



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 et
Université de Sherbrooke

**Besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux
de Lac Simon et de Kitcisakik**

Par
Virginie Ciléus
Programmes recherche en sciences de la santé

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

Rouyn-Noranda, Québec, Canada
Juin 2025

Membres du jury d'évaluation

Pr Stéphane Grenier, Ph. D., École de travail social, Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue (membre interne)
Pr Oscar Labra, Ph. D., École de travail social, Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue (directeur de recherche)
Pr Augustin Ependa, Ph. D., École de travail social, Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue (codirecteur de recherche)
M. Vivaldo Matias, Ph. D., Université interculturelle indigène de Michoacán (membre
externe)

© Virginie Ciléus, 2025

SOMMAIRE

Besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux de Lac Simon et Kitcisakik

Par Virginie Ciléus

Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté au

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

D'après certains écrits, les hommes autochtones ont un faible recours aux services sociosanitaires. La sous-utilisation desdits services est due aux écarts en santé et aux séquelles de leur histoire. En effet, le passé colonial a laissé des traces traumatisantes, notamment avec les conséquences dévastatrices du système de pensionnats autochtones et les différentes inégalités sociales au sein des communautés. Par ailleurs, il est important de souligner qu'avant la période coloniale, les Autochtones du Canada répondaient à leurs besoins de santé en utilisant la médecine traditionnelle. Maintenant, le recours à la médecine occidentale ou moderne est généralisé, mais celle-ci est parfois combinée aux savoirs traditionnels en matière de traitement et de prévention de la maladie (roue de la médecine). Dans ce contexte, la présente étude avait un double objectif, à savoir : 1) Décrire les besoins des hommes autochtones en ce qui a trait aux services sociosanitaires des communautés de Lac Simon et de Kitcisakik; 2) Comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones en matière de médecines traditionnelle et moderne. Pour ce faire, nous avons utilisé un devis de recherche qualitative, de type exploratoire, pour réaliser l'étude. Nous avons dû mettre en œuvre un échantillonnage construit par choix raisonné à partir des agents de recherche issus de ces communautés participantes. Cela a permis, d'une part, de réaliser 16 entrevues semi-dirigées et, d'autre part, de procéder à l'analyse des données thématiques. Les principaux résultats révèlent des besoins criants pour les hommes autochtones rencontrés : s'occuper de leur état de santé, protéger leurs enfants pour éviter des abus, avoir un service en santé mentale et des intervenants masculins dans le réseau. L'étude souligne également que les hommes autochtones ont une excellente appréciation des services disponibles au sein de leurs communautés et que ceux-ci sont offerts dans la complémentarité des médecines traditionnelle et moderne. Les hommes mettent beaucoup l'accent sur le rôle incontournable des aînés dans la transmission des savoirs autochtones et sur celui de la médecine traditionnelle en matière de préservation de la culture et de maintien de l'équilibre holistique en santé. Les hommes autochtones sont en faveur de la médecine traditionnelle et la considèrent comme un soutien important, car ils ont l'habitude d'y avoir recours dans le traitement de certaines maladies. Pour les hommes autochtones rencontrés, les deux modèles de médecine fonctionnent conjointement afin d'assurer le bien-être complet de toutes les personnes vivant dans les communautés autochtones.

Mots clés : Besoins, hommes autochtones, médecine traditionnelle, biomédecine, approche holistique, roue de la médecine.

SUMMARY

Health and Social Services Needs of Aboriginal Men in Lac Simon and Kitcisakik

By
Virginie Ciléus
Health sciences Program

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

According to some reports, indigenous people make little use of social and health services. This under-use of services is due to health disparities and the consequences of their history. Indeed, the colonial past has left traumatic traces, particularly the devastating consequences of the indigenous residential school system and the various social inequalities within the communities. Furthermore, it is important to emphasize that prior to the colonial period, Canada's indigenous peoples met their healthcare needs using traditional medicine. Nowadays, recourse to Western or modern medicine is widespread, but it is sometimes combined with traditional knowledge regarding the treatment and prevention of disease (medicine wheel). In this context, this study had set itself a twofold objective, namely (1) to describe the needs of Indigenous men in terms of socio-health services in the Lac Simon and Kitcisakik communities; (2) to understand the health care experience of Indigenous men in terms of traditional and modern medicine. To do so, this study used an exploratory qualitative research design. A sampling constructed by reasoned choice had to be implemented, based on the research agents coming from these participating communities. This made it possible, on the one hand, to conduct 16 semi-structured interviews and, on the other hand, to proceed to the analysis of the data by themes. The main results show that for the indigenous men interviewed, taking care of their state of health, protecting their children to avoid abuse, mental health services, male workers in the network are crying needs. The study also emphasizes that indigenous men have an excellent appreciation of the services available within their communities and that this is done in the complementarity of traditional and modern medicine. They place great emphasis on the essential role of elders in the transmission of indigenous knowledge and on that of traditional medicine in preserving their culture and maintaining their holistic balance in health. Indigenous men are in favor of traditional medicine and consider it an important support, as they are used to using it to treat certain illnesses. For the indigenous men we met, the two models of medicine work together to ensure the complete well-being of all people living in indigenous communities.

Keywords: Needs, indigenous men, traditional medicine, biomedicine, holistic approach, medicine wheel.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Chapitre 1 : LA RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 Le passé colonial et ses méfaits	3
1.2 La conceptualisation des visions holistiques et biomédicales de la santé.....	6
1.3 Les besoins en santé des hommes autochtones et les services disponibles	11
Chapitre 2 : LE CADRE CONCEPTUEL	15
2.1 Le concept de la roue de la médecine	15
2.2 L'approche holistique de la santé en contexte autochtone.....	18
Chapitre 3 : LA MÉTHODOLOGIE	21
3.1 La pertinence de la recherche qualitative pour ce projet.....	21
3.2 L'entrevue semi-dirigée	21
3.3 La formation d'un échantillonnage approprié.....	23
3.4 Le recrutement des participants	23
3.5 La population à l'étude et le mode de recrutement des participants	24
3.6 L'analyse des données	26
3.7 Les limites de la recherche.....	28
3.8 Les considérations éthiques	28
Chapitre 4 : LES RÉSULTATS.....	30
4.1 Les besoins en santé des hommes	30
4.1.1 Les besoins à l'égard du centre de santé dans la communauté (Val-d'Or ou ailleurs).....	36
4.1.2 Les services disponibles dans les communautés	38
4.1.3 Les services consultés par les hommes	40
4.1.4 L'accès au service de santé dans la communauté, Val-d'Or ou ailleurs	46
4.1.5 La synthèse des besoins en santé des hommes.....	50
4.2 Les conceptions de la médecine traditionnelle	51
4.3 Les conceptions de la médecine moderne.....	59
4.3.1 Le lien entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne	61
4.3.2 L'importance donnée par les hommes autochtones à la médecine traditionnelle	64
4.3.3 La synthèse des conceptions de la médecine traditionnelle et moderne	68

Chapitre 5 : LA DISCUSSION.....	70
5.1 L'objectif relatif aux besoins en services sociosanitaires des hommes	70
5.1.1 Les besoins à l'égard du centre de santé et de services sociaux dans la communauté	77
5.1.2 Les services disponibles dans la communauté	80
5.1.3 Les services consultés par les hommes	81
5.1.4 L'accès au service de santé dans la communauté, Val-d'Or ou ailleurs	85
5.2 L'objectif relatif aux conceptions des médecines traditionnelle et moderne.....	86
5.2.1 Le lien entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne	93
CONCLUSION.....	97
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	101
ANNEXES.....	126

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entrevue	127
Annexe 2 : Certification éthique CÉR-UQAT.....	132
Annexe 3 : Lettre d'appui – Communauté anishnabe de Lac Simon	134
Annexe 4 : Lettre d'appui – Communauté anishnabe de Kitcisakik	135
Annexe 5 : Lettre aux responsables des communautés de l'Abitibi-Témiscamingue	136
Annexe 6 : Lettre diffusion du projet de recherche	138
Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement	139

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1. La roue de la médecine.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 3.1 Caractéristiques sociodémographiques des hommes participants	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des hommes participants (suite)	26

REMERCIEMENTS

Mon parcours universitaire dans le cadre du programme de maîtrise en sciences de la santé a été édifiant, motivant, captivant, mais aussi marqué par des embûches et des appréhensions. Je me souviens avec gratitude du soutien inlassable de certaines personnes formidables qui ont contribué à la réalisation du présent mémoire. Tout d'abord, je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les membres du conseil de bande des deux communautés participantes. En particulier, Lac Simon et Kitcisakik ont accepté de m'accorder l'autorisation de mener une recherche auprès des hommes de la Première Nation. Afin de recruter les participants à l'étude, mon directeur et moi avons été accueillis à plusieurs reprises dans leur communauté. Cette expérience m'a permis de comprendre la problématique des hommes autochtones grâce à leur hospitalité et aux échanges que j'ai eus avec eux. J'ai également pu acquérir une compréhension approfondie de l'approche holistique de la santé dans un contexte autochtone. Cette expérience m'a incitée à réfléchir sur l'histoire des Autochtones, en particulier ceux du Canada. Je suis reconnaissante envers les hommes qui ont accepté de parler d'eux.

Ensuite, je tiens à exprimer ma gratitude envers mon directeur de maîtrise, le professeur Oscar Labra. Grâce à votre enthousiasme et à votre intérêt indéniable pour la recherche, vous m'avez permis d'aller plus loin dans mes réflexions et dans la rédaction de ce mémoire. Grâce à votre sagesse, votre disponibilité et votre appui, vous avez renforcé ma confiance en moi et avez conduit mon mémoire au-delà de mes attentes. Travailler avec vous m'a aidée à m'améliorer chaque jour et à grandir, merci pour votre confiance en mes capacités et pour votre générosité. De plus, je voudrais remercier également mon codirecteur, le professeur Augustin Ependa pour son encadrement.

En conclusion, je souhaite exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont participé d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce projet. Je souhaite adresser mes remerciements posthumes à ma mère Anne-Marie Décimus Ciléus et à mon père Léon Ciléus. Un grand merci à mes amis pour leur soutien inestimable tout au long de cette étude. Grâce à vos blagues et à vos encouragements, j'ai pu aller jusqu'au bout. Chacune de ces personnes m'a aidée à améliorer ce mémoire, avec ses suggestions et ses commentaires.

INTRODUCTION

Le présent projet de recherche, qui s'intéresse exclusivement aux besoins des hommes autochtones, s'inscrit dans le cadre d'une étude de plus grande envergure subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH). Il inclut un processus de coconstruction fondé sur les principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) qui établissent comment les données et les connaissances culturelles des Premières Nations doivent être collectées, consultées, utilisées et transmises. Ainsi, les chefs de bande de Lac Simon et de vice-chef de Kitcisakik, des leaders communautaires, des infirmières et des services de première ligne ont contribué à la réalisation du présent mémoire.

La coconstruction des rencontres de recherche du Pr Labra et son équipe a notamment permis de cibler les hommes en tant que population prioritaire pour cette étude. Population qui a un faible niveau de scolarité et des obstacles reliés à l'accès à un emploi sécuritaire (Isaacs et al., 2013; Isaacs et al., 2010; Tremblay et Ellington, 2022; Tremblay et al., 2005; Tremblay et al., 2021). Dans ce contexte, on remarque aussi chez les hommes autochtones une consommation excessive de stupéfiants et d'alcool (King et al., 2009; Tarasuk et al., 2020) en plus d'une tendance à hésiter à demander de l'aide en cas de problème socioéconomique ou de santé, d'un manque de confiance vis-à-vis du système de santé et des services sociaux ainsi que d'une propension au suicide (King et al., 2009; Tjepkema et al., 2019).

Pour ce qui est de la littérature scientifique concernant les femmes autochtones et les besoins sociosanitaires, elle indique que les femmes sont confrontées à certains problèmes comme les logements et les services de santé adaptés aux Autochtones, l'assistance en cas d'urgence et le soutien social (Arnaud, 2011; Fillion, 2019; Jaccoud, 1999; Jaccoud et Brassard, 2003). Par contre, quelques auteurs indiquent que les problèmes de santé, tels que les troubles de santé mentale, sont plus criants parmi les hommes, en comparaison avec les femmes (Corbeil et Marchand, 2010; Kumar et Tjepkema, 2019), et ce, parce que les femmes sont plus susceptibles de demander de l'aide (Brouillette et al., 2022; Flynn, 2010; Flynn et al., 2013; Halseth, 2013b).

Il faut noter qu'avant la période coloniale, la situation était différente, car les Autochtones du Canada (hommes et femmes) comblaient les besoins en santé essentiellement via la médecine traditionnelle (Aguiar et Halseth, 2015a; Halseth, 2013a; Renaud, 1977). En outre, les Autochtones ont une vision holistique de la médecine, c'est-à-dire une approche qui prend en charge la personne malade dans sa globalité (Assemblée des Premières Nations, 2018; Bair, 2014; Benoit, 2009). Chez les Autochtones, plusieurs méthodes de guérison, notamment la purification, les prières et l'offrande de tabac (Dozon, 1987; Dozon, 1995; Hill, 2003), demeurent des pratiques de guérison favorisant l'harmonie entre les dimensions physique, spirituelle, relationnelle et affective de l'individu. Dans la médecine traditionnelle autochtone, chacune des dimensions précitées revêt la même importance (Bair, 2014; Beaudet, 2013; Boivin et Morin, 2007; Dupuis, 2010; Leroux, 2014, 2014; Lévesque, 2011; Posca et Posca, 2018). En revanche, la biomédecine que les temps modernes imposent aux Autochtones est loin de les satisfaire, car les façons de guérir les malades sont loin des pratiques médicales holistiques ancrées dans la culture des Autochtones, la médecine occidentale étant imprégnée d'ethnocentrisme (Bouffard, 2006). Cependant, il est nécessaire de mentionner certaines limites reliées aux études effectuées antérieurement et qui persistent jusqu'à aujourd'hui. Dans ce contexte, plusieurs facteurs entravent une généralisation des résultats, notamment le nombre limité d'études ayant été consultées, la taille des échantillons (Bourgeois, 2021; Jodelet, 2006; Norris et Aiken, 2006; Rousseau et Saillant, 1996) et les inégalités entre les différents groupes autochtones (Terlutte, 2017). Finalement, peu d'études se sont attardées aux besoins des hommes autochtones en matière des services sociosanitaires (Canuto et al., 2018). Considérant ce manque de connaissances, ce projet vise à décrire les besoins des hommes autochtones en matière de santé et de services sociaux ainsi que leur conception des approches traditionnelle et moderne en santé. Comme contribution à l'avancement de la science, la présente recherche produira des connaissances pouvant pallier l'insuffisance des données disponibles à propos de l'utilisation des services de soins de santé primaires par les hommes autochtones de l'Abitibi-Témiscamingue, précisément ceux de la MRC de la Vallée-de-l'Or.

CHAPITRE 1 : LA RECENSION DES ÉCRITS

En Amérique du Sud comme en Amérique du Nord, la situation des peuples autochtones demeure une problématique complexe que l'on devrait appréhender sur plusieurs angles (Legros, 2005). D'abord, les Autochtones canadiens font partie des catégories sociales marginalisées. Généralement, leur niveau de vie est faible, comparativement à celui des Allochtones canadiens, notamment du point de vue financier, éducatif et sanitaire (Terlutte, 2017). La colonisation a eu un impact significatif qui persiste encore aujourd'hui sur cette population (Gaudreau, 2011). Cette problématique a été appréhendée suivant deux approches de la médecine, soit la pratique biomédicale de thérapie occidentale moderne et la pratique traditionnelle dite holistique qui s'appuie essentiellement sur la culture (Terlutte, 2017). Cette dernière approche met l'accent sur une pluralité de savoirs familiaux et populaires et de traditions religieuses et philosophiques (Chansonneuve, 2007; Kirmayer, 2007; Terlutte, 2017).

Selon Fleury-Payeur et Azeredo (2021), l'espérance de vie des hommes au Canada est inférieure de 3,8 ans par rapport à celle des femmes (Dubé-Rousseau, 2021; Fleury-Payeur et Azeredo, 2021). Parmi les hommes, l'espérance de vie des Autochtones (76,4 ans) est de 4,5 ans inférieure à celle des Québécois non autochtones (80,9 ans). L'un des facteurs favorisant cette disparité est l'ensemble des règles sociales issues de la masculinité traditionnelle qui se définit par les qualités suivantes : le stoïcisme, la culture de l'apathie, l'autonomie, la réussite et l'agressivité (Anderson et al., 2015; Fortin, 2016). Dans la section suivante, il sera question de ce que la littérature scientifique dit à propos du passé colonial et ses liens avec la santé des hommes autochtones, du concept de santé et des besoins des hommes autochtones en santé ainsi que des services disponibles.

1.1 Le passé colonial et ses méfaits

À la fin du XV^e siècle, les colonisateurs européens ont découvert d'autres territoires déjà habités. Le système colonial s'est installé progressivement (Bories-Sawala, 2024). L'implantation du système colonial en Amérique du Nord en général et au Canada en

particulier (Lachance, 2004) s'est accompagnée par des mesures et des actes imposés, notamment sur le plan judiciaire grâce à plusieurs stratégies, notamment la signature de traités et l'adoption de la Loi sur les Indiens en 1876. Cette loi a subi de nombreux amendements qui ont contraint les Premières Nations, excepté les Métis et les Inuits (Fillion, 2019; Lepage, 2009a, 2009b), à l'acculturation (Chansonneuve, 2007). Précisons qu'initialement, cette loi visait à éradiquer la culture autochtone et à garantir l'assimilation des Premières Nations dans la société eurocanadienne (Arnaud, 2013; Davy et al., 2016; Leslie, 2002).

La Loi sur les Indiens interdisait aussi aux membres des Premières Nations de pratiquer leurs rituels religieux et restreignait les rassemblements culturels. Cela s'est fait graduellement, en commençant par la cérémonie du potlatch (événement social, économique, politique et spirituel où le chef de la communauté redistribue ses richesses sous forme de cadeaux aux membres de sa communauté) qui est devenue illégale. Ensuite, la cérémonie du pow-wow (événement spirituel et culturel qui réunit les communautés pour célébrer leur héritage à travers la danse, la musique et les chants) a aussi été interdite, de même que toutes les activités traditionnelles qui mettent en avant la culture autochtone (Lepage, 2009a, 2009b). Par ailleurs, de temps en temps, les responsables des pensionnats ont exercé de la pression sur les parents autochtones pour qu'ils envoient leurs enfants dans des établissements destinés aux Premières Nations (Clatworthy, 2005; Clément, 2007; Johannessen et Lazar, 2006; Lepage, 2009a, 2009b, Lepage, 2009b). À travers tout le pays, ces mesures ont eu des effets dévastateurs (Sossoyan, 2009) qui se sont manifestés par une méfiance des communautés autochtones à l'égard du système de santé (Phommachakr, 2005), plus particulièrement chez les hommes autochtones (Coates, 2008).

La Loi sur les Indiens définit la personne autochtone comme tout homme de sang indien qui est considéré comme faisant partie d'une bande spécifique (Lambert, 2021; Masmoudi, 2008). Dès qu'un membre des Premières Nations décroche un diplôme universitaire, un titre professionnel ou devient responsable d'une église, ou encore, qu'une femme autochtone épouse un non-Autochtone, ce membre perd automatiquement son statut d'indien (Arnaud, 2013; Bousquet, 2016; Coates, 2008; Dupuis 1, 2010; Dupuis, 2010; Milloy, 2008).

En outre, la Couronne a développé plusieurs stratégies afin de priver les Autochtones de leur culture, ce qui a entraîné un effritement de leurs savoirs ancestraux. Selon le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones (Landry, 2020), il s'agissait d'un processus d'assimilation, car même le folklore des Autochtones était de plus en plus méprisé et leur culture était reléguée dans l'oubli (Landry, 2020; Lepage, 2009a). Cette assimilation a eu des impacts négatifs sur l'attachement des Autochtones à la terre. La synergie a disparu graduellement, surtout avec l'application de la doctrine terra nullius, ou terre vacante (Corvin Russell, 2017). Le concept de terra nullius est un produit du droit naturel et une philosophie qui a été utilisée au XIX^e siècle. On le considérait comme un prétexte justifiant la dépossession des Autochtones de leurs terres (Archer, 2016; Dion et al., 2016; Fitzmaurice, 2007; Corvin Russell, 2017). La terra nullius a été considérée comme un territoire sans histoire, n'appartenant à personne, et elle représente un héritage du colonialisme sur lequel s'appuie la doctrine de la découverte (Axelsson et al., 2016; Landry, 2020; Czyzewski, 2011a). L'assimilation des Autochtones et l'extraction de leurs ressources constituaient un obstacle majeur à leur expansion économique (Assemblée des Premières Nations, 2017; Corvin Russell, 2017; Simpson et Bagelman, 2018).

D'après Lepage (2009a), les colonisateurs considéraient les Autochtones comme des sauvages et des nomades. Par conséquent, ils étaient appelés à intégrer la civilisation occidentale. Cependant, les colonisateurs entretenaient des relations commerciales avec les Autochtones et ils ont approprié leurs langues et leurs traditions afin de garantir le marché de la traite des fourrures (Gauvin, 2019; Lepage, 2009b; Secrétariat aux affaires autochtones, 2011). Rodon (2019) relate l'existence du colonialisme interne entre les Autochtones et les Allochtones et qui perturbe les liens interinstitutionnels entre ces communautés, le Canada et les Autochtones. En 1982, le Canada s'est complètement libéré du colonialisme (Rodon, 2019; Trudel, 2017). En ce qui concerne les savoir-faire, les Autochtones percevaient la nature comme étant la principale source de guérison. Ils avaient recours à la médecine traditionnelle dans la prise en charge de certains problèmes de santé (Pourchez, 2011), comme les engelures, l'hypothermie, les plaies et les infections (Halseth, 2013b), grâce à l'utilisation de plantes médicinales (Holaly et al., 2015). En revanche, avec le débarquement des colons européens, le système de soin autochtone s'est de plus en plus fragilisé, car les

colons propageaient d'autres pathologies contagieuses dans la communauté autochtone, comme la variole et la grippe (Bories-Sawala, 2020; Clatworthy, 2009).

Le réseau national de pensionnats mis en œuvre par les colonisateurs a été une source de différentes typologies de violences observées dans les familles autochtones (Aguiar et Halseth, 2015b; Corvin Russell, 2017). Citons, entre autres, les violences économiques, physiques, psychologiques, sexuelles et spirituelles (Assemblée des Premières Nations, 2017; Griffiths et al., 2016). Ces violences avaient des répercussions particulièrement chez les femmes et les filles autochtones qui ont été victimes de la traite des personnes (Montminy et al., 2010; Atzeni, 2022). La traite des personnes se définit comme étant une action illégale par laquelle des personnes sont placées ou maintenues en situation d'exploitation à des fins lucratives (Roudometkina et Wakeford, 2018; Williams, 2019). Elle était due au régime colonial qui a montré un irrespect envers les femmes et qui a entraîné des blessures rongant continuellement la communauté des Autochtones (Grondin, 2019). La tolérance et l'acceptation des savoirs historiques dans le système médical canadien resteront pertinentes dans les échanges entre le soignant et le soigné autochtones (Aguiar et Halseth, 2015b; Kim, 2019).

Pour Czyzewski (2011) dans Labra et al., (2023), « l'histoire coloniale est à l'origine des conditions socio-économiques défavorables qui affectent les peuples autochtones et qui ont des conséquences directes sur leur santé physique et mentale » (p. 236). Pour la Commission Viens (2019) toujours dans Labra et al., (2023), la méfiance envers les services sociaux et de santé de la part de Autochtones, trouve son origine dans le contexte colonial. Les différences de santé entre les populations autochtones et la population générale peuvent donc être expliquées en partie par une imposition coloniale de modes de vie délétères. C'est ce que concluent Labra et al. (2023).

1.2 La conceptualisation des visions holistiques et biomédicales de la santé

De nombreuses méthodes de guérison comme la purification, les prières, la médecine à base de plantes, les cérémonies, les conseils des aînés, les cercles de guérison, les rituels et l'offrande de tabac ont été répertoriées en milieu autochtone. Cela renvoie à la conception

holistique des Autochtones de la santé, « laquelle favorise l'harmonisation des dimensions physiques, spirituelles, relationnelles et affectives de l'individu et leur accorde une importance égale » (Cloutier et Langlet, 2014, p. 3). Dans le milieu autochtone, il est fait état de l'entraide, de la transmission des savoirs entre les citoyens et de l'harmonisation avec les animaux et la nature (Blanchet-Cohen et al., 2020). Tous ces savoirs traditionnels gardés par les aînés fournissent aux Autochtones un accompagnement adéquat en matière de santé. Ces savoirs sont transmis aux autres générations, leur permettant ainsi de trouver un équilibre dans leur vie (Donatuto et al., 2016; Lévesque, 2011; Murphy et al., 201; Shah, 2003). La non-acceptation du savoir autochtone constitue une barrière, dans la mesure où cela empêche la pleine intégration des Autochtones dans le système de soins de santé. De plus, la méfiance de la commercialisation des connaissances traditionnelles est un autre handicap majeur au regroupement des savoirs autochtones (Beaudet, 2013; Leroux, 2014).

L'approche holistique de la santé est en inadéquation avec la biomédecine qui ne considère pas nécessairement l'individu dans sa plénitude, c'est-à-dire la dimension bio-psycho-sociale, et qui ne voit que la maladie. Ainsi, les concepts de santé et de bien-être sont liés. Les Autochtones les perçoivent sous l'angle d'une vision holistique (Assemblée des Premières Nations, 2017). En adoptant un tel modèle de santé, les Autochtones arrivent à maintenir leur équilibre de vie (Martin, 2003). Toutefois, dans certains cas, ils ont recours à la biomédecine. C'est ainsi que Dozon (1987; et 1995) suggère la promotion, l'intégration et la reconnaissance de la médecine traditionnelle, au même titre que la biomédecine. La médecine traditionnelle est diversifiée et possède une panoplie de savoir-faire, tant sur les plans physiques que sur les plans spirituels, émotionnels et sociaux (Dozon, 1987; Gimenez, 2012; Hill, 2003; Martin-Hill, 2010; Zellerer, 2003). Progressivement, la médecine traditionnelle a été considérée comme un acteur important dans le processus de soins en milieu autochtone. La conception holistique considère l'individu dans sa globalité et ne se concentre pas seulement sur la maladie (Bilodeau et al., 2006), car elle exprime une profonde interconnexion entre l'humain, la nature, les ancêtres et les forces spirituelles (Martin-Hill, 2010).

Pour ce qui est la biomédecine, ou la médecine des « Blancs », elle s'appuie sur le projet hippocratique et le médecin a l'obligation de se prononcer sur la maladie (St-Arnaud et al.,

2010). Il a fallu près d'un siècle pour que la médecine prenne un tournant décisif et mette l'accent sur la recherche clinique en combinant l'observation et l'action sur le patient tout en favorisant l'invention de certains appareils médicaux (Roy, 2002). Au cours de cette même période, la biomédecine s'est développée considérablement dans différents secteurs comme l'épidémiologie, la chirurgie, la prise en charge des infections et les soins intensifs, les techniques biomédicales et les calmants (St-Arnaud et al., 2010). La biomédecine a consenti des efforts énormes en vue de prendre en charge la maladie dès sa genèse. Ainsi, le modèle biomédical est en mesure de juger ce qui est normal ou anormal chez le patient dans le but d'améliorer la situation des utilisateurs de soins (Celec, 2004; Lundin, 2008).

Par ailleurs, l'apparition du terme biomédecine remonte à la fin de la Seconde Guerre mondiale et a fait l'objet d'une attention de plus en plus soutenue. Cependant, son efficacité a montré certaines limites, surtout quand un individu souffre d'une atteinte psychosomatique. En effet, la biomédecine est fondée sur la médecine occidentale et elle est imprégnée d'ethnocentrisme. Cette emprise de la médecine moderne a entraîné une dévalorisation de la médecine traditionnelle (Saillant et Quéniart, 1990). Depuis la nuit des temps, la médecine, la religion et la santé sont liées, car la médecine traditionnelle trouve son origine dans la spiritualité. En revanche, la biomédecine perçoit le patient comme un spécimen qu'on peut analyser (Jewsiewicki et al., 2006). Ce faisant, la notion de santé a pris d'autres significations explicitées dans la section qui suit.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la notion ou la réalité de santé se définit comme « un état de bien-être complet à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » (Barton et al., 2021; Field et al., 2004, p. 7). Cette définition laisse entrevoir le côté holistique de la santé qui inclut plusieurs aspects. Barton et al. (2021) abondent dans le même sens en affirmant qu'un ensemble de paramètres doit être pris en considération lorsqu'on parle de la santé, entre autres, l'environnement physique de la personne, l'organisation de la société et la planification des décideurs qui sont autant d'éléments qui peuvent influencer positivement la santé.

Une autre définition de la santé fait référence à la notion du bien-être à préserver, lui-même lié aux responsabilités du secteur des soins médicaux (médecine) qui doit offrir des soins

face à la situation de maladie, puis des responsabilités de la personne qui doit s'assurer de son bien-être. Selon Renaud (2007), la santé et la maladie sont indissociables; dès qu'il y a un déséquilibre, le malade doit être traité adéquatement pour retrouver la santé ou le bien-être. Pour le philosophe Michel Foucault, en matière de santé, la médecine moderne préconise une lutte contre la souffrance et la mort. De plus, cette médecine a le souci d'apporter une sensation de bien-être physique aux patients, et ce, en ayant un certain monopole de la vie à différents stades de l'évolution d'un individu, depuis la conception et la naissance jusqu'à la vieillesse en passant par l'adolescence et l'âge adulte. De plus, cette médecine joue un rôle dans la prévention de la maladie en suivant des règles d'hygiène de vie, comme encourager les gens à dormir suffisamment, à manger sainement, à pratiquer un exercice physique et à améliorer la qualité de vie en cas de maladie pour enfin augmenter l'espérance de vie. De nos jours, le souci de prévenir les maladies afin de se maintenir en santé fait en sorte que la société dépend de plus en plus des médicaments pour préserver la santé.

Une autre vision de la santé est celle de la responsabilité dans le maintien d'un équilibre entre les piliers de cette notion. Hancock (1986) et Pierret (2008) ont structuré la notion de santé d'une manière générale sur plusieurs piliers, entre autres, la physiologie du corps humain, l'entourage des gens, les modes de vie et la coordination des soins de santé. Ici, la santé vise donc la préservation d'un équilibre dans la vie; il est essentiel d'évaluer minutieusement ces éléments susmentionnés puisque la santé est un bien libre que nous avons tous en commun (Mulligan et al., 2024). Il revient à tout un chacun de gérer sa santé en priorisant des attitudes sanitaires, qui favorisent une gestion individuelle de la santé, tout en se démarquant de l'influence sociale, qui évaluerait le risque de maladie (Carpentier et al., 1980; Dubos, 1999; Hancock, 1986; Pierret, 2002). Puisque nous sommes exposés à cette situation (maladie), il est impératif de souscrire une assurance maladie. Si nous négligeons cette préparation à l'avance, lorsque la maladie frappe à nos portes, nous serons jugés et critiqués. Selon (Boëtsch, et Chevê, 2006), lorsqu'il est question de santé, il est essentiel de prendre en compte l'environnement de la personne malade (Dubos, 1999). Toutefois, Sfez (1996) soutient que la santé parfaite n'est qu'une illusion, car de nos jours, la santé consiste à anticiper les risques de contaminations (Herzlich, 1984, 2019). Devant ces différentes façons

de définir ou de percevoir la santé, il devient intéressant d'en savoir plus sur la santé et la maladie chez les Autochtones.

Plusieurs causes expliquent le déplacement des Autochtones vers les centres-villes, notamment l'éducation, le travail, l'émancipation, les nouvelles occasions et des raisons de santé. Selon la Loi canadienne sur la santé, tous les Canadiens ont droit et accès au service de santé (Flynn, 2010; Martin et Diotte, 2010). Cependant, les Autochtones qui habitent en région éloignée, surtout ceux qui sont atteints de pathologies chroniques comme l'insuffisance rénale chronique, l'hypertension artérielle et le diabète, pour ne citer que ces exemples, éprouvent des difficultés à jouir de ce privilège (Willows, 2005; Martin et Diotte, 2010). Ainsi, certains Autochtones s'installent en ville en vue d'une meilleure prise en charge de leur santé (Benoit, 2009; Reading et al., 2022).

Malgré ce déplacement, les Autochtones sont mal accueillis dans le système de santé québécois en raison du racisme structurel (Czyzewski, 2011b; Isaacs et al., 2010; Kirmayer et Bennegadi, 2011; Wylie et McConkey, 2019). Depuis que le système de soins au Canada s'appuie surtout sur la médecine dite « des Blancs » qui préconise son développement (Martin et Diotte, 2010), il y a des lacunes en matière de communication entre les patients et les professionnels de la santé. Ces derniers perçoivent la santé sous un angle biologique et la maladie comme un handicap physique (Leclerc, 2019) alors que les Autochtones perçoivent la santé et la maladie comme un équilibre d'harmonie, de vision holistique et de spiritualité (Landry et al., 2019; Maltais-Landry, 2017).

Cette différence entre les deux modèles de médecine ne permet pas aux Autochtones de comprendre le jargon médical et d'adhérer aux traitements. En particulier, les Autochtones diabétiques qui arrivent chez le médecin se sentent dévalorisés et ne pensent pas être compris (Isaak et Marchessault, 2008; Tremblay et al., 2005). Ce comportement a pour effet de diminuer la présence des Autochtones dans les centres hospitaliers, surtout en raison de leur vision nettement différente de la santé et de la maladie (Martin et Diotte, 2010). À titre d'illustration, chez les Autochtones, lorsqu'une personne est en surpoids (obèse), elle n'est pas considérée comme malade. En revanche, pour les professionnels de la santé, être en surpoids peut entraîner des conséquences fatales et être vu comme une cause de comorbidité.

Le médecin peut ainsi estimer que le malade est responsable de la détérioration de son état de santé. Il est donc indispensable qu'il prenne ses médicaments (Bair, 2014).

Toutefois, pour les Autochtones, le traitement doit être holistique et tenir compte de l'individu dans sa globalité physique, émotionnelle, mentale et spirituelle (Landry et al., 2019; Maltais-Landry, 2017; Terlutte, 2017). Chez les Autochtones, la maladie est perçue comme une conséquence d'un manquement à l'ordre social (Martin et Diotte, 2010). C'est pourquoi le traitement comprend deux aspects : le premier agit sur le patient et le second, sur le respect de l'ordre social et des valeurs morales au sein de la communauté autochtone (Boudreau, 2020; Lavallee et Poole, 2010). Ainsi, deux mots viennent à l'esprit lorsque l'on évoque le mot maladie : *disease*, qui réfère à un déséquilibre palpable, tangible, d'un organe ou d'un système du corps humain et son équivalent *illness*, qui renvoie à l'émotion et à la subjectivité (Blech, 2018; Herzlic, 2019). Pour l'anthropologue Jean Benoit, le terme de la santé se perçoit comme maladie, ou *sickness*, sous une dimension pluridimensionnelle, notamment le mode de vie, l'histoire, la culture, la perception du malade et celle du médecin lui-même envers la maladie. Il est alors évident que l'anthropologie est le cadre théorique de ce concept de maladie (Lézé, 2009). Cette discipline permet également de saisir le problème, de le capturer ou d'observer le comportement des médecins dans leurs pratiques (Begué-Simon, 2006; Mussell, 2005).

1.3 Les besoins en santé des hommes autochtones et les services disponibles

Plusieurs indicateurs de santé démontrent le désavantage en santé qui touche les populations autochtones en général, plus spécifiquement les hommes qui ont des défis particuliers. En effet, d'après une étude de Statistique Canada, l'espérance de vie des hommes autochtones en 2011 était évaluée à 72,5 ans, soit 8,9 ans de moins que les hommes non autochtones et 5,2 ans de moins que les femmes autochtones (Tjepkema et al., 2019).

Les problèmes qui touchent plus particulièrement les hommes autochtones en comparaison aux femmes autochtones et aux hommes non autochtones sont le suicide, l'usage excessif de drogues et d'alcool (Assemblée des Premières Nations, 2017; Kumar et Tjepkema, 2019), les difficultés d'accès à un emploi, le niveau d'éducation et la pauvreté au travail ainsi que

l'exposition à la violence (Innes, 2015). Ces indicateurs de santé rendent compte des écarts en santé du point de vue de la société dominante. Selon une conception holistique de la santé, d'autres défis sont à prendre en compte dans la compréhension de la santé des hommes autochtones. Depuis l'époque coloniale, les croyances des peuples autochtones ont certes évolué, mais certaines caractéristiques de leur vision du monde et de la santé ont perduré, notamment une perspective holistique (Kelm, 1998). Selon cette optique, la santé est un état d'équilibre entre les différentes dimensions de l'être que sont le mental, le physique, l'émotionnel et le spirituel (Reading et Wien, 2013) ainsi que 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 (Portman et Garrett, 2006). Portman et Garrett (2006) affirment qu'une rupture de l'équilibre au sein d'un élément entraîne un déséquilibre au sein des autres.

Chez les Autochtones, le maintien de la santé des individus, de la communauté et de l'ensemble des éléments du cercle des relations est donc l'affaire de tous, et est assuré par l'exercice des rôles traditionnels (Kelm, 1998). Ces connaissances sont transmises au sein du cercle familial, et l'accomplissement de ces rôles permet d'assurer un équilibre à la fois de l'individu et de ses relations ainsi qu'un fort sentiment d'appartenance aux différents cercles de relation (Kelm, 1998).

Par ailleurs, la perturbation des systèmes familiaux, communautaires et environnementaux occasionnée par la colonisation a des implications importantes sur la santé des hommes autochtones et des communautés (Anderson et al., 2015). En effet, plusieurs études ont mis à jour le lien direct entre la perte de rôle auprès de la famille, ou de la communauté, et les problèmes de santé liés à la dépendance qui affectent un nombre important d'hommes autochtones (Isaacs et al., 2013; Norgaard, 2018). Aussi, bien que la proportion d'hommes ayant commis des actes de violence et faisant un usage excessif de substances psychoactives soit plus importante chez les Autochtones que dans la population en général, les hommes autochtones n'en représentent pas la majorité (Assemblée des Premières Nations, 2017; Innes, 2015; Whelton et al., 2018). Pourtant, cette prédominance entraîne une stigmatisation et une marginalisation des hommes autochtones en général, qui sont employées pour justifier les affronts de la colonisation (Innes, 2015), et qui pénètrent dans les cellules familiales et

amènent les familles à fonder moins d'espoir en leurs garçons qu'en leurs filles (Mussell, 2005). Les hommes autochtones sont donc fortement touchés par le racisme et le colonialisme, et l'amélioration de leur santé appelle donc à des services visant (1) la décolonisation, (2) la restauration des liens à l'environnement, (3) l'autodétermination, (4) la sécurisation culturelle, (5) la continuité culturelle, notamment par la restauration des rôles masculins, et (6) l'intégration de la famille et la communauté au processus de guérison (Blashki et Brown, 2005; Reading et Wien, 2009a; Roh et al., 2016).

En effet, selon plusieurs études réalisées auprès d'hommes autochtones, la perception de la santé par ces hommes est liée à l'exercice de leur rôle au sein de la famille et de la communauté (Anderson et al., 2015; Cavanaugh et al., 2008; Cavanaugh et al., 2008; Getty, 2013). Selon cette vision, l'homme autochtone ne doit pas être appréhendé comme une partie du problème à résoudre, mais plutôt comme une partie de la solution, grâce à la valorisation de son implication dans la sphère familiale et communautaire (Mussell, 2005).

La spécificité des besoins des hommes autochtones nécessite donc une approche adaptée, qui combine les approches occidentale et holistique (Roy, 2019). Les méthodes autochtones de guérison ont fait la preuve de leur efficacité (CCNSA, 2012; George et al., 2017; Getty, 2013). De plus, elles sont reconnues à la fois par les organisations autochtones et gouvernementales ainsi que par le secteur de la santé (Willows, 2005). Plusieurs modes d'intégration des pratiques autochtones en santé existent au Canada. Ils peuvent être regroupés selon trois modèles : (1) la présence d'agents de liaison au sein des services conventionnels, (2) des services dont la conception est basée sur une approche holistique ou l'utilisation directe des méthodes de guérison autochtones telle que le recours à un guérisseur et (3) des programmes qui intègrent des éléments culturels à des approches biomédicales, par exemple un programme de promotion de saines habitudes de vie qui revitalise les savoirs liés à l'alimentation traditionnelle (Lavallee et Poole, 2010). Ce type d'initiative peut se rencontrer dans les services sociosanitaires provinciaux et dans les organismes communautaires (Lavallee et Poole, 2010), mais il est surtout utilisé de façon systématique dans les centres de service gérés par les communautés autochtones qui placent la dimension culturelle au cœur de l'offre de service (Harfield et al., 2018).

Malgré ces efforts, plusieurs défis restent à relever pour assurer la pertinence et l'efficacité des services offerts aux hommes autochtones afin de répondre adéquatement à leurs besoins. Tout d'abord, la plupart des services sont encore dominés par le modèle biomédical, donc par une approche essentiellement centrée sur les dimensions physiques et individualistes, en décalage avec une vision holistique de la santé (Willows, 2005). La diversité de la population masculine autochtone demande de la flexibilité dans l'offre de service. Par exemple, il est important de permettre l'accès à des méthodes traditionnelles de guérison à ceux qui le désirent, mais il faut aussi se rappeler que certains hommes autochtones ne sont pas intéressés par ce type d'approche (George et al., 2017). Par ailleurs, la persistance du racisme dans les 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 (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, avec des conséquences néfastes sur la qualité réelle des soins reçus, par exemple les erreurs de diagnostic qui surviennent quand des symptômes sont injustement interprétés comme les conséquences de la consommation d'alcool (Goodman et al., 2017; Phillips-Beck et al., 2020; Wylie et McConkey, 2019). De plus, l'expérience du racisme influence aussi négativement la perception des services reçus, même lorsqu'ils répondent au même standard que ceux offerts à l'ensemble de la population, avec une incidence préjudiciable sur l'accès aux services (Wylie et McConkey, 2019). Malgré une abondante littérature sur plusieurs sujets et problématiques touchant les Autochtones au Québec, peu d'études ont été menées pour comprendre les besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux et sur leur expérience de soins avec les médecines traditionnelle et moderne. La présente étude veut répondre à deux objectifs spécifiques : 1) Décrire les besoins des hommes autochtones en ce qui a trait aux services sociosanitaires dans les communautés (Kitsisakik et Lac Simon); 2) Comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones en matière de médecines traditionnelle et moderne.

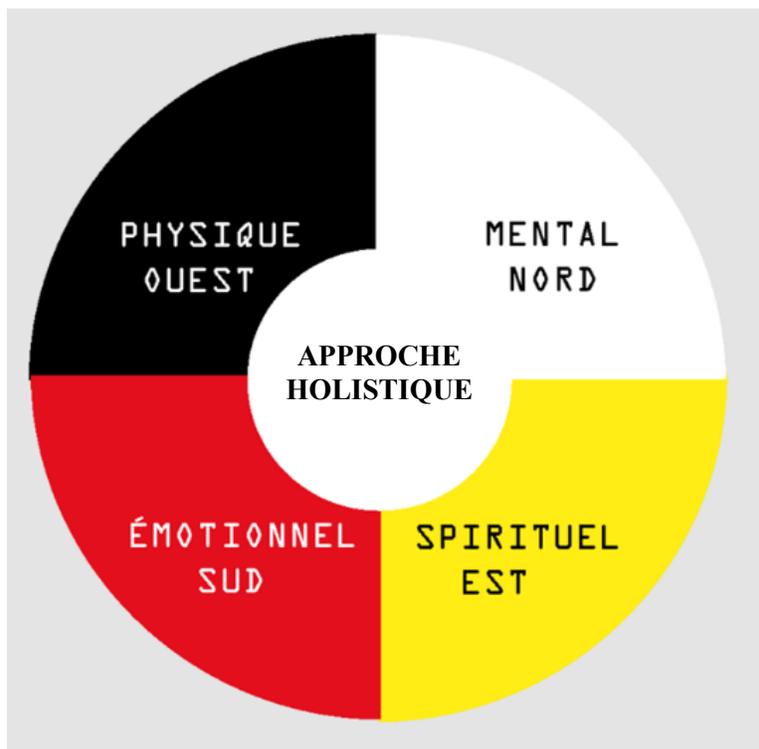
CHAPITRE 2 : LE CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre présentera les approches sur lesquelles le présent mémoire de recherche s'appuie. Il sera ainsi question, dans un premier moment, de la roue de la médecine, ou roue de bien-être, et dans un second moment, de l'approche holistique de la santé en contexte autochtone.

2.1 Le concept de la roue de la médecine

La roue de la médecine, ou roue de bien-être, a été mise à contribution dans le cadre de la présente recherche. Cette roue est un cercle sacré ancestral autochtone qui existe depuis des millénaires (Battiste, 2002). Il s'agit d'un outil proactif qui permet aux Autochtones de participer activement au processus de guérison (N. Bell, 2014; Coates, 2003) et d'en reprendre le plein contrôle (Jaccoud, 1999). Le concept de cercle est à l'origine de la philosophie qui offre en même temps une perspective sur le monde (Mayoral-Baños, 2021). Cela semble être une manière de vivre en tant que ressource indépendante utilisée de différentes manières dans la prise en charge des personnes autochtones (Loiselle et McKenzie, 2009). La roue de la médecine aide les Autochtones à mieux gérer leur santé (Roussel, 2018) en s'appuyant sur quatre piliers : le spirituel, le mental, le physique et l'émotionnel/relationnel (figure 1) (Coates, 2003).

Figure 1. La roue de la médecine



Source : Leclerc, A-M et al (s.d., paragr. 5)

Dans cette optique, les quatre piliers ont une signification particulière. Par exemple, le quadrant rouge de la roue de bien-être symbolise le sud et on observe aussi que cette direction représente les plantes, l'eau, l'aspect émotionnel de l'homme autochtone, sa confiance et sa innocence (Coates, 2008; Ellington, 2020).

En adoptant cette perspective, les guérisseurs autochtones aident leurs semblables, grâce à la médecine traditionnelle, en s'appuyant sur l'approche holistique (Whyte, 2023). De plus, le cadran jaune de la roue de la médecine représente l'est qui correspond à l'aspect spirituel (Ellington, 2020), du temps de la terre et de la compréhension interrelationnelle ainsi que le soleil et le feu (Bell, 2014). L'ouest est représenté par le quadrant noir de la roue. Il arrive parfois que cette partie de la roue de la médecine soit bleue au lieu d'être noire (Ellington, 2020). Pour plusieurs Premières Nations, le noir est associé à la mort ou au deuil. Aussi, l'ouest symbolise l'interdépendance entre la tête (l'imaginaire) et le cœur de la connaissance (les différents savoirs), aussi l'aspect physique, introspection et perspicacité. Selon Bell

(2014), cette partie de la roue de la médecine implique la compréhension. En utilisant la raison, on cherche son origine, son appartenance (Ellington, 2020). La couleur blanche de la roue de la médecine symbolise le nord, c'est-à-dire la période hivernale pendant laquelle on se repose, ainsi que les animaux et l'air, la sagesse et logique (Smits, 2014). Chaque partie de la roue de la médecine est connectée et se combine de façon cyclique. Par ailleurs, nous avons observé que le chiffre quatre est d'une grande importance et est considéré comme un symbole précieux pour les Autochtones, à travers la roue de la médecine (Ellington, 2020). Cette roue symbolise également les quatre étapes de la vie d'un individu : l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte et la vieillesse (Isaak et Marchessault, 2008; Young et al., 2013). Le chiffre quatre représente également la connexion entre les éléments célestes et les êtres humains : le soleil est masculin, la terre est féminine, la lune représente la grand-mère et le tonnerre symbolise le grand-père (Belanger et al., 2006). La vie est possible grâce aux quatre éléments : le minéral, le végétal, l'animal et l'humain (Smits, 2014). Finalement, il existe quatre races humaines : jaune, rouge, blanc et noir. Toutes sont uniques et égales, mais elles sont interdépendantes les unes des autres (Smits, 2014).

Dans la conception de la roue de la médecine, la personne est encouragée à placer son plan, ou son objectif journalier, à l'intérieur de la roue et dans le compartiment approprié (Herr, 1987) pour une vie meilleure. En outre, il est essentiel de surveiller l'équilibre entre les quatre éléments de la roue mentionnés précédemment (Duran et Duran, 1995). Il incombe à chaque personne de faire son auto-évaluation, d'analyser sa méthode d'intervention et les tactiques utilisées afin de favoriser son bien-être ainsi que l'harmonie au sein de la communauté (Mehl-Madrona, 1998). La roue de la médecine permet aussi aux Autochtones de réfléchir à leur être intérieur et de faire une introspection complète de leur vie actuelle. Il est important que la personne ait un plan d'action concret avec une motivation quotidienne qui lui permettra de réaliser ses objectifs (Hart, 2020). Cela aide à mieux comprendre que la collaboration avec les communautés des Premières Nations doit être réalisée de manière responsable et authentique (Battiste, 2002; Parisian, 2020).

2.2 L'approche holistique de la santé en contexte autochtone

Pour ce qui est de l'approche holistique utilisée en contexte autochtone, elle implique de tenir compte des contextes politiques et historiques diversifiés des populations autochtones, de même que des aspects physiques, émotionnels, cognitifs, spirituels et culturels qui en découlent (Gone, 2019; Kenny et al., 2004a). Kenny et al. (2004a) soulignent qu'il est essentiel d'instaurer un cadre de recherche holistique, c'est-à-dire une recherche qui prend en considération les expériences des Autochtones et qui respecte également leur savoir. Afin de préserver l'équilibre, de l'individu, il est primordial de se concentrer sur les différents aspects de la vie d'une personne autochtone, comme son passé, son présent et son avenir (Loiselle et McKenzie, 2009).

Selon plusieurs études sur les besoins en santé des hommes autochtones, l'approche holistique vise à maintenir l'équilibre entre les dimensions physiques, spirituelles, émotionnelles et mentales (Baron, 2019; Gone, 2019; Manitowabi, 2023; Rowan et al., 2014). La dimension physique englobe l'individu, l'espace, la terre, la compréhension interrelationnelle et la nature ainsi que la manière dont cette dimension interagit avec la faune et la flore. De plus, la dimension physique a pour but de promouvoir le bien-être de tous les membres de la communauté en se basant sur la connaissance physique de la médecine traditionnelle (Bell, 2014; Blashki et Brown, 2005; Boelen, 2021). Par ailleurs, la littérature souligne que la guérison et le bien-être en contexte autochtone sont synchronisés par un équilibre avec la nature, en pratiquant l'équité et l'harmonisation avec soi (Jérôme, 2013; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). Cela entraîne également une paix intérieure (Little Bear, 2009; Sioui, 2021). Ainsi, l'équilibre qui n'est pas respecté engendre le chaos et l'anarchie, ce qui rend les gens vulnérables et provoque l'émergence de la maladie (Little Bear, 2009). Dans cette compréhension de la réalité, l'aspect intrinsèque de l'être humain est symbolisé par la dimension spirituelle qui constitue l'un des piliers de l'approche holistique (Beaumont, 2023; Boelen, 2021; Sauvé et al., 2005). Cette perspective a donné aux Autochtones une perception globale de leur vie en tant qu'entité complète du cosmos.

D'ailleurs, la vision parfaite et spirituelle du monde est une caractéristique distinctive des Autochtones (Brodard, 2010). Le cercle incarne l'unité, la globalité, la pérennité, l'éternité,

l'entraide, l'interaction, le soutien, la complétude, l'intégration, l'équité et la sérénité (Guyon, 2006; Mehl-Madrona, 2003). De plus, le ciel, les planètes et les nids d'oiseaux sont disposés de manière circulaire. Or, ces formes rondes rappellent aux Autochtones certains principes spirituels fondamentaux comme la bienveillance, la gentillesse, la patience, l'humilité, le partage et l'amour du prochain (Duran et Duran, 1995; Parisian, 2020). En outre, la dimension spirituelle est perçue comme une éducation qui est inhérente au peuple autochtone, contrairement à la médecine occidentale qui s'appuie principalement sur des données probantes (Battiste, 2002). Comme l'a souligné Whyte (2023), cette dimension aide à prendre soin de la personne malade en lui offrant une image mentale positive à l'aide d'une visualisation intérieure empreinte d'espérance (Kenny et al., 2004b). Pour ce qui est de la dimension émotionnelle de l'approche holistique, elle contribue à aider les Autochtones à contrôler leurs émotions de manière rationnelle, que ce soit pour faire face à un deuil ou à certaines questions fondamentales de la vie, par exemple : à qui appartenons-nous? À qui sommes-nous reliés? D'où venons-nous? Qui sommes-nous? Pourquoi pratiquons-nous la médecine traditionnelle? Ainsi, cette approche contribue à maintenir l'équilibre entre les trois dimensions (mentale, physique et spirituelle) (Parisian, 2020). En ce qui a trait à la dimension mentale de l'approche holistique, tous les humains sont égaux sur ce plan, peu importe leur race (Klein, 2016). Ils ont des compétences créatrices, rationnelles, intellectuelles et logiques (Loiselle et McKenzie, 2009). L'ensemble des humains ont leur libre arbitre, même s'ils ne sont pas tous en mesure de le déclarer publiquement. Une fois l'équilibre atteint, il contribue à la demande d'aide, crée un sentiment d'appartenance et renforce la confiance chez les Autochtones (Rowan et al., 2014; Wu et al, 2023). Quelques auteurs estiment que l'utilisation des pratiques culturelles dans la prise en charge sanitaire d'une personne autochtone est cruciale. En s'appuyant sur une approche holistique, les hommes autochtones peuvent établir et entretenir des liens avec la nature tout en réaffirmant leur identité culturelle (Wright et al., 2011). L'application de cette approche en contexte autochtone favorise l'harmonisation et le développement de l'être humain avec son environnement physique et social. Dans cette optique, l'équilibre permet aux hommes autochtones de parvenir à se réaliser en tant qu'individus (Battiste, 2002; Dufour, 2016). D'après Hart (2020), la pinotimadiziwin (la bonne vie) résulte de l'harmonie de ces différents éléments.

La science a fait beaucoup de progrès, la communauté autochtone en est consciente et reconnaissante, mais en milieu autochtone, si le physique est important, la spiritualité a aussi sa place. Celle-ci permet de maintenir l'égalité entre le genre humain et l'équilibre du système à travers la compréhension, la guérison et le dialogue interculturel (Hipwell, 2001; Wright et al., 2011).

L'approche holistique a permis également le développement de certaines compétences chez les Autochtones, comme l'entraide et la résilience. Il existe des groupes de soutien pour aider les personnes qui sont vulnérables. Les hommes autochtones en particulier ont été confrontés à des situations difficiles et le groupe des Alcooliques anonymes, par exemple, leur a permis de se libérer de la drogue et de l'alcool. Tout cela répond aux besoins particuliers des hommes autochtones dans une atmosphère culturellement sécurisée (Gingras-Lacroix et Labra, 2021), c'est-à-dire où se sentent accueillis et respectés. La présente étude viendra combler un vide à propos des besoins en santé et en services sociaux ainsi que de leur perception de l'approche holistique et biomédicale des hommes en région. Elle contribuera aussi à améliorer l'état des connaissances scientifiques disponibles, ce qui pourra servir d'orientation dans d'autres régions du Québec (voire du Canada). Les deux approches médicales citées précédemment sont considérées comme très appropriées en milieu autochtone, d'où leur pertinence pour le sujet de recherche.

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre présente le choix méthodologique dans le but de répondre aux objectifs de recherche. Nous abordons le type de recherche que nous avons réalisé ainsi que la façon dont a été effectuée la collecte des données. Enfin, nous présentons les considérations éthiques liées au projet.

3.1 La pertinence de la recherche qualitative pour ce projet

Étant donné que la présente étude vise à connaître quels sont les besoins des hommes autochtones en matière de santé et de services sociaux ainsi que leur conception des approches en santé, le devis de recherche qui convient est la recherche qualitative. Celle-ci n'est d'ailleurs pas étrangère au domaine de la santé (Aubin-Auger et al., 2008; Erickson, 1985; Woolf et al., 2007). Ainsi, ces méthodes ont apporté leur quote-part à l'avancement de la médecine moderne (Pope et Mays, 2020; Rousseau et Saillant, 1996).

La recherche qualitative est de plus en plus utilisée en sciences de la santé, notamment dans les sciences infirmières (Aubin-Auger et al., 2008; Pope et Mays, 2020). Remarquons aussi que la présente recherche est circonscrite à partir d'une compréhension inductive et analytique au vu des objectifs de recherche (Boutin, 2019; Fortin et Gagnon, 2016). Les objectifs du projet se rapprochent d'ailleurs des propos de Rousseau et Saillant (1996) lorsqu'ils prônent de chercher *avec* les participants à l'étude plutôt que de chercher *pour* eux, ce qui permettra d'avoir une compréhension des deux objectifs proposés dans le cadre de cette étude.

3.2 L'entrevue semi-dirigée

Comme technique de collecte des données, nous réaliserons des entrevues semi-dirigées. Pour Imbert (2010), l'entrevue semi-dirigée (annexe 1) constitue l'outil de collecte de données le plus utilisé dans le cadre des travaux de recherche menés en sciences de la santé,

en sciences humaines et en sciences sociales. Cet outil permet une interaction interpersonnelle entre le chercheur et le participant, une compréhension riche du phénomène étudié et le sens qu'il a de son vécu (Boutin, 2019; Savoie-Zajc, 2009).

En conformité avec l'objectif de la présente étude, cette technique a été privilégiée pour la collecte de données (voir annexe A), car elle donne le champ libre à l'interviewé pour raconter son vécu en abordant quelques thématiques (Boutin, 2019).

Nous avons réalisé les entrevues, d'une durée allant de 45 à 90 minutes, avec la collaboration d'un agent de recherche du 1er septembre au 30 novembre 2023. Cette approche a facilité la confiance entre les interviewés et l'intervieweuse en plus de minimiser les biais liés au discours des participants (Poupart, 1997). Les entrevues ont été enregistrées au moyen d'un appareil audio. Cette méthode a facilité la transcription des verbatim anonymisés, qui seront détruits après le dépôt du mémoire.

Parmi les différents thèmes qui figurent dans le guide de l'entrevue se trouvent les besoins des hommes autochtones, l'approche en santé, le savoir autochtone, les guérisons et le modèle thérapeutique, l'approche biomédicale, la relation entre le soignant et le soigné, les services disponibles, l'accessibilité dans les centres hospitaliers, etc. Étant donné que la recherche qualitative priorise la manipulation des données verbales (Aubin-Auger et al., 2008), les entrevues ont été réalisées dans un même objectif en valorisant en contexte naturel le libre discours (Poupart, 1997).

Enfin, pour atténuer l'effet de désirabilité sociale que peut occasionner l'entrevue, la collecte de données a eu lieu dans le milieu habituel (communautés de Lac Simon et de Kitcisakik) des hommes participants afin d'écartier tout éloignement qui pourrait compromettre la discrétion lors du déroulement des entrevues.

3.3 La formation d'un échantillonnage approprié

Tout d'abord, pourquoi un échantillon? Parce qu'il serait extrêmement difficile de questionner toute une population. De plus, cela coûterait énormément d'argent et de temps. De ce fait, il nous faut un échantillon valide (Pires, 1997).

Les participants ont été choisis, certes, en fonction de leur pertinence théorique par rapport au phénomène étudié (Beaud, 2012; Fortin et Gagnon, 2016). Alors, selon Gélinas et Samb (2021), un échantillon par choix raisonné a été utilisé pour recruter les participants (Fortin et Gagnon, 2016). La population à l'étude se constitue : 1) d'hommes autochtones; 2) ayant dix-huit ans et plus; 3) résidant depuis au moins trois mois consécutifs dans une des communautés participantes, soit Lac Simon ou Kitcisakik; 4) ayant déjà utilisé ou effectué des démarches pour utiliser un ou des services sociosanitaires disponibles en région au cours des cinq dernières années. Il est à noter que le concept autochtone peut désigner tout descendant indien, métis ou inuit, ou des Premières Nations (Guimond et al., 2009; Samb et Ridde, 2012).

Selon la tradition des recherches qualitatives, un échantillon de 5 à 7 participants par communauté est envisagé (Savoie-Zajc, 2006, 2010). Toutefois, nous avons interviewé 12 hommes de la communauté de Lac Simon et 4 de Kitcisakik, tout en appliquant la méthode de saturation théorique (Pires, 1997).

3.4 Le recrutement des participants

Après avoir obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT (CÉR-UQAT) (annexe 2) et le consentement écrit des conseils de bande de Lac Simon (annexe 3) et de Kitcisakik (annexe 4), nous avons demandé la collaboration d'un agent de recherche dans chaque communauté afin d'assurer la liaison entre l'étudiante chercheuse et les participants.

Il est à noter que pour diffuser le projet de recherche, une lettre a été envoyée aux responsables des communautés de l'Abitibi-Témiscamingue (annexe 5). De plus, la

chercheuse et son directeur de recherche (professeur Labra) ont rencontré en personne des leaders des communautés pour leur présenter le projet. En outre, en février 2024, la chercheuse a effectué des visites dans les communautés pour valider les données collectées auprès des participants (Drapeau, 2004).

Chaque conseil de bande nous a proposé un agent de recherche. Avec eux, nous avons diffusé ou fait connaître le projet de recherche via une lettre de présentation (annexe 4). Ce sont les agents de recherche de chacune des communautés participantes qui ont rencontré les hommes de leur cercle pour les inviter à participer à l'étude. Les rencontres pour entrevue ont été planifiées en face-à-face, en collaboration avec nos agentes de recherche, aux centres de santé de Lac Simon et de Kitcisakik, dans un endroit isolé, confidentiel et sécuritaire assigné à la chercheuse.

Après qu'on leur ait expliqué le projet, les hommes autochtones interrogés ont lu et signé le formulaire d'information et de consentement écrit (annexe 7). Trois des hommes ont donné leur consentement oral pour participer à l'étude. Au total, 16 hommes autochtones ont été interviewés.

3.5 La population à l'étude et le mode de recrutement des participants

Plus de la moitié des hommes autochtones rencontrés se trouvent dans deux tranches d'âge : 35 à 44 ans et 65 ans et plus. En ce qui concerne la scolarité des hommes autochtones, sept d'entre eux ont terminé leurs études secondaires alors que les cinq autres n'ont pas terminé leurs études secondaires. Deux hommes ont terminé leurs études primaires et les deux derniers ont un diplôme professionnel. Quant à leur situation socioprofessionnelle, la moitié (n=8) des hommes autochtones travaillent à temps plein, 3 travaillent sur appel et 5 ont indiqué être sans emploi au moment de l'entrevue (Tableau 3.1).

Tableau 3.1 Caractéristiques sociodémographiques des hommes participants

Caractéristiques	N= 16	%
Groupe d'âge		
18-24 ans	2	12,5
25-34 ans	1	6,25
35- 44 ans	6	37,5
45-54 ans	3	18,75
65 ans et plus	4	25
Niveau de scolarité terminé par le participant		
Sans études	0	0
Études primaires partielles	0	0
Études primaires terminées	2	12,5
Études secondaires partielles	5	31,25
Études secondaires terminées	7	43,75
Diplôme professionnel	2	12,5
Situation socioprofessionnelle (emploi) dans les six derniers mois		
Travail à temps plein	8	31,25
Travail à temps partiel (20 heures ou moins par semaine)	0	0
Travail sur appel	3	18,75
Sans emploi pour le moment	5	31,25

En ce qui concerne leur situation matrimoniale, la moitié des hommes autochtones sont en union libre (n=8), un quart (n=4) sont célibataires, un autre est séparé et un dernier est divorcé. Pour ce qui est des enfants, plus d'un tiers des hommes (n=6) ont 5 enfants à charge et plus, 5 hommes ont 3 à 4 enfants, 3 ont 2 à 3 enfants et 2 mentionnent ne pas avoir d'enfants. En ce qui concerne les langues parlées à la maison, la moitié (n=8) des hommes autochtones interviewés communiquent en anichinabé. Plus d'un quart (n=5) d'entre eux parlent anglais. À noter que tous les participants (n=16) parlent le français. Deux hommes autochtones rencontrés parlent l'ojobwé et l'inuktitut lorsqu'ils interagissent avec des amis autochtones qui viennent d'autres communautés. En ce qui concerne le revenu, la moitié (n=8) des participants ont un revenu annuel brut (avant impôt de 2021) inférieur à 15 000 \$. Presque un tiers (n=5) ont un revenu annuel brut entre 15 000 \$ et 29 999 \$. Deux hommes autochtones gagnent un salaire annuel brut compris entre 30 000 \$ et 44 999 \$, tandis qu'un seul participant gagne un revenu annuel brut entre 45 000 \$ à 59 999 \$ (Tableau 3.2).

Tableau 3.1 Caractéristiques sociodémographiques des hommes participants (suite)

Caractéristiques	N= 16	%
État matrimonial		
Célibataire	4	18,75
Marié	2	12,5
Conjoint de fait	8	31,25
Séparé	1	6,25
Divorcé	1	6,25
Veuf	0	0
Nombre d'enfants à charge		
Sans enfant	2	12,25
1 enfant	0	0
2-3 enfants	3	18,75
4-5 enfants	5	31,25
5 enfants et plus	6	37,5
Langues parlées à la maison ou maîtrisées (plusieurs choix possibles)		
Anichinabé	8	50
Français	16	100
Anglais	5	31,25
Autre langue (ojibwé et inuktitut)	2	12,5
Classe de revenu annuel brut (avant impôt de 2021)		
Moins de 15 000 \$	8	50
De 15 000 \$ à 29 999 \$	5	31,25
30 000 \$ à 44 999 \$	2	12,5
De 45 000 \$ à 59 999 \$	1	6,25
60 000 et plus	0	0

3.6 L'analyse des données

La présente étude s'inspire de l'analyse thématique pour la saisie et le traitement des données qualitatives. L'analyse thématique est définie comme « une méthode qui permet aux chercheurs d'identifier et d'organiser les thèmes et sous-thèmes pertinents, qui peuvent ensuite être utilisés comme unités d'analyse; elle est très prisée en sciences sociales » (Labra et al., 2020, p. 186). Le processus d'analyse thématique complexe comprenant plusieurs phases, dont celles retenues pour la présente étude, émane de Labra et al. (2020) ainsi que de Paillé et Mucchielli (2021).

D'abord, la première phase a consisté en l'organisation des données brutes sous format écrit (Fortin et Gagnon, 2016). Ensuite, les enregistrements audio des entretiens et les notes de terrain de la chercheuse ont été transcrits intégralement à l'aide d'un appui technique informatisé facilitant la saisie et l'analyse qualitative, soit le logiciel NVivo15 © (Labra et al., 2020).

La deuxième phase a été la révision des données transcrites et l'immersion de la chercheuse. Celle-ci a ainsi pu faire une évaluation approfondie afin de vérifier la pertinence des données recueillies par rapport aux deux objectifs de recherche et de contextualiser les données provenant des témoins clés (Fortin et Gagnon, 2016). Au cours de cette phase, les transcriptions des entretiens ont été validées par l'un des agents de recherche des communautés. La chercheuse a envoyé le matériel à l'avance par courrier électronique et trois semaines plus tard, une réunion en face-à-face a eu lieu aux centres de santé communautaire. Cela a permis de valider le matériel recueilli et de clarifier certaines expressions qu'elle ne comprenait pas. Ce processus a alors entraîné une construction d'un arbre thématique, impliquant la chercheuse, dans une dynamique continue par la hiérarchisation des thèmes. L'analyse thématique est utile dans la mesure où elle retient les différents thèmes présents avec les appropriations pour chacun d'eux (Labra et al., 2020; Paillé et Mucchielli, 2021). En ce sens, le logiciel NVivo15 © a facilité une telle construction.

La troisième phase théorisée par Paillé et Mucchielli (2021) est celle de la reconstitution, c'est-à-dire une narration appuyée sur les principales catégories d'analyse, une compréhension approfondie et des voies d'interprétation. L'arbre thématique achevé nous a certainement permis un examen cohérent qui a facilité l'adéquation entre les thèmes et le cadre théorique de l'étude (Fortin et Gagnon, 2016; Labra et al., 2020). Les données issues de cette analyse thématique ont également été validées auprès du directeur de recherche (professeur Oscar Labra) responsable de la recherche afin que la catégorisation des thèmes émergents ait un sens. Dans ce cas, la même procédure que pour la validation des verbatim (envoi du matériel par courriel et rencontre en personne) a été utilisée.

3.7 Les limites de la recherche

D'abord, certains auteurs, entre autres Clarke et Fujimura (1992), critiquent la petite taille et la non-représentativité des échantillons utilisés en tant que l'une des limites de la recherche qualitative (Clarke et Cossette, 2000; Rousseau et Saillant, 1996). Par ailleurs, Fortin et Gagnon (2016) prennent le contrepied de cette affirmation puisque le devis qualitatif est très flexible selon la taille de l'échantillon, lequel n'a pas été défini au préalable. Une autre limite concerne la subjectivité de la chercheuse. Lors des entrevues, il est notamment que la chercheuse peut mettre l'accent sur certains éléments plutôt que sur d'autres. Les entrevues avec les hommes autochtones ont été conduites par la chercheuse qui est une femme allochtone (les hommes ont pu éprouver des difficultés à raconter leurs vécus) (Gohier, 2022). De plus, cette étude ne consiste pas à dégager la perception des soignants (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.), ce qui pourrait en accroître la crédibilité. Puisque l'étude concerne les hommes autochtones et leurs besoins en matière de santé en région éloignée, il s'agit également d'une autre limite, car elle ne reflète pas nécessairement la réalité des femmes autochtones.

Il importe de mentionner ici que les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des Premiers Peuples du Canada, mais qu'ils s'inscrivent dans le contexte spécifique de la communauté de Lac Simon et de Kitcisakik. Une dernière limite concerne la situation de chercheuse néophyte en contexte autochtone et comme nouvelle résidente au Québec. Cette posture a pu influencer la dynamique d'entretien, la réception des savoirs partagés et l'interprétation des résultats. Malgré ces limites, cette recherche a donc permis d'identifier les besoins de 16 hommes autochtones de Lac Simon et de Kitcisakik en matière de santé et de services sociaux. Ces besoins peuvent être transférables dans d'autres contextes autochtones ayant certaines similitudes.

3.8 Les considérations éthiques

Dans la vision d'une éthique collaborative, le respect de la personne, le souci du bien-être et de la justice (Assemblée et al., 2014; Koster et al., 2012) ont primé dans ce projet. Il a ainsi

été conduit « POUR et AVEC » et non « SUR » les Autochtones (Koster et al., 2012; Rousseau et Saillant, 1996). L'instrument de collecte des données a été conçu en respectant les principes de la propriété, de contrôle, d'accès et de la possession (PCAP). En ce sens, la chercheuse a eu des rencontres, en janvier 2023, avec deux intervenants autochtones de l'organisme Mino Obigiwasin (Val-d'Or), pour leur demander leur avis sur le guide d'entrevue et sur les thèmes potentiels à ajouter à cet instrument. Les commentaires des intervenants à propos de la grille d'entrevue nous ont permis de l'améliorer, de manière à mieux l'adapter culturellement aux participants à l'étude.

Conformément aux normes de la politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT, la démarche pour obtenir un certificat éthique a été menée. Ainsi, ce projet a obtenu le certificat éthique auprès du CÉR-UQAT (2023-05_Ciléus, Virginie) et les autorisations des communautés de Lac Simon et de Kitcisakik (Annexe 2).

Les résultats de l'étude seront d'abord communiqués aux communautés partenaires sous forme accessible (brochure), en fonction de leurs suggestions, avant toute publication. Les besoins des communautés ne coïncident pas nécessairement avec la forme des études (délais, calendrier, etc.). C'est pourquoi ce sera le directeur de recherche, le professeur Labra, qui transmettra ce matériel aux leaders des communautés. Ces derniers le diffuseront alors auprès des intervenants et des hommes de Lac Simon et Kitcisakik.

CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS

Le présent chapitre présente les résultats en lien avec les objectifs de ce mémoire. Nous abordons d'abord des thèmes ayant émergé lors des entrevues, en lien avec le premier objectif de recherche, soit les besoins des hommes autochtones en ce qui a trait aux services sociosanitaires des deux communautés ciblées. Nous abordons ensuite des résultats concernant l'expérience de soins des hommes autochtones avec la médecine traditionnelle ainsi qu'avec la médecine moderne.

4.1 Les besoins en santé des hommes

Les besoins déclarés à propos de la santé des hommes autochtones au sein des communautés de Lac Simon et de Kitcisakik sont variés. En entrevue, les participants ont mentionné le besoin de s'occuper de leur santé. En ce sens, voici le témoignage du premier participant qui explique comment de nouvelles maladies apparaissent et se développent avec l'âge, et qui précise qu'elles sont variées. Il doit donc se rendre au centre de santé pour des suivis médicaux :

Puis aujourd'hui, bien, quand j'observe la vie, c'est vraiment différent que dans mon temps, aujourd'hui. Dans mon temps, il n'y avait pas gros de développement des maladies, mais aujourd'hui, il y en a plus qu'on peut en avoir. Il y a toutes sortes de maladies. Je pense que quand on est rendu à un certain âge, je pense qu'on a beaucoup de problèmes de santé [...] Mais les aînés m'ont toujours dit : plus qu'on avance, plus que les maladies se développent. Puis, moi, à un moment donné, à court terme et à long terme, je vais avoir des maladies qui vont se développer, moi aussi. J'en vois aujourd'hui. Il y a toutes sortes de maladies, mais je ne veux pas les énumérer, mais je suis conscient de qu'est-ce qu'on m'a laissé comme message. Parce que, moi, dans ma vie, j'essaie d'observer. (Participant 1)

Un autre participant explique qu'il est actuellement confronté à de nombreux problèmes de santé. Il va régulièrement au centre de santé de Kitcisakik, notamment pour sa surveillance médicale avec l'infirmière, afin de mieux gérer son diabète en contrôlant sa glycémie. Après avoir été opéré récemment, à cause d'une cholélithiase, il se rend à la pharmacie pour ses

médicaments qu'il prend trois fois par jour : le matin, le midi et le soir. Au centre de santé de sa communauté, il y a un suivi médical assuré par l'infirmière et par d'autres professionnels de la santé, mais en cas d'urgence grave, il est nécessaire de transférer la personne à Val-d'Or. De plus, ce participant a également des suivis avec un travailleur social, en collaboration avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) puisqu'il agit comme famille d'accueil :

Beaucoup de choses, du suivi médical, aller voir l'infirmière pour mon diabète, l'opération. Je vais à la pharmacie, je prends les médicaments trois fois par jour, matin, midi, soir; on contrôle ma glycémie. Présentement, je suis avec le travailleur social pour les enfants que je garde. (Participant 13)

Toujours en lien avec le besoin de s'occuper de leur santé, quelques participants ont évoqué des besoins spécifiques en santé, pour répondre à des problèmes tels que l'étourdissement ou le vertige matinal, la vision trouble, le diabète ainsi que des troubles liés à la vésicule biliaire. Ces maladies toucheraient les participants plus vieux. Entre autres, le participant 9 et le participant 13 soulignent qu'ils ne consultent pas tous les jours, mais seulement lorsque c'est nécessaire :

Quelquefois je me lève, et quand je me lève, je suis étourdi. Je suis étourdi. Puis ma vision, elle commence à être embrouillée. Je suis debout puis ma vision, elle commence à être embrouillée. Il faut que je fasse un *check-up* [...] Ça peut... c'est n'importe quand. N'importe quand. Je vais regarder la télé puis je me lève, je vais marcher, puis là après, je vais être étourdi. (Participant 9)

Pas tous les jours, au besoin, quand j'ai un problème de santé, comme le diabète, je vais aller voir l'infirmière; elle va venir ici pour nous aider dans la communauté. La semaine passée, j'ai été à la salle d'opération, j'ai passé trois semaines à l'hôpital. J'avais [un problème avec] la vésicule biliaire. (Participant 13)

D'autres participants sont également confrontés à la difficulté de vivre avec les effets persistants du système de pensionnats autochtones et avec les maladies chroniques, notamment le diabète, l'hypertension artérielle et les problèmes liés à la prostate. Un participant en a d'ailleurs parlé avec émotion :

Dans ma situation actuelle, moi, la seule chose que j'ai beaucoup de regrets, c'est quand on a fréquenté les pensionnats. Ça, on vit avec ça jusqu'à la fin de nos jours. Puis des choses qu'on a vécues, vraiment que moi, aujourd'hui, je n'accepte pas pantoute dans ma vie d'aujourd'hui, mais j'essaie quand même d'avancer, mettre les mauvaises expériences de côté, puis essayer de mettre mes bons côtés par moi-même. C'est là-dessus aussi que ça se développe les maladies. Comme moi, j'ai des problèmes de prostate [...] Le diabète, ça s'est développé en 97-98, je pense [...] six ou sept ans après le décès de ma femme. Parce que c'est héréditaire, le diabète. Ma mère était diabétique. Puis j'ai une de mes filles qui est diabétique aussi. Puis j'en ai dans ma famille. J'en ai « une couple » qui sont diabétiques. Ils m'ont fait toujours comprendre; même le cancer, c'est héréditaire. Il y a une de mes sœurs qui est décédée de ça. (Participant 1)

Certains participants sont suivis en santé et services sociaux pour leurs besoins actuels. Ils se rendent fréquemment au centre de santé pour des suivis, que ce soit auprès de l'infirmière de première ligne, du médecin, ou des intervenants de l'appui psychosocial, entre autres. Un participant en parle ainsi : « Aujourd'hui, mes besoins? Moi? Bien, je fais juste mes suivis. Venir à mes suivis, puis quand on me demande de venir, que je ne viens même pas » (Participant 3). Un autre participant mentionne son besoin à lui : « Besoin de consultation avec l'infirmière de première ligne ou le médecin du centre; de plus : soin des plaies entre autres, changement de pansements, les **services psychosociaux** » (Participant 8). D'autres participants indiquent que le suivi en santé est un besoin qu'ils cherchent à combler avec le service de santé communautaire. À cet effet, un participant mentionne qu'il organise ses rendez-vous par téléphone, et que cela fonctionne bien pour lui :

Moi, je prends un rendez-vous avec quelqu'un pour mes suivis en santé. J'appelle parce que ça marche par rendez-vous si tu veux rencontrer quelqu'un : oui, on prend un rendez-vous. Non, il va *checker* s'il n'a pas fini avec le client. On attend l'autre bord pour être dans la salle d'attente. Oui, si... on attend qu'ils nous appellent. Comme la personne, comme genre mon agent de probation, quelquefois, il est arrivé en retard; je l'attendais. (Participant 10)

Certains participants expriment leurs besoins auprès du centre de santé de leur communauté pour la prise en charge des enfants. Les propos de l'un d'entre eux laissent entendre qu'il s'agit de situations dans lesquelles la charge des enfants a été retirée par la DPJ. L'homme s'exprime donc ainsi : « Bien, moi, c'est plus pour ravoir mes enfants, c'est pour ça que je

fais tout ça » (Participant 2). Pour préciser le contexte, la conjointe de ce participant a, selon ses propos, fait une fausse couche. Puis elle a développé une psychose puerpérale et plusieurs scènes de violences conjugales ont été provoquées par cette situation.

Toujours dans le même sens, des participants font allusion au fait que parmi leurs besoins, on retrouve la protection des enfants pour éviter des abus. De plus, d'après les notes de la chercheuse pour expliquer le contexte, la conjointe du participant 10 a subi une dépression après avoir fait une fausse couche en 2016. Depuis ce temps, tout a été bouleversé dans la vie de ce participant qui a été particulièrement marqué par les mauvais souvenirs liés au système des pensionnats. Cela a engendré une méfiance à l'égard du système de santé. Il lui a été interdit de vivre sous le même toit que sa conjointe et la garde de son enfant lui a été retirée. Il pense constamment aux méfaits des pensionnats, car il aimerait protéger son enfant de tout abus éventuel. De plus, sa conjointe appelle régulièrement la police à cause de la violence conjugale. Voici comment s'exprime ce participant :

Non, moi, je suis en plein de... comment je dirais ça? La guérison de mes blessures. Oui. Parce que depuis 2018, ça a balancé pas mal dans ma vie. J'ai perdu confiance, genre un peu, envers ma communauté, aussi avec tous les incidents que j'ai eus chez nous (l'histoire des pensionnats). On dirait quand même [que] la police, ils ne m'aident pas. Parce que ma conjointe a appelé plusieurs fois la police pour rien. Juste pour me faire sortir de la maison sans que je fasse de quoi. Puis oui, c'est ça. Parce que moi, en ce moment, je n'ai pas le droit d'être à la maison. Je n'ai pas le droit d'être là-bas. Mais en réalité, je reste là-bas; et juste que je n'ai pas le droit d'être là-bas, il faut toujours que je me cache quand je vois la police. (Participant 10)

Toujours en lien avec la DPJ, un autre participant mentionne qu'il a des suivis avec un travailleur social de cette institution parce qu'il est une famille d'accueil. Donc, son besoin est de le consulter de temps en temps à propos de son rôle de famille d'accueil :

Je suis une famille d'accueil. Nous avons quatre enfants. Présentement, je suis avec le travailleur social pour les enfants qui sont placés en famille d'accueil; les enfants sont partis à l'école. Ici, c'est du suivi avec le travailleur social. S'il y a un problème grave, on peut transférer la personne à Val-d'Or. (Participant 13)

Toujours dans les suivis en santé et services sociaux, deux autres participants mentionnent que leurs besoins en santé concernent surtout l'accès dans la communauté à des services en santé mentale, afin de répondre à des problèmes de consommation de drogues :

Je viens ici dans le centre [centre de santé de sa communauté] quand j'ai un problème de santé. Comment on appelle ça? Ce qui est... je me rappelle plus le *job*. Il fallait que j'aie vu quelqu'un pour mes problèmes de drogue, notamment pour un appui psychologique, un problème de consommation, etc. (Participant 10)

Ordinairement, les gens viennent ici au centre de santé de Lac Simon pour ventiler, c'est-à-dire pour parler de leur vécu, ou du moins de leur expérience. Toutefois, il y en a d'autres qui viennent pour chercher de l'aide pour les enfants qui sont en difficulté, que ce soit à la maison ou à l'école. (Participant 4)

Dans le même ordre d'idées, certains hommes autochtones rencontrés précisent avoir assisté à des rencontres d'un groupe de soutien dans leur communauté et disent comment cela les a aidés à contrer les séquelles du pensionnat. En ce sens, un homme mentionne qu'il a été témoin de plusieurs scènes de violences perpétrées dans les pensionnats, ce qui a entraîné une blessure d'amour-propre et une perte de son estime de soi. Malgré tout, les séances du groupe de soutien pour les hommes ont été bénéfiques pour lui. Il éprouve ainsi des remords concernant son expérience passée en lien avec son histoire et du fait qu'il n'a pas bénéficié d'un apprentissage suffisant et de l'expérience des aînés. C'est dans ces termes qu'il témoigne :

... ce n'est pas qu'on veut savoir ta maladie – ils m'ont dit – juste que tu en parles [rencontre du groupe de soutien] puis, à un moment donné, que tu puisses commencer à être à l'aise avec ça. Parce qu'à un moment donné... puis veux, veux pas, il fallait que j'en parle pareil quand j'ai fait une session de thérapie. J'y ai été deux fois. Pas le choix. Si je voulais être bien dans ma peau, il fallait que ça sorte. Mais ce n'est pas facile. Il faut que j'apprenne à m'aimer, mais c'est difficile. Parce que c'est trop attaché à ça, je ne suis pas capable de m'en libérer. Il y en a peut-être qui en portent encore aujourd'hui parce qu'ils n'ont pas fait de cheminement. Puis il y en a qui sont partis avec ça. Puis ils ne sont plus de ce monde. Comme ils disent dans le proverbe : quand tu veux parler à quelqu'un que tu peux te fier, mais il est déjà au-delà. (Participant 1)

Un participant souligne son besoin en soutien psychosocial auprès du centre de santé communautaire. Pour faire référence à cela, il parle de l'aide psychosociale qu'il reçoit.

Voici ses propos expliquant son expérience :

Nous avons beaucoup d'appui des autres intervenants du réseau, ils nous offrent leur précieux temps, ils nous accordent leurs oreilles pour expliquer quelquefois nos souffrances quand cela ne va pas bien dans nos vies. Ils nous prodiguent des conseils; l'essentiel, il faut venir au centre, les intervenants sont très ouverts à ce type de situations afin de donner leur soutien psychosocial. (Participant 1)

Ce n'est pas me déranger. C'est surtout mentalement. Je ne suis pas jeune. Je suis rendu à 54. Il fallait que je sorte de ça pour me débarrasser de ça. J'ai appelé [il parle du centre de santé de sa communauté], c'était rendu avec la police pour que ça arrête, ces affaires-là. C'est [nom d'une personne de la communauté]. Le travail... ce n'est pas... je ne me rappelle plus ce qu'il faisait. En tout cas, j'ai eu beaucoup d'aide d'ici [centre de santé de sa communauté]. Aujourd'hui, c'est réglé, ces affaires-là. (Participant 4)

Toutefois, d'après les témoignages de plusieurs participants, la communauté semble avoir un besoin criant d'intervenants masculins; c'est quelque chose qui inquiète la plupart des participants. D'après eux, lorsqu'un intervenant masculin vient travailler dans le réseau, il ne reste pas pour longtemps après cette courte expérience. Selon les notes que la chercheuse a prises lors de la collecte des données, les hommes vont travailler ailleurs (hors de la communauté).

Deux hommes mentionnent en entrevue que des mesures devraient être prises pour maintenir des intervenants masculins dans le réseau, notamment en augmentant leur salaire :

Pour te dire vrai, je ne peux pas comprendre ce phénomène, le nombre d'intervenants masculins est minime dans le réseau, à peu près six. Peut-être, ils pensent que ce type de travail est réservé aux femmes. Chaque personne est différente, [elle] cherche l'emploi qui [lui] convient le mieux. En revanche, je pense que c'est le salaire, parce qu'il y en a qui partent à cause le salaire, ils nous... ce n'est pas suffisant pour eux. À mon avis, pour maintenir beaucoup plus d'intervenants masculins dans le réseau, il faut réviser le salaire à la hausse. (Participant 10)

Si on doit agrandir ça? C'est le manque d'hommes qui manque dans le secteur, admettons. On n'est pas beaucoup d'hommes dans l'établissement. On est trois ou quatre. On a besoin que les choses changent partout dans le réseau et dans la communauté pour avoir plus d'hommes intervenants. On est plutôt entourés de femmes. (Participant 5)

Lorsqu'on leur a demandé ce dont la communauté avait besoin en matière de santé et de services sociaux, les participants évoquant aussi le besoin d'équipements pour les urgences graves. Selon les témoignages des participants, il semble évident que le centre de santé a un besoin réel d'équipements pour répondre à des situations plus difficiles en matière de santé, particulièrement, en mettant en place un service d'urgence dans les communautés de Lac Simon et de Kitcisakik. Cela est essentiel pour une prise en charge appropriée des utilisateurs. Le centre de santé des communautés participantes est conçu pour accueillir les patients en service ambulatoire, comme le souligne ce participant dans son témoignage :

Oui, ça serait mieux qu'il soit plus équipé pour qu'il puisse avoir un service d'urgence, comme la fin de semaine qui s'est passée. Il y a eu un cas : il y a eu un jeune qui s'est fait poignarder, puis là on a été obligés d'aller à l'hôpital. Moi, ici, je n'ai pas assez de services, il faudrait plus de services pour ça. Mais plus d'équipements, peut-être, je ne sais pas. (Participant 12)

4.1.1 Les besoins à l'égard du centre de santé dans la communauté (Val-d'Or ou ailleurs)

Selon leurs témoignages, plusieurs participants utilisent habituellement les services en santé et services sociaux de leur communauté. Ils mentionnent sortir à l'extérieur de la communauté seulement la nuit ou en cas d'urgences graves : « Mais ordinairement, on prend les services ici dans la communauté, on va à l'extérieur seulement la nuit ou pour les urgences graves » (Participant 10).

Les participants laissent aussi entendre qu'il existe un véritable besoin au sein du centre de santé en ce sens. Ils souhaiteraient que la communauté en général, et plus spécifiquement leur centre de santé, vulgarise et mette de l'avant les activités culturelles, comme le précise un participant : « Il faut promouvoir des activités culturelles au sein de la communauté; c'est quelque chose [de] très important pour nous et le centre ici doit s'occuper de ça pour attirer les hommes à venir consulter » (Participant 3). Dans cette optique, il est primordial de

préserver les valeurs et la tradition, notamment en pratiquant l'entraide et en valorisant la culture autochtone grâce à l'organisation d'activités qui la perpétuent. C'est, selon un participant, un moyen de transmettre les connaissances à la génération future, afin de les conserver :

Qu'on puisse garder nos valeurs, notre culture. Parce qu'est-ce qui manquerait, c'est comment le faire. C'est ça qu'il faut montrer aux gens, aux jeunes, pour qu'on puisse garder cette valeur-là. Au sein de la communauté, l'un des moyens de préserver la tradition et les valeurs autochtones, c'est en pratiquant l'entraide ou la solidarité; ici nous avons beaucoup d'entraide, c'est l'une des actions qu'on inculque cela à nos jeunes, notamment lors d'un événement grave, on sympathise avec la personne qui est victime en lui restant solidaire. Cette attitude vient de nous autres, Autochtones, et ceci il faut continuer à montrer cela aux jeunes, nous partageons aussi notre bouffe avec ceux qui sont dans le besoin. (Participant 5)

Un participant, comme le confirme le témoignage ci-dessous, met l'accent sur les jeux intercommunaux, en particulier les olympiades, et aussi sur le jeûne. En effet, le jeûne est perçu comme faisant partie des rituels ancestraux qui permettent aux Autochtones de faire face aux épreuves de la vie :

Les jeux interbandes, telles que les olympiades entre les communautés autochtones, peuvent intéresser certaines personnes. En particulier, les catégories de 20 à 25 ans. Les activités de ce type nécessitent un jeûne de trois jours, comme un rituel ancestral, qui permet de trouver la force et l'énergie nécessaires pour affronter les difficultés quotidiennes. (Participant 13)

Par ailleurs, les participants mentionnent la création d'un nouveau programme sur la santé mentale dans leur communauté. Le programme permettra d'identifier les personnes à risque de suicide. Il a été créé en raison des problèmes de consommation, de la violence au sein des familles ainsi que du nombre de suicides observés au cours des dernières années dans les communautés participant à l'étude.

Je ne sais pas, on est tellement obligés à vivre cette situation. La création de ce nouveau programme nous permettra d'aider et d'identifier également les personnes qui sont à risque, surtout il y a [eu] beaucoup de cas de suicide au cours de ces dernières années. Cela nous permettra d'être présents pour les familles qui sont en détresse psychologique. Ce service nous aide à mieux connaître les gens dans la communauté; les intervenants connaissent presque tout le monde, on est allés chez les familles quand elles sont dans des situations complexes afin de les apporter un soutien psychologique adéquat. Cela peut être utile pour ceux qui ont du mal à venir chercher de l'aide au centre de santé. (Participant 10)

On a besoin d'un programme en santé mentale. Nous avons ça ici, mais on a besoin de plus en plus de nouveaux programmes, parce que nous avons des problèmes chez nous. Les jeunes ont besoin de soutien [plusieurs cas de suicide, problèmes de consommation, violence familiale]. Les choses sont compliquées aujourd'hui! (Participant 11)

D'après le témoignage d'un autre participant, lorsque le centre de santé était situé dans l'ancien local, les hommes étaient plus à l'aise pour venir consulter. Selon l'expérience de certains usagers, la relocalisation du centre entraîne des conséquences sur leur niveau d'utilisation. Il est probable que les participants perçoivent un manque d'intimité. Comme mentionné par certains hommes autochtones rencontrés, cela invite à remettre en question la localisation actuelle du centre de santé de la communauté pour améliorer le taux de consultation des hommes, comme c'était le cas auparavant :

Bien, nous autres, en première ligne, avant, on n'était pas ici, dans cet établissement ici. On avait un autre établissement. Moi, qu'est-ce que j'ai remarqué, quand je travaillais là-bas, il y avait plus d'hommes qui venaient vers moi, admettons. Le taux de participation des hommes, il a pas mal baissé. C'est juste un autre établissement. Ce n'est pas loin. Parce qu'on était juste le service de première ligne dans l'établissement là-bas. Tandis qu'ici, il n'y a pas beaucoup de monde qui vient nous voir aujourd'hui. (Participant 14)

4.1.2 Les services disponibles dans les communautés

Dans leurs témoignages, les participants mettent de l'avant l'importance des différents services disponibles au sein des communautés, notamment celles de Lac Simon et de Kitcisakik. Ils considèrent que c'est un privilège d'avoir accès à tous les services, notamment l'épicerie, le service de vidanges, le service d'égouts et d'eau potable, celui d'éclairage

public et celui de collecte des ordures. Un participant va même jusqu'à dire : « tous les services nécessaires au sein de la communauté » (Participant 7). Ils parlent aussi du fonctionnement du service de nuit occasionnel et mentionnent l'effectif du personnel infirmier, qui est d'environ huit personnes pour les deux communautés.

Oui, il y a beaucoup de services. Comme services, comme le dépanneur. Comme dans les écoles. Le service de vidange, le service d'égoûts, les services de garde, de garderie puis... Un service de transport, un service d'eau potable, un service de première ligne, puis tout. Un service de lampadaires. Nous avons le service d'appui psychosocial, quand on a besoin de quelqu'un pour vider le cœur, problèmes de relations de couple. De plus, nous avons quatre à cinq infirmiers pour le centre de Lac Simon. Le centre de santé avec l'équipe médicale, un service de taxi, le bureau du conseil de bande, une épicerie, le service de garde des enfants, le service scolaire, le *fast food*. La plupart du temps, les infirmières sont là, environ trois pour le centre de Kitcisakik; le centre fonctionne occasionnellement la nuit. (Participant 13)

Les participants témoignent de l'implication du centre de santé de Lac Simon pour apporter un soutien aux personnes qui se trouvent dans une situation de précarité financière, en particulier celles qui sont sans emploi. C'est ainsi qu'un des participants le laisse entendre :

Le service de première ligne, qui offre une assistance aux familles, notamment en fournissant un panier de nourriture venant de la cuisine. De surcroît, il y a le dépanneur, où les individus en difficulté ont la possibilité d'acheter entre 200 \$ et 400 \$. Le service santé de première ligne; ils ont beaucoup d'affaires. Admettons, de l'aide sur le lieu familial plus les... admettons, si on manque de provisions, on s'en va voir eux autres, puis on explique comment... Oui, c'est ça. Mais le bien-être, ce n'est pas assez non plus, pareil. Fait que bien, le dépanneur, il dépanne le monde, ceux qui sont sur le bien-être, mais il y a toujours un compte dans le dépanneur qu'ils vont faire, comme marquer des affaires. Mais, admettons, le monde qui sont sur le bien-être, c'est une limite de 200 \$ qu'il peut faire marquer comme épicerie. Oui. Le monde qui travaille, ils ont une limite de 400 \$ qu'il peut faire marquer dans l'épicerie. Oui, oui. Mais ce n'est pas gratuit. Mais on marque, admettons, 200 \$, mais après ça, ce 200 \$-là, il se fait couper dans le B.S. après. (Participant 2)

Un autre participant tient un peu les mêmes propos que le précédent, car la cuisine communautaire est pratique pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale. En règle générale, les personnes à faible revenu s'y rendent une fois par semaine :

La cuisine collective pour les gens... Bien, je ne sais pas comment je dirais ça. Ceux qui ne travaillent pas. Pour ceux qui ne travaillent pas. Il y en a déjà un. Oui... je ne sais plus, ça fait longtemps que je ne suis pas venu. Ça fonctionnait quand j'étais sur l'aide sociale. Je m'en venais cuisiner ici. Pour les gens qui sont sur l'aide sociale, les moins rémunérés qu'ils appellent, qu'ils disent. C'était encore bon. C'était une fois par semaine. Oui. Je pense que c'est le mercredi qu'il y a ça. Il y a un service disponible à la cuisine du centre santé de Lac Simon, on donne un panier de nourriture à ceux qui n'arrivent pas à joindre les deux bouts. (Participant 4)

Un autre participant insiste sur la rénovation des maisons. [Pour contexte, ce participant insiste sur l'importance du service d'inspection des maisons dont l'objectif est de vérifier l'état des maisons.] Tout cela contribue au sentiment d'appartenance et de bien-être des participants, en plus de créer des emplois pour les hommes. Même si, au départ, la rénovation ne les tente pas, après, ils sont fiers et heureux. L'inspection des maisons est effectuée en moyenne une quinzaine de fois par année, et plusieurs d'entre elles ont été trouvées en mauvais état :

Même si tu en donnes un peu de ton temps toi-même, pour la maison, pareil, tu n'es pas vraiment intéressé. Mais une fois qu'elle est rénovée, la fierté revient. La motivation, la joie. Tu te sens heureux parce que la maison est toute *clean*. Moi, j'en vois des choses. Quand j'étais chargé de [retiré par souci de confidentialité], on faisait des inspections, au moins 15 par année, des maisons. Puis il y avait beaucoup de maisons qui n'étaient pas en bonne et due forme. Ça [la vérification des maisons et la rénovation], c'est un moyen de création de nouveaux emplois pour les hommes; bon nombre d'entre eux travaillent dans la construction. On répare les maisons qui sont endommagées, même s'il n'y en a pas autant. Certains hommes viennent pour la réparation des portes et des fenêtres. À ma connaissance, il n'y a pas de femmes qui travaillent dans la construction. Quand un homme a un emploi, cela l'aide à avoir un état d'esprit positif, et cela contribue à son bien-être aussi. (Participant 14)

4.1.3 Les services consultés par les hommes

D'après les témoignages recueillis lors de la collecte des données, plusieurs motifs de consultations ont été cités. Parmi les services que consultent les hommes, apparaît d'abord le service d'éducation pour les adolescents. Ce service, autrefois offert, mettait l'accent sur la culture autochtone, notamment en organisant des jeûnes pour impliquer les jeunes dans la

communauté. Cela rejoignait les participants qui avaient des adolescents à leur charge. Pour ces participants, ce service était très apprécié. Ils demandent également sa réintroduction dans le but de réduire la consommation de drogues chez les jeunes selon ce qu'ils laissent entendre en entrevue :

Il n'y a pas vraiment un service d'éducation pour les adolescents, je ne sais pas ce qui se passe à l'école. Au contraire, les adolescents sont laissés à eux-mêmes. Cependant, certains viennent au centre de santé de [retiré par souci de confidentialité]. Dernièrement, il y a une session d'éducation pour eux. En revanche, les adolescents qui viennent chercher de l'aide au centre de santé, ils vont bien, car ils pratiquent du sport. Cependant, on [s'] améliore [on fait beaucoup plus d'activités sportives pour cette population, les ados]. (Participant 8)

Dans le temps, on faisait des jeûnes durant trois jours, comme un rituel ancestral, afin de trouver la force et l'énergie nécessaires pour continuer d'affronter les difficultés quotidiennes. On souhaiterait que ces activités aident les jeunes hommes autochtones à devenir proactifs dans la communauté. Selon moi, il serait judicieux de réintroduire ces types d'activité qui peuvent aider les adolescents à rester occupés, ce qui contribuera à diminuer la consommation de drogues dans les communautés. (Participant 12)

La consultation auprès des soignants, que ce soit au centre de santé communautaire ou à l'extérieur des communautés participantes, a aussi été citée par la plupart des participants. En entrevue, un homme indique que, quand il arrive en consultation, il y a certains éléments à prendre en compte pour comprendre le pourquoi des choses. Pour ce participant, il est important de prendre le temps de comprendre l'information transmise en consultation. Cette phrase rejoint l'idée exprimée par un autre participant qui dit que lorsqu'il est en consultation, il essaie de comprendre le contexte et le message que l'intervenant souhaite transmettre avant de donner son avis :

C'est quand que je me fais poser des questions. Parce que, quelquefois, moi, quand j'y vais [chez le médecin], puis j'essaie de comprendre dans quel contexte qu'il veut donner le contenu, les comprendre. Parce que, moi, je ne suis pas une personne qui peut répondre. Je vais prendre le temps de saisir c'est quoi le message. Une fois que je comprends le message, là, je peux donner mon opinion. Tsé, il faut faire quand même très... faire bien attention parce qu'il y en a qui sont plus qualifiés, il y en a d'autres qui sont moins. Fait que moi je ne veux pas que ça explose. (Participant 1)

Le service en relation d'aide, comme l'appellent en entrevue les participants, apporte un soutien dans des situations émotionnelles difficiles. Ces situations de stress et d'angoisse sont en lien avec les traumatismes des pensionnats, la consommation et la quête du sens de leur vie. La plupart des participants ont recours à ce service lorsqu'ils sont en détresse, principalement dans leur propre communauté. Cette relation d'aide offerte par les propres membres de la communauté est bien représentée par les participants :

Le service de relation d'aide de la communauté organise des activités pour emmener les hommes autochtones en forêt, afin qu'ils puissent pratiquer la chasse, aller à la pêche aussi. Ceci fait partie intégrante de notre mission également. Par ailleurs, ces genres d'activités attirent beaucoup d'hommes au sein de la communauté. On fait aussi des sessions ou des séances de guérison. À ce moment-là, on invite les hommes à effectuer un travail sur soi. Nous avons un endroit où il n'y a pas de couverture d'Internet (pas de réseau mobile), et cette activité contribue à leur bien-être. (Participant 3)

Quand ils [les hommes] font des activités, mais ils font appel à moi, puis moi je suis pas mal dévoué, puis que je vais à la chasse, puis je fournis qu'est-ce que j'ai en matériel. Puis j'amène des enfants, des adultes, la culture autochtone. Bien, comme je l'ai dit au début, côté santé mentale aussi qu'ils sont disponibles. La cuisine collective pour les gens... Bien, je ne sais pas comment je dirais ça. Pour ceux qui ne travaillent pas, oui... Je ne sais plus, ça fait longtemps que je ne suis pas venu. Ça fonctionnait quand j'étais sur l'aide sociale. Je m'en venais cuisiner ici. Pour les gens qui sont sur l'aide sociale, les moins rémunérés qu'ils appellent, qu'ils disent. C'était encore bon. C'était une fois par semaine. (Participant 6)

Le **service de première ligne**, la non-adhésion au traitement du diabète, la planification des soins et les soins prodigués sont des services que les participants disent consulter au centre de santé de leur communauté. D'après les témoignages de plusieurs participants, le service de première ligne est considéré comme la pierre angulaire du centre de santé. Selon un

participant, parmi les divers services offerts, l'organisation des rencontres communautaires prend une place importante, notamment en encourageant les jeunes à se rendre dans le bois, à la pêche et à la chasse ainsi qu'à pratiquer une activité sportive :

On peut faire des rencontres. Moi, qu'est-ce que je fais le plus, ce sont des activités avec les hommes ou avec les ados. Moi, c'est mon domaine. Je peux les amener dans le bois, à la pêche, à la chasse ou leur faire jouer un sport. Moi, c'est ça mon domaine. Mais il y avait les hommes qui venaient me voir pour ventiler. C'est quoi les services? Ben, on a un intervenant pour les jeunes, on a un intervenant pour les hommes, une intervenante pour les femmes. (Participant 5)

Eh bien, à travers ce service, on organise des activités pour des gens aux faibles revenus; on vise beaucoup les familles, on les tire de l'isolement pour éviter le signalement [menaces de la DPJ de retirer un enfant de la famille qui est victime de violence] de la DPJ, parce que ces derniers peuvent prendre les enfants entre les mains de leurs parents. Cependant, si la famille veut collaborer avec la première ligne, elle [DPJ] ferme le signalement. À ce moment-là, la première ligne qui joue le rôle de médiateur appelle la DPJ pour lui dire que la famille en question va collaborer avec nous. Dans le cas où la famille ne respecte pas les consignes de la première ligne, le signalement est retenu, c'est-à-dire à n'importe quel moment donné, la DPJ peut intervenir. (Participant 9)

Le **service psychosocial** offre son aide aux usagers du centre de santé pour les aider à arrêter de consommer des drogues et de l'alcool, et pour les problèmes de relations de couple. Quelques participants disent consulter ce service. Un participant mentionne qu'il se tourne généralement vers les intervenants psychosociaux lorsqu'il a besoin d'un soutien psychologique : « Habituellement, on consulte le service psychosocial surtout quand on a besoin d'un accompagnement en problème de relation de couple » (Participant 9). De plus, un autre participant indique aussi qu'il se tourne vers le service de première ligne pour obtenir un soutien psychologique de la part des intervenants en santé mentale en cas de dépression, et ce, particulièrement lorsqu'il ressent le besoin de communiquer avec quelqu'un lorsqu'il ne parvient pas à trouver de réponses à ses interrogations.

La consultation auprès du service **d'aide judiciaire** est une chose que font quelques hommes interviewés quand ils en ont besoin. Selon les notes de la chercheuse, le contexte est le suivant : quelques participants ont perdu la garde de leurs enfants après le décès de leur

épouse. L'un d'eux a été cité à un procès, qu'il a malheureusement perdu. Il a donc eu besoin de l'assistance d'un professionnel judiciaire nécessaire pour l'aider à trouver une solution. L'important aujourd'hui, c'est que ce participant a accepté sa défaite et a réussi à faire la paix avec lui-même :

Mais j'ai perdu en cour et ça m'a déçu. Parfois, j'y pense encore, mais je me dis moi-même : il faut que je fasse la paix dans ce dossier-là. C'est fait, c'est fait. Mais il faut continuer à vivre. À un moment donné, bien, ça s'est sorti. Il y avait une poursuite là-dessus. Moi, quand ces choses-là, ça a sorti, je ne voulais pas y aller en cour, moi. « Il faut que tu en parles », ils disent. Puis j'ai consulté un avocat, puis je lui ai expliqué ça; je n'étais pas à l'aise pour en parler. La seule chose qu'ils m'ont dite : « Ce n'est pas qu'on veut savoir ta maladie – ils m'ont dit juste que tu en parles, puis à un moment donné, que tu puisses commencer à être à l'aise avec ça ». (Participant1)

L'aide judiciaire, c'est surtout pour les familles qui ont un signalement avec la DPJ. On cherche de l'aide pour eux auprès de l'aide juridique en leur donnant un avocat comme référence. Ce service est là pour les familles qui n'ont pas de moyens financiers pour payer un avocat; ce service est gratuit pour ces gens-là. On n'accompagne pas les gens qui sont impliqués dans des affaires criminelles. (Participant 10)

À ce sujet, le participant 8 souligne, dans son témoignage, l'importance de l'assistance d'un avocat pour la communauté dans son ensemble, et en particulier pour les hommes autochtones : « Un avocat qui peut aider les gens de la communauté en général, et particulièrement les hommes autochtones, est très important et nécessaire afin de trouver l'aide judiciaire relative à sa problématique » (Participant 8).

La consultation des participants auprès du centre de santé communautaire, ou même à l'extérieur de la communauté, ne vise pas toujours à répondre à une situation qui les concerne directement. Ils vont aussi **consulter pour leurs enfants malades**. Comme ils le disent en entrevue : « Nous allons au centre de santé pour nous occuper de nos enfants quand ils tombent malades » (Participant 13). Or, d'autres participants font référence à des maladies qui affectent les enfants de façon plus au moins assidue. Ils parlent d'otite moyenne, de diarrhée, de fièvre et de constipation qui touchent les jeunes enfants dans la communauté. Ces maladies mentionnées précédemment sont un motif de consultation pour certains hommes afin que la santé de leurs enfants soit prise en charge : « Oui, les enfants, oui. Ils

ont beaucoup de problèmes d'otite. Il y a un de mes enfants qui a un tube en dedans. Puis le reste, c'est la diarrhée, la constipation, la fièvre. Ce ne sont pas de grosses maladies qu'on a » (Participant 14).

À cela s'ajoute le fait de consulter pour toute autre chose qui peut les affecter. Le motif de la consultation peut être une réaction allergique aux pansements, un accident de la route et la grippe saisonnière, d'après les informations rapportées par ce participant :

J'avais des infections dans mes bras. Parce que j'étais allergique aux pansements. Ça ne guérissait pas et j'allais avoir des antibiotiques. Puis l'autre, ce sont des gripes. Ça, je m'en souviens jusqu'à date. J'ai eu un accident de char quand j'étais jeune, j'étais à Montréal pour un mois, trois mois. Puis je n'ai jamais... j'ai des gripes, mais je suis capable de prendre du sirop Buckley, *that's it*. Je guéris après. C'est comme mes enfants, c'est rare qu'ils soient à l'hôpital. Puis que, quand je les amène à l'hôpital, admettons, une première grippe, ils n'ont rien dans leur dossier encore. Puis ils sont soit ados. Ils sont pas mal en santé. (Participant 6)

De façon générale, les services offerts dans les communautés participantes sont bien perçus par tous les participants. Ces services ne concernent pas seulement la santé :

Ici, au centre de santé de Lac Simon, on offre tous les services; c'est gratuit. Mais ce qui nous rend mal à l'aise, c'est que la DPJ a pris trop de place au sein de la communauté. Mais ce qui a occasionné tout ceci, c'est qu'il y a trop de consommation de drogues et d'alcool à l'intérieur. À cause de cela, la présence de la DPJ est nécessaire au sein de la communauté. Tout ceci est dû aux nombreux revendeurs de drogues dans la communauté. (Participant 4)

Bien, je pense que, pour moi, le service de santé, c'est vraiment un service essentiel pour la communauté. Parce que dans le passé on était obligés d'aller à l'hôpital. Je pense, quand je regarde ça, si nos soins sont appropriés sur place, d'urgence, je pense, c'est une bonne action qu'ils ont faite, le conseil de bande. Moi, je n'ai pas à me plaindre de ça parce que je pense que c'est un besoin. Bien, quand je regarde ça, les services de vidanges, les services d'égouts et d'eau potable, les services sanitaires, les lampadaires. Les chemins, ils ont été plus améliorés. Moi, je ne peux pas en identifier plus que ça parce que tellement que j'en ai trop. (Participant 1)

Enfin, deux participants font remarquer en entrevue la présence d'un agent traditionnel dans l'offre de service aux hommes. Cet agent est une personne de la communauté qui répond aux besoins des hommes avec une approche basée sur la culture algonquine :

Un agent traditionnel, on peut dire, c'est un aîné. Il est là pour assurer le transfert de connaissance à la génération future. C'est important d'avoir l'opinion de nos aînés avant de prendre des décisions importantes. (Participant 4)

Il y a beaucoup de disponibilités ici, dans ma communauté. Il y a un agent communautaire; il est un agent traditionnel qui répond à nos besoins. Besoins de notre culture. Bien, comme je l'ai dit au début, côté santé mentale aussi, il est disponible pour ça, pour nous. (Participant 13)

4.1.4 L'accès au service de santé dans la communauté, Val-d'Or ou ailleurs

D'après les témoignages des participants, il est très facile d'accéder au service de santé des communautés, car la « porte est toujours ouverte ». L'accessibilité au service de santé de la communauté est perçue favorablement par toutes les personnes interviewées. Toutefois, lorsque les employés sont occupés à gérer une urgence, le temps d'attente s'allonge considérablement. À ce moment-là, les participants n'ont qu'un seul choix : attendre. De plus, les participants mentionnent aussi qu'il est nécessaire de renforcer l'identification des clients à l'accueil, ce qui est déjà en cours :

Bien, l'accès est pas mal facile. Ici, la porte est toujours ouverte. Mais parfois, quand on demande quelque chose, ici, parfois les gens, les employés sont occupés, ou soit qu'ils ont une urgence à répondre. Ça, je les comprends. Moi, je ne peux pas me mettre à les pousser; j'essaie juste d'attendre leur disponibilité. Parce que quand tu pousses un employé, ça le met mal à l'aise ou soit que tu provoques de la frustration. Moi, j'aime mieux autant attendre puis d'être patient. Parce que, je pense, on est quand même tous *loadés* ici. Parfois, quand je viens ici, ils ne sont pas tous à leur place parce qu'ils sont... beaucoup d'identification à améliorer. Ils travaillent beaucoup là-dessus. Oui, ça se fait plutôt vite parce qu'il n'y a pas grand monde qui utilise les services. Ici, le centre très accessible; on devrait appeler pour prendre un rendez-vous. (Participant 7)

Par ailleurs, quelques participants expliquent le mode de fonctionnement du centre de santé et la façon dont se déroule l'accès. Pour commencer, il est nécessaire de prendre rendez-

vous, c'est la règle un peu partout dans les communautés en raison de la pandémie de COVID-19. La durée des rendez-vous varie en fonction du nombre d'utilisateurs; certains prennent une heure, et d'autres plus. Toutefois, si quelqu'un arrive au centre de santé sans avoir pris de rendez-vous, il peut parfois voir le médecin, car c'est simple :

Il faut appeler pour qu'ils te fixent un rendez-vous. Avec la COVID-19, c'est comme partout. Il faut que tu appelles pour un rendez-vous. Mais si tu te présentes, s'ils ont le temps, ils te prennent oui, quelquefois. Parce que le docteur, il vient, fait qu'il y a du monde, c'est très facile de l'avoir. Très accessible, oui. Cela dépend du nombre de personnes, quelquefois cela prend une heure, il y en a des médecins qui viennent une fois par mois. (Participant 3)

Le fait de prendre un rendez-vous, cela permet aux intervenants de s'organiser. Cependant, la plupart du temps, les gens de la communauté viennent au centre sans prendre de rendez-vous. On est accueilli quand même avec ou sans rendez-vous. On trouve des services. (Participant 14)

En principe, le centre de santé de Lac Simon n'est pas ouvert la nuit, mais il offre un service de nuit occasionnel. Selon les propos d'un participant, quand son bébé était malade, il devait venir en pleine nuit :

Nous n'avons plus le service de nuit occasionnel, c'était trop demandant pour les intervenants. Par conséquent, dans les cas de suicide, les intervenants sont allés apporter leur soutien aux familles endeuillées. C'est ce qu'ils font les intervenants qui travaillent dans la communauté. (Participant 14)

Oui. Moi, j'ai amené mon bébé l'autre jour, en pleine nuit. Les taxis, je ne sais pas. Moi, j'ai déjà eu ça. J'ai une auto. Je n'ai pas le choix de partir avec mon auto. Ça pourrait être une autre *vannette*, puis un chauffeur de nuit. Oui, ça ne serait pas pire. (Participant 4)

Des participants insistent sur l'importance d'avoir un service de nuit en continu dans la communauté, ce qui impliquerait sa mise en place. Comme un participant le souligne : « On aimerait avoir un service de nuit disponible dans la communauté » (Participant 4). En revanche, selon les propos du participant 10, ce n'est plus important d'avoir un service de nuit en permanence dans la communauté. Quand il y a un problème au cours de la nuit, que ce soit de la violence conjugale ou un problème de santé, c'est la police qui s'en occupe :

« Nos intervenants interviennent en cas de suicide, et s'il y a un autre type de problème, la police de la communauté va s'en occuper » (Participant 10).

D'un autre côté, des participants nous font part de problèmes de santé la nuit, tels qu'une crise suicidaire ou une maladie grave, nécessitant l'intervention de la police. Notamment pendant les périodes de festivités, il peut arriver que des intervenants de nuit travaillent la fin de semaine. Dans le cas où cela se produirait, ils transportent la personne à l'hôpital :

La nuit, si, admettons, quelqu'un est en crise suicidaire, ou quelqu'un est bien malade, on appelle la police. C'est la police qui intervient. Bien, ça se fait quelquefois. Ça se fait dans des moments... Admettons, dans des fêtes. Ça se fait quand il y a des intervenants de fin de semaine. À l'hôpital durant la nuit, quand il ne fait pas ses nuits, c'est quelque chose. » (Participant 5)

Pour certains utilisateurs du centre de santé, la rotation du personnel à la réception est un inconvénient. Bien que les participants apprécient les services proposés dans leur service de santé communautaire, pour eux, il est important d'éviter la rotation à la réception pour favoriser la confiance entre l'utilisateur et l'équipe multidisciplinaire. Qu'il s'agisse de la réceptionniste, du soignant ou du client, tout le monde est impliqué, comme ce participant le précise dans son témoignage :

Bien, disons, dans l'ensemble, j'apprécie beaucoup ces choses-là. Mais la seule chose, parfois, qui est un manque à gagner pour que ce soit amélioré, c'est au niveau de la réception. Il y a beaucoup de rotation de personnel. Je pense qu'ils pourraient quand même essayer de trouver une personne plus fiable. Parce que, moi, j'ai eu à appeler un couple de fois ici, puis je n'ai pas de réponse. Puis, ça, ce sont des choses, des manquements à gagner, en tout cas. Ce n'est pas à moi à les suggérer, mais je nomme juste qu'est-ce que j'ai eu comme obstacle d'avoir une réponse. Tout le reste, je pense, c'est pas mal. D'ailleurs, on a des infirmières de la communauté qui sont en service ici, puis il y a des services qui viennent de l'extérieur; ils viennent ici. Fait que je n'ai pas vraiment de choses à leur suggérer parce que je pense quand même, ici, le service, il est comblé. (Participant 1)

Un participant nous informe à propos du temps d'attente avant de pouvoir bénéficier d'un service au centre de santé de Lac Simon. Le temps d'attente varie entre 15 minutes et 48 heures, comme il le précise dans son témoignage :

Puis, quelquefois, les consultations, ça peut prendre peut-être six ou sept heures avant que tu te fasses appeler dans la salle d'attente... Quelquefois, ça prend 45 minutes ou 1 heure. Ça dépend s'il y a du monde. Quelques minutes. On peut le prendre tout de suite, ou comme 24 heures ou 48, mais pas longtemps. Le délai d'attente varie entre 15 à 45 minutes, ou plus selon la situation. (Participant 14)

Pour ce qui est de la fréquence des consultations auprès du centre de santé, les témoignages des participants indiquent qu'elle varie en fonction de la gravité du problème de santé : « Je pense que je l'utilise quasiment 12 mois par année, au moins. 12 mois par année, surtout avec mon diabète ». (Participant 1)

Quant à deux autres participants, ils viennent rarement en consultation, environ quelques fois par an, comme ils le précisent dans leur témoignage : « Oh! Moi, je n'ai jamais compté, moi, c'est très rare que je m'en viens ici. Je dirais à peu près quatre fois par année, à peu près. » (Participant 2). « Moi, personnellement, c'est une fois... deux fois par année. » (Participant 9).

La fréquence des consultations est donc liée au besoin et à la gravité du problème de santé, comme nous l'avons signalé plus haut. Un participant nous fait part de son expérience et celle d'un autre utilisateur, car il a un problème de peau, ce qui entraîne une augmentation de la fréquence des consultations. Toutefois, d'ordinaire, il consulte très souvent le service de santé communautaire : « Pour moi, minimalement j'utilise les services douze fois l'an. Cela dépend aussi des besoins, comme cette semaine j'ai un problème de peau, j'utilise les services plus que d'habitude » (Participant 8). Un autre participant ajoute :

Parce que, tsé, quand il y a un problème de santé, ils soignent qu'est-ce qui t'a mis mal à l'aise, mais il y a autre chose qui se développe après ça. Comme un cancer par exemple, pendant une visite de routine, on peut en faire le dépistage. Fait qu'il faut que tu reviennes quasiment quatre fois par mois, une fois par semaine. Ça fait quatre. Moi, je l'utilise quasiment 12 mois par année. En plus, il y a des choses, il faut que je me déplace encore dans un autre service, comme me rendre à l'hôpital. (Participant 6)

Lorsque nous avons exploré la consultation par les participants de leur service de santé, nous avons constaté que ce qui est compliqué pour certains d'entre eux, c'est le

manque de temps pour se rendre au centre de santé, que ce soit pour une prise de sang ou pour effectuer une évaluation approfondie de leur état de santé :

Je pense que ce comportement de manque de temps pour se rendre au centre de santé est dû aux problèmes de certains hommes [consommation excessive de drogue et d'alcool] de la communauté. De plus, cela peut être dû à l'orgueil masculin; certains hommes sont trop orgueilleux pour venir. Ils n'ont pas besoin d'aide dans des situations difficiles. Ils vont venir quand ils sont à bout de souffle. Je ne sais pas la raison. Mais ce qui est important, il faut aller chercher comment encourager les hommes à aller chercher de l'aide, en cas de détresse. Quand ils sont en forêt, ils [s']ouvrent, ils parlent avec leur cœur. Car ils sont connectés avec eux-mêmes. (Participant 9)

On me demande une prise de sang. Ça fait quoi? Comme je disais tantôt, ça fait deux fois, deux mois qu'ils m'envoient les papiers pour une prise de sang. Puis je ne viens pas. Il faudrait que je trouve du temps. Pour moi, le temps n'est pas... est quelque chose un peu difficile. (Participant 4)

En résumé, la variation de la fréquence des consultations est en lien avec l'état de santé de la personne. Certains consultent une à deux fois par an, tandis que d'autres le font douze fois ou plus.

4.1.5 La synthèse des besoins en santé des hommes

Dans la première section de ce chapitre, nous avons décrit les différents besoins des hommes autochtones rencontrés. Plusieurs besoins se dégagent des propos des hommes autochtones.

Le premier besoin est celui de s'occuper de sa santé. Pour les hommes autochtones, le corps humain se détériore avec l'âge, ce qui entraîne une diminution de la force physique et l'apparition de maladies.

Le deuxième besoin touche le centre de santé et de services sociaux dans leur communauté. En général, les hommes autochtones interrogés consultent eux-mêmes différents services au sein des communautés (le service d'éducation des adolescents, le service de conseil, le service de première ligne, le service psychosocial et le service d'aide juridique). Tous ces services sont culturellement adaptés.

Le troisième besoin concerne les services disponibles dans les communautés. Parmi ces services, citons le service d'épicerie, le service d'égouts et d'eau potable, le service d'éclairage public et celui de collecte des ordures, tous bien évalués par les participants.

Enfin, le quatrième besoin concerne l'accès au service de santé dans la communauté. Il est bien perçu, car aux dires des hommes autochtones rencontrés, « la porte du centre de santé est toujours ouverte et une réceptionniste accueille les usagers. » (Participant 9)

Dans les prochaines pages, nous aborderons les résultats en lien avec les thèmes émergents de l'objectif 2 de la recherche, soit de comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones en matière de médecines traditionnelle et moderne.

4.2 Les conceptions de la médecine traditionnelle

Les participants ont exprimé leur conception de la médecine traditionnelle, affirmant qu'elle a été d'une grande aide pour les habitants des deux communautés qui participent à l'étude. Les participants demandent aux chercheurs d'approfondir leurs études sur celle-ci afin de mieux la structurer et de mieux promouvoir la transmission des savoirs qui y sont liés, ainsi que le souligne l'un des participants :

Mon avis? Notre médecine traditionnelle, ça peut aider beaucoup de gens de la communauté, parce qu'il y en a vraiment qui sont vraiment vulnérables. Il y a d'autres qui l'ont déjà essayé et ils trouvent des bienfaits. Je trouve que la médecine traditionnelle est importante; il faut transmettre ses connaissances, effectuer des recherches et mieux organiser la médecine traditionnelle. Mais je ne sais pas vraiment, l'important : il faut transmettre. (Participant 1)

Toutefois, un participant pense que la médecine traditionnelle est spécifique aux Autochtones et que ces derniers devraient la garder pour eux-mêmes. Selon les participants, elle donne des résultats rapidement, c'est naturel. Il faut également la garder pour les gens de la communauté, comme le mentionne un participant :

Moi, cette médecine-là, il faut qu'on garde ça pour nous autres, mais c'est bon d'en savoir plus. Moi, j'aime mieux la médecine traditionnelle, puis ça se fait vite parce que notre médecine donne des résultats rapidement, et on se sent bien avec elle. C'est en forêt, puis c'est naturel. Plus de recherches. (Participant 2)

Au moins deux tiers des participants déclarent que le traitement réalisé à partir de la médecine traditionnelle peut guérir pendant plus longtemps. Pour ces participants, cette pratique qui met en avant la culture autochtone fait en sorte que la durée de leur bien-être est plus longue que celle en lien avec la médecine moderne.

Par ailleurs, des participants indiquent que les personnes qui utilisent la médecine moderne peuvent bénéficier d'un soulagement temporaire, allant de quelques jours à quelques mois, avant que la maladie se manifeste à nouveau. Quelques participants font remarquer qu'ils ont recours aux deux médecines, mais qu'actuellement, ils se tournent vers la médecine moderne. Ils disent faire une sélection, l'une complétant l'autre; ils utilisent la médecine traditionnelle si nécessaire :

Moi, je préfère celle de ma coutume à moi, qui est plus la médecine traditionnelle. On se sent plus bien longtemps. Tandis que la médecine des Blancs, bien, ça peut guérir juste peut-être quelques jours ou quelques mois. Ça réapparaît tout de suite. Moi, je prends les deux médecines; maintenant, je prends la médecine des Blancs. On fait notre choix, l'une complète l'autre; je prends la médecine traditionnelle au besoin. (Participant 4)

La plupart des participants indiquent que le fait de pratiquer une activité traditionnelle les rassure. Celle-ci contribue à maintenir une bonne santé mentale et à réduire la consommation de drogues et d'alcool. Un participant le souligne dans ses propos : « Les activités traditionnelles peuvent aider les hommes à garder un état mental positif, et cela peut réduire la consommation de drogues et d'alcool dans la communauté » (Participant 8).

D'après le témoignage des participants, pratiquer une activité traditionnelle en forêt pourrait avoir un effet bénéfique sur leur espérance de vie. En effet, boire des infusions à base de plantes médicinales, semble accroître leur longévité. D'après ce qu'a observé le participant 1, les grands-parents avaient une espérance de vie supérieure à celle de leurs propres enfants, en raison de leur utilisation constante de la médecine traditionnelle. Selon

lui, en général, les individus les plus robustes mouraient vers l'âge de 96-97 ans, mais maintenant ce n'est plus le cas. On constate ainsi que ce participant valorise la médecine traditionnelle :

Je retiens beaucoup les messages de mes ancêtres, plus qu'on vieillit puis qu'on vieillit, mais à un moment donné il n'y a pas de médecine miraculeuse pour me répondre ce que je vis actuellement. La seule autre que ça pourrait prolonger ma vie, si j'allais m'installer en forêt, prendre des plantes médicinales. Ça, ça pourrait m'aider, me prolonger un peu plus. Quand je regarde ça aujourd'hui, par le passé j'ai vu des grands-pères mourir plus âgés que ça. Mourir. Des grands-mères plus âgées que ça. Aujourd'hui, on n'a plus ça. Ou bien que la vie soit courte, même si on prend de l'âge. Mais je suis confiant que la vie est courte aujourd'hui. Il n'y a pas grand monde bien, bien qui va proche dans les 100 ans. La seule que j'ai eue, il y a un couple d'années, c'est une grand-mère qui avait 96 ou 97 ans, qui est décédée. C'était la plus longue. Aujourd'hui, on n'en voit plus bien, bien. (Participant 1)

Pour tous les participants, promouvoir des pratiques ou des activités traditionnelles est une manière de préserver et de valoriser la culture autochtone au sein de la communauté. Cela permet aux hommes de conserver certaines traditions qui sont en voie d'extinction, comme les jeux interbandes :

Le fait de pratiquer nos activités traditionnelles, ceci est une des valeurs qu'on a chez les hommes, on maintient nos valeurs, comme la chasse et la pêche; c'est bien, et sécurisant, d'être dans le bois. Cela a beaucoup d'importance pour nous en tant qu'hommes autochtones. (Participant 7)

C'est très important de promouvoir des activités culturelles au sein de la communauté, afin de pérenniser les traditions autochtones qui sont en voie de disparition, entre autres. Mettons par exemple : les jeux interbandes (comme les olympiades) entre les communautés autochtones, mettons les catégories 20 à 25 peut être. Il y aura certaines personnes qui aiment ces genres d'activités. (Participant 8)

La plupart des participants disent accorder plus d'importance à une activité traditionnelle qu'à un rendez-vous médical.

Oui, oui. Bien, je pense qu'il va venir dans le bois plutôt. Parce que les hommes, j'ai remarqué, ils sont plus portés à faire des activités [de type traditionnel] que de travailler sur eux-mêmes, de leur santé mentale et physique. Ils vont prioriser leurs activités. Mais quand ils reviennent après ça, ils peuvent reprendre rendez-vous avec l'infirmière ou bien un intervenant d'ici. C'est bien populaire. C'est populaire, ici. (Participant 5)

Nous, on aime être dans le bois! Quand on va aller chercher de la nourriture en forêt, pour subvenir aux besoins de nos enfants. De plus, on est capables de choisir, on n'est pas tous pareils. Pour d'autres, leur santé et leur famille sont prioritaires par rapport à une activité traditionnelle. (Participant 11)

Quelques participants ont une opinion mitigée à l'idée de prioriser leur rendez-vous au centre de santé de la communauté plutôt que d'aller en forêt. En ce sens, le participant 7 est d'avis qu'il est possible de décaler le rendez-vous chez le médecin à une date ultérieure pour prioriser les activités dans le bois. C'est quelque chose qui leur fait du bien. C'est ainsi qu'il s'exprime : « Oui, on peut... Avec les rendez-vous [médicaux], on peut les replacer, admettons, je dirais. Oui, c'est ça, à mon choix, oui. On peut les replacer, mais les activités dans le bois, non. Je me sens nourri dans mon intérieur, dans le bois » (Participant 7). En revanche, le participant 1 a une vision différente, car il accorde la priorité à son rendez-vous médical. Surtout qu'en manquant un rendez-vous, il peut être nécessaire de patienter deux à trois mois avant d'en avoir un autre. Il accorde ainsi une grande importance à sa santé :

Je vais aller à mon rendez-vous parce que je pense que, pour moi, c'est quand même essentiel, parce que quand tu manques un rendez-vous, c'est dur d'avoir un autre rendez-vous après. Ça peut prendre peut-être un ou deux mois. J'aime autant prioriser ma santé. Moi, je ferais le rendez-vous plus de bonne heure, pour voir le docteur, venir ici. Parce que les activités, je pars tout le temps vers 10 h, 11 h. (Participant 1)

Par ailleurs, ce dernier participant exprime sa reconnaissance pour la ponctualité en ce qui a trait aux services reçus au centre de santé de la communauté. Pour lui, les usagers du centre de santé peuvent toujours compter sur quelqu'un pour répondre de manière favorable à leurs besoins :

Bien, disons que dans l'ensemble, je ne vois pas de problématiques là-dessus, parce que quand notre service de santé, il nous manque, il va avoir... mais il y a toujours des personnes de disponibles pour répondre aux besoins. Plus souvent c'est... Mes demandes sont souvent répondues par les gens de la communauté. Mes demandes. C'est toujours répondu par... Il y a toujours des volontaires. (Participant 1)

Pour les participants, se rendre dans le bois est un privilège. Il est nécessaire de parcourir de nombreux kilomètres avant de trouver le lieu approprié :

Tu vois, ce n'est pas tout le monde qui a les moyens d'aller dans le bois. Ça coûte quand même un bon montant pour aller dans le bois de nos jours. Oui, parce qu'il n'y a pas juste au Lac-Simon. Il y en a qui vont faire des kilomètres pour aller dans le bois, pour aller dans leur terrain, admettons, je dirais. Une voiture, oui. C'est ça. (Participant 7)

Après une activité dans le bois, on se sent en pleine forme, que ce soit sur le plan émotionnel et physique. On va dormir dans le bois, après quelques jours quand on arrive dans la communauté, et on a de l'énergie pour continuer à affronter les épreuves quotidiennes. L'avantage de tout ceci, on est plus ouvert; je parle de mon vécu. (Participant 2)

En outre, quelques participants ont remarqué des lacunes dans le transfert de la culture autochtone en raison de la difficulté qu'éprouvent les jeunes autochtones à s'exprimer dans leur langue ancestrale. C'est une préoccupation importante pour le participant 1. Il indique que lorsqu'il parle sa langue maternelle (anichinabé), il est plus facile pour lui de trouver les mots, car ils sont plus courts que dans la langue française :

Puis de t'exprimer avec un jeune, dans ta langue, comme ils l'ont fait, les ancêtres, avec moi... je m'exprime beaucoup mieux en algonquin que j'exprime en français. Fait que c'est plus facile. Quand tu dis quelque chose, c'est plus court, tandis qu'en français... Mais quand ils ne comprennent pas, bien, tu es obligé de revenir puis d'essayer de les prendre d'une autre façon pour leur faire comprendre. C'est pour ça que, moi, aujourd'hui... même encore je pratique aujourd'hui. Là, je suis chez ma sœur aujourd'hui. Je parle à mes nièces, elles ont de la misère, elles ne comprennent pas l'algonquin. Puis, là, elles me redemandent., elles me redemandent. Fait qu'il y a beaucoup d'énergie... Les difficultés, c'est que la technologie et la consommation de drogue et d'alcool prennent beaucoup de place dans le quotidien des jeunes. Ceci constitue un problème dans le transfert de la culture autochtone à ces derniers, car ils refusent d'aller dans le bois, certains viennent et d'autres non. (Participant 1)

Mais aujourd'hui, la nouvelle génération n'aime pas être allée dans le bois, surtout les gens de moins de 30 ans. (Participant 10)

D'après le participant 5, les bienfaits obtenus d'une activité traditionnelle sont multiples. Néanmoins, ce qui retient notre attention, c'est que pour lui, ce type d'activités contribue à réduire le tabagisme ainsi que la consommation d'alcool et de substances illicites comme les stupéfiants : « Cela [participer à des activités traditionnelles] peut réduire la consommation de drogue et d'alcool dans la communauté » (Participant 5). En plus, ce participant explique que lorsque les hommes sont dans la forêt, ils se sentent plus à l'aise et plus ouverts pour raconter leurs expériences. Par ailleurs, ce participant met de l'avant l'importance du savoir traditionnel en matière de santé. De manière exceptionnelle, il utilise du sirop, fabriqué à partir de feuilles de cèdre, pour le mal de gorge :

Mais quand on est dans le bois, eux, ils vont parler plus de ce qu'ils vivent ou de ce qu'ils ressentent. Mais quand ils sont en bois, ils sont plus ouverts. Admettons, on fait quelque chose, puis là, ils vont parler en même temps qu'on fait quelque chose. Oui, hum-hum ils s'expriment mieux! Je trouve que le savoir traditionnel en santé est important. Cependant, je n'utilise pas la médecine traditionnelle pour la prise en charge de ma santé; je n'ai pas l'habitude d'en prendre, seulement le sirop pour la gorge. Il faut bouillir une coupe d'arbres [notamment plusieurs feuilles de cèdre] pour la grippe. Je ne prends pas de remèdes traditionnels pour mon diabète, je prends plus les remèdes québécois [biomédecine]. (Participant 5)

De son côté, un autre participant indique qu'il pratique les activités traditionnelles, comme la pêche, dans le but de se nourrir de manière saine. En outre, partager la proie avec les membres de sa famille et avec son cercle social est une autre façon de soutenir les familles monoparentales pour qu'elles puissent subsister :

Bien, le traditionnel, la pêche, moi, je le fais quand quelqu'un me demande, je vais le faire. Quand ils me demandent, qu'ils veulent manger du doré, je vais aller tendre des filets. Puis si, moi, j'ai un besoin, je voulais manger du doré, je vais aller à la pêche pour ma survie. Mais en même temps, bien, je partage avec mes filles puis mes petits-enfants. En ce qui concerne la question que vous m'avez posée, la pêche... Il y avait un grand-père, il m'avait dit : « Il ne faut pas que tu t'amuses, qu'est-ce que tu as eu comme don. Toi, tu es anichinabé – il m'a dit – il ne faut pas que tu t'amuses avec ce que ton Créateur t'a donné. Ça, c'est pour ta survie – il m'a dit – les besoins à répondre à ta famille, les besoins aussi à répondre, tous ceux qui n'ont pas de conjoint. » Surtout, je parle à des monoparentaux. Je leur réponds de partager avec les autres. S'ils n'ont pas les moyens... Puis j'étais en train de penser à ça, puis la pêche sportive, puis j'en ai parlé d'ailleurs, il n'y a pas longtemps; ça fait des semaines de ça, un de mes amis, j'avais été au tournoi de pêche. Je pêchais puis, à un moment donné, ça m'est revenu. J'ai dit, une chance que j'ai ces activités-là. (Participant 1)

Un autre participant souhaite que des éléments de la médecine traditionnelle soient intégrés à la médecine moderne, comme il le précise dans son témoignage : « Il y a certaines pratiques de la médecine traditionnelle qu'on peut intégrer dans les pratiques cliniques modernes aujourd'hui » (Participant 8). À ce sujet, le participant 5 constate une faible utilisation de la médecine traditionnelle à l'hôpital. Des propos des participants émerge l'idée que, dans le milieu hospitalier, la seule pratique traditionnelle conservée est l'utilisation du sirop contre la toux, qui est très répandue dans les communautés autochtones :

Aujourd'hui, quand on est malade, tout le monde va à l'hôpital. C'est rare qu'on utilise la médecine traditionnelle; c'est ça que je vois dans ma communauté et je dirais que c'est partout comme ça. La seule chose qui est utilisée à l'hôpital pas mal, c'est le sirop pour la toux, admettons... Cela guérit plus vite que les médicaments de la médecine moderne, et on tousse moins en prenant le sirop issu de la médecine traditionnelle. (Participant 5)

Malheureusement, je n'ai pas de connaissances sur la médecine traditionnelle, certains Autochtones font des remèdes et donnent aux autres. Mais nous avons utilisé les deux modèles de médecine dans la communauté. (Participant 10)

Toujours en lien avec les pratiques traditionnelles, la plupart des participants ont souligné l'importance de témoigner de la reconnaissance et de la gratitude envers le Créateur, pour la vie. Certains participants ressentent cette connexion avec Dieu dès leur jeune âge, en

s'intéressant particulièrement aux activités traditionnelles, telles que la chasse, l'offrande de tabac et les prières.

Depuis le temps que je me suis pris en main, tous les matins je fais ma prière, de remercier mon Dieu, de remercier de me permettre de voir encore le monde, de voir mes proches, de voir mes filles, de voir mes petits-enfants. Puis, même moi, je le fais. Mais comme quand je vais à la chasse, avant de débarquer ou juste avant de continuer ma route, je mets toujours un [de mes projets] dans les mains, puis je demande à mon Créateur de me mettre quelque chose sur mon chemin. Oui, dans ma main. Mettre mon chemin, quelque chose afin d'offrir les besoins de mes petits-enfants [...] mes enfants. Puis, je fais ma prière. Je le remercie. Avant ça, je ne le faisais pas. (Participant 1)

En lien avec les conceptions de la médecine traditionnelle, un des participants met de l'avant l'exercice physique, notamment la marche pour se rendre dans le bois et à la chasse. Cette action permet de prendre soin des muscles, de favoriser la respiration et le cardio. C'est ainsi qu'il précise dans ses propos :

Je fais juste marcher, je marche moi, puis je bois de l'eau. Juste ça. Quand je vais à la chasse avec... quand je vais à la chasse, oui, je mets en forme le monde en raquettes, admettons. Je marche en raquettes, je fais soin de leur cardio, mais il y en a d'autres qui ont besoin de pompes. Cette médecine m'a beaucoup aidé avec mon diabète, surtout en prenant une marche pour aller dans le bois, cela pourrait aider beaucoup; je prends des injections d'insuline aussi. Tout ceci m'a beaucoup aidé à stabiliser le taux de glycémie. (Participant 6)

Dans son témoignage, un jeune participant mentionne que les jeunes semblent peu intéressés par la médecine traditionnelle, ce qui serait aussi son cas. Néanmoins, il vante les bienfaits de la médecine traditionnelle dans le traitement des kystes. Il s'est rendu à l'hôpital sans trouver de solution; plus tard, il a décidé d'aller en forêt, même s'il ne croyait pas du tout à cette démarche, et peu de temps après, le kyste a disparu. C'est dans ces propos qu'il s'exprime :

Moi, pour moi, les médecines traditionnelles, au début je ne croyais pas à ça. Mais certaines choses... j'avais comme un genre de kyste, un moment donné, ici. Au début, il ne le croyait pas, mais à force de se faire amener des choses pour son bien, il a commencé à croire, et le kyste disparaît. Dans le temps du pensionnat, la médecine traditionnelle, on a perdu nos valeurs. Cela fait quelques années qu'on a repris nos modes de vie. Car cela a été laissé, ignoré, pendant de nombreuses années. (Participant 5)

En outre, deux participants confirment le témoignage précédent en faisant le même constat que le participant 1. Selon le participant 4, peu de personnes autochtones s'intéressent à la médecine traditionnelle :

Je pense que, en ce moment, certaines de ces règles, admettons, il n'y a pas grand monde qui s'intéresse à ça, à la médecine traditionnelle. Puis il faut. Je pense que, en ce moment, certaines de ces règles [pratique de la médecine traditionnelle], admettons, il n'y a pas grand monde qui s'intéresse à ça. Puis il faut. » (Participant 4)

4.3 Les conceptions de la médecine moderne

Des participants mentionnent ne pas avoir une connaissance approfondie de la médecine moderne. Cependant, selon leur conception de ce modèle de médecine, les prestataires de soins, plus précisément les professionnels de la santé, prescrivent des médicaments de manière excessive. Entre autres, ils donnent trop de pilules :

Je ne sais pas! Je ne sais pas s'il y a des médecins [le participant fait référence à ses connaissances sur la médecine moderne]. Je ne sais pas, bien, quelquefois, moi je trouve qu'il y a trop de médicaments, parfois, qu'ils n'en donnent trop pour rien, parfois. Trop de pilules, ces affaires-là. Moi, non. Oui, c'est ça pour ma santé, ce n'est pas bon pour ma santé, et pour la santé des gens de la communauté, prendre trop des pilules, oui. (Participant 3)

Cependant, un participant indique ne pas être en désaccord avec le fait de recevoir des pilules de la part des professionnels de la santé. C'est ainsi qu'il témoigne : « Je trouve, c'est correct, ils nous prescrivent quand nous sommes malades ou blessés. Je pense que les prescriptions sont nécessaires et utiles » (Participant 10).

Malgré les critiques formulées à l'égard de la médecine moderne, un participant témoigne de sa gratitude envers celle-ci. À la suite de sa récente maladie, les avancées de la médecine moderne ont permis à ce participant de retrouver sa santé, comme il le mentionne dans ses propos : « Ça aide beaucoup. Comme dernièrement, j'ai été très malade, très malade, et c'est la médecine moderne qui m'a guéri. Ce type de médecine a fait beaucoup de progrès » (Participant 7). Ce même participant met l'accent sur la nature temporaire du traitement de la médecine moderne. De plus, il indique que celle-ci est un soutien pour la communauté. Les traitements proposés par la médecine traditionnelle sont cependant plus durables que ceux de la médecine moderne. Pour le participant 1, il y a des médicaments fabriqués pour la médecine moderne qui donnent de bons résultats :

Bien, pour ce qui est de la médecine, comme tu dis, des Blancs, ça peut nous soutenir un certain temps, mais ça ne disparaît pas vraiment, comparé à notre médecine traditionnelle. Notre vie peut se prolonger un couple d'années de plus. Parce qu'aussitôt que ça arrête, la médecine des Blancs, quelques mois après, il apparaît. Tandis que celui de... traditionnelle, elle reste plus longtemps dans notre corps. Certains produits fabriqués par la médecine moderne sont efficaces pour guérir les maladies. (Participant 1)

D'après le témoignage d'un autre participant, la médecine moderne s'est avérée plus facile et plus accessible, en comparaison avec la médecine traditionnelle. Pour ce participant, la médecine moderne dispose des éléments nécessaires pour poser un diagnostic ou entreprendre un traitement médical, par exemple, les tests rapides, les tomodensitomètres (*scanners*) et l'industrie pharmaceutique pour les médicaments : « Des Blancs. C'est facile parce que tu fais des tests, des *scanners*, ces affaires-là, puis si c'est de quoi qui arrive à la personne, puis c'est comme ça qu'ils donnent des médicaments immédiatement. » (Participant 2).

Le participant 9 souligne les avantages de la médecine moderne, dans le but de continuer ou de poursuivre la recherche sur la santé, en collaboration avec des chercheurs compétents. Les avancées de la médecine moderne offrent de nouvelles perspectives pour mieux prendre en charge les cancers, comme il en témoigne. Selon lui, il faut encourager davantage la recherche dans ce domaine. C'est ce qu'il raconte dans son témoignage :

Si elle a de bons chercheurs, oui. La médecine moderne nous aide beaucoup surtout avec les découvertes, à voir d'autres choses pour la prise en charge des cancers. Je pense qu'il faut faire plus de recherches en ce sens. C'est facile d'en avoir cela, la médecine moderne aide pour le cancer et autres maladies. (Participant 9)

Les participants font mention du fait qu'à l'heure actuelle, il est impératif de composer avec la médecine moderne. Dans l'éventualité où ils tombent malades, ils se dirigent vers un centre hospitalier afin de bénéficier d'une meilleure prise en charge, car la médecine moderne est mieux équipée. Qui est-il, même si parfois les médicaments fonctionnent, et que dans d'autres situations ce n'est pas le cas :

Bien, moi, je n'ai rien contre ça [le développement de la médecine moderne]. On utilise beaucoup ça, nous, les Autochtones. On va à l'hôpital quand on est malade parce que ce type de médecine est bien équipé [infrastructure, équipement, etc.] Moi, je n'ai rien contre ça. Il y a quelquefois que ça marche, quelquefois non. » (Participant 13)

Par ailleurs, un autre participant met l'accent sur l'évolution et le progrès de la médecine moderne. Cette dernière soutient les Autochtones dans la lutte contre certaines maladies, notamment les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) comme le VIH : « Elle nous aide aussi dans la prise en charge de certaines maladies, comme le VIH. Elle a sa place dans la société québécoise » (Participant 2).

4.3.1 Le lien entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne

Des participants soulignent le lien existant entre les médecines traditionnelle et moderne, en dépit de leurs connaissances limitées sur ces deux modèles de médecine. Toutefois, la médecine moderne leur apporte une aide précieuse pour maintenir leur santé. C'est ainsi qu'un participant indique que sa glycémie est à un niveau stable grâce à son suivi à l'hôpital. Par ailleurs, les participants ont fréquemment utilisé la médecine moderne, mais celle-ci n'est pas encore prête à accepter les croyances autochtones, comme ils le précisent dans leurs propos :

J'ai beaucoup utilisé la médecine occidentale, surtout quand j'étais jeune. Aujourd'hui encore, j'utilise mes croyances, ça ne m'entre pas dedans. La médecine occidentale n'est pas encore prête pour accepter les croyances autochtones. (Participant 13)

Je n'ai aucune idée, c'est quoi. Ça règle mon taux de glycémie, là. Je trouve ça correct. C'est ça que j'ai à dire comme je le disais tout à l'heure, je ne pratique pas la médecine traditionnelle. Je ne sais pas! Je peux dire que la médecine moderne m'aide à me tenir en santé, et la médecine traditionnelle m'aide dans ce qui est ma santé aussi, chaque fois que je vais en forêt. (Participant 6)

D'un autre point de vue, le participant 14 nous fait part de son sentiment d'appartenance lorsqu'il se trouve dans la forêt :

C'est un endroit calme et relaxant. Dans les années 50 et le début des années 60, une fin de semaine dans le bois était la norme, et le service de santé n'était pas facilement accessible; nous bénéficions des soins de nos parents grâce aux plantes médicinales. À cette période, nous résidions dans des tentes; il était envisageable de se déplacer sans aucune contrainte. C'était la période la plus belle de ma vie, la plus merveilleuse de ma vie, avant de connaître les pensionnats. Dans le bois, les parents ont saisi cette opportunité pour enseigner le respect de l'autre, le partage, la chasse et la survie. Actuellement, cela nécessite un moyen de transport, notamment un *char*. Quand je suis allé dans le bois, je me sens relax, tranquille; je réfléchis un peu et j'arrête de consommer. Dans le bois, c'est plus tranquille. Dans chaque famille, il y avait chaque clan familial, il y avait leur méthode et leur philosophie, mais aujourd'hui tous les clans familiaux se réunissent en une seule. À l'automne c'était la chasse. Quand on est dans le bois, on est plus relax. Quand on reste dans un village, surtout la Kitcisakik, c'est complètement différent que dans le bois. (Participant 14)

Le participant 8, quant à lui, met l'accent sur le point commun entre ces deux médecines, même s'il ne dispose pas d'une connaissance approfondie sur le sujet. Il mentionne notamment l'utilisation des plantes et estime que les deux modèles de médecine ont puisé leur inspiration dans la nature. Il croit que les deux médecines sont bonnes; ce qui compte, c'est de dénicher la bonne pratique, et/ou le juste équilibre : « Les deux médecines utilisent les plantes, les deux modèles ont puisé dans la nature. Je pense que toutes les médecines sont bonnes; il faut trouver la bonne pratique. Les deux approches médicales aident à guérir, et les deux utilisent les plantes » (Participant 8).

Selon les participants, il est essentiel que les deux modèles de médecine cohabitent. Par ailleurs, des participants ne manifestent aucune hostilité envers la médecine moderne, car elle apporte une aide précieuse aux Autochtones pour améliorer leur santé. Les participants sont d'avis que les deux types de médecine sont efficaces. À titre d'exemple, un participant indique que, lorsqu'une personne de la communauté a la grippe, elle utilise un antitussif, mais si cela ne fonctionne pas, elle se tourne vers la médecine traditionnelle et utilise un remède à base de plante pour soigner sa toux. Il le souligne ainsi dans son témoignage :

En fait, les deux, oui c'est possible. Quel lien? OK. C'est... Je ne sais pas. Les deux fonctionnent, je dirais. Tsé, moi, je n'ai rien contre les affaires des Blancs, admettons. Ça aide certainement. C'est pas mal eux autres qui guérissent les Autochtones aujourd'hui. Parce que quand on est malade, nous autres, on va à l'hôpital. Oui, je pense que oui. Pareil comme le sirop contre la toux. Le sirop pour la toux. Nous autres, on a un remède aussi contre la toux. Ça fait que la plupart du monde essaie le sirop des Blancs avant. Après ça, ils vont utiliser celui des Autochtones. Celui des Autochtones, nous autres, on guérit vite avec ça. Mais c'est sûr qu'il faut utiliser la médecine traditionnelle aussi, parce que... c'est ça. Oui. (Participant 14)

La médecine moderne apporte sa contribution dans la guérison de certaines maladies, tout comme la médecine traditionnelle. Selon les participants, les deux types de médecine jouent un rôle primordial dans le traitement de plusieurs maladies au sein des communautés autochtones. C'est ainsi que le participant 7 indique que, lorsqu'il est très malade, il a recours à la médecine moderne ou à la médecine traditionnelle, selon le problème de santé. Par ailleurs, ce participant explique comment les deux modèles de médecine ont joué un rôle dans l'amélioration de son bien-être et de sa santé, grâce au service de première ligne des communautés :

Quand je suis très, très malade, j'utilise la médecine moderne. Comme dernièrement, j'ai eu un problème aux amygdales et ça, la médecine moderne m'a aidé. Ça m'a aidé. Oui, oui, dans ce cas, oui. Si c'est autre chose que je peux traiter avec la médecine traditionnelle, je le fais aussi! Ordinairement, je consulte au lac Simon. Je suis entre deux communautés, je viens du Lac Simon, les services au niveau des besoins émotionnels au Lac Simon, quand j'ai besoin d'aller au centre de santé, je consulte le service de première ligne à Lac Simon [le service des Alcooliques anonymes], c'est quelqu'un qui va aider. Mais les aînés m'ont beaucoup aidé sur le plan émotionnel. (Participant 14)

Un autre participant fait référence à la contribution de la médecine traditionnelle dans le traitement de certains problèmes de santé tels que la diarrhée et les petits maux. Par ailleurs, il a développé ses compétences lorsqu'il était jeune, comme il le souligne dans ses propos :

Comme la diarrhée ou la toux, ou la grippe, ou peu importe. J'ai appris ça en étant jeune. Puis là, je prends mes cultures autochtones pour guérir, peu importe, la toux ou la diarrhée, ou les petits maux. Cela réveille notre culture qu'on a oubliée. C'est bien, il y a de plus en plus de gens qui pratiquent la médecine traditionnelle, surtout lorsqu'il fait le sirop contre la toux. (Participant 4)

En outre, afin de garantir une prise en charge globale de diverses pathologies ou maladies présentes dans la communauté, telles que la grippe, le sida, le diabète et l'hypertension artérielle, on fait appel au savoir de chacune des médecines. Dans ce sens, pour quelques participants, les deux modèles doivent agir en synergie dans le but de préserver le bien-être de la population autochtone en général, en particulier celui des personnes qui vivent dans la communauté. Ainsi, un participant mentionne que les praticiens de la médecine traditionnelle utilisent ce que l'on trouve chez les animaux comme remèdes. Il le précise ainsi dans ses propos :

La médecine traditionnelle utilise ce qu'on trouve dans les animaux pour guérir certaines maladies, comme la grippe, des tisanes pour le diabète et l'hypertension artérielle. La seule différence, c'est que la médecine moderne est plus synthétisée comparativement à l'approche traditionnelle. Ce sont quand même les Autochtones qui ont permis aux colons de s'installer. Progressivement, ces derniers développent leur médecine en s'appuyant sur la médecine traditionnelle des Autochtones. (Participant 8)

4.3.2 L'importance donnée par les hommes autochtones à la médecine traditionnelle

Certains hommes autochtones interviewés accordent une importance capitale à la médecine traditionnelle. C'est le cas de plus de deux tiers des participants. Du fait de leur valorisation de la culture autochtone, pratiquer cette médecine est pour eux une source de sécurité et un lien avec leurs ancêtres. Par ailleurs, les aînés jouent un rôle essentiel dans la transmission des savoirs autochtones. Ils ont pour responsabilité de faire circuler les savoirs entre les membres de la communauté lorsqu'ils se rendent en forêt. Ainsi, pour préserver la culture

autochtone, la communauté accorde une grande importance à la transmission des connaissances en matière de santé. Les aînés racontent des histoires en lien avec certains animaux, comme le soulignent deux participants :

Pour moi, les aînés sont importants, ils transmettent des connaissances : c'est quoi les changements en comparaison aux années antérieures et, de plus, quand un aîné est décédé, il part avec une bibliothèque. (Participant 2)

Les membres de la communauté, oui, tout le monde y a accès. Les aînés nous racontent des histoires en lien avec certains animaux aussi afin de pérenniser la culture autochtone. La transmission des savoirs traditionnels en matière de santé se fait par les membres de la communauté, entre eux. C'est impératif de transmettre toutes les connaissances autochtones à la génération future. Ceci est la responsabilité du conseil de bande qui engage des gens pour transmettre les connaissances. Certaines fois, ils vont faire venir des personnes d'autres communautés pour le partage des savoirs. (Participant 7)

La transmission des savoirs autochtones par les aînés se fait de manière empirique. Ils utilisent plusieurs moyens pour transmettre les connaissances de la médecine traditionnelle, tels que saisir l'occasion de raconter des histoires en lien avec les recettes qu'ils préparent, surtout lorsqu'ils se trouvent dans la nature. Un participant raconte son expérience en disant qu'habituellement, il se rend en forêt avec ses parents adoptifs. De plus, depuis qu'il est adulte, il reproduit le même schéma avec ses enfants pour transmettre les connaissances de la médecine traditionnelle. Il les conduit dans le bois pendant leurs jours de congé. Aussi, selon un participant, la transmission s'effectue entre amis. Ils partagent tout avec ceux qui y adhèrent – ceux qui y croient :

Parce que moi, je ne sais pas. Je vais dans le bois avec mes amis aussi. Tsé, moi, mes parents adoptifs, ils m'ont toujours emmené dans le bois. Ça fait que moi aussi, je fais la même chose à mes enfants. Je les emmène dans le bois. Quand ils peuvent, ils sont en congé. C'est peut-être les deux. Les amis ou bien intergénérationnels. On peut partager ça. Bien oui, ceux qui y croient, ceux qui y croient, ceux qui veulent avoir le service. Pour ma part, oui, je le partagerais. Je partagerais qu'est-ce que moi je connais en forêt. Moi, j'en parle de ça à mes enfants, pas à personne d'autre. Nous autres, entre amis. Moi, je fais ça avec mes amis. Oui. Mes amis d'hommes. Oui, bien, si les femmes veulent en parler, elles veulent savoir. (Participant 5)

La transmission des connaissances est primordiale, dans le contexte autochtone; voilà pourquoi le participant 7 souhaite qu'il y ait des petites rencontres au centre de santé de Lac Simon. Pour cet homme, c'est un moyen efficace de participer, de pratiquer la transmission des savoirs traditionnels. Il le précise ainsi dans ses propos : « Je pense qu'il doit y avoir des petites rencontres, quelquefois, qui se font ici. De façon spontanée, je dirais. Oui, c'est de participer, d'écouter et d'apprendre » (Participant 7).

Dans son témoignage, un autre participant décrit l'influence de la technologie sur le milieu de travail autochtone. Il trouve que la technologie prend trop de place, car cela leur fait oublier leur identité et leur culture anichinabées. En milieu autochtone, l'entraide et le partage revêtent une grande importance : « Parce que, quand on est ici, il y a juste la technologie qui prend beaucoup de place. Ça fait qu'on oublie qui nous sommes après. On oublie c'est qui nous, les Anichinabés autochtones » (Participant 5). Selon ce participant, la culture autochtone est en train de disparaître de manière progressive, car certains individus ayant des connaissances sur la médecine traditionnelle ne communiquent pas les informations, ils préfèrent les garder pour eux. Ils ne transmettent pas leurs recettes à d'autres personnes de la communauté. Ce participant ne connaît pas la raison pour laquelle ils agissent ainsi :

Pour ma part, c'est comme... c'est en train de disparaître, la médecine de nos ancêtres. Parce que les autres qui ont eu des enseignements pour avoir la médecine traditionnelle, admettons, ils ne partagent pas. Ils gardent ça pour eux. Ils ne transmettent pas à d'autres personnes. Je ne sais pas. Je ne peux pas répondre à ça! Parce que moi, je ne sais pas non plus. Peut-être qu'ils ont partagé. On ne le voit pas. La technologie prend beaucoup de place, cela ralentit la performance et l'efficacité des employés. Mais elle facilite la communication à l'intérieur de nos institutions. (Participant 5)

D'un autre angle, un participant met de l'avant l'utilisation de certains animaux en tant qu'aliments en milieu autochtone. Pour ce participant, dans la culture autochtone, il est recommandé de continuer à consommer de la viande sauvage. Il existe des espèces de poissons, d'animaux, comme le castor et l'orignal, et d'oiseaux qui contiennent des substances médicamenteuses. Selon un participant, une bouffée inhalée de la mouffette

permet de soulager les maux de tête en environ une à deux heures. Lui, et un autre participant en témoignent :

Puis, nous autres, dans notre coutume à nous autres, il faut continuer à manger de la viande sauvage. Il y a des poissons qui ont des médecines. Les animaux. Puis les oiseaux aussi qui volent. Même, comme la mouffette, quand tu as bien mal à la tête, quand tu sens l'odeur de la mouffette, ça dégage ton mal de tête. Une heure ou deux heures après, tu n'as même plus mal à la tête. Oui. Il y en a chez les mouffettes. Il y en a chez l'original, chez le castor. Il y a tous des médicaments des animaux, qui viennent comme agir comme médicaments. Tsé, tout le monde déteste la mouffette. La mouffette, elle apporte beaucoup. C'est un animal. C'est un animal qui pue, admettons. Tu as noir et blanc. Oui. Il y en a sûrement en ville aussi. (Participant 5)

Admettons, nous autres, si tu as une plaie qui est ouverte, qui n'est jamais guérie... Je ne sais pas si tu sais, les rognons de castor. Ça, tu l'ouvres. Admettons, ce n'est jamais guéri, tu l'ouvres puis tu le mets là. Avec un bandage. C'est seulement un couple de jours. Après ça, ça ferme tout. C'est guéri. » (Participant 9)

Un autre participant indique que la clé de la médecine traditionnelle réside dans la maîtrise de son utilisation. Il indique que les Autochtones possèdent les connaissances sur de nombreux arbres dans la forêt, sur des feuilles et le fameux thé de labrador :

Non, parce que, moi, je prends toujours les médecines en forêt. Moi, la médecine traditionnelle, moi, à cette heure, je guéris très vite avec ça. Oui, oui. Mais il faut que tu saches comment faire avec la médecine traditionnelle. Nous, les Autochtones, avons beaucoup d'arbres dans le bois. Tu as les arbres, tu as les feuilles, tu as le thé du Labrador, ces affaires-là. (Participant 2)

Pour le participant 13, il est important de trouver un véritable expert afin d'éviter les dommages causés par la médecine occidentale, ou moderne. Pour lui, lorsqu'il est confronté à quelqu'un qui ne possède pas les compétences médicales nécessaires, la médecine moderne peut rendre la situation plus complexe. En se basant sur son expérience antérieure, il parle en fonction d'un passage chez le médecin où il n'a pas reçu la bonne ordonnance (*prescription*). Il n'avait pas l'intention de dénoncer qui que ce soit, mais il nous a conseillé de consulter un véritable spécialiste en cas de problème de santé. Il le souligne ainsi dans ses propos :

La médecine des Blancs, ça peut nous compliquer aussi un peu. Je te le dis parce que j'ai vu faire ça. Quand j'ai été consulter le médecin. Fait que, oui. Je ne veux pas faire de reproche à qui que ce soit. Mais la seule manière qui... Il faut quand même essayer de voir, de consulter les vrais spécialistes. » (Participant 13)

En se basant sur les notes de l'étudiante chercheuse et sur les renseignements recueillis tout au long de la collecte des données, les témoignages de plusieurs participants mettent en évidence l'occasion d'un éventuel partenariat entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Certains participants font part de leur expérience et expliquent qu'ils prennent des pilules, ou des comprimés, tels que le Tylenol pour soulager leurs maux de tête. En même temps, ils ont recours à la médecine traditionnelle pour des problèmes comme la toux :

Je prends mes pilules quand j'ai mal à la tête. Par exemple, je prends du Tylenol, tout ça. Les médecines traditionnelles, entre autres le sirop contre la toux, c'est ce que je prends, et même les gens de ma famille font la même chose que moi. Il suffit que nous, les Autochtones, on le mette en pratique de deux façons de faire [pratique de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle]. (Participant 5)

Le participant 10, lui, ne voit pas de partenariat possible entre les deux approches de la médecine. Selon lui, elles ont des philosophies différentes :

Moi, je pense, ce n'est pas possible de faire un éventuel partenariat entre les deux approches de médecines. Car elles n'ont pas la même philosophie, parce que dans notre tradition, on ne vend pas les remèdes à base de la médecine traditionnelle, on les partage avec nos voisins, que ce soit amis ou membres de notre famille. Toutefois, ce sera un désastre s'il y a un partenariat des deux modèles de médecine : on prendra notre valeur. (Participant 3)

4.3.3 La synthèse des conceptions de la médecine traditionnelle et moderne

La deuxième partie de ce chapitre explore les différentes expériences de soins des hommes autochtones interrogés au sujet des médecines traditionnelle et moderne. Les témoignages des participants ont permis de dégager quatre constats principaux.

Le premier constat est la conception de la médecine traditionnelle : les hommes autochtones rencontrés ont exprimé leur gratitude envers la médecine traditionnelle, mentionnant qu'elle est bénéfique à la fois pour eux et pour les membres de leur communauté.

Le deuxième constat touche la conception de la médecine moderne. Les hommes autochtones reconnaissent les avancées de la médecine moderne et comment le développement de médicaments et de technologies permet d'obtenir des résultats rapides chez les patients. Cependant, ils s'inquiètent de se voir prescrire des pilules.

Le troisième constat concerne le lien entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Les hommes autochtones soulignent que les deux modèles de médecine se sont inspirés de la nature et qu'ils ont leur place dans les communautés autochtones. Ils y voient ainsi une cohabitation possible.

Enfin, le quatrième constat porte sur l'importance accordée par les hommes autochtones à la médecine traditionnelle. La majorité des participants accordent une importance primordiale à cette médecine, car elle les rapproche de leur culture et de leur spiritualité. Ils considèrent cela comme un retour aux sources.

CHAPITRE 5 : LA DISCUSSION

Ce projet avait pour objectif selon ce qui est indiqué précédemment les besoins des hommes autochtones en ce qui concerne les services sociosanitaires dans deux communautés des Premières Nations de l'Abitibi-Témiscamingue, à savoir Lac-Simon et Kitcisakik, et de comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones lorsqu'ils ont recours à la médecine traditionnelle et à la médecine moderne. C'est dans cet ordre que les résultats ont été présentés. Dans un premier moment, il sera question du premier objectif, pour passer ensuite à la discussion du deuxième objectif.

5.1 L'objectif relatif aux besoins en services sociosanitaires des hommes

Pour ce qui est de ce premier objectif de recherche, nos résultats indiquent que les hommes interviewés ont des besoins variés en matière de santé. Ils insistent sur le **besoin de s'occuper ou de prendre soin de leur santé**. Ce constat a été observé chez la plupart des participants, leur santé compte pour eux. Dans les faits, certains hommes indiquent également que pour s'occuper de leur santé, ils ont recours tant à la médecine traditionnelle qu'aux services offerts à l'intérieur comme à l'extérieur de leur communauté. Comme le souligne Smits (2014), les Autochtones ont recours à la médecine traditionnelle, notamment la loge « Midewiwin » (lieu de prière des Autochtones), les tentes de sudation ou cérémonies de purification (Garneau et Breault-Boulay, 2022), les chansons, les danses traditionnelles, l'utilisation de la plume d'aigle et le cercle de guérison afin de faire une prise en charge globale de leur santé (Ellington, 2020).

Dans le même esprit, la plupart des hommes autochtones rencontrés témoignent que de **nouvelles maladies se développent** au fur et à mesure qu'ils vieillissent. Cela signifie que les **participants plus âgés doivent se rendre au centre de santé de façon périodique pour des consultations médicales** dans le but de conserver leur santé. D'après d'autres études, on remarque une détérioration inévitable de l'état de santé des aînés au fil du temps (Smits, 2014). C'est de cette façon que les hommes interagissent avec les services de santé en allant consulter, cela va en opposition à la masculinité traditionnelle qui caractérise les hommes par des qualités comme le stoïcisme, l'autonomie, la réussite et l'agressivité (Bilodeau,

2017). De plus, les résultats ont révélé que certains hommes autochtones continuent de vivre avec les séquelles laissées par les politiques assimilatrices des pensionnats. Ils ont bénéficié de thérapies conséquentes dans une des communautés participantes qui leur ont permis de surmonter cette expérience traumatisante dans leur vie, avec des abus de toutes sortes (Ellington, 2020). En effet, certains hommes autochtones nous ont exprimé leur vécu douloureux dans les années passées aux systèmes de pensionnat autochtones et en raison de la discrimination subie dans le milieu en santé des Autochtones. La littérature est claire en ce qui concerne la dénonciation des effets dévastateurs des pensionnats, notamment chez les Autochtones (Coates, 2008; Sossoyan, 2009; Phommachakr, 2005).

Pour les hommes rencontrés, l'approche holistique, basée sur la médecine traditionnelle, est cruciale pour aider les thérapeutes à les soutenir tout au long du processus de guérison. Cette approche offre ainsi aux Autochtones un équilibre optimal parce qu'elle considère la personne dans sa globalité (corps, esprit et environnement) tout en respectant la nature et tout ce qui l'entoure (Hart, 2016; Hart et al., 2002; Kenny et al., 2004a). C'est ainsi que des chercheurs suggèrent l'utilisation de la roue de médecine dans les pratiques d'intervention visant la santé et le bien-être des Autochtones (Van de Sande et al., 2018). Grâce à la roue de médecine, les Autochtones peuvent surmonter les défis de la vie liés à l'âge et accepter aussi leur situation (Tremblay et Ellington, 2022). C'est ainsi que des chercheurs mentionnent que l'attention portée sur cette approche en santé autochtone tient compte du fait que les différentes sphères de l'individu sont déterminées par le développement social, culturel et politique des familles et des sociétés (Ellington, 2022).

Pour les hommes autochtones interviewés, vivre avec le passé douloureux des abus commis dans les pensionnats représente un véritable défi dans leur vie. En effet, cette expérience engendre énormément de stress, qui se manifeste plus tard sous forme de maladie (Posca et Posca, 2018). Parmi les séquelles, on peut citer la dépression, les troubles de santé mentale, le suicide, la baisse de l'estime de soi, la dépendance, les difficultés familiales, etc. (Geanta, 2021; Mant et al., 2023).

Un autre constat de l'étude est que les hommes autochtones sont **méfiant** envers le **système de santé moderne**. Autrement dit, on peut observer chez tous les participants un besoin de

se sentir accueillis. Pour quelques participants, se rendre à l'hôpital implique de vivre ou d'expérimenter un sentiment de jugement et de mépris de la part des travailleurs de la santé. Les résultats de l'étude de Phommachakr (2005), indiquent que les Autochtones ont une attitude de méfiance à l'égard du système de santé canadien, ce qui va dans le même sens que le constat établi. Le passé colonial continue d'influencer les trajectoires de soins, comme en témoigne la méfiance exprimée par plusieurs participants envers les institutions. Une lecture décoloniale des besoins de santé est importante, comme le révèlent les résultats de cette étude.

D'autres études mettent en évidence la mauvaise perception des Autochtones et leur surreprésentation dans les maladies chroniques (Martin et Diotte, 2010). À cela s'ajoute l'association directe des Autochtones à la consommation abusive de drogues et d'alcool, ce qui a un impact négatif sur l'utilisation des services de santé (Labra et al., 2022). De plus, des Autochtones ont vécu des expériences négatives avec le système de santé canadien. Le 28 septembre 2020, madame Joyce Echaquan a malheureusement perdu la vie à cause du racisme systémique (Desrosiers et al., 2022) ou racisme structurel qui méprise les cultures autochtones (Czyzewski, 2011a, 2011b; Isaacs et al., 2010; Kirmayer, Tait, et al., 2009; Labra, 2023; Wylie et McConkey, 2019). Pour Labra et al. (2022), la discrimination et la méconnaissance des réalités autochtones qui émanent des institutions et de certains professionnels de la santé influenceraient négativement l'utilisation des services en santé et de services sociaux chez les Autochtones. Cette méfiance des hommes rencontrée envers le système de santé apparaît dans l'analyse historique des rapports de colonisation, les politiques assimilationnistes et l'endoctrinement aux valeurs occidentales des Autochtones au Canada (Blackstock, 2009; Chartrand, 2019). Malgré tous les effets négatifs des pensionnats, les Autochtones persistent à poursuivre leur existence grâce à la solidarité inconditionnelle de leur communauté (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). La communauté est pour les hommes autochtones rencontrés un soutien important et un réseau social qui s'entrelace avec la famille et les confrères des hommes rencontrés. Nos résultats rejoignent ceux de Pourcelot (2023) qui, dans son étude, fait référence à certains éléments tels que l'environnement immédiat de la personne autochtone, c'est-à-dire l'expérience antérieure d'autres membres de la communauté avec le système sanitaire, et l'éducation qui

peuvent influencer positivement ou négativement l'utilisation des services de santé par les hommes autochtone.

En outre, certains participants soulignent le **besoin des suivis en santé**, en particulier pour les maladies chroniques et le traitement des plaies après une intervention chirurgicale. Parmi les exemples que les participants ont mentionnés en entrevue, citons l'hypertension artérielle, le diabète, le soin de la plaie après une laparotomie, etc. En contexte autochtone, une approche holistique prend toute sa signification parce qu'elle met en exergue la valeur de la culture et de la spiritualité comme étant des vecteurs qui renforcent les capacités des individus et qui constituent des facteurs de protection de la santé. Cette approche comprend, entre autres, les dimensions physiques, spirituelles, émotionnelles, et mentales, et elle cherche à maintenir l'équilibre entre elles. D'abord, la dimension physique aide les Autochtones à comprendre l'importance de l'environnement familial dans leur quotidien afin de maintenir un équilibre dans la vie de tous les jours (Guay, 2017; Hart, 2016; Loïselle et McKenzie, 2009). Ensuite, la dimension spirituelle favorise le respect de la nature et des ancêtres et enfin, la dimension mentale soutient l'égalité entre les races, à l'origine tous les êtres humains ont une valeur égale (Cherkowski, 2010; Sioui, 2021). Ainsi, l'approche holistique intègre en même temps des aspects fonctionnels, relationnels et spirituels des Autochtones (Hill, 2003; Hill, 2009). Il faut promouvoir la santé intégrale des hommes autochtones dans les services qu'ils consultent, autant à l'intérieur des communautés qu'à l'extérieur, et ce, à travers des pratiques traditionnelles qui se font en prônant des interventions holistiques qui misent sur les dimensions de cette approche (spirituelle, physique, émotionnelle et mentale) de la personne.

Un manque en ce sens engendre le déséquilibre (maladie), le chaos et le mépris de l'autre (Loppie et al., 2014; Martin et Diotte, 2010). Nos résultats nous ont permis d'observer que les hommes autochtones réussissent à avoir une bonne santé lorsqu'ils maintiennent une harmonie avec les dimensions citées plus haut. Ainsi, leur conception de la santé et de la maladie ne peut pas être comprise sans tenir en compte cette approche holistique, où la dimension globale est tout intégrée pour assurer la bonne santé. C'est ainsi que cette harmonie est garante de la santé dans la culture des participants. Dans le même sens, Martin et Diotte (2010) indiquent que pour les Autochtones, la maladie et le non-respect de l'ordre

social surviennent si l'on ne respecte pas les esprits, la terre, etc. Les Autochtones prônent également une approche globale de la santé, comme le propose l'approche holistique. Cette approche aide les Autochtones à trouver un équilibre dans leur vie quotidienne (Andermann, 2017; Whyte, 2023).

L'homme autochtone doit emprunter une trajectoire pour maintenir un équilibre parfait dans la vie quotidienne (Whyte, 2023), et c'est exactement ce que font certains participants. Les hommes autochtones rencontrés s'occupent de leur santé en consultant, quand il le faut, le centre de santé de leur communauté, et ils font de même pour leurs proches. C'est ainsi qu'ils trouvent leur bien-être intégral.

Toujours en lien avec les besoins en santé des hommes autochtones, les résultats de la présente étude montrent clairement l'intérêt des participants ayant des enfants à accorder de **l'importance à la protection de leurs enfants** pour éviter des abus. Dans certaines situations difficiles, quelques participants sont incapables d'assurer la garde de leurs enfants. C'est notamment le cas dans les familles séparées, une situation qui affecte le moral des participants. À ce moment-là, c'est la DPJ qui prend en charge les enfants. Cette situation est une source de stress pour certains hommes interrogés. Ils ont constamment de mauvais souvenirs du système des pensionnats, ce qui engendre une crainte par rapport à leurs enfants. Puisque quelques participants ont perdu la garde des enfants, ils se préoccupent de leur intégrité. Or, les participants réfléchissent régulièrement aux conséquences des pensionnats, ils souhaitent garantir la sécurité de leurs enfants en évitant tout abus éventuel.

Toujours en lien avec les besoins en santé des hommes autochtones, le **besoin de services en santé mentale** est de plus en plus évident pour les participants. Pour Vitenti (2018), le service de santé mentale offre la possibilité de prendre en charge les hommes accros à la consommation excessive de drogue et d'alcool à l'aide de la médecine traditionnelle. À travers les témoignages des hommes autochtones, nous avons pu constater que ce service offert dans les deux communautés participantes est basé sur l'approche holistique. Selon le témoignage de certains participants, les intervenants de ce service pratiquent l'écoute active parce qu'ils accordent le temps nécessaire aux hommes de raconter leurs expériences. Ce type de service semble très bénéfique pour les hommes dans le processus de soins et de

demande d'aide (Brouillette et al., 2022). Cela renforce la relation de confiance entre les hommes autochtones rencontrés et leurs intervenants.

D'un autre point de vue, certains participants manifestent le **besoin d'un nouveau programme portant sur la santé mentale**, car plusieurs suicides sont survenus au sein des communautés ces dernières années. C'est pour cette raison que les hommes autochtones insistent sur la mise en place d'un nouveau programme de santé mentale, dans le but de mieux soutenir les personnes de la communauté en situation de vulnérabilité. Il semble y avoir consensus sur le fait que la création d'un nouveau programme permettrait d'aborder le phénomène du suicide qui touche les jeunes dans leur communauté. Pour Kirmayer (2007), plusieurs facteurs de risque rendent les Autochtones vulnérables au suicide (Kumar et Tjepkema, 2019). La littérature scientifique a déjà bien documenté les facteurs qui influencent la sous-utilisation des services de santé par les hommes autochtones, soit la colonisation, la marginalisation raciale et économique, etc. (Kirmayer et al., 2009; Labra et al., 2022; Lefevre-Radelli, 2021; Terlutte, 2017). Selon Kirmayer et al. (2009), les facteurs de risque liés au suicide sont facilités par la disponibilité des armes à feu, de l'alcool et des drogues ainsi que par les attitudes face au suicide. Pour Goodman et al. (2018), les facteurs de risque peuvent ainsi être considérés comme les variables d'un processus possiblement associé au développement d'un risque suicidaire. Pour les participants, les tentatives de suicide sont des problématiques manifestes chez les jeunes dans leur communauté. Enfin, ce nouveau programme portant sur la santé mentale permettrait d'améliorer les interventions, d'être plus présent auprès des familles qui en ont le besoin et de contribuer à une diminution du taux de suicide. Selon les hommes autochtones rencontrés, il s'agit d'un besoin réel à l'égard de leur centre de santé et de services sociaux.

Un autre service offert dans une des communautés, très apprécié par les participants et qui semble être un besoin criant pour eux, est l'existence d'un **groupe de soutien pour les hommes**. Ce type de groupe mis en place par le système de santé local (communautaire) permet aux participants d'aider les hommes qui éprouvent des problèmes similaires. Ils peuvent ainsi exprimer leur vécu, s'entraider, cheminer ensemble et trouver des solutions à leurs problèmes. Ce groupe met de l'avant une approche d'intervention holistique, ce qui assure la cohérence entre les besoins des hommes participants et le concept de santé

pluridimensionnel propre aux Autochtones (Kenny et al., 2004b). Ainsi, les participants de l'étude ont témoigné d'une grande gratitude envers les divers services reçus au sein de leur communauté. De manière unie et complémentaire, l'approche holistique prend en considération le vécu des Autochtones (Kenny et al., 2004a) à travers des pratiques culturellement sécuritaires et adaptées à leur culture.

À propos des besoins en santé des hommes autochtones, nous avons constaté **un besoin criant d'intervenants masculins** pour encourager la population masculine à utiliser des services en santé et services sociaux. Ce constat peut faciliter la consultation en matière de santé des hommes autochtones, qui sont souvent confrontés à des obstacles pour accéder aux services de santé (Labra et al., 2023; Phommachakr, 2005; Wylie et McConkey, 2019). Selon les témoignages des participants, les hommes autochtones seront plus disposés à échanger avec un intervenant autochtone masculin. Selon certains, dans le cadre des soins, un intervenant du même sexe que l'homme instaure un sentiment de confiance. Les participants affirment alors être mieux compris. Nous n'avons pas trouvé de résultats semblables dans d'autres études auprès des hommes autochtones qui viennent affirmer ou infirmer ce constat. En revanche, Labra et al. (2022) ont mené une étude auprès d'hommes allochtones vivant en milieu urbain et leurs résultats indiquent que les participants n'ont pas de préférence par rapport au sexe de la personne intervenante. De plus, d'autres participants ont noté le manque d'intervenants masculins dans les centres de santé et de services sociaux dans leur communauté. En entrevue, les hommes autochtones témoignent que quelques intervenants masculins viennent travailler dans les communautés, mais qu'après une courte période, ils quittent leur emploi. Les hommes autochtones rencontrés sont très préoccupés par rapport à cette situation et ils cherchent également à la comprendre. Certains estiment que le travail de soins en santé est réservé aux femmes tandis que d'autres affirment que le salaire est trop bas. La littérature scientifique en contexte autochtone n'aborde pas ce besoin évoqué par les hommes autochtones d'avoir plus d'intervenants masculins.

Pour répondre à leurs besoins en santé, plusieurs hommes autochtones rencontrés ont signalé le **besoin d'équipements pour les urgences graves ou majeures** dans leur communauté. Pour eux, il est important que les participants aient des équipements adéquats pour les urgences graves (intoxication, fortes douleurs à l'abdomen ou à la poitrine, etc.) : l'équipe

médicale des centres de santé communautaire dispose alors du matériel nécessaire pour mieux gérer les urgences. En raison des urgences nocturnes, les gens sont contraints de consulter à l'extérieur de leur communauté. C'est surtout le cas pendant les fins de semaine où il semble se produire des situations qui demandent un soutien médical plus complet. Nous avons constaté que ce résultat est particulier pour notre étude, car nous n'avons trouvé aucun exemple similaire dans la littérature.

5.1.1 Les besoins à l'égard du centre de santé et de services sociaux dans la communauté

L'analyse des témoignages permet de dégager que les hommes manifestent un besoin **d'avoir recours souvent aux services de santé et de services sociaux** dans leur communauté. En raison de leurs mauvais souvenirs du système colonial, certains participants se sentent en marge de la société québécoise. Cette situation engendre des incertitudes, des appréhensions et de la méfiance de la part des participants envers le système de santé, en raison d'expériences négatives ou d'un manque de compréhension culturelle. Ce constat rejoint les critiques formulées à l'égard du caractère individualiste de la biomédecine (Willows, 2005). En revanche, prendre soin de leur santé à l'intérieur des communautés a toujours été pour eux un moyen de rester fidèles à leur culture. Cela suggère que les participants se sentent plus en sécurité lorsqu'ils consultent les services de santé qui sont disponibles dans leur communauté. Les services offerts dans le respect des pratiques culturelles et spirituelles parce que les hommes autochtones rencontrés cherchent à satisfaire plusieurs besoins. Cela rejoint les résultats d'Ellington (2022) qui mentionne que les hommes autochtones sont confrontés aux besoins spirituels, culturels, physiques, émotionnels. D'après Roy (2015), la culture se manifeste à travers un lieu, un espace ou un territoire ainsi qu'un itinéraire où s'enracinent les valeurs et les traditions. En entrevue, les participants ont ainsi montré une attitude favorable aux services de santé et de services sociaux au sein de leur communauté.

Dans le même esprit, certains participants aimeraient que le **centre de santé et de services sociaux communautaire vulgarise et mette de l'avant les activités culturelles**. Pour Kirmayer et al. (2003), les Autochtones accordent une grande importance à la culture et la

spiritualité, ce qui constitue pour eux la pierre angulaire de toute intervention en milieu autochtone. Or, d'après ce qui a été observé chez les participants de la présente étude, la valorisation de la culture autochtone au sein de leur communauté, à travers les diverses activités culturelles, est cruciale et indispensable pour motiver et encourager les hommes à consulter les services de santé et de services sociaux dès que le besoin se fait sentir. Aux dires des hommes autochtones, s'ils avaient l'habitude de se rendre à ce centre pour des activités culturelles, il leur serait plus simple d'y aller en cas de maladie. Comme le soulignent certains auteurs dans la littérature, la promotion de la culture autochtone à travers des pratiques traditionnelles comme le chant, la danse, le tambour, le tissage, la vannerie et la sculpture, etc., contribue de manière décisive à la santé et au bien-être intégral des Autochtones (Muirhead et De Leeuw, 2013; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004).

Le centre de santé communautaire des communautés participantes a une occasion unique de promouvoir les activités traditionnelles dans son offre de services aux Autochtones, comme le proposent la roue de la médecine et l'approche holistique. Cela permet de préserver les traditions ancestrales (les cercles sacrés, les tentes de sudation, etc.) et les hommes peuvent ainsi se « reconnecter à leur identité » (Waldram, 2013). Pour Hill (2009), ces pratiques (les cercles de parole, les cérémonies de purification, les olympiades, etc.) permettent aux Autochtones de reprendre leurs pouvoirs et de réaffirmer leur identité (Hill, 2003; Hill, 2009). Selon les dires des hommes autochtones rencontrés, les jeunes peuvent affronter la vie avec plus de sérénité et de positivité grâce à ces activités. Cela montre les valeurs pour la transmission de la culture chez les jeunes. Il faut retenir que la vision des Autochtones du monde est toujours influencée par leur culture (Johannessen et Lazar, 2006; Lévesque, 2015; Thibault et Amélie, 2009). Ainsi, les résultats de la présente recherche nous ont permis de constater que chez les hommes autochtones rencontrés, la culture autochtone devrait être au cœur de toutes les activités dans la communauté. Les récits des participants font écho à certaines recherches (Clément, 2007; Thibault et Amélie, 2009) qui mentionnent que le respect de leur culture devient un pilier important dans le milieu autochtone.

Toujours en lien avec la présence de la culture autochtone dans le milieu de la santé et de services sociaux, un autre élément soulevé par les participants pour la préservation des valeurs et des traditions en milieu autochtone est la **pratique de l'entraide entre les gens**

de la communauté. Pour les Autochtones, cette façon d’être permet aussi de saisir toutes les occasions pour transmettre les savoirs autochtones (Murphy et al., 2017). Selon Hart (2016), ce type de rapport basé sur l’entraide exerce une influence déterminante sur le mieux-être des Autochtones. De plus, certains participants en entrevue ont montré une grande sensibilité envers la préservation de leur culture, notamment en cherchant à préserver les valeurs autochtones (p. ex., la transmission de la langue anichinabée, l’utilisation des plantes médicinales). Pour les Autochtones, il est primordial de montrer aux jeunes leur culture (Loiselle et McKenzie, 2009), ce qui a été soulevé par les participants à la présente étude.

Pour Hart et al. (2002), peu importe l’aspect de la culture autochtone, il est essentiel d’avoir une cohérence totale pour que l’homme autochtone reste en parfaite santé, d’où le *pinotimadiziwin*, qui signifie la bonne vie (Hart, 2020). Pour Blanchet-Cohen et al. (2020), l’entraide fait partie de la culture autochtone et c’est une manière de transmettre la culture aux jeunes. Depuis des temps immémoriaux, l’entraide est perçue comme un pilier de la culture autochtone (St-Arnaud et al., 2005). Certains participants indiquent justement que comme la solidarité a émergé au sein du peuple autochtone, il est essentiel de la conserver précieusement et de la perpétuer. Certains hommes autochtones rencontrés valorisent le vivre ensemble et s’engagent à promouvoir cette valeur dans leur cercle social, tout en privilégiant le bien-être collectif et le partage. D’autres hommes autochtones insistent sur les différentes activités qu’ils ont l’habitude de pratiquer comme les jeux intercommunaux, les cercles de parole, les cérémonies de purification, les olympiades et le jeûne qui sont perçus comme faisant partie des pratiques ancestrales qui soutiennent les Autochtones pour les aider à faire face aux défis quotidiens. Selon Lepage (2009b), toutes ces pratiques valorisent la culture autochtone. Pour Johannessen et Lazar (2006), les Autochtones accordent une grande importance aux pratiques ancestrales, car cela leur permet de puiser de l’énergie positive chez leurs ancêtres. Les Autochtones considèrent les pratiques traditionnelles comme étant une force de leur culture (Lévesque, 2015), ce qui leur permet de rester connectés et d’interagir avec le monde mystique et surnaturel.

5.1.2 Les services disponibles dans la communauté

Lors des entretiens, les participants ont souligné un autre besoin important au sein des communautés autochtones, soit celui de **l'amélioration de l'accès à un service de garderie pour enfants**. Ce service est indispensable pour le développement de la communauté, tant sur le plan éducatif que sur le plan social. Le service de garderie aide les enfants à développer de bonnes habitudes concernant les repas, la toilette et l'habillement, en plus d'assurer leur développement cognitif et relationnel grâce au contact avec d'autres enfants de leur âge (Bouchard, 2022). Ce service est également bénéfique pour les participants puisqu'il offre la possibilité aux parents de se rendre au travail, ce qui engendre par le fait même une diminution de stress en leur permettant d'être plus stables émotionnellement. En outre, le service de garderie contribue à renforcer les liens au sein de la famille et la communauté, car les parents sont toujours prêts à offrir le meilleur à leurs enfants (Siaud-Facchin, 2014). De plus, les parents ne sont pas les seuls acteurs clés dans le développement de l'enfant puisque les éducatrices et éducateurs en service de garde ont la responsabilité de promouvoir un environnement favorable au développement socioaffectif de l'enfant dans la société en général, et plus spécifiquement à l'école (Voyer et al., 2012). La littérature cite la famille et la communauté comme protectrices indissociables de la santé (Hill, 2009).

Bien que l'on puisse constater un besoin important auprès de la plupart des participants à l'égard de l'accès à une place en garderie pour les enfants, certains hommes autochtones reconnaissent que d'autres services sont essentiels, notamment l'épicerie. Ce service est d'une grande utilité pour la communauté, car il permet à certaines personnes au chômage d'accéder à des achats pour un montant entre 200 \$ et 300 \$. Les participants sont aussi reconnaissants envers leur centre de santé et de services sociaux de la communauté pour son service de première ligne qui soutient les familles qui font face à des difficultés financières. Particulièrement, la cuisine communautaire du centre distribue des paniers de nourriture aux familles en situation de vulnérabilité. Le service de vidange d'égoûts et d'eau potable permet aux résidents de la communauté d'avoir de l'eau potable à la maison. Le service d'éclairage public et de collecte des ordures permet aux habitants de la communauté d'avoir de l'électricité et d'assurer l'hygiène des maisons, ce qui renforce aussi la bonne santé et le

bien-être. Il existe une zone grise dans la littérature concernant ces besoins en milieu autochtone dont nous venons de faire mention, et il serait intéressant d'approfondir ce point.

Par ailleurs, les participants témoignent de l'existence d'un **service de soutien ou d'appui psychosocial**, qui est disponible pour les personnes qui sont confrontées à des problèmes conjugaux. Ce service apporte également son soutien aux personnes en détresse émotionnelle. Un **service de taxi** est également disponible pour faciliter les déplacements à l'extérieur de la communauté. Le bureau du conseil de bande est chargé de servir, de coordonner et de gérer les diverses activités politiques et services de la communauté, tout en établissant un lien avec les autres instances étatiques du pays (Morissette, 2007; Morissette, 2012). Un autre service disponible dans la communauté est le **service psychosocial de nuit occasionnel**. Ce service permet de répondre aux besoins en santé et services sociaux des gens de la communauté.

5.1.3 Les services consultés par les hommes

Les témoignages de certains hommes autochtones nous ont permis de répertorier plusieurs services qui sont consultés. Le **service d'éducation pour les adolescents** est en tête de liste des services que consultent les hommes. Ce service, qui existait autrefois, mettait en avant la culture autochtone grâce aux pratiques ancestrales (Terlutte, 2017). Parmi les initiatives, on comptait les jeûnes, principalement destinés aux adolescents de la communauté. En outre, il servait également à transmettre les connaissances, mais ce service a maintenant disparu. D'après les participants, cela constitue un handicap majeur pour la communauté.

Pour les participants, il est fondamental de s'occuper des jeunes en soutenant les familles, et la communauté tout entière a un rôle important à jouer en ce sens. Pour les hommes autochtones rencontrés, les jeunes sont l'avenir de la culture anichinabée. L'adolescence est une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui provoque des modifications physiques, psychiques et sociales, en particulier au moment de l'apogée des hormones (Dolto, 2012). Pendant cette période, les adolescents cherchent à être libres et de temps en temps, ils contestent l'autorité parentale (Jeammet, 2007). Pour Sommelet (2007), il est essentiel d'impliquer les familles dans la prise en charge globale des adolescents en

favorisant la coopération interprofessionnelle et interdisciplinaire, tout en respectant la culture et les valeurs des jeunes autochtones.

Dans ce même sens, les participants reconnaissent que le centre de santé ne faillit jamais à sa mission de soutenir l'éducation des jeunes de la communauté à travers, par exemple, la formation primaire qui est offerte dans leur propre communauté. En dépit de toutes les contraintes et des difficultés (manque d'intervenants autochtones, ressources financières limitées), les participants témoignent du fait que le centre de santé essaie quand même de tenir le flambeau en organisant régulièrement des séances d'éducation pour la population adolescente si vulnérable. Aucune autre étude scientifique n'aborde ce sujet, ce qui suggère qu'il reste à étudier dans d'autres Premiers Peuples du Canada.

À l'heure actuelle, les participants souhaiteraient la reprise du service d'éducation pour les adolescents. Les hommes autochtones estiment que cela pourrait influencer positivement le comportement des jeunes par rapport à ce qu'ils nomment « consommation excessive de drogue et d'alcool » en entrevue. Pour Brassard et Spielvogel (2018), les dépendances sont souvent l'une des conséquences des mauvais traitements subis dans l'enfance des Autochtones. Pour les hommes autochtones rencontrés, malgré le vide que le service d'éducation pour les adolescents a laissé, lorsque certains jeunes sont en difficulté, ils trouvent du réconfort au sein du centre de santé de leur communauté afin de satisfaire leurs besoins sanitaires. Pour Coslin (2007), prendre en considération les désidératas de la population adolescente est vraiment important et urgent.

Toutefois, lorsqu'on parle des services fréquentés par les hommes, la **consultation auprès des intervenants de la santé est vue favorablement** par certains participants. Selon ceux-ci, le personnel soignant explique au patient le rôle du centre de santé pour accompagner chaque individu au sein de la communauté et trouver le soin approprié. Des participants affirment même que leur médecin s'engage dans une conversation interactive avec eux en utilisant un langage simple et adapté qui est facile à suivre. Mantz et al. (2006) soulignent que cet engagement du patient (dans notre cas, les participants) dans le processus de soin les aide à diminuer leur anxiété et à améliorer leur santé. Néanmoins, il est important de noter que la plupart des hommes autochtones relatent avoir consulté le service de relation d'aide

dans leur communauté lors de détresse. Les traumatismes, hérités du système de pensionnats autochtones, persistent encore aujourd'hui, tout comme le stress et l'angoisse qui provoquent des problématiques de santé et de nombreux problèmes sociaux (Bolognese, 2018; Ross, 2013; Roussel, 2015). À cela s'ajoute, une surreprésentation des hommes autochtones dans le système de justice pénale ainsi que dans les cas de violence conjugale et familiale (Ellington, 2020, 2022; Frawley, 2020; Lavoie, 2023).

Enfin, la compréhension de l'autre en tant qu'entité unique dans son intégralité est facilitée par la relation d'aide (Boutanquoi, 2001). Cette compréhension met en exergue l'approche holistique préconisée en milieu autochtone. Cette approche implique de prendre en considération les contextes politiques et historiques variés des populations autochtones ainsi que les caractéristiques physiques, émotionnelles, cognitives, spirituelles et culturelles qui en découlent (Kenny et al., 2004a) afin d'aider la personne autochtone à retrouver sa santé et son bien-être intégral.

Les récits des hommes autochtones, qui relatent une perte de la culture par des gens dans leur communauté, permettent de constater leur amour de leur culture, en vue de la transmission de leurs traditions aux enfants et aux jeunes autochtones. Rappelons que La Loi sur les Indiens interdisait non seulement aux membres des Premières Nations de pratiquer leurs rituels religieux, mais restreignait également les rassemblements culturels, cela dans le but de l'assimilation des Premières Nations dans la société eurocanadienne (Arnaud, 2013; Davy et al., 2016; Leslie, 2002) ou à ce que Chansonneuve, (2007) appelle l'acculturation. C'est dans cet esprit de fierté que les participants reconnaissent que des activités comme des **rencontres communautaires hebdomadaires** sont pertinentes et nécessaires pour encourager les jeunes à pratiquer leur culture en faisant des randonnées en forêt, etc. Les hommes autochtones mentionnent que le service de première ligne comprend plusieurs personnes, dont un intervenant pour les jeunes, un intervenant pour les hommes et une intervenante pour les femmes. Par ailleurs, ce service met en place des activités pour des personnes en difficulté financière dans le but de les aider à s'intégrer dans la communauté. Pour les participants, la DPJ travaille conjointement avec le service de première ligne. Ce service assure la médiation entre les familles ayant des enfants sous la responsabilité de la

DPJ. Selon Pineault et al. (2005) ainsi que Kirby et al. (2006), ces services sont importants dans l'offre en santé et services sociaux des communautés autochtones.

Le service de première ligne est le point d'entrée des centres de santé des communautés impliquées dans cette étude. Ce service est responsable de coordonner les soins de manière stratégique. Le service de première ligne est considéré comme fondamental pour le centre de santé, car il fournit une variété de services aux résidents des communautés. Il est vu par les participants comme la base du centre de santé, car il propose une variété de services dans le but d'optimiser la réponse aux besoins des gens de la communauté (Kirby et al., 2006; Pineault et al., 2005). Selon les hommes autochtones rencontrés, le service de première ligne organise des séances de formation sur les maladies chroniques (le diabète et l'hypertension artérielle) en s'appuyant sur une approche holistique pour aider les Autochtones à adhérer aux traitements. La littérature est claire en affirmant que pour les Autochtones, le traitement des maladies est holistique, car il tient compte de l'individu dans sa globalité physique, émotionnelle, mentale et spirituelle (Landry et al., 2019; Terlutte, 2017). Cela nous amène à souligner que le traitement des maladies dans la médecine traditionnelle prend en considération la personne autochtone et son environnement (Boudreau, 2020). De plus, le service de première ligne assure la planification et l'organisation des soins au sein du centre de santé, notamment en ce qui concerne la santé mentale. Ce service vise à guider la personne concernée vers le service approprié en fonction de ses besoins en plus de favoriser la coopération dans le système de santé et de services sociaux (D'Amour, 1997; Pineault et al., 2005; Pineault et al., 2005). Enfin, les participants valorisent ce service parce qu'il offre un lieu de partage des expériences, des émotions et des réflexions sur des questions fondamentales (Lévesque et al., 2018; Levesque et al., 2013), ce qui leur permet de ventiler.

En lien avec les services de première ligne consultés par les participants, nous avons constaté que ceux-ci soulignent leur intérêt pour le **service psychosocial**. Cela rejoint la littérature dans le sens où le service psychosocial offert dans les communautés autochtones est très important pour les hommes (Lessard et Bergeron, 2009), ce qui se justifie par deux raisons. La première raison concerne les démarches judiciaires et psychologiques auxquelles les participants ont eu recours tout au long de leur vie. Pour le service d'aide juridique Ontario (2008), il est très pertinent que les Autochtones puissent compter sur un service d'aide

judiciaire. En effet, d'après les notes de la chercheuse, certains participants qui ont perdu la garde de leurs enfants ont eu recours au service juridique pour se faire aider. Dans ce contexte juridique, il est intéressant de constater que pour quelques participants, ce qui importe le plus, même s'ils ne parviennent pas à gagner le processus judiciaire, c'est de retrouver la paix intérieure. La deuxième raison pour laquelle les services psychosociaux sont importants pour les hommes autochtones rencontrés est que ce type de service est conçu comme un service de soutien qui vient en aide aux gens ayant des rechutes (Wu et al, 2023). Par ailleurs, les services psychosociaux sont également disponibles pour aider les personnes qui sont confrontées à des problèmes de relation de couple et à tout autre problème d'ordre psychologique (Reading et al., 2022; Reading et Wien, 2009b), ce que les participants ont aussi soulevé en entrevue.

À la lumière de cette discussion, nous constatons que les services psychosociaux offerts dans la communauté se basent sur une approche d'intervention enracinée dans la culture des participants. Ces services offrent un soutien qui valorise et reconnaît l'existence des Autochtones dans leur propre culture. Cela témoigne d'une grande confiance de la part des participants envers les services de leur communauté, soulignant la qualité de l'écoute et l'intégration de certaines pratiques traditionnelles. En règle générale, les Autochtones apprécient la consultation au sein de leur communauté puisque c'est culturellement sécurisant (Bernheim et Ottawa, 2022). Tout ce qui a été mentionné précédemment nous a permis d'observer la pertinence de l'approche holistique préconisée en milieu autochtone. Rappelons que l'objectif de cette approche est de maintenir l'équilibre entre les dimensions physiques, spirituelles, émotionnelles et mentales des Autochtones (Gone, 2019; Kenny et al., 2004a).

5.1.4 L'accès au service de santé dans la communauté, Val-d'Or ou ailleurs

L'accès aux services de santé dans la communauté est considéré comme **sécurisant par rapport aux services offerts hors communauté**. Les hommes autochtones rencontrés soulignent une barrière culturelle entre les professionnels de la santé et le patient dans les services hors communauté. Cette barrière leur fait sentir qu'ils sont mal compris, voire jugés, lorsqu'ils demandent des soins en santé (Martin et Diotte, 2010), ce qui pourrait avoir un

impact sur la consultation auprès des services hors communautés des hommes autochtones rencontrés. Ainsi, les problèmes d'accès et les barrières culturelles représentent un défi majeur pour les Autochtones au sein des établissements de santé et de services sociaux en dehors des communautés autochtones (Beaudet, 2013; Leclerc, 2021). D'après leurs témoignages, les participants demandent rarement des soins en dehors de la communauté, sauf si le centre de santé communautaire est dans l'incapacité de fournir un service en particulier pour des soins spécialisés ou pour une chirurgie.

Enfin, la présente étude met en évidence le fait que les hommes autochtones rencontrés mettent l'accent sur l'importance de consolider l'identification des patients à la réception dans leur centre de santé lors du tri à l'accueil afin de pouvoir les guider vers le service approprié en fonction de leurs besoins. Ce constat n'est pas recensé dans la littérature scientifique, mais il est d'ailleurs toujours d'actualité, puisqu'une majorité des hommes autochtones participants en parlent dans leurs témoignages. Or, plusieurs hommes autochtones ont affirmé que l'accès au centre de santé dans leur communauté était plus ou moins facile. Même si certains ont affirmé que la « porte du centre est toujours ouverte », l'accès aux soins dépend de la situation et des journées. Quand il y a une urgence à gérer, le temps d'attente augmente. D'après leurs témoignages, les participants demandent rarement des soins en dehors de la communauté étant donné le problème d'accessibilité rencontré par certains hommes autochtones. Les participants témoignent de la reconnaissance et de la compréhension envers les employés, en particulier lorsque ceux-ci s'occupent d'une autre personne. Ils indiquent que le fait d'être impoli envers un employé pour obtenir rapidement des soins de santé peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins reçus. Essentiellement, cela peut causer la frustration chez les employés.

5.2 L'objectif relatif aux conceptions des médecines traditionnelle et moderne

Dans cette section, nous allons discuter les résultats du deuxième objectif de la présente étude, soit de comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones en matière de médecines traditionnelle et moderne.

Même si les résultats montrent que les participants de cette recherche ont des points de vue différents ou des conceptions différentes, tous les participants sont **favorables à l'égard de la médecine traditionnelle** et considèrent qu'elle est d'une grande aide. Depuis les temps anciens, les Autochtones du monde entier utilisent la médecine traditionnelle pour traiter certaines troubles de santé (Pourchez, 2011), comme les infections, le soin des plaies, les douleurs au ventre, la grippe, etc.(Basile et al., 2017; Chartier, 2009).

En se promenant en forêt, les Autochtones recueillent des plantes médicinales et quelques animaux, comme la mouffette, pour soigner certains malaises. Les participants jugent la médecine traditionnelle plus accessible et plus simple par rapport à la médecine moderne. Les hommes autochtones rencontrés ont expliqué les avantages de cette médecine. Ils estiment notamment que les **remèdes traditionnels restent plus longtemps dans leur organisme**. Ils font également part de l'efficacité de cette médecine pendant la pandémie de COVID-19 lorsqu'ils ont utilisé régulièrement des tisanes à base de plantes médicinales qui diminuaient de manière significative les symptômes de la COVID-19. Parmi d'autres exemples, la médecine traditionnelle est efficace pour guérir de certains malaises, comme la toux, la fatigue et la dyspnée. Sous l'angle de la roue de la médecine, il est possible pour les hommes autochtones d'interagir avec le monde spirituel et le monde vivant. Selon cette conception, le présent, le passé et l'avenir, les quatre points cardinaux ainsi que les saisons, etc., interagissent. La roue de la médecine est une source sacrée de guérison et d'équilibre (Baskin et Sinclair, 2015; Hill, 2009). Pour Hart (2016), cette roue permet de prendre en considération les aspects émotionnel et relationnel d'une personne autochtone, ce qui a beaucoup de sens dans la manière de comprendre la santé des hommes autochtones interrogés. Ainsi, la roue de la médecine est un outil très important chez les Autochtones, à la fois pour comprendre le concept de santé en tant « qu'équilibre » sur les différentes sphères de l'individu et comme outil fondamental pour l'intervention (Baskin et Sinclair, 2015; Hill, 2009).

Les hommes autochtones rencontrés mettent en évidence **l'historicité, la spécificité et la singularité de la médecine traditionnelle**. Ils sont d'avis que les Autochtones doivent conserver et promouvoir la médecine traditionnelle uniquement au sein de leur communauté, afin de prendre soin de leurs semblables en cas de maladie. Il est d'ailleurs possible

d'examiner dans la littérature scientifique la reconnaissance à la médecine traditionnelle par une panoplie de savoir-faire, tant sur les plans physiques que sur les plans spirituels, émotionnels et sociaux (Dozon, 1987; Gimenez, 2012; Hill, 2003; Martin-Hill, 2010; Zellerer, 2003).

La présente étude a permis de constater que les hommes autochtones mettent en valeur le fait que **la médecine traditionnelle leur permet d'obtenir des résultats plus rapidement**, par exemple dans le cas de la toux. Dans ce cas, il suffit de boire une tisane préparée à partir de plantes médicinales, puis la personne se rétablit rapidement. Or, les participants témoignent d'un bienfait psychologique puisque, mentalement, ils se sentent plus en sécurité parce que c'est leur médecine (qui ne contient aucun produit chimique). Ils mentionnent en entrevue que c'est naturel et ce résultat est en harmonie avec la roue de la médecine utilisée en milieu autochtone (Kenny et al., 2004a). La roue de la médecine voit l'Autochtone comme profondément ancré dans sa culture, tout en préservant l'équilibre entre le corps et l'esprit, le relationnel et l'émotionnel, etc. (Hart, 2016). Dans ce sens, la majorité des participants croient fermement que **la médecine traditionnelle les rapproche de leur spiritualité, des ancêtres, de l'être suprême (Dieu) et de la nature**. Pour Halseth (2013b), les Autochtones percevaient la nature comme étant la principale source de la prise en charge de certains problèmes de santé comme les engelures, l'hypothermie, les plaies et les infections. Cela favorise l'harmonisation des dimensions physiques, spirituelles, relationnelles et affectives des Autochtones (Dussault et Erasmus, 1996; Savard, 2007; Scala, 1997). En adoptant ce modèle de santé, les participants arrivent à maintenir ce que Beudet (2013) appelle l'« équilibre de vie ». C'est pour cela que Dozon (1987) reconnaît la médecine traditionnelle au même titre que la médecine moderne parce que ces deux types prônent le bien-être intégral et la santé. Saillant et Quéniart (1990) vont plus loin en affirmant que la médecine moderne a entraîné une revalorisation de la médecine traditionnelle, car cette dernière est dépourvue de partialité (Saillant, 1990).

Les hommes autochtones réitèrent que les **traitements basés sur la médecine traditionnelle peuvent guérir pendant plus longtemps**. La guérison est donc durable, car cette médecine repose sur leur culture. Cela favorise aussi un sentiment de bien-être. D'autres participants affirment également que les individus qui recourent à la médecine moderne voient leur état

de santé s'améliorer temporairement. Après quelques jours ou quelques semaines, les symptômes de la maladie réapparaissent progressivement.

Tous les participants ont recours à la médecine traditionnelle à des degrés différents et ils semblent en tirer de la fierté, car ils constatent les bienfaits de celle-ci dans leur vie et celle des gens de la communauté qui y adhèrent. Cela rejoint les résultats de l'étude de Foucher (2015) qui souligne que certains parents autochtones ont refusé des soins hospitaliers à cause de leur croyance à leur droit ancestral à la médecine traditionnelle. Ainsi, les hommes autochtones rencontrés valorisent fortement la médecine traditionnelle. Il s'agit d'une médecine qui va bien au-delà de l'approche de la médecine moderne. C'est une médecine qui connecte les Autochtones à la nature, à la spiritualité, à ce qui n'est pas tangible ou visible à l'œil nu et même au Créateur, comme le mentionnent quelques hommes autochtones interrogés.

Un tiers des participants utilise les deux types de médecine. Selon eux, les deux se complètent. C'est dans cette optique que Dozon (1987; 1995) a suggéré de reconnaître la médecine traditionnelle et la biomédecine de manière équivalente. Deux tiers des participants font plutôt appel à la médecine traditionnelle lorsqu'ils en ont besoin.

Par ailleurs, un participant dit que **se rendre en forêt peut être bénéfique pour la longévité**. En consommant des infusions à base de plantes médicinales, il sent qu'il prolonge son espérance de vie. Autrefois, ce participant voyait les aînés ayant un savoir en médecine traditionnelle décéder vers l'âge de 96-97 ans, tandis que de nos jours ce n'est plus pareil. Ce même participant poursuit en racontant les bons souvenirs d'autrefois liés à la médecine traditionnelle. Pour lui, il n'y a pas de médecine miraculeuse pour son quotidien actuel. Il est cependant convaincu que la médecine traditionnelle est bénéfique pour toute personne. Cela pourrait contribuer à améliorer son état de santé qui ne cesse de se détériorer avec l'âge. Nous avons ainsi constaté chez les participants que la pratique de la médecine traditionnelle et des activités culturelles était essentielle pour aider les hommes autochtones à retrouver leur santé. Ainsi, une approche basée sur une conception holistique de roue de la médecine est primordiale pour faciliter la consultation chez les hommes autochtones.

Toujours en lien avec le deuxième objectif « conception des médecine traditionnelle et moderne », plusieurs autres thèmes émergent, par exemple, **prioriser ses activités dans le bois**. Tout au long de la collecte des données à travers les divers témoignages, nous avons constaté que les hommes autochtones fusionnent avec leur héritage culturel. Notons que dans les pages antérieures, nous avons relaté les bienfaits qu'un homme autochtone peut retirer de la valorisation de sa culture à travers une activité traditionnelle. D'ailleurs, d'après leurs témoignages, plusieurs participants affirment se rendre dans le bois au lieu de consulter un médecin. En raison de leurs croyances et de leurs affinités avec la nature, lorsqu'ils sont en forêt, les Autochtones, en particulier les hommes, ont la chance de faire de l'introspection et de méditer. De plus, c'est une façon pour eux de préserver leur santé mentale et physique. En effet, ils expliquent que marcher en forêt leur procure la sérénité et la paix intérieure qui apaisent leur cœur face aux défis de la vie. Ce constat est conforme à l'étude menée par Poirel (2017) qui met en évidence les effets positifs de l'exercice physique, soit la marche, sur le corps humain, que ce soit en matière de santé physique ou de santé mentale.

Attachés aux pratiques de médecine traditionnelle, les participants font allusion à la nature et donnent l'exemple de **se rendre dans le bois**. Pour les participants, il s'agit d'un privilège. Cependant, aller dans le bois pour se rencontrer dans la nature, c'est quelque chose qu'il faut planifier, surtout pour les participants qui n'ont pas des ressources financières pour ce type de déplacement et de séjour.

En somme, certains participants préfèrent pratiquer une activité traditionnelle plutôt que de se rendre à un rendez-vous médical. En tant qu'adultes, les hommes autochtones affirment qu'ils ont leur libre arbitre, c'est-à-dire qu'ils ont le droit de choisir ce qui est le mieux pour leur bien-être. Dans cette optique, ils s'adaptent en conciliant l'activité traditionnelle avec un rendez-vous médical au centre de santé de leur communauté. Ainsi, ils vont consulter le médecin et ils se dirigent ensuite vers la forêt. Lorsque les hommes se rendent dans le bois, ils sont en contact direct avec la nature. C'est le meilleur endroit pour pratiquer leur spiritualité. En faisant une marche en forêt, ils maintiennent l'harmonie entre le corps et l'esprit (Loiselle et McKenzie, 2009).

Un tiers des participants sont enclins à donner la priorité à un rendez-vous médical par rapport à une activité traditionnelle. Ils expliquent que lorsqu'une personne manque un rendez-vous, il n'est pas évident d'en obtenir un autre tout de suite.

Toujours en lien avec les conceptions de la médecine traditionnelle; plusieurs participants ont exprimé leur **gratitude ou leur reconnaissance pour la ponctualité des services reçus dans le centre de santé de leur communauté**. Ils ont décrit la manière dont les gens de la communauté, en particulier les hommes interviewés, perçoivent les soins qu'ils reçoivent. Selon les dires des participants, un intervenant est toujours disponible pour les aider en cas de situation difficile. De plus, les participants ont des propos positifs à l'égard du personnel soignant. Il s'agit de gens dévoués qui fournissent le soutien nécessaire à la personne autochtone malade afin de répondre de manière adéquate à ses besoins. Comme nous l'avons constaté tout au long des entrevues, le savoir traditionnel est crucial pour les Autochtones, il est au cœur de la médecine traditionnelle (Chansonneuve, 2007; Kirmayer et Bennegadi, 2011). Les participants valorisent et pratiquent ce type de médecine. Il s'agit d'un savoir encore vivant qui reflète l'ancrage de la culture dans les traditions ancestrales. Ce constat rejoint l'étude de Kirmayer et al. (2003) qui met en avant la culture du peuple autochtone. Pour ces auteurs, la culture est basée sur le cercle familial, la chasse et le sens de la communauté.

Il est important de noter que le centre de santé de la communauté de Lac-Simon organise des sorties pour se promener dans le bois. Parfois, les hommes autochtones sont accompagnés de certains intervenants. Nous voyons dans cette initiative un intérêt du centre de santé pour tenir vivantes certaines pratiques traditionnelles pour les personnes qui en ressentent le besoin. Ainsi, se promener en forêt est une source de bien-être pour les participants. Ce résultat est en conformité avec la roue de la médecine utilisée en milieu autochtone (Kenny et al., 2004b) qui permet d'aborder les aspects physiques, émotionnels, cognitifs, spirituels et culturels qui en découlent. En analysant nos résultats, nous avons remarqué que la culture basée sur des pratiques ancestrales est le pilier sur lequel les hommes autochtones s'appuient pour répondre à leurs besoins physiques ou mentaux afin de maintenir l'équilibre dans leur vie.

Dans le même esprit, avec l'objectif « conception des médecines traditionnelle et moderne », malgré l'importance considérable de la culture autochtone dans leur environnement, certains participants nous font part de quelques **défaillances dans le transfert de la culture autochtone**. Aux dires des participants, cela touche les nouvelles générations. Cette situation est très inquiétante pour les participants. Soulignons, sur la base de la littérature scientifique, que les savoirs traditionnels ont été transmis aux autres générations (Donatuto et al., 2016), leur permettant ainsi de trouver un équilibre dans leur vie (Lévesque, 2011 ; Murphy et al., 2016 ; Shah, 2003). Cette défaillance dont font état les hommes autochtones rencontrés peut toutefois menacer cet équilibre en raison de la perte progressive de ce savoir ancestral.

Les participants soulignent qu'il est impératif de s'exprimer en français lorsque leur interlocuteur ne comprend pas l'anichinabé. Un des participants donne des exemples de sa langue ancestrale qui se perd dans sa famille : « C'est pour ça que, moi, aujourd'hui... même encore je pratique aujourd'hui. Là, je suis chez ma sœur aujourd'hui. Je parle à mes nièces, [elles] ont de la misère, [elles] ne comprennent pas l'algonquin. » (Participant 1)

Un autre participant poursuit en exposant les obstacles qui freinent les jeunes dans l'apprentissage de leur langue ancestrale. Dans ce contexte, il fait référence à une utilisation abusive de la technologie. Pour lui, lorsque les jeunes sont accros à Internet, ils passent du temps à jouer à des jeux vidéo ainsi qu'à interagir sur les réseaux sociaux avec d'autres jeunes en français ou en anglais seulement. À ce moment-là, il n'y a plus de disponibilité pour que les jeunes puissent communiquer en anichinabé. Campeau (2021) met en avant l'importance de la langue autochtone dans le milieu scolaire, ce qui aide les élèves autochtones à mieux appréhender leur culture.

En somme, nos résultats ont révélé que les participants sont inquiets par le fait que les jeunes dans la communauté ne semblent pas s'exprimer facilement en anichinabé et que la langue est en train de se perdre. Pour Bartlett (2011), Campeau (2021) et Sit (2021), cette perte représente un manque à gagner qui compromet la pérennité de la culture autochtone.

5.2.1 Le lien entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne

Malgré les limites de la médecine moderne, quelques participants reconnaissent son utilité au sein des communautés autochtones. Dans ce sens, un participant met en lumière les avantages de la médecine moderne dans la gestion de son diabète. Ce participant effectue régulièrement un suivi au centre de santé de sa communauté pour contrôler son taux de glycémie en plus de consulter l'infirmière si nécessaire. À l'instar de ce qu'affirme Mandjumba (2021), **les approches médicales traditionnelle et moderne peuvent cohabiter étroitement**. Cette cohabitation est visible d'une part, par la présence des centres de santé au sein des communautés autochtones et d'autre part, par la présence des thérapeutes qui guérissent les personnes malades en s'appuyant sur la médecine traditionnelle (Bashige et al., 2020; Dozon, 1987; Dozon, 1995; 2021; Manitowabi, 2023). Nous avons remarqué cela en analysant nos résultats.

Selon Kenny et al., (2004b), en milieu autochtone, les guérisseurs, ou thérapeutes de la médecine traditionnelle, adoptent une approche holistique de la santé à travers la roue de la médecine. Cette approche s'appuie sur les différents aspects de l'être humain (physiques, émotionnels, cognitifs et spirituels) ainsi que sur les pratiques culturelles (Zellerer, 2003). Cette façon de faire est bien enracinée en contexte autochtone et les différents témoignages de nos participants démontrent cet ancrage. Ainsi, lorsqu'un guérisseur autochtone soigne un patient, il tient compte de l'aspect spirituel de la personne pour offrir une prise en charge globale, contrairement à la médecine moderne qui vise uniquement l'aspect physique de la maladie.

Les hommes autochtones rencontrés soulignent les similitudes dans ces deux types de médecine qui mettent en avant l'utilisation des plantes comme « matière première » pour fabriquer des remèdes et des médicaments pharmaceutiques afin d'aider les praticiens à mieux soigner les malades. En lien avec cela, les participants témoignent des bienfaits de la médecine traditionnelle dans leur vie. Dans ce sens, les hommes autochtones font allusion à l'utilisation de la sève de sapin et de l'épinette rouge. En cas de kyste ou d'abcès, il est possible d'appliquer ce remède traditionnel sous forme de compresse ou directement sur l'endroit où la personne ressent une douleur. Les recherches sur les effets positifs de la

médecine traditionnelle ont été documentées depuis longtemps (Bilodeau et al., 2006 ; Pourchez, 2011 ; Halseth, 2013b), notamment grâce à l'utilisation des plantes médicinales (Holaly et al., 2015). De plus, la plupart des participants ont une attitude positive à l'égard de la possibilité que les deux approches médicales contribuent à la guérison des maladies, comme le révèlent les résultats. Ils affirment que les deux types de médecine sont essentiels ou indispensables pour traiter les maladies dans la communauté. En cas de maladie, la personne malade a alors la possibilité de choisir entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, en fonction de la gravité et du genre de problème de santé qui la touche. Ainsi, pour assurer une prise en charge globale de diverses maladies au sein des communautés telles que la grippe, le diabète et l'hypertension artérielle, etc., on fait appel au **savoir de chacune des médecines**. Pour la plupart des participants, les deux approches médicales doivent travailler conjointement pour le bien-être du peuple autochtone en général. Dozon (1995) va dans le même sens. Il suggère l'intégration de la médecine traditionnelle à la biomédecine.

Nous avons aussi constaté que selon un homme autochtone rencontré, il est impossible d'avoir un partenariat entre les deux approches médicales. Pour cette personne, la philosophie de la médecine traditionnelle diffère de celle de la médecine moderne. Dans la tradition autochtone, il affirme qu'il est interdit de commercialiser les remèdes issus de la médecine traditionnelle. C'est le partage du savoir avec son cercle social, soit les voisins, les amis et les membres de la famille, qui est permis.

Par ailleurs, les hommes autochtones interrogés accordent une **grande importance à la médecine traditionnelle**. Tous partagent ce point de vue puisque cette médecine met en avant la culture autochtone. Selon leurs témoignages, en pratiquant cette médecine, ils ont la possibilité de se connecter avec l'esprit de leur ancêtre qui est une source d'énergie positive inépuisable. Or, un des participants met en évidence la **contribution de la médecine traditionnelle dans le traitement de certains petits problèmes de santé** comme la diarrhée et les malaises bénins (la toux, ou la grippe). Un participant explique avoir appris ces recettes dès sa jeunesse. Pour lui, c'est un moyen de pratiquer et de valoriser sa culture. L'étude réalisée par Holaly et al. (2015) a mis en évidence l'importance des plantes médicinales dans la guérison de plusieurs maladies, en particulier le diabète. (Cholewka et al., 2020). C'est ce que nous avons observé à travers nos résultats, lorsque les participants ont mentionné

l'apport de la médecine traditionnelle dans le traitement des maladies à travers l'utilisation de plantes médicinales.

D'ailleurs, les **aînés jouent un rôle déterminant et essentiel dans la transmission des savoirs ancestraux**, par exemple, ceux liés à la médecine traditionnelle. Selon les témoignages des participants, les aînés ont eu recours à des méthodes d'apprentissage élémentaires, notamment en racontant des histoires sur les animaux qui favorisent la transmission des savoirs traditionnels ou encore en transmettant des savoirs sur les plantes, ce qui contribue à la pérennité de leur culture. Ainsi, la transmission des savoirs autochtones par les aînés se fait d'une manière empirique puisqu'elle se fait oralement (Drouin-Gagné et al., 2024; Dufour, 2013; Lévesque, 2011; Pelletier, 2022). En forêt, les aînés communiquent aux gens de leurs communautés leurs savoirs sur des plantes médicinales et expliquent aussi des recettes. Nos résultats nous ont permis de constater que la transmission des savoirs s'effectue entre les membres d'une famille, les amis, les femmes ou les proches de cette personne. De plus, ce savoir ancestral disparaît en quelque sorte lorsqu'un aîné décède. Nous constatons ainsi l'importance des savoirs autochtones pour les participants en tant qu'héritage de leur culture qui leur permet de conserver leur sentiment d'appartenance et de bien-être intégral (Bibaud, 2015).

En effet, la **transmission des connaissances ancestrales revêt une importance primordiale en milieu autochtone** : c'est ce qu'affirment en entrevue tous les hommes autochtones rencontrés. À titre d'exemple, un participant dit qu'il propose des réunions ou des rencontres régulières au centre de santé et de services sociaux de sa communauté. Ces rencontres sont des occasions de partage de leur culture. Ces rencontres peuvent être considérées comme un outil de transmission des savoirs autochtones. Selon Blanchet-Cohen et al. (2020), les Autochtones témoignent de pratiques d'entraide et de transmission des savoirs entre eux, ainsi que d'une harmonie avec les animaux et la nature.

Un participant affirme **utiliser certains animaux en tant qu'alicaments**. Selon lui, dans la culture autochtone, il est bien de manger de la viande sauvage parce que cela a un effet positif sur la santé (et elle renferme des substances médicamenteuses). Par exemple, l'odeur de la mouffette permet de soulager les maux de tête une à deux heures après l'inhalation. De plus,

ce même participant raconte que si une personne a une plaie ouverte qui est difficile à guérir, il suffit d'appliquer des rognons de castor sur la plaie et de la bander. Puis, quelques jours après ce traitement à base de chair d'animal, la plaie a guéri, selon son témoignage. À ce sujet, des écrits soulignent aussi l'utilisation de parties d'animaux comme le sang, les graisses pour le traitement de certaines malaises chez les Autochtones par la fabrication de pommades, d'onguents, d'emplâtres, de suppositoires, etc. (Tchibozo et Motte-Florac, 2004). Pourtant, les participants relatent que **la clé de la médecine traditionnelle reste dans le contrôle de son utilisation**. Les propos des participants nous permettent de constater que les Autochtones détiennent un savoir riche en matière de médecine traditionnelle. Ils recourent à des plantes et à des arbres médicinaux. L'utilisation de la médecine traditionnelle, bien qu'elle semble disparaître petit à petit chez les nouvelles générations, reconnecte les Autochtones à leur culture (Ansloos, 2017; Hart, 2016). Dans ce sens, les cercles de guérison, les tentes de sudation ou encore l'utilisation du territoire comme lieu spirituel servent à stimuler la fierté identitaire des hommes autochtones rencontrés.

Enfin, il est très important de se renseigner avant de se soigner par la médecine moderne. C'est ce qu'évoque un des hommes autochtones qui semble avoir été témoin des expériences négatives d'un proche à l'hôpital. Cette personne indique que certains praticiens de la médecine moderne causent du tort à des proches à cause d'erreurs médicales, particulièrement lorsque la personne malade est soignée par quelqu'un qui n'a pas l'expérience adéquate. De plus, le participant poursuit en soulignant qu'une mauvaise pratique de la médecine moderne peut aggraver l'état d'une personne. Il parle en fonction de l'expérience d'un proche qui a reçu une ordonnance inappropriée de la part de son médecin.

Concluons ce chapitre en disant que nous observons qu'il n'y a pas une intention de dénigrer ou de critiquer qui que ce soit dans les propos des participants. Il nous est cependant recommandé de nous renseigner avant de nous tourner vers la médecine moderne en cas de maladie.

CONCLUSION

Les hommes autochtones rencontrés ont des besoins variés en matière de santé et de services sociosanitaires et évoquent des liens entre la médecine traditionnelle et moderne, en soulignant les limites des deux approches médicales. Ainsi, les résultats du présent mémoire ont permis de répondre aux objectifs de recherche, à savoir : (1) décrire les besoins des hommes autochtones en ce qui concerne les services sociosanitaires dans deux communautés des Premières Nations de l'Abitibi-Témiscamingue; (2) comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones en matière de médecines traditionnelle et moderne. À cet effet, nous avons constaté que les hommes autochtones rencontrés ont une tendance, voire une préférence, à utiliser les services de santé et de services sociaux de leur communauté parce que le centre de santé fournit des soins qui sont à la fois holistiques et culturellement adaptés aux Autochtones. En revanche, quand il s'agit de consulter des services en santé hors communauté, les participants sont **méfiant**s envers le **système de santé**. Cette expérience de consultation hors communauté leur fait ressentir du jugement et du mépris de la part des travailleurs de la santé.

Les propos des hommes autochtones rencontrés montrent un besoin de suivis en santé, en particulier pour les maladies chroniques et le traitement des plaies après une intervention chirurgicale. En effet, il n'est pas question d'un changement d'attitude des hommes autochtones pour la consultation en cas de maladie, mais d'un intérêt à s'occuper de leur santé. Un autre constat de la présente étude est le besoin des hommes autochtones ayant des enfants d'accorder de l'importance à leur protection pour éviter des abus. Ils souhaitent également que leur communauté développe plus de services en santé mentale. Dans cette quête de besoins à combler, il est possible de constater la sensibilité des participants à l'égard de leur de père et de l'importance d'avoir accès à des programmes en santé mentale.

La présente étude a permis de déceler un besoin criant d'intervenants masculins dans la communauté. Selon les participants, les hommes autochtones de leur communauté seront plus disposés à échanger avec un intervenant autochtone masculin. Des efforts devraient donc être déployés pour intégrer des intervenants masculins dans le réseau de santé. Cela

pourrait être une approche gagnante qui viendrait renforcer davantage la consultation de la part des hommes de la communauté.

Les hommes autochtones soulignent le fait que leur centre de santé vulgarise et mette de l'avant des activités culturelles dans la prestation de soins. Il s'agit d'une approche culturellement appropriée parce qu'elle respecte la culture anichinabée. La culture est un pilier des guérisons en milieu autochtone, ce qui permet aux gens de préserver leur bien-être complet (Kirmayer et al., 2003; Kirmayer, 2007; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). Ainsi, l'accès aux services de santé dans les communautés participantes est considéré comme sécurisant par rapport aux services offerts hors communauté.

La présente recherche a également permis de comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones rencontrés à l'égard des médecines traditionnelle et moderne. Nous avons constaté que tous les participants sont favorables au recours à la médecine traditionnelle. Pour les participants, la médecine traditionnelle a des qualités comme l'obtention plus rapide de résultats, la guérison sur une plus longue période, le rapprochement vers la spiritualité, les ancêtres, Dieu ainsi que de la nature à travers des pratiques ancestrales. Toutefois, les hommes autochtones reconnaissent des lacunes dans le transfert de la culture autochtone auprès des nouvelles générations. Dans ce sens, une attention particulière devrait être accordée à la façon de faire pour que la culture anichinabée soit transmise aux jeunes et éviter qu'elle disparaisse au décès des aînés, notamment par l'utilisation de la langue autochtone et la présence des traditions autochtones dans tous les services offerts dans la communauté.

Suivant les résultats obtenus, la présente recherche montre que les hommes autochtones évoquent des liens entre les médecines traditionnelle et moderne, et que les deux peuvent cohabiter étroitement. Dans l'accès à ces deux types de médecine, il est important que l'offre de services se base sur une approche axée sur la pertinence culturelle. Ainsi, dans un tel contexte de cohabitation, les pratiques en santé et services sociaux doivent s'inscrire dans une portée à caractère holistique.

Les limites de l'étude

Même si le présent mémoire de maîtrise permet de mieux cerner les besoins des hommes autochtones en matière des services sociosanitaires, il comporte tout de même quelques limites. Nous ne pouvons pas faire totalement abstraction de ses préjugés et de sa sensibilité théorique, c'est-à-dire de la façon dont elle appréhende le phénomène étudié. Ainsi, afin de garantir la validation de l'étude, le directeur et le codirecteur de recherche ont joué le rôle d'experts en révisant la valeur des interprétations de nos résultats de recherche. En outre, la présente étude se concentre principalement sur les hommes autochtones, ce qui constitue également une autre limite, car elle ne représente pas nécessairement la réalité des femmes autochtones. Cette limite a été « contrôlée » par le critère de crédibilité, dont les résultats ont été soumis à une double vérification, par l'agent de recherche autochtone et par l'équipe de direction (Savoie-Zajc, 2009, 2010). En se limitant aux perceptions des hommes autochtones à propos des services de santé, la présente étude laisse de côté les perceptions des intervenants (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) et la réalité des femmes autochtones, ce qui pourrait poser un problème de représentativité et, par ricochet, de validité interne.

Les retombées de la recherche

Les retombées du présent mémoire de recherche sont bénéfiques pour l'avancement des connaissances scientifiques sur le sujet des besoins des hommes autochtones en matière de santé et de services sociaux au sein de deux communautés d'Abitibi-Témiscamingue, comme précisé dans la section concernant la méthodologie. La recherche est axée sur les services sociosanitaires et sur l'expérience de soins des hommes autochtones en ce qui concerne, d'une part, la médecine traditionnelle et d'autre part, la médecine moderne. Les résultats seront d'intérêt pour divers publics cibles : les communautés participantes, le milieu universitaire (chercheurs, formateurs et étudiants), les praticiens. Par ailleurs, les résultats ont démontré la perception positive des services offerts dans la communauté, une valorisation de la langue anichinabée, l'ancrage des deux approches médicales en milieu autochtone et la non-utilisation de la médecine traditionnelle dans le milieu hospitalier.

Enfin, atteindre les objectifs du présent mémoire pourrait engendrer une recherche plus approfondie au Québec et au Canada sur le sujet d'étude.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Aguiar, W. et Halseth, R. (2015a). Aboriginal peoples and historic trauma: The processes of intergenerational transmission. 1-20. Aguiar, W. et Halseth, R. (2015a). https://www.nccih.ca/495/Aboriginal_Peoples_and_Historic_Trauma__The_process_of_intergenerational_transmission.nccih?id=142
- Aide juridique Ontario. (2008). *L'élaboration de la Stratégie applicable aux Autochtones d'Aide juridique Ontario*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.legalaid.on.ca/wp-content/uploads/Development-of-LAOs-Aboriginal-Strategy-2008-FR.pdf>.
- Andermann, A. (2017). Les éclosions dans l'optique de la syndémie : de nouvelles notions pour améliorer la santé des Autochtones. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 43(6), 140-148.
- Anderson, K., Swift, J. et Innes, R. A. (2015). To arrive speaking': Voices from the Bidwewidam Indigenous Masculinities Project. *Indigenous men and masculinities: Legacies, identities, regeneration*, 283-307.
- Ansloos, J. P. (2017). *The medicine of peace: Indigenous youth decolonizing healing and resisting violence*. Fernwood Publishing.
- Archer, S. (2016). Colonialism and other afflictions: Rethinking Native American health history. *History Compass*, 14(10), 511-521.
- Arnaud, A. (2011). Plan Nord—Où sont les femmes autochtones? *Recherches amérindiennes au Québec*, 41(1), 81-82.
- Arnaud, A. (2013). La Loi sur les Indiens. *Relations*, (763), 16-17.
- Assemblée, Premières et Nations. (2014). *Protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador*. Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Assemblée des Premières Nations, A. S. (2018). *Abolir la doctrine de la découverte*. Assemblée des Premières Nations du Canada.
- Atzeni, C. (2022). *Exploration textométrique du discours de l'Organisation des Nations Unies sur la violence envers les femmes et de son évolution entre 1996 et 2019 : une étude sur corpus de deux genres discursifs d'organisation internationale en anglais et en français* (Thèse de doctorat). Université Paris Cité. https://theses.hal.science/tel-04460511/file/va_Atzeni_Celia.pdf.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P. et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-145.

- Augé, M. (1986). L'anthropologie de la maladie. *l'Homme*, 3-8. <https://www.jstor.org/stable/pdf/25132215.pdf>.
- Axelsson, P., Kukutai, T. et Kippen, R. (2016). The field of Indigenous health and the role of colonisation and history. *Journal of Population Research*, 33(1), 1-7.
- Bair, L. (2014). *Facteurs de risque et problèmes de santé chroniques chez les Autochtones et les non Autochtones*. <https://ruor.uottawa.ca/bitstreams/7046651f-a358-4038-8e6f-608a81de7dd8/download>.
- Ball, J. (2009). Fathering in the shadows: Indigenous fathers and Canada's colonial legacies. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 624(1), 29-48.
- Ball, J. (2010). Indigenous fathers involvement in reconstituting "circles of care". *American Journal of Community Psychology*, 45(1), 124-138.
- Baron, M. (2019). *Vieillesse en bonne santé dans l'Inuit Nunangat : vers un modèle géographique des déterminants sociaux de la santé* (Thèse de doctorat). Université Laval. <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/746871f6-ceff-4e6a-b3fa-9e7548f0fe1f/content>.
- Bartlett, C. M. (2011). Integrative Science/Toqwa'tu'kl Kjjitaqnn: The story of our journey in bringing together Indigenous and Western scientific knowledges. Ta'N Wetapeksi'k: *Understanding where we come from*, 179-186.
- Barton, H., Grant, M. et Guise, R. (2021). *Shaping neighbourhoods: for local health and global sustainability*. Routledge.
- Bashige, V. C., Bakari, A. S., Okusa, P. N., Kalonda, E. M. et Lumbu, J. B. S. (2020). Criblage phytochimique et activité antimicrobienne de six rhizomes comestibles utilisés en médecine traditionnelle à Lubumbashi (RDC). *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 14(4), 1367-1380.
- Basile, S., Asselin, H. et Martin, T. (2017). Le territoire comme lieu privilégié de transmission des savoirs et des valeurs des femmes Atikamekw 1, 2. *Recherches féministes*, 30(1), 61-80.
- Baskin, C. et Sinclair, D. (2015). *Social work and Indigenous peoples in Canada*. Encyclopedia of social work.
- Battiste, M. (2002). Decolonising university research: ethical guidelines for research involving indigenous populations. Dans Erica-Irene A. Daes (dir.) *Justice pending: Indigenous peoples and other good causes* (p. 33-44). Brill Nijhoff. https://doi.org/https://doi.org/10.1163/9789004478510_006.

- Beaud, J.-P. (2012). Recensement et politique. *Cahiers québécois de démographie*, 41(2), 203-226.
- Beaudet, G. (2013). Effervescence du monde sociopolitique autochtone québécois en 2012-2013. *Recherches amérindiennes au Québec*, 43(1), 105.
- Beaumont, R. (2023). *Identifier les barrières et les facteurs facilitant l'utilisation des services d'aide pour les familles autochtones vivant ou transitant en milieu urbain* [essai de maîtrise]. Université du Québec à Trois-Rivieres.
- Begué-Simon, A.-M. (2006). Anthropologie et médecine : pour mieux comprendre le patient. *Médecine*, 2(7), 325-328.
- Belanger, L., Savard, J. et Morin, C. M. (2006). Clinical management of insomnia using cognitive therapy. *Behavioral sleep medicine*, 4(3), 179-202.
- Bell, A. (2014). *Relating indigenous and settler identities: Beyond domination*. Springer.
- Bell, N. (2014). Teaching by the medicine wheel. *Education Canada*, 54(3), 14-16.
- Benoit, M. (2009). *Analyse des perceptions de la santé et de l'environnement chez une communauté innue du Labrador en vue de l'élaboration future d'indicateurs de santé environnementale adaptés* [mémoire de maîtrise]. Université du Québec à Montréal.
- Bernheim, E. et Ottawa, E. (2022). Mirowatisiwin : vers le mieux-être à Manawan : Une recherche-action au service du Principe de Joyce. *Revue d'études autochtones*, 52 (3), 125-132.
- Bibaud, J. (2015). Muséologie et Autochtones du Québec et du Canada. De la crise à la « décolonisation tranquille ». Mémoire (s), identité (s), marginalité (s) dans le monde occidental contemporain. *Cahiers du MIMMOC*, (15), 1-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/mimmoc.2169>.
- Bilodeau, H., Leduc, N. et Van Schendel, N. (2006). *Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Université de Montréal.
- Bilodeau, S. (2017). *Demander de l'aide psychosociale : des hommes racontent leur expérience* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. <https://umontreal.scholaris.ca/bitstreams/6e8037f1-03fd-4040-8a30-f156e572c5d8/download>.
- Blackstock, C. (2009). The occasional evil of angels: Learning from the experiences of Aboriginal peoples and social work. *First Peoples Child & Family Review*, 4(1), 28-37.

- Blanchet-Cohen, N., Di Mambro, G. et Petiquay, M. (2020). Le comité Witcihitisotan (entraide) par et pour les familles d'adolescents autochtones en ville. *First Peoples Child & Family Review*, 15(2), 87-105.
- Blashki, G. et Brown, A. (2005). Indigenous male health disadvantage: linking the heart and mind. *Australian family physician*, 34(10), 1-4. <https://www.racgp.org.au/getattachment/2f07def2-5d85-424c-8ad4-a56edfe37c19/attachment.aspx>.
- Blech, J. (2018). L'inventeur de maladie. *Psychotherapie-Wissenschaft*, (1), 22-23.
- Boelen, V. (2021). La spiritualité dans l'approche holistique à la Nature-territoire : un processus d'auto-écoformation. Éducation relative à l'environnement. Regards-*Recherches-Réflexions*, 16(2), 2-12. <https://doi.org/10.4000/ere.8344>.
- Boivin, R. et Morin, R. (2007). La Commission royale sur les peuples autochtones (1991-1996) ou la longue marche des peuples autochtones du Canada vers la reconnaissance de leurs droits. *Recherches amérindiennes au Québec*, 37 (1), 25-36.
- Bolognese, G. (2018). *Politiques de réconciliation en Australie et au Canada, orientations politiques, débats et actions* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/21900>.
- Bories-Sawala, H. E. (2020). Dommage collatéral ou condition nécessaire à la colonisation? Les épidémies et leur impact sur les Premières Nations dans les manuels d'histoire du Québec. *Revue des sciences de l'éducation*, 46(2), 202-225.
- Bories-Sawala, H. E. (2024). Alliés utiles, entraves à la colonisation ou victimes : quelle place pour les Autochtones acteurs de leur histoire? *Quebec Studies*, (78), 99-123.
- Bouchard, C. (2022). *Le développement global de l'enfant de 6 à 12 ans en contextes éducatifs*. Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J.-M., Lafrance, M., Tremblay, G. et Réseau masculinités et société. (2019). *Réalités masculines oubliées*. Presses de l'Université Laval. <http://epe.lac-bac.gc.ca/101/200/300/pul/2019/9782763743097.pdf>.
- Bouffard, C. (2006). *Bioéthique de la recherche et diversité culturelle. Éthique médicale interculturelle. Regards francophones*. L'Harmattan.
- Boëtsch, G. et Chevé, D. (2006). Du corps en mesure au corps dé-mesuré : une écriture anthropobiologique du corps? *Corps*, 1(1), 1-7. https://shs.cairn.info/article/CORP_001_0023/pdf.
- Bourgeois, I. (2021). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec.

- Bousquet, M.-P. (2016). La constitution de la mémoire des pensionnats indiens au Québec : Drame collectif autochtone ou histoire commune? *Recherches amérindiennes au Québec*, 46 (2), 165-176.
- Boutanquoi, M. (2001). *Travail social et pratiques de la relation d'aide*. L'Harmattan
- Boutin, G. (2019). *L'entretien de recherche qualitatif, 2^e édition. Théorie et pratique*. Presses de l'Université du Québec.
- Brassard, R. et Spielvogel, M. (2018). *Espoirs à l'épreuve de la souffrance : paroles d'hommes autochtones sur la violence conjugale et familiale*. Presses de l'Université du Québec.
- Brodard, C. (2010). *Influences et conséquences de l'origine culturelle sur la relation soignante soignée* (Travail de Bachelor). Haute Ecole de Santé, Fribourg chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://core.ac.uk/download/pdf/20655615.pdf
- Brouillette, C., Gingras-Lacroix, G., Labra, O., Cousineau, T. et Roch, M. (2022). Les hommes travailleurs fly-in fly-out en contexte minier : réflexions pour la pratique des travailleurs sociaux. *Intervention*, (155), 179-193.
- Campeau, D. (2021). Pédagogie autochtone et pédagogie du lieu : proposition d'un modèle d'enseignement autochtonisé. *Éducation et francophonie*, 49(1), 52-70.
- Canuto, K., Wittert, G., Harfield, S. et Brown, A. (2018). 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.
- Carpentier, J., Castel, R., Donzelot, J., Lacrosse, J.-M., Lovell, A. et Procacci, G. (1980). *Résistances à la médecine et démultiplication du concept de santé* – Cordes/Collège de France.
- Cavanaugh, J. C., Gelles, M. G., Reyes, G., Civiello, C. L. et Zahner, M. (2008). Effectively planning for and managing major disasters. *The Psychologist-Manager Journal*, 11(2), 221-239.
- Cavanaugh, K., Huizinga, M. M., Wallston, K. A., Gebretsadik, T., Shintani, A., Davis, D., Gregory, R. P., Fuchs, L., Malone, R. et Cherrington, A. (2008). Association of numeracy and diabetes control. *Annals of internal medicine*, 148(10), 737-746.
- Celec, P. (2004). Nuclear factor kappa B—molecular biomedicine: the next generation. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 58(6-7), 365-371.

- Chansonneuve, D., 2007. *Comportements de dépendance chez les Autochtones au Canada : Addictive behaviors among aboriginal people in Canada*, Canadian Electronic Library. Canada. <https://coilink.org/20.500.12592/z0pp0s> on 05 May 2025. COI: 20.500.12592/z0pp0s.
- Chartier, C. (2009). Épinette rouge, de la tradition à l'utilisation actuelle. *Phytothérapie*, 7(5), 251-254.
- Chartrand, V. (2019). Unsettled times: Indigenous incarceration and the links between colonialism and the penitentiary in Canada. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 61(3), 67-89.
- Cherkowski, S. (2010). Leadership for diversity, inclusion and sustainability: Teachers as leaders. *Citizenship, Social and Economics Education*, 9(1), 23-31.
- Cholewka, C., Friso, F. et Politi, M. (2020). L'usage des diètes en médecine traditionnelle amazonienne : implications pour une nouvelle phytothérapie. *Phytothérapie*, 18 (3-4), 169-.
- Clarke, A. E., & Fujimura, J. H. (Eds.). (1992). *The right tools for the job: At work in twentieth-century life sciences*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400863136.3>.
- Clarke, S. P. et Cossette, S. (2000). Secondary analysis: Theoretical, methodological, and practical considerations. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 32(3), 1-21. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1595/1595>.
- Clatworthy, S. (2009). Modifications apportées en 1985 à la Loi sur les Indiens : répercussions sur les Premières nations du Québec. *Cahiers québécois de démographie*, 38(2), 1-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/044816ar>.
- Clément, S. (2007). *Guérison communautaire en milieu Atikamekw : l'expérience du Cercle Mikisiw pour l'espoir à Manawan* (Mémoire de maîtrise). Université Laval. <https://corpus.ulaval.ca/bitstreams/915a81ba-eb1c-46dc-a9fc-4166d844cdb5/download>.
- Cloutier, E. C. et Langlet, É. (2014) *Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes*. Statistique Canada.
- Coates, J. (2003). *Ecology and social work: Towards a new paradigm*. Fernwood Pub.
- Coates, K. (2008). *The Indian Act and the future of Aboriginal governance in Canada: Loi sur les Indiens et l'avenir de la gouvernance autochtone au Canada*. <https://coilink.org/20.500.12592/064cqz>.

- Corbeil, C., et Marchand, I. (2010). L'intervention féministe: un modèle et des pratiques au cœur du mouvement des femmes québécois. *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui: portrait d'une pratique sociale diversifiée* (23-56). Éditions du Remue-Ménage.
- Coslin, P. G. (2007). *La socialisation de l'adolescent*. Armand Colin.
- Czyzewski, K. (2011a). Colonialism as a broader social determinant of health. *International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 1-6 DOI: 10.18584/iipj.2011.2.1.5.
- Czyzewski, K. (2011b). Colonialism as a broader social determinant of health. *International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 7-14. DOI: 10.18584/iipj.2011.2.1.5.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* (Thèse de doctorat). Université de Montréal. <https://umontreal.scholaris.ca/bitstreams/aec0725b-6531-4797-a25a-7f4b72ec99c5/download>.
- 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), 1-9.
- Desrosiers, J., Tuck, J., Awashish, M., Verreault-Paul, F., Lecourt, V., Rochette, M., Vezeau-Beaulieu, K., Vaillancourt, N. et Lavoie, M. (2022). Processus collaboratif menant à un portrait de la formation infirmière initiale au Québec et perspectives de développement au regard de la sécurisation culturelle auprès des Premières Nations et des Inuit. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en formation infirmière*, 8(3), 10.
- Dion, J., Hains, J., Ross, A. et Collin-Vézina, D. (2016). Pensionnats autochtones : impact intergénérationnel. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (25), 1-20. <https://journals.openedition.org/efg/1168>.
- Dolto, F. (2012). *La cause des adolescents*. Robert Laffont.
- Donatuto, J., Campbell, L. et Gregory, R. (2016). Developing responsive indicators of indigenous community health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 899.
- Dozon, J.-P. (1987). Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Politique africaine*, (28), 9-20.
- Dozon, J.-P. (1995). Médecines traditionnelles et sida. *Actes Atelier les sciences*, 1-12.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.

- Drouin-Gagné, M.-E., Éthier, B., Canul, R. I. M. et Archambault, A. (2024). Généalogie des lieux et corésistances autochtones : transmissions des savoirs territoriaux en contextes d'extractivisme de masse. *Revista Educación, Política y Sociedad*, 9(2), 176-214.
- Dubos, R. (1999). *Santé biologique et santé humaine. Médecine et qualité de la vie*. http://agora.qc.ca/documents/Rene_Dubos--Sante_biologique_et_sante_humaine_par_Rene_Dubos.
- Dufour, E. (2013). Les racines éducationnelles de l'indifférence. *Recherches amérindiennes au Québec*, 43(2/3), 99.
- Dufour, E. (2016). *La sécurité culturelle en tant que moteur de réussite postsecondaire : Enquête auprès d'étudiants autochtones de l'Institution Kiuna et des espaces adaptés au sein des établissements allochtones*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mobile.eduq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/35811/dufour-securite-culturelle-niveau-post-secondaire-2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Dupuis, R. (2010). Les Premières Nations au Canada : des non-sujets hors de la cité. *Le sujet dans la cité*, 1(1), 163-175.
- Duran, E. et Duran, B. (1995). *Native American Postcolonial Psychology*. Suny Press.
- Dussault, R. et Erasmus, G. (1996). *Address for the launch of the report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. https://catholicvoices.ca/wp-content/uploads/Rene-Dussault-Address_on_Report_of_Royal_Commission.pdf.
- Ellington, L. (2020). Travail social et guérison autochtone : une analyse sociohistorique et des pistes pour son intégration au sein des pratiques sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), automne 2020, 338–355.
- 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://core.ac.uk/download/pdf/521138928.pdf>.
- Erickson, F. (1985). Qualitative methods in research on teaching. Dans J. J. Rousseau. *General and abstract ideas are the source of the greatest errors of mankind* (p. 119-162). Institute for Research on Teaching East Lansing, MI. https://www.academia.edu/download/57994827/QUALITATIVE_3.pdf.
- Field, A., Witten, K., Robinson, E. et Pledger, M. (2004). Who gets to what? Access to community resources in two New Zealand cities. *Urban Policy and Research*, 22(2), 189-205.

- Fillion, E. (2019). Vacante, Jeffery, National Manhood and the Creation of Modern Quebec. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 72(3), 120-123.
- Fitzmaurice, A. (2007). The genealogy of terra nullius. *Australian Historical Studies*, 38(129), 1-15.
- Fleury-Payeur, F. et Azeredo, A. C. (2021). La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2020. *Bulletin sociodémographique de l'Institut de la Statistique du Québec*, 25(2), 1-6.
- Flynn, C. (2010). *Femmes autochtones en milieu urbain et violence conjugale : étude exploratoire sur l'expérience et les besoins en matière d'aide psychosociale selon des hommes et des femmes autochtones concernés par cette problématique* (Mémoire de maîtrise). Université de Laval. [www.theses.ulaval.ca/handle.net](http://www.theses.ulaval.ca/handle/net).
- Flynn, C., Lessard, G., Montminy, L. et Brassard, R. (2013). Sortir la violence de sa vie, sans sortir de l'autochtonie : l'importance de mieux comprendre les besoins des femmes autochtones en milieu urbain. *Alterstice*, 3(2), 37-50.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.
- Fortin, M. (2016). *L'influence des proches dans la demande d'aide formelle des hommes en difficulté* (Mémoire de maîtrise), Université de Laval. https://dam-oclc.bac-lac.gc.ca/download?is_thesis=1&oclc_number=1132038506&id=55620fa4-f247-4c7f-8ab8-522b05923693&fileName=32874.pdf.
- Foucher, A. (2015). *Le refus de soins par des parents pour leur enfant mineur et la reconnaissance de l'exercice d'un droit ancestral à la médecine traditionnelle autochtone* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke.
- Frawley, A. (2020). Supporting the Sacred Journey : les histoires causales et le « problème » de la parentalité autochtone. *Lien social et Politiques*, (85), 85-107.
- Garneau, M. et Breault-Boulay, A. (2022). *Pratiques d'intervention efficaces et facilitantes auprès des familles autochtones*. chrome-extension://efaidnbmnmbpcajpcgclefindmkaj/<https://capsurlafamille.espaceweb.usherbrooke.ca/publication/symposium/Pratiques%20d'intervention%20efficaces%20et%20facilitantes%20aupres%20des%20familles%20autochtones.pdf>
- Gaudreau, S. (2011). *Facteurs culturels liés au maintien des comportements de santé chez des femmes algonquines ayant souffert de diabète gestationnel* (Mémoire de maîtrise), Université de Sherbrooke. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=MR64342&op=pdf&app=Library&oclc_number=761458887.
- Gauvin, L. (2019). Kanata de Robert Lepage. *Spirale*, (269), 90-93.

- Geanta, O. (2021). Mieux connaître, mieux-être : Les conséquences de l'instauration du système des pensionnats autochtones au Canada sur les peuples autochtones. *Psycause*, 11(1), 1-19.
<https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/psycause/article/download/51273/313>.
- Gélinas, É. et Samb, O. M. (2021). L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal. *Santé publique*, 33 (5), 695-704.
- George, J. C., Sheffield, G., Reed, D. J., Tudor, B., Stimmelmayer, R., Person, B. T., Sformo, T. et Suydam, R. (2017). Frequency of injuries from line entanglements, killer whales, and ship strikes on Bering-Chukchi-Beaufort Seas bowhead whales. *Arctic*, 37-46.
- Getty, G. (2013). *An Indigenist Perspective on the Health/Wellbeing and Masculinities of Mi'kmaq men* (Thesis de doctorat). Dalhousie University].
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=8ffa790256e1434f1fb6905ac76224ccdf4f3740>.
- Gimenez, A. M. (2012). *Le contrôle des services de santé par les autochtones : vers la reconnaissance de la guérison traditionnelle* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke. <https://core.ac.uk/download/pdf/51339530.pdf>.
- Gingras-Lacroix, G. et Labra, O. (2021). Les pratiques enseignantes mises en œuvre en contexte de classe autochtone universitaire : analyse du discours du corps enseignant d'une université québécoise. *Canadian Journal of Education*, 44(4), 1051-1083.
[https://doi.org/ https://doi.org/10.53967/cje-rce.v44i4.5043](https://doi.org/10.53967/cje-rce.v44i4.5043).
- Gohier, C. (2022). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Gone, J. P. (2019). Considering Indigenous research methodologies: Critical reflections by an Indigenous knower. *Qualitative Inquiry*, 25(1), 45-56.
- Goodman, A., Barker, B. et DeBeck, K. (2017). Reclaiming Indigenous identities: Culture as strength against suicide among Indigenous youth in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 108(2), e208-e210.
- Goodman, A., Morgan, R., Kuehlke, R., Kastor, S., Fleming, K. et Boyd, J. (2018). We've Been Researched to Death. *International Indigenous Policy Journal*, 9 (2), 1-20.
<https://doi.org/10.18584/iipj.2018.9.2.3>.
- Griffiths, K., Coleman, C., Lee, V. et Madden, R. (2016). How colonisation determines social justice and Indigenous health—a review of the literature. *Journal of Population Research*, 33(1), 9-30.

- Grondin, O. (2019). Les amnisties des crimes internationaux : recherche sur l'état du droit. *Revue québécoise de droit international/Québec Journal of international Law/Revista quebequense de derecho internacional*, 32(1), 1-24.
- Guay, C. (2017). *Le savoir autochtone dans tous ses états : Regards sur la pratique singulière des intervenants sociaux innus d'Uashat mak Mani-Utenam*. Presses de l'Université du Québec.
- Guimond, E., Robitaille, N. et Senécal, S. (2009). Les Autochtones du Canada : une population aux multiples définitions. *Cahiers québécois de démographie*, 38 (2), 221-251.
- Guyon, A.-C. (2006). *Processus de guérison et revitalisation culturelle : les enjeux du mouvement de guérison autochtone*. Bibliothèque et Archives Canada.
- Halseth, R. (2013a). *Aboriginal women in Canada: Gender, socio-economic determinants of health, and initiatives to close the wellness gap*. 1-10. <https://www.ccnsa-nccah.ca>.
- Halseth, R. (2013b). *Les femmes autochtones au Canada. Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). 11-20. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.ccnsa.ca/docs/determinants/RPT-AboriginalWomenCanada-Halseth-FR.pdf>
- Hancock, T. (1986). Lalonde and beyond: Looking back at A New Perspective on the Health of Canadians. *Health Promotion International*, 1(1), 93-100.
- Harfield, S. G., Davy, C., McArthur, A., Munn, Z., Brown, A. et Brown, N. (2018). Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: a systematic scoping review. *Globalization and health*, 14, 1-11.
- Hart, M. (2020). *Seeking mino-pimatisiwin: An Aboriginal approach to helping*. Fernwood Publishing.
- Hart, M. A. (2016). Critical reflections on an Aboriginal approach to helping. Dans T. Mafele'o, *Indigenous social work around the world* (p. 129-139). Routledge.
- Hart, S. D., Watt, K. A. et Vincent, G. M. (2002). Commentary on Seagrave and Grisso: Impressions of the state of the art. *Law and Human Behavior*, 26(2), 241-245.
- Herr, E. L. (1987). Cultural Diversity from an International Perspective. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 15(3), 1-11. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/j.2161-1912.1987.tb00384.x>.

- Herzlich, C. (1984). La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie (Commentaire). *Sciences sociales et Santé*, 2(2), 71-84.
- Herzlich, C. (2019). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Hill, D. (2003). *La guérison traditionnelle dans les contextes contemporains : protéger et respecter le savoir et la guérison indigènes*. Organisation nationale de la santé des Autochtones. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://central.bac-lac.canada.ca/.item?id=research_tradition-f&op=pdf&app=Library
- Hill, D. M. (2009). Traditional medicine and restoration of wellness strategies. *International Journal of Indigenous Health*, 5(1), 26-42.
- Hipwell, W. T. (2001). *Taking charge of the Bras d'Or: ecological politics in the 'Land of Fog'* (Doctoral thesis), Carleton University]. <https://repository.library.carleton.ca/downloads/12579s64h>.
- Holaly, G. E., Simplicie, K. D., Charlemagne, G., Kodjovi, A., Kokou, A., Tchadjobo, T., Amegnona, A., Komlan, B. et Jacques, S. (2015). Étude ethnobotanique des plantes utilisées dans le traitement du diabète dans la médecine traditionnelle de la région Maritime du Togo. *The Pan African Medical Journal*, 20, 1-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.437.5660>.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 23-34.
- Innes, R. A. (2015). Moose on the loose: Indigenous men, violence, and the colonial excuse. *Aboriginal policy studies*, 4(1), 1-13. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5663/aps.v4i1.24193>.
- 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.
- 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.
- Isaak, C. A. et Marchessault, G. (2008). Meaning of health: the perspectives of Aboriginal adults and youth in a northern Manitoba First Nations community. *Canadian journal of diabetes*, 32(2), 114-122.
- Jaccoud, M. (1999). Les cercles de guérison et les cercles de sentence autochtones au Canada. *Criminologie*, 32(1), 7-105.

- Jaccoud, M. et Brassard, R. (2003). *La marginalisation des femmes autochtones à Montréal* (publication no 0-662-67604-1). chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdi.merici.ca/prp_canada/gens_ici.pdf
- Jeammet, P. (2007). L'adolescence aujourd'hui, entre liberté et contrainte. *Empan*, 66(2), 1-11. <https://doi.org/10.3917/empa.066.0073>.
- Jérôme, L. (2013). Cosmologies autochtones et musée : Diversité des expériences et des points de vue dans un processus de consultation. *Histoire et missions chrétiennes*, (3), 19-42.
- Jewsiewicki, B., Poirier, S. et Simard, J.-J. (2006). Quelques réflexions en marge de la réduction l'autochtone inventé et les Amérindiens d'aujourd'hui. *Recherches amérindiennes au Québec*, 36 (1), 79.
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans Hass V. (dir.). *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations* (p. 235-255). Les Presses universitaires de Rennes.
- Johannessen, H. et Lazar, I. (2006). *Multiple medical realities: Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*. Berghahn Books.
- Kelm, M.-E. (1998). *Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia, 1900-50*. University British Columbia Press.
- Kenny, C. B., Faries, E. J., Fiske, J.-A. et Voyageur, C. (2004). *Cadre holistique pour la recherche en matière de politiques autochtones*. Condition féminine Canada. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.631564/publication.html>
- 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.
- 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.
- Kirby, S. L., Greaves, L. et Reid, C. (2006). *Experience research social change: Methods beyond the mainstream*. University of Toronto Press.
- Kirmayer, L., Simpson, C. et Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(1), S15-S23.

- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural psychiatry*, 44(2), 232-257.
- Kirmayer, L. J. et Bennegadi, R. (2011). Les politiques de l'altérité dans la rencontre clinique. *L'autre*, 12(1), 16-29.
- Kirmayer, L. J., Fraser, S.-L., Fauras, V. et Whitley, R. (2009). *Current approaches to aboriginal youth suicide prevention*. <https://youthrex.com/wp-content/uploads/2019/02/Report14.pdf>.
- Kirmayer, L. J., Tait, C. L. et Simpson, C. (2009). The mental health of Aboriginal peoples in Canada: Transformations of identity and community. *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*, 3-35.
- Klein, A. (2016). L'histoire de la santé : le renouveau interdisciplinaire de l'historiographie médicale francophone. *Revue d'histoire de l'Université de Sherbrooke*, 9(2), 1-20.
- Koster, R., Bacchar, 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. *The Canadian Geographer*, 56(2), 195-210.
- Kumar, M. B. (2016). *Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes* (publication no 0660042312). https://epe.bac-lac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2016/16-04/publications.gc.ca/collections/collection_2016/statcan/89-653-x/89-653-x2016008-fra.pdf.
- Kumar, M. B. et Tjepkema, M. (2019). *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011*. <https://www.nunivaat.org/doc/document/2019-10-09-02.pdf>
- Labra, O., Castro, C., Wright, R., & Chamblas, I. (2020). Thematic analysis as a qualitative analytical method for social work research. In Bala Raju Nikku (Ed.), *Global social work: Cutting edge issues and critical reflections* (p. 183–202). doi: 10.5772/intechopen.89464.
- 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 F. Gagnon, M.E. Morin et G. Malboeuf (dir.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec. Santé des populations et territorialité* (p. 235-248). Presses de l'Université du Québec.

- Lachance, A. (2004). Des Français en Amérique : L'adaptation des premiers colons. Cap-aux-Diamants, *La revue d'histoire du Québec*, 11-15. <https://doi.org/https://id.erudit.org/iderudit/7615ac>.
- Lambert, M.-M. (2021). *Identité et culture chez les nouveaux Indiens inscrits de la Première Nation des Pekuakamiulnuatsh* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Chicoutimi. https://constellation.uqac.ca/id/eprint/7703/1/Lambert_uqac_0862N_10816.pdf.
- Landry, V., Asselin, H. et Lévesque, C. (2019). Link to the land and mino-pimatisiwin (comprehensive health) of Indigenous people living in urban areas in eastern Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4782.
- Landry, V. (2020). *Lien des Autochtones au territoire : manifestations différentes selon le lieu de résidence et la génération* (Thèse de doctorat). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. https://depositum.uqat.ca/id/eprint/969/1/veronique_landry_these_2020.pdf.
- 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.
- Lavoie, F. (2023). *On n'est pas tout seul à être tout seul » : les stratégies d'adaptation utilisées par les policiers autochtones et allochtones œuvrant au sein d'un corps policier autochtone (CPA)* [Essai de maîtrise]. Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/11193/1/eprint11193.pdf>.
- Leclerc, A.-M. (2021). *Étude descriptive sur la santé des Premières Nations de la Mauricie et Centre-du-Québec : perspectives croisées sur les habitudes de vie et les services de santé* (Thèse de doctorat). Université de Montréal]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9911/1/eprint9911.pdf>.
- Leclerc, A.-M., Petiquay-Dufresne, J., Rivard, M.-C. et Paule Miquelon, P. (s. d.). *Les facteurs de protection chez les Premières Nations et les Inuits : Un survol des leviers favorisant le mieux-être*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/les-facteurs-de-protection-chez-les-premieres-nations-et-les-inuit>.
- Lefevre-Radelli, L. (2021). Prendre en compte les effets du racisme systémique pour assurer une meilleure sécurisation culturelle des étudiants autochtones. *Revue de la persévérance et de la réussite scolaires chez les Premiers Peuples*, 4, 1-4. <https://edupq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/38155/lefevre-radelli-prendre-compte-racisme-systemique-securisation-culturelle-2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- Legros, D. (2005). Critique de la démocratie libérale et des droits de l'homme : la question autochtone. *Recherches amérindiennes au Québec*, 35(1), 3-16.

- Lepage, P. (2009a). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*. hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/Mythes-Realites.pdf
- Lepage, P. (2009b). Oka, 20 ans déjà! Les origines lointaines et contemporaines de la crise. *Recherches amérindiennes au Québec*, 39(1), 119-126.
- Leroux, S. (2014). Le point de vue des Innus de Sept-Îles, Uashat et Maliotenam sur les relations entre Autochtones et Allochtones en milieu urbain : Vers une concitoyenneté. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), 64-77.
- Leslie, J. (2002). La Loi sur les Indiens : perspective historique. *Revue parlementaire canadienne*, 25(2), 23.
- Lessard, L. et Bergeron, O. (2009). Approches en santé mentale adaptées aux populations autochtones : quelques pistes pour guider l'intervention. *Quintessence*, 1 (3), 1-2.
- Lévesque, C. (2011). *Parlons de l'éducation des Autochtones au Québec*. C. Lévesque et B. Sioui (Éd.) Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Institut national de la recherche scientifique (INRS). <https://reseaudialog.ca/wp-content/uploads/2021/01/CahierDIALOG-2011-02-VF.pdf>.
- Lévesque, C. (2015). Promouvoir la sécurisation culturelle pour améliorer la qualité de vie et les conditions de santé de la population autochtone. *Revue Droits et Libertés*, 34(2), 16-19.
- Lévesque, C., Radu, I. et Tran, N. (2018). *Le suicide en milieu autochtone au Québec*. https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/notice?id=p%3A%3Ausmarcdef_0001248349&locale=fr
- Lévesque, 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), 1-9.
- Little Bear, L. (2009). *Naturalizing indigenous knowledge*. Synthesis Paper.
- Loiselle, M. et McKenzie, L. (2009). La roue de bien-être: une contribution autochtone au travail social. *Intervention*, (131), 183-193.
- Loppie, S., Lisant, C. et De Leeuw, S. (2014). *L'effet du racisme sur les autochtones et ses conséquences*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.cnsa.ca/525/L_effet_du_racisme_sur_les_autochtones_et_ses_cons%C3%A9quences.nccih?id=131

- Lundin, S. (2008). Corps vieilliss et technologies nouvelles. *Ethnologie française*, 38(2), 277-281.
- Maltais-Landry, A. (2017). La création de la réserve de Nutashkuan : espaces physique, politique et économique. *Recherches amérindiennes au Québec*, 47(1), 59-72.
- Mandjumba, R. M. (2021). Coexistence entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne en milieu Leele. *Éducation et développement*, 2(27), 16-16.
- Manitowabi, D. (2023). Comment concilier le chemin de la guérison aux tentatives d'éradication des pratiques de guérison autochtones au Canada. *Cmaj*, 195(25), E891-E893.
- Mant, M., Abonyi, S. et Hackett, P. (2023). Colonial tuberculosis legacies and the Dynevor Indian Hospital (1908–1934). *Cmaj*, 195(7), E278-E280.
- Mantz, J.-M., Wattel, F., