallant, D., Humphreys, C., Ellis, D., Bamblett, A., Briggs, R., et Harrison, W. (2021). Holistic programme developments and responses to Aboriginal men who use violence against women. *International Social Work*, 64(1), 59-73. <https://doi.org/10.1177/0020872818807272>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. New Yor : Jossey-Bass.
- Archer, S. (2016). Colonialism and other afflictions: Rethinking Native American health history. *History Compass*, 14 (10), 511-521. <https://doi.org/10.1111/hic3.12337>
- Asselin, H. et Basile, S. (2012). Éthique de la recherche avec les peuples autochtones. Qu'en pensent les principaux intéressés? *Éthique publique*, 14 (1), 333-345. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.959>
- Asselin, H. et Drainville, R. (2020). Are Indigenous youth in a tug-of-war between community and city? Reflections from a visioning workshop in the Lac Simon Anishnaabeg community (Quebec, Canada). *World Development Perspectives*, 17, 100168. <https://doi.org/10.1016/j.wdp.2019.100168>
- Asselin, M. et Gourd, B.-B. (1995). La naissance de l'Abitibi rural : 1910-1930. Dans Vincent, O. (dir.), *Histoire de l'Abitibi-Témiscamingue*, p. 197-234. Montréal : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador - APNQL (2014). *Protocole de recherche sur les Autochtones*. Wendake : APNQL.
- Ball, J. (2010). Indigenous fathers' involvement in reconstituting Circles of Care. *American Journal of Community Psychology*, 45(1-2), 124-138. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9293-1>
- Basile, S., Asselin, H. et Martin, T. (2018). Co-construction of a data collection tool: A case study with Atikamekw women. *ACME: An International Journal for Critical Geographies*, 17 (3), 840-860.
- Beaud, J.-P. (2016). L'échantillonnage. Dans Gauthier, B. et Bourgeois, I. (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, p. 251-286. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- 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>

- Big-Canoe, K. et Richmond, C. A. (2014). Anishinabe youth perceptions about community health: Toward environmental repossession. *Health & Place*, 26, 127-135. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.12.013>
- Blanchet Garneau, A. et Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : Une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0022>
- Bousquet, M.-P. (2021). Les pensionnats autochtones : Il faut lire les rapports des commissions. *Options politiques*. <https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/juillet-2021/les-pensionnats-autochtones-il-faut-lire-les-rapports-des-commissions/>
- Brassard, R., Siêlvogel, M., Ellington, L., et Montminy, L. (2019). Au-delà des identités de genre et ethnoculturelles : Resituer la violence conjugale et familiale vécue par les hommes autochtones au Québec dans une approche globale et systémique. Dans Deslaurier, J.-M., Lafrance, M., et Tremblay, G. (dir.), *Réalités masculines oubliées*, p. 317-347. Québec : Presses de l'Université de Laval.
- Brooks-Cleator, L., Phillipps, B., et Giles, A. (2018). Culturally safe health initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A scoping review. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 50(4), 202-213. <https://doi.org/10.1177/0844562118770334>
- Brouillette, C. (2022). *Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : Le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue]. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1404>
- Brown, H. J., McPherson, G., Peterson, R., Newman, V., et Cranmer, B. (2012). Our land, our language: Connecting dispossession and health equity in an Indigenous context. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 44(2), 44-63.
- Browne, A. J., Smye, V. L., et Varcoe, C. (2005). The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 16-37.
- Bulman, J. et Hayes, R. (2011). Mibbinbah and spirit healing: Fostering safe, friendly spaces for Indigenous males in Australia. *International Journal of Men's Health*, 10, 6-25. <https://doi.org/10.3149/jmh.1001.6>
- Cameron, C. M., Kelton, P., et Swedlund, A. C. (2015). *Beyond germs: Native*

depopulation in North America (Vol. 1.1). Tucson :University of Arizona Press.

- Canuto, K., Brown, A., Wittert, G., et Harfield, S. (2018a). Understanding the utilization of primary health care services by Indigenous men: A systematic review. *BMC Public Health*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6093-2>
- Canuto, K., Harfield, S., Canuto, K., et Brown, A. (2019b). Aboriginal and Torres Strait Islander men and parenting: A scoping review. *Australian Journal of Primary Health*, 26. <https://doi.org/10.1071/PY19106>
- Canuto, K., Harfield, S., Wittert, G., et Brown, A. (2019a). Listen, understand, collaborate: Developing innovative strategies to improve health service utilization by Aboriginal and Torres Strait Islander men. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(4), 307-309. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12922>
- Canuto, K., Wittert, G., Harfield, S., et Brown, A. (2018b). “I feel more comfortable speaking to a male”: Aboriginal and Torres Strait Islander men’s discourse on utilizing primary health care services. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0902-1>
- Caron, J., Asselin, H., Beaudoin, J.-M., et Muresanu, D. (2019). Promoting perceived insider status of indigenous employees: A review within the psychological contract framework. *Cross Cultural & Strategic Management*, 26(4), 609-638. <https://doi.org/10.1108/CCSM-02-2019-0031>
- Carufel, K. (2012). *Les théories d'expérience des participants autochtones, au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, sur les pratiques en matière d'intervention psychosociale*. [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue].
- Cavanagh, J., Pariona-Cabrera, P., et Bartram, T. (2022). Culturally appropriate health solutions : Aboriginal men ‘thriving’ through activities in Men’s Sheds/groups. *Health Promotion International*, 37(3), 2-10. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac066>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2012). *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada*. <https://www.ccnca-nccah.ca/docs/context/RPT-StateKnowledgeReview-FR.pdf>
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2019). *L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières*

- Nations, des Inuits et des Métis.* <https://www.censa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2020). *Approches axées sur les forces en matière de recherche sur les Autochtones et élaboration d'indicateurs de bien-être.* https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-SBA-FR_v2.pdf
- Cheezo, A. (2020). *Vers la fierté Anishnabe.* [Essai, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue]. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1230>
- Christensen, J. (2016). Indigenous housing and health in the Canadian North: Revisiting cultural safety. *Health & Place*, 40, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.05.003>
- Chongo, M., Lavoie, J. G., Mignone, J., Caron, N. R., Harder, H. G., et Chase, R. (2020). Indigenous men adhering to highly active antiretroviral therapy: Navigating through culturally unsafe spaces while caring for their health. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.569733>
- Commission Vérité et Réconciliation. (2012). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action* https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf
- Commission Vérité et Réconciliation. (2015). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada.* http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisition_lists/2015/w15-24-F-E.html/collections/collection_2015/trc/IR4-7-2015-eng.pdf
- Commission Viens. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : Écoute, réconciliation et progrès.* Gouvernement du Québec. <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=2>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec—2015 : Accessibilité et utilisation des services de santé.* Wendake : CSSSPNQL. https://www.cssspnql.com/docs/default-source/ers-phase-3/acces_utilisation_services_ers_phase-3_fra.pdf?sfvrsn=2
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities.* Berkeley : University of California Press.
- Connell, R. W. et Messerschmidt, J. W. (2015). Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique? *Terrains travaux*, (2), 151-192.

- Connell, R. (2014). *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*. Paris : Éditions Amsterdam.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2022). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>
- Cornally, N., et McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 280-288. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x>
- Côté, M., 1995. Une présence plus que millénaire. Dans Vincent, O. (dir.), *Histoire de l'Abitibi-Témiscamingue*, p. 67-95. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Courtenay, W. H. (2004). Best practices for improving college men's health. *New Directions for Student Services*, 2004(107), 59-74. <https://doi.org/10.1002/ss.133>
- Croff, R. L., Rieckmann, T. R., et Spence, J. D. (2014). Provider and state perspectives on implementing cultural-based models of care for American Indian and Alaska Native patients with substance use disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41(1), 64-79. <http://dx.doi.org/10.1007/s11414-013-9322-6>
- Cross, S. et Day, A. (2015). American Indians' response to physical pain: Functional limitations and help-seeking behaviors. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 14(3-4), 176-191. <https://doi.org/10.1080/1536710X.2015.1068257>
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., et Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework– a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(116), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
- Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a broader social determinant of health. *International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 1-14. <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
- Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., et Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 63-171.

<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>

- Deroy, S. et Schütze, H. (2019). Factors supporting retention of aboriginal health and wellbeing staff in Aboriginal health services: A comprehensive review of the literature. *International Journal for Equity in Health*, 18(70), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0968-4>
- Déry, P. (2020). *Urgence : Quand les patients repartent sans être soignés*. Le point, Institut économique de Montréal. https://www.iedm.org/wp-content/uploads/2020/01/lepoint012020_fr.pdf
- Deslauriers, J.-M. (2012). Le regard de jeunes pères sur leur enfance et leur adolescence. *Service social*, 58(1), 12-31. <https://doi.org/10.7202/1010437ar>
- Deslauriers, J.-M. et Berteau, G. (2023). Travail de groupe avec des hommes et aide mutuelle : l'exemple d'un service pour des pères séparés ayant des difficultés d'accès à leurs enfants. *Groupwork*, 29(1), 126-145. <https://doi.org/10.1921/gpwk.v29i1.1436>
- Dobson, C. et R. Brazzoni (2016). Land based healing: Carrier First Nations' addiction recovery program, *Journal of Indigenous Wellbeing*, 1(2), 9-17.
- Drolet, G. (2021). Ni niminan kitici kikeian : *Je danse pour guérir*. [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue]. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1295/>
- Earle, L. (2011). *Les maladies chroniques et le rôle des méthodes traditionnelles dans les communautés autochtones*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/emerging/FS-UnderstandingChronicDisease-Earle-FR.pdf>
- Ellington, L. (2015). *Conceptions et expériences des hommes amérindiens ayant vécu des incidents de violence conjugale au Québec*. [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/5d770009-0bfe-47ef-a65a-aa3d1d82ab5f/content>
- Ellington, L. (2022). *Analyse expérientielle des démarches de guérison vécues par les hommes autochtones ayant séjourné au sein d'un pavillon de ressourcement au Canada*. [Thèse de doctorat, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/a6247a92-2444-45fe-952f-3ae82d5323e4/content>
- Everitt-Penhale, B., et Ratele, K. (2015). Rethinking “traditional masculinity” as

- constructed, multiple and \neq hegemonic masculinity. *South African Review of Sociology*, 46(2), 4-22. <https://doi.org/10.1080/21528586.2015.1025826>
- Fekete, O. R., Kinn, L. G., Larsen, T. M. B., et Langeland, E. (2020). Salutogenesis as a theoretical framework for psychosocial rehabilitation: The case of the Clubhouse model. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-being*, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1748942>
- Fiolet, R., Tarzia, L., Hameed, M., et Hegarty, K. (2019). Indigenous peoples' help-seeking behaviors for family violence : A scoping review. *Trauma, violence & abuse*, 20(10), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1524838019852638>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière éducation.
- Freitas-Murrell, B. et Swift, J. K. (2015). Predicting attitudes toward seeking professional psychological help among Alaska Natives. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research*, 22(3), 21-35. <https://doi.org/10.5820/aian.2203.2015.21>
- Gallant, D., Andrews, S., Humphreys, C., Diemer, K., Burton, J., et McIvor, R. (2017). Aboriginal men's programs tackling family violence: A scoping review. *Journal of Australian Indigenous Issues*, 20(2), 48-68.
- Getty, G. A. M. (2013). *An Indigenist perspective on the health/wellbeing and masculinities of Mi'kmaq men Tet-Pagi-Tel-Sit : Perceiving himself to be a strong balanced spiritual man* [Thèse de doctorat, Université Dalhousie]. <https://DalSpace.library.dal.ca/handle/10222/36267>
- George, J., MacLeod, M., Graham, K., Plain, S., Bernards, S., et Wells, S. (2018). Use of traditional healing practices in two Ontario First Nations. *Journal of Community Health*, 43(2), 227-237. <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0409-5>
- Gone, J. P. (2011). The red road to wellness: Cultural reclamation in a Native First Nations community treatment center. *American Journal of Community Psychology*, 47(1-2), 187-202. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9373-2>
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodière, L., et Kerr, T. (2017). "They treated me like crap and I know it was because I was Native": The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city. *Social Science & Medicine*, (178), 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.053>

- Goodkind, J. R., Ross-Toledo, K., John, S., Hall, J. L., Ross, L., Freeland, L., Coletta, E., Becenti-Fundark, T., Poola, C., Begay-Roanhorse, R., et Lee, C. (2010). Promoting healing and restoring trust : Policy recommendations for improving behavioral health care for American Indian/Alaska Native adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 46(3), 386-394. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9347-4>
- Gouvernement du Québec. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux – Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Greenwood, M., De Leeuw, S., et Lindsay, N. M. (dir.) (2018). *Determinants of Indigenous peoples' health: Beyond the social* (2^e édition). Toronto : Canadian Scholars.
- Guay, C. (2015). Les familles autochtones : Des réalités sociohistoriques et contemporaines aux pratiques éducatives singulières. *Intervention*, 141, 17-27.
- Halverson, G. (2014). *Managing dual relationships in rural and remote practice settings*. [Thèse de doctorat, Université de Calgary]. <https://doi.org/10.11575/PRISM/26822>
- Hammer, J. H., Vogel, D. L., et Heimerdinger-Edwards, S. R. (2013). Men's help seeking: Examination of differences across community size, education, and income. *Psychology of Men et Masculinity*, 14(1), 65-75. <https://doi.org/10.1037/a0026813>
- Hammond, C. (2010). Making positive resources to engage Aboriginal men/fathers. *Aboriginal and Islander Health Worker Journal*, 34(5). 23-25.
- Hayman, N. E., White, N. E., et Spurling, G. K. (2009). Improving Indigenous patients' access to mainstream health services: The Inala experience. *Medical Journal of Australia*, 190(10), 604-606. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02581.x>
- Hokowhitu, B. (2015). Taxonomies of Indigeneity: Indigenous heterosexual patriarchal masculinity. Dans Innes, R. A. et Anderson, K. (dir.), *Indigenous men and masculinities: Legacies, identities, regeneration*, p. 80-95. Winnipeg : University of Manitoba Press.
- Horrill, T. C., Linton, J., Lavoie, J. G., Martin, D., Wiens, A., et Schultz, A. S. H. (2019). Access to cancer care among Indigenous peoples in Canada: A scoping review. *Social Science & Medicine*, 238, 1-15.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112495>

- Horrill, T., McMillan, D. E., Schultz, A. S. H., et Thompson, G. (2018). Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nursing Inquiry*, 25(3), 1-9. <https://doi.org/10.1111/nin.12237>
- Hughes, C. (2004). Factors associated with health-seeking behaviors of Native Hawaiian men. *Pacific Health Dialog*, 11(2), 176-182.
- Hyett, S. L., Gabel, C., Marjerrison, S., et Schwartz, L. (2019). Deficit-based indigenous health research and the stereotyping of Indigenous Peoples. *Canadian Journal of Bioethics*, 2(2), 102-109. <https://doi.org/10.7202/1065690ar>
- Innes, R. A. (2015). Moose on the loose: Indigenous men, violence, and the colonial excuse. *Aboriginal Policy Studies*, 4(1), 46-56. <https://doi.org/10.5663/aps.v4i1.24193>
- Isaacs, A. N., Maybery, D., et Gruis, H. (2012). Mental health services for Aboriginal men: Mismatches and solutions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 400-408. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00809.x>
- Isaacs, A. N., Maybery, D., et Gruis, H. (2013). Help seeking by Aboriginal men who are mentally unwell: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 407-413. <https://doi.org/10.1111/eip.12015>
- Isaacs, A. N., Pyett, P., Oakley-Browne, M. A., Gruis, H., et Waples-Crowe, P. (2010). Barriers and facilitators to the utilization of adult mental health services by Australia's Indigenous people: Seeking a way forward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(2), 75-82. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00647.x>
- Jacklin, K. M., Henderson, R. I., Green, M. E., Walker, L. M., Calam, B., et Crowshoe, L. J. (2017). Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E106-E112. <https://doi.org/10.1503/cmaj.161098>
- Juvrud, J. et Rennels, J. L. (2017). "I don't need help": Gender differences in how gender stereotypes predict help-seeking. *Sex Roles*, 76(1), 27-39. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0653-7>
- Keddie, A., Delaney, M., McVeigh, B., et Thorpe, J. (2021). Understanding and addressing gender-based violence: An Australian Indigenous approach. *Journal*

- of *Gender Studies*, (1-12). <https://doi.org/10.1080/09589236.2021.2016383>
- 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/hecq.2019.0041>
- King, M., Smith, A., et Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P. et Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 299-319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>
- Kirmayer, L. J., Tait, C. L., et Simpson, C. (2009). The mental health of Aboriginal Peoples in Canada: Transformation of identity and community. Dans Kirmayer, L. J., Erasmus, G. H., et Valaskakis G.G. (dir.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal Peoples in Canada*, p. 3-35. Vancouver : University of British Columbia Press.
- Kiselica, M. S., Benton-Wright, S., et Englar-Carlson, M. (2016). Accentuating positive masculinity : A new foundation for the psychology of boys, men, and masculinity. Dans Wong, Y. J. et Wester, S. R. (dir.), *APA handbook of men & masculinities*, p. 123-143. Washington : American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14594-006>
- Kiselica, M. S., et Englar-Carlson, M. (2010). Identifying, affirming, and building upon male strengths: The Positive Psychology/Positive Masculinity model of psychotherapy with boys and men. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 47(3), 276-287. <https://doi.org/DOI: 10.1037/a0021159>
- Konishi, S. (2011). Representing Aboriginal masculinity in Howard's Australia. Dans Jackson, R. L. et Balaji, M. (dir.), *Global masculinities & manhood*, p. 162-186. Chicago : University of Illinois Press.
- Koster, R., Baccar, K., et Lemelin, R. H. (2012). Moving from research ON, to research WITH and FOR Indigenous communities: A critical reflection on community-based participatory research. *Canadian Geographer*, 56(2), 195-210. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2012.00428.x>
- Krumm, S., Checchia, C., Koesters, M., Kilian, R., et Becker, T. (2017). Men's views on depression: a systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Psychopathology*, 50(2), 107-124. <https://doi.org/10.1159/000455256>

- Kumar, M. B. et Tjepkema, M. W. (2019). *Taux de suicide parmi les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011-2016) : Résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN)*. Statistique Canada. http://publications.gc.ca/collections/collection_2019/statcan/99-011-x2019001-fra.pdf
- Labra, O., Pourcelot, H., Asselin, H., Radu, I., et Basile, S. 2023. Déterminants sociaux et territoriaux de la santé des populations autochtones au Québec. Dans Gagnon, F., Martin, E., et Morin, M.-H. (dir.) *Le système de santé et de services sociaux au Québec. Santé des populations et territorialité* (p. 235-248). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Labra, O., Wright, R., Tremblay, G., Maltais, D., Bustinza, R., et Gingras-Lacroix, G. (2019). Men's help-seeking attitudes in rural communities affected by a natural disaster. *American Journal of Men's Health*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/1557988318821512>
- Landry, V., Asselin, H., et Lévesque, C. (2019). Link to the land and mino-pimatisiwin (comprehensive health) of Indigenous people living in urban areas in eastern Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4782), 1-10. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/23/4782>
- Lavallee, L. F., et Poole, J. M. (2010). Beyond recovery: Colonization, health and healing for Indigenous People in Canada. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(2), 271-281. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9239-8>
- Lavoie, M. (2004). Politique des représentations : Les représentations sociales bureaucratiques et la politique de l'éducation indienne au Canada, 1828-1996. Première partie. *Recherches amérindiennes au Québec*, 34(3), 87-98. <https://doi.org/10.7202/1082188ar>
- Lefebvre, C. (2019). *Le bénéfice des interventions infirmières dans l'accessibilité aux soins de santé : Le cas du diabète*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://doi.org/1866/21553>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lévesque, C., Radu, I., et Tran, N. (2019). *Revue de littérature SANTÉ Thème : Organisation des services de santé au Canada et au Québec* (PD-8).

- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec. Gouvernement du Québec. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/PD-8.pdf
- Loiselle, M., Legault L., et Potvin, M. (2011). *Recueil des récits de vie des aînés de Pikogan et des ex-pensionnaires de St-Marc-de-Figuery couvrant la période de 1931 à 1975* [Rapport de recherche]. <https://depot.erudit.org/id/003542dd>
- Lombrail, P. et Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Tribunes de la sante*, 8(3), 31-39.
- Loppie, C. et Wien, F. (2022). *Comprendre les inégalités en santé vécues par les peuples autochtones à la lumière d'un modèle de déterminants sociaux*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10373/RPT-Health_Inequalities_FR-web.pdf
- Louchini, R. et Beaupré, M. (2009). *Cancer chez les Autochtones du Québec vivant dans les réserves et les villages nordiques, de 1984 à 2004: Incidence et mortalité*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/736>
- MacDonald, D. B. et Hudson, G. (2012). The genocide question and Indian residential schools in Canada. *Canadian Journal of Political Science*, 45(2), 427-449. <https://doi.org/10.1017/S000842391200039X>
- Macdonald, J. J. (2005). *Environments for health: A salutogenic approach*. Londres : Earthscan.
- Mahalik, J. R. et Dagirmanjian, F. R. (2019). Working-class men's constructions of help-seeking when feeling depressed or sad. *American Journal of Men's Health*, 13(3), 1557988319850052. <https://doi.org/10.1177/1557988319850052>
- Maltais-Landry, A. (2017). La création de la réserve de Nutashkuan : Espaces physique, politique et économique. *Recherches amérindiennes au Québec*, 47(1), 59-72. <https://doi.org/10.7202/1042899ar>
- Matamonasa-Bennett, A. (2017). "The poison that ruined the nation": Native American men—alcohol, identity, and traditional healing. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 1142-1154. <https://doi.org/10.1177/1557988315576937>
- Matamoros-Sanin, J. F. (2019). We got your back! Help care seeking and caregiving in Mexican Indigenous men with ankylosing spondylitis. *American Journal of*

Men's Health, 13(4), 155798831987201.
<https://doi.org/10.1177/1557988319872016>

- McCabe, M. P., Mellor, D., Ricciardelli, L. A., Mussap, A. J., et Hallford, D. J. (2016). Ecological model of Australian Indigenous men's health. *American Journal of Men's Health*, 10(6), NP63-NP70. <https://doi.org/10.1177/1557988315583086>
- McKegney, S. (2012). Warriors, healers, lovers and leaders : Colonial impositions on Indigenous male roles and responsibilities. Dans Laker, J. A. (dir.), *Canadian perspectives on men et masculinities: An interdisciplinary reader*, p. 241-268. Oxford : Oxford University Press.
- McKenzie, H. A., Varcoe, C., Browne, A. J., et Day, L. (2016). Disrupting the continuities among residential schools, the sixties scoop, and child welfare: An analysis of colonial and neocolonial discourses. *International Indigenous Policy Journal*, 7(2). <https://doi.org/10.18584/iipj.2016.7.2.4>
- Mellor D, McCabe M, Ricciardelli L, Mussap A, et Tyler M. (2016). Toward an understanding of the poor health status of Indigenous Australian Men. *Qualitative health research*, 26(14), 1949-1960. <https://doi.org/10.1177/1049732315609898>
- Messerschmidt, J. W. (2019). The salience of “hegemonic masculinity”. *Men and Masculinities*, 22(1), 85-91. <https://doi.org/10.1177/1097184X18805555>
- Mikraszewicz, K. et C. Richmond (2019). Paddling the Biigtig: Mino biimadisiwin practiced through canoeing, *Social Science & Medicine*, 240, Article 112548. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112548>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2017). *Plan d'action ministériel santé et bien-être des hommes 2017-2022*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-729-01W.pdf>
- Montiel, C., Duhoux, A., Tremblay, G., Villeneuve, R., Roy, J., Lavoie, B., et Houle, J. (2022). Psychological distress and help-seeking facilitators in Quebec men. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 5(1), 1-26. <http://dx.doi.org/10.22374/ijmsch.v5i1.57>
- Morton Ninomiya, M. E., Tanner, B., Peach, L. J., George, N., Plain, S., George, T., Graham, K., Bernards, S., Brubacher, L. J., et Wells, S. (2022). Anishinabek sources of strength: Learning from First Nations people who have experienced mental health and substance use challenges. *Social Science & Medicine*, 309(115197), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115197>

- Mussell, W. J. (2005). *Les guerriers-soignants : Comprendre les difficultés et la guérison des hommes des Premières Nations*. Fondation autochtone de guérison. <https://ahf2.ca/products/les-guerriers-soignants-comprendre-les-difficultes-et-la-guerison-des-hommes-des-premieres-nations>
- National Aboriginal Health Organization (NAHO). (2008). *Cultural competency and safety a guide for health care administrators, providers, and educators*. <https://multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/culturalCompetency.pdf>
- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., et Chan, C. B. (2020). Barriers and mitigating strategies to healthcare access in indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare*, 8(112), 1-16. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>
- Nixon, S. A., Lee, K., Bhutta, Z. A., Blanchard, J., Haddad, S., Hoffman, S. J., et Tugwell, P. (2018). Canada's global health role: Supporting equity and global citizenship as a middle power. *The Lancet*, 391(10131), 1736-1748. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30322-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30322-2)
- Norgaard, K. M., Reed, R., et Bacon, J. M. (2018). How environmental decline restructures Indigenous gender practices: What happens to Karuk masculinity when there are no fish? *Sociology of Race and Ethnicity*, 4(1), 98-113. <https://doi.org/10.1177/2332649217706518>
- O'Brien, R., Hunt, K., et Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*, 61(3), 503-516. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.008>
- Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue. (2021). *Tableau de bord de l'Abitibi-Témiscamingue. Édition 2021. Indicateurs et faits saillants*. https://www.observat.qc.ca/documents/publication/oat_tableau_bord_2021_vf.pdf
- Oosterveer, T. M., et Young, T. K. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, 74(29576), 1-7. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.29576>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paradies, Y. (2016). Colonisation, racism and indigenous health. *Journal of Population Research*, 33(1), 83-96. <https://doi.org/10.1007/s12546-016-9159-y>

- Pires, A., (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: Essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pirès, A.P. (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p.113-169. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J. G., Kinew, K. A., Achan, G. K., et Katz, A. (2020). Confronting racism within the Canadian healthcare system: Systemic exclusion of First Nations from quality and consistent care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8343. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228343>
- Prehn, J. et Ezzy, D. (2020). Decolonising the health and well-being of Aboriginal men in Australia. *Journal of Sociology*, 56(2), 151-166. <https://doi.org/10.1177/1440783319856618>
- Pryzdial, I. E. (2020). *Understanding help-seeking in rural men of the Southern Interior: A qualitative study* [Mémoire de maîtrise, University of British Columbia]. <https://doi.org/10.14288/1.0394830>
- Radu, I., L. M. House et E. Pashagumskum (2014). Land, life, and knowledge in Chisasibi: Intergenerational healing in the bush, *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 3(3), 86-105.
- Ramsden, I. M. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu*. [Thèse de doctorat, Victoria University of Wellington]. <https://www.croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety-Full.pdf>
- Rand, J. R., Melro, C., Biderman, M., McMillan, L. J., Miller, A. D., Lekas, S., et Numer, M. (2022). Indigenous men's pathways to 'living the right kind of life and walking the right path' post incarceration in Canada: Understanding the impacts of systemic oppression, and guidance for healing and (w)holistic sexual health. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2055149>
- Redvers, J. (2020). "The land is a healer": Perspectives on land-based healing from Indigenous practitioners in northern Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 15(1), 90-107. <https://doi.org/10.32799/ijih.v15i1.34046>
- Reeves, A. et Stewart, S. (2017). Healing the spirit: Exploring sexualized trauma and recovery among indigenous men in Toronto. *American Indian et Alaska Native Mental Health Research*, 24(1), 30-60. <https://doi.org/10.5820/aian.2401.2017.30>

- Rizkalla, K., Maar, M., Reade, M., Pilon, R., et McGregor, L. (2021). Intimate partner violence against indigenous men in heterosexual relationships: Toward a culturally safe response in primary health care settings. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 261-274. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33060>
- Roh, S., Burnette, C. E., Lee, K. H., Lee, Y.-S., Martin, J. I., et Lawler, M. J. (2014). Predicting help-seeking attitudes toward mental health services among American Indian older adults: Is Andersen's behavioral model a good fit? *Journal of Applied Gerontology*, 36(1), 94-115. <https://doi.org/10.1177/0733464814558875>
- Roy, B. (2008). Peut-on attribuer le mauvais état de santé des Autochtones à leur exclusion du système de soins de santé? Dans Gagnon, É., Pelchat, Y et Roberson, É. (dir), *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*, p. 169-185. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Roy, B., Charland, M., et Tremblay, G. (2009). Récit d'un homme en détresse : Trajectoire labyrinthique d'un homme en quête d'aide. *Aporia*, 1(1), 41-51.
- Roy, J., Tremblay, G., Guilmette, D., Bizot, D., Dupéré, S., et Houle, J. (2014). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services*. [Rapport de recherche] Masculinités et Société. <http://www.rohim.net/doc/perceptions-des-hommes.pdf>
- Roy P, Tremblay G, Robertson S, et Houle J. (2017). "Do it all by myself": A salutogenic approach of masculine health practice among farming men coping with stress. *American Journal of Men's Health*, 11(5), 1536-1546. <https://doi.org/10.1177/1557988315619677>
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherche qualitative*, Hors-Série (5), 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B. et Bourgeois, I. (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, 337-364. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Scott, S. et Walter, F. (2010). Studying help-seeking for symptoms: The challenges of methods and models. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(8), 531-547. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00287.x>
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., et Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>

- Shaffer, V. (2019). *Les portraits de la région. Les Autochtones*. Rouyn-Noranda : Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue. https://www.observat.qc.ca/documents/publication/oat_2019_autochtones_vf.pdf
- Smallwood, R., Woods, C., Power, T., et Usher, K. (2021). Understanding the impact of historical trauma due to colonization on the health and well-being of indigenous young peoples: A systematic scoping review. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(1), 59-68. <https://doi.org/10.1177/1043659620935955>
- Smith, J. A., Merlino, A., Christie, B., Adams, M., Bonson, J., Osborne, R., Judd, B., Drummond, M., Aanundsen, D., et Fleay, J. (2020). Dudes are meant to be tough as nails': The complex nexus between masculinities, culture and health literacy from the perspective of young Aboriginal and Torres Strait Islander males – Implications for policy and practice. *American Journal of Men's Health*, 14(3), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1557988320936121>
- Smye, V., Josewski, V., et Kendall, E. (2010). *Cultural safety: An overview*. First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee Mental Health Commission of Canada. [https://mdsc.ca/documents/Publications/CULTURAL%20SAFETY%20AN%20OVERVIEW%20\(draft%20mar%202010\).pdf](https://mdsc.ca/documents/Publications/CULTURAL%20SAFETY%20AN%20OVERVIEW%20(draft%20mar%202010).pdf)
- Sneider, L. (2015). Complementary relationships: A review of Indigenous gender studies. Dans Innes R. A., et Anderson K. (dir.), *Indigenous men and masculinities: Legacies, identities, regeneration*, p. 62-79. Winnipeg : University of Manitoba Press.
- Souter, J., Smith, J. A., Canuto, K., et Gupta, H. (2022). Strengthening health promotion development with Aboriginal and Torres Strait Islander males in remote Australia: A Northern Territory perspective. *Australian Journal of Rural Health*, 30, 540-543. <https://doi.org/10.1111/ajr.12878>
- Spillane, N. S., Schick, M. R., Kirk-Provencher, K. T., Nalven, T., Goldstein, S. C., Crawford, M. C., et Weiss, N. H. (2022). Trauma and substance use among Indigenous Peoples of the United States and Canada: A scoping review. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-16. <https://doi.org/10.1177/15248380221126184>
- Stuart, G., May, C., et Hammond, C. (2016). Engaging Aboriginal fathers. *Developing Practice: The Child, Youth and Family Work Journal*, (42), 4-17.

- Staiger, T., Stiawa, M., Mueller-Stierlin, A. S., Kilian, R., Beschoner, P., Gündel, H., Becker, T., Frasch, K., Panzirsch, M., Schmauß, M., et Krumm, S. (2020). Masculinity and help-seeking among men with depression: A qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 599039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.599039>
- Su, J.-Y., Belton, S., et Ryder, N. (2016). Why are men less tested for sexually transmitted infections in remote Australian Indigenous communities? A mixed-methods study. *Culture, Health & Sexuality*, *18*(10), 1150-1164. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1175028>
- Tjepkema, M., Bushnik, T., et Bougie, E. (2019). *Life expectancy of First Nations, Métis and Inuit household populations in Canada* (Health Report N° 82-003-x). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019012/article/00001-eng.htm>
- Tremblay, C. et Ellington, L. (2022). Guérison autochtone et rétablissement en santé mentale : Rapprochement conceptuel et implications pour l'intervention psychosociale. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *41*(4), 36-53. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2022-030>
- Tsey, K., Chigeza, P., Holden, C. A., Bulman, J., Gruis, H., et Wenitong, M. (2014). Evaluation of the pilot phase of an Aboriginal and Torres Strait Islander Male Health Module. *Australian Journal of Primary Health*, *20*(1), 56-61. <https://doi.org/10.1071/PY12033>
- Verde, M. et Li, H. Z. (2003). Are Native men and women accessing the health care facilities? Findings from a small native reserve. *Canadian Journal of Native Studies*, *23*(1), 113-133.
- Waddell, C. M., de Jager, M. D., Gobeil, J., Tacan, F., Herron, R. V., Allan, J. A., et Roger, K. (2021). Healing journeys : Indigenous Men's reflections on resources and barriers to mental wellness. *Social Science & Medicine*, *270*, 113696. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113696>
- Walsh, R., D. Danto et J. Sommerfeld (2020). Land-based intervention: a qualitative study of the knowledge and practices associated with one approach to mental health in a Cree community, *International Journal of Mental Health and Addiction*, *18*(1), 207-221. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9996-3>
- Wark, J., Neckoway, R., et Brownlee, K. (2019). Interpreting a cultural value: An examination of the Indigenous concept of non-interference in North America. *International Social Work*, *62*(1), 419-432. <https://doi.org/10.1177/0020872817731143>

- Wenger, L. M. (2011). Beyond ballistics: Expanding our conceptualization of men's health-related help seeking. *American Journal of Men's Health*, 5(6), 488-499. <https://doi.org/10.1177/1557988311409022>
- Wenitong, M., Adams, M., et Holden, CA. (2014). Engaging aboriginal and Torres Strait Islander men in primary care setting. *Medical Journal of Australia*, 200(11), 632-633. <https://doi.org/10.5694/mja14.00160>
- Wesley-Esquimaux, C. C. et Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and Aboriginal healing*. Ottawa : Aboriginal Healing Foundation. <https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/01/historic-trauma.pdf>
- Wilk, P., Maltby, A., et Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada—A scoping review. *Public Health Reviews*, 38(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0055-6>
- Wilmot, S. (2021). Postcolonial theory and Canada's health care professions: Bridging the gap. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(3), 433-442. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10019-2>
- World Health Organization - WHO. (2009). *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WH*. Genève : WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44044/9789241597708_eng_Text.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 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>
- Young, L. B., Grant, K. M., et Tyler, K. A. (2015). Community-level barriers to recovery for substance-dependent rural residents. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(3), 307-326. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2015.1056058>

ANNEXE A – GUIDE D’ENTREVUE

FACTEURS FACILITANT L’ACCÈS ET LE RECOURS DES HOMMES AUTOCHTONES AUX SERVICES SOCIO-SANITAIRES

CONSIGNES DE DÉBUT

- Accueil et salutations
- Présentation et signature du formulaire de consentement
- Démarrer l’enregistrement
- Mentionner le numéro de l’entrevue, la date et la communauté d’appartenance du participant
- Débuter l’entretien

THÈME 1 : EXPÉRIENCE ET CONNAISSANCE DES SERVICES

Les prochaines questions que je vais vous poser s’intéressent à l’utilisation que vous faites des services disponibles, et à vos expériences passées en lien avec l’utilisation de ces services. Quand on parle de service, on veut dire les services sociaux et de santé offerts par le centre de santé de la communauté, des organismes communautaires qui offrent des services en ville ou qui se déplacent ici, et les services du réseau comme l’hôpital ou le centre jeunesse.

Q1. Recevez-vous, ou avez-vous reçu, des services sociaux ou de santé du Centre de santé, ou d’un autre organisme de la région ? Si oui, lesquels ?

THÈME 2 : ORGANISATION DES SERVICES, PERTINENCE ET QUALITÉ DES SERVICES

Les questions suivantes portent sur la façon dont les services sont organisés et leur adéquation avec vos besoins ou vos habitudes. Ces questions nous serviront à repérer les points forts et les points à améliorer pour mieux répondre aux besoins des hommes de la communauté.

- Q2. Quels sont les services (communauté/externes) qui répondent le mieux à vos besoins ?
- Q3. Avez-vous des besoins qui ne trouvent pas réponse dans les services existants ?
- Q4. En tant que père de famille, pensez-vous à des services existants qui peuvent vous soutenir dans votre rôle de père (ou de moshum)? Y a-t-il d'autres besoins que pourrait avoir un père de votre communauté qui ne trouve pas réponse dans les services offerts actuellement en région ? Si oui, lesquels ?
- Q5. Dans un monde idéal, à quoi devraient ressembler les services pour être adaptés à votre culture et à vos valeurs personnelles?
- Q6. Dans quelle mesure les services qui existent actuellement correspondent à ce que vous venez de me décrire?
- Q7. Pensez-vous que les coûts sont un frein à l'utilisation des services (coût du service ou autres frais comme le transport) ?
- Q8. Que pensez-vous de l'organisation des services (disponibles dans la communauté ou en dehors de la communauté ? On entend par organisation des services des caractéristiques comme les heures d'ouverture, le mécanisme de prise de rendez-vous, le délai d'attente, la localisation des points de service, etc.)
- Q9. D'après votre expérience, que pensez-vous de la qualité des services offerts en région ? (Qualité de l'accueil, respect et écoute de l'utilisateur, qualité des soins, connaissances du professionnel, qualité du diagnostic, etc.)

THÈME 5 : MASCULINITÉ ET ACCÈS AUX SERVICES

- Q10. Les questions suivantes porteront sur l'identité masculine autochtone et son influence éventuelle sur l'utilisation des services. Elles nous permettront de mieux comprendre le lien entre masculinité ou l'identité masculine et le rapport aux services en tenant compte des spécificités des milieux autochtones. D'après vous, pour quelles raisons les hommes autochtones utilisent moins les services que les femmes ?
- Q11. Pour quelles raisons un homme autochtone n'utiliserait pas les services qui lui sont offerts ?
- Q12. À l'inverse, quelles sont les raisons qui incitent les hommes autochtones à recourir aux services ?
- Q13. Dans quelle mesure pensez-vous que les services disponibles sont à l'écoute des besoins des hommes autochtones ?

THÈME 4 : FACILITÉ ET CAPACITÉS À ACCÉDER AUX SERVICES

Les questions suivantes vont nous permettre de mieux comprendre comment vous interagissez avec les services, et d'identifier les éléments qui rendent plus facile le recours au service.

- Q14. Quel est votre degré de confiance envers les services disponibles sur la communauté?
- Q15. Quel est votre degré de confiance envers les services disponibles en dehors de la communauté ?
- Q16. Y a-t-il des services que vous hésitez à utiliser ? Si oui, pourquoi ?
- Q17. Comment vous organisez-vous pour prendre contact avec un service lorsque vous en ressentez le besoin ?
- Q18. Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour effectuer une demande d'aide auprès des services régionaux ?

- Q19. Quels éléments ont permis de contrer ces obstacles et faciliter cette demande d'aide ?
- Q20. Selon vous, quels éléments de la culture autochtone encouragent à utiliser les services socio-sanitaires ?
- Q21. Qu'est-ce qui pourrait constituer un obstacle pour vous rendre dans un point de service, pour vous présenter à un rendez-vous ou pour poursuivre un traitement qui vous a été prescrit ? Quels éléments ou ressources peuvent vous aider à contrer ses difficultés ?
- Q22. Y a-t-il d'autres éléments que l'on n'a pas abordé que vous voudriez ajouter ou qui vous semblent importants en lien avec notre thématique ?

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Q23. Depuis votre dernier anniversaire, à quelle classe d'âge le répondant fait partie ?

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 55 ans
- Plus de 55 ans

Q24. Niveau de scolarité du répondant

Niveau d'études (à compléter par l'intervieweur)

- Non complétées
- Complétées
- Aucune réponse

Q25. Quelle est votre situation socioprofessionnelle les six derniers mois ?

- Travail à temps plein
- Travail à temps partiel (20 heures ou moins par semaine)

- Aux études actuellement
- Ne travaille pas

Q26. Quelle tranche de revenu représente le mieux votre revenu annuel brut (avant impôts) de 2021 ?

- Moins de 17 000 \$
- De 17 000 \$ à 29 999 \$
- De 30 000 \$ à 44 999 \$
- De 45 000 à 59 999 \$
- 60 000 \$ et plus

Q27. Quel est votre état matrimonial et situation familiale actuelle ?

- Célibataire
- Marié ou conjoint de fait
- Séparé ou divorcé
- Veuf

Nombre d'enfants et tranche d'âge des enfants (à préciser :)

Q28. Diriez-vous que votre état de santé général est :

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

Q29. Êtes-vous dans l'une des situations suivantes?

- Maladie chronique (précisez)

- Trouble de santé mentale chronique (Précisez)
- Limitations physiques

Q30. Quel est votre degré de satisfaction par rapport à votre vie sociale?

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Insatisfait

CONSIGNES DE CLÔTURE DE L'ENTRETIEN

Mettre fin à l'entrevue

Proposer à la personne d'être tenue informée des résultats

Remplir Valider ou préciser les coordonnées de la personne (nom, courriel, téléphone, adresse)

Fermer l'enregistrement

Saluer la personne et la remercier pour sa contribution

Remplir le journal de bord

ANNEXE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

FACTEURS FACILITANT L'ACCÈS ET LE RECOURS DES HOMMES AUTOCHTONES AUX
SERVICES SOCIO-SANITAIRES

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE :

HÉLÈNE POURCELOT, étudiante à la maîtrise en santé autochtone, UQAT;

OSCAR LABRA, professeur au module de travail social, UQAT (DIRECTEUR)

HUGO ASSELIN, professeur à l'École d'études autochtones, UQAT (CO-DIRECEUR)

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES
HUMAINES, FONDS DE RECHERCHE DU QUÉBEC SOCIÉTÉ ET CULTURE

DÉBUT DU PROJET (DATE PRÉVUE) : JANVIER 2021

FIN DU PROJET (DATE PRÉVUE) : DÉCEMBRE 2022

CE PROJET A REÇU L'APPUI DE LA COMMUNAUTÉ DE [NOM DE LA COMMUNAUTÉ], LE
[DATE] _____

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT
LE : _24 NOVEMBRE 2021 _____

PRÉAMBULE

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui implique de partager, lors d'une entrevue individuelle sur vos connaissances et votre expérience des services sociaux et de santé. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

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

Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous recommandons de poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse principale, Hélène Pourcelot ou à l'agent-e de recherche [nom de l'agent-e de recherche de la communauté] et à leur demander de vous expliquer les mots ou les renseignements qui ne sont pas clairs. Si vous en ressentez le besoin, n'hésitez pas à vous faire aider ou conseiller par votre entourage.

BUT DE LA RECHERCHE

L'objectif de la présente recherche est de répondre à la question suivante : Quels sont les facteurs qui facilitent l'accès des hommes autochtones aux services sociaux et de santé?

Les résultats de cette recherche seront mis à la disposition des institutions publiques et communautaires de la région pour les informer sur les mesures et moyens qui pourraient être mis en place pour mieux répondre aux besoins des hommes autochtones aux prises avec des problèmes dans divers aspects de leur vie.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Vous serez appelé à participer à une entrevue qui durera environ 90 minutes. Avec votre accord, un enregistrement audio de l'entrevue sera fait. Les circonstances de cette rencontre seront déterminées par vous : lieu, moment, personnes présentes (membres de la famille, interprète, etc.).

Pendant ou après l'analyse des données, vous serez invité à participer à la validation des résultats. On vous demandera alors de prendre connaissance des résultats et d'apporter des précisions ou de corriger toute inexactitude culturelle.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Cette recherche ne comporte pas d'avantages directs ou indirects pour vous. Toutefois, votre participation permettra de contribuer à l'avancement des connaissances relatives à la santé des hommes autochtones et à la pertinence des services socio-sanitaires auxquels ils ont recours.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Le temps à accorder au projet (au minimum 1 heure) constitue le principal inconvénient associé à votre participation.

Dans certains cas, il est possible qu'en partageant votre expérience, vous ressentiez un inconfort psychologique à l'évocation de souvenirs malaisants. Afin d'assurer un soutien psychologique, nous mettrons à votre disposition des ressources adaptées du centre de santé de votre communauté (ex. : travailleur social, psychologue, etc.). La participation ne comporte pas de risque majeur. L'identité des participants sera protégée.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ

Le nom de votre communauté sera mentionné, mais aucune information permettant de vous identifier personnellement ne sera publiée. Pour cela, l'information sera

dépersonnalisée en vous attribuant un pseudonyme et en éliminant tout renseignement pouvant permettre de vous identifier directement ou indirectement. Les renseignements recueillis seront conservés de manière confidentielle. Les enregistrements et les transcriptions des entrevues seront conservés sous format électronique dans un ordinateur protégé par un mot de passe. Seuls les membres de l'équipe de recherche, qui sont engagés à la confidentialité, en prendront connaissance (étudiante, codirecteurs, agent-e de recherche). Les enregistrements et toute l'information permettant de vous identifier seront détruits 7 ans après la publication du mémoire de maîtrise.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Pour votre participation, vous recevrez une indemnité compensatoire de 20\$ sous forme de carte cadeau.

CONFLITS D'INTÉRÊTS ET COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS

L'étudiante (Hélène Pourcelot), son équipe de direction (Oscar Labra et Hugo Asselin), le personnel (nom de l'agent-e de recherche de la communauté) et l'institution (UQAT) impliqués dans cette recherche déclarent ne pas se trouver en conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent. Par ailleurs, les résultats de cette recherche ne seront pas exploités à des fins commerciales.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Les résultats seront transmis en premier lieu aux communautés participantes, soit les communautés de Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan sous une forme facilitant leur utilisation (présentation, brochure, etc.). Une présentation publique des résultats sera faite dans chacune des communautés. Vous serez invité à participer aux activités de diffusion des résultats.

Le mémoire sera disponible gratuitement sur <http://depositum.uqat.ca>. Il est aussi envisagé la publication d'un article scientifique.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante (Hélène Pourcelot), son équipe de direction (Oscar Labra et Hugo Asselin), le personnel (nom de l'agent-e de recherche de la communauté), les organismes subventionnaires (CRSH et FRQSC) et l'institution (UQAT) de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION À UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE

Vous n'avez aucune obligation de participer à ce projet de recherche : vous avez le droit de refuser d'y prendre part. Vous pouvez aussi vous en retirer en tout temps sans perdre vos droits acquis. Un refus ou un retrait de votre part ne modifiera en rien la qualité ou la quantité de services que vous recevez et auxquels vous avez droit.

Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions. À tout moment de la recherche, jusqu'à la publication des résultats, vous pouvez demander que l'on retire votre participation, et ce, sans avoir besoin de fournir de raison. Vous pouvez demander la destruction des données vous concernant en contactant la chercheuse principale, Hélène Pourcelot (helene.pourcelot@uqat.ca).

QUESTIONS

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

Hélène Pourcelot, 819-316-0156, helene.pourcelot@uqat.ca

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

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

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4
Téléphone : 1 877 870-8728, poste 2252
cer@uqat.ca

CONSENTEMENT

Je soussigné ou soussignée accepte volontairement de participer à l'étude *Facteurs facilitant l'accès et le recours des hommes autochtones aux services socio-sanitaires*

Nom de la personne participante (lettres moulées)

Signature de la personne participante

Date

CE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU PAR :

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

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE C – APPROBATION ÉTHIQUE

Référence : 2021-10 – Pourcelot, H.



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue atteste avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Mme Hélène Pourcelot

Projet intitulé : « Facteurs facilitant l'accès des hommes autochtones aux services socio-sanitaires »

Décision

Accepté

Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Autre :

Surveillance éthique continue

Date de dépôt du rapport annuel : 24 novembre 2022

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web de l'UQAT : <https://www.uqat.ca/recherche/ethique/etres-humains/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Lucie Dubé	Membre substitut	Représentante autochtone
Michel Bergeron	Membre régulier	Versé en éthique
Serigne Touba Mbacké Gueye	Membre professeur Président du CER	UER en sciences du développement humain et social

Date : 24 novembre 2021

Serigne Touba Mbacké Gueye, président du CER-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca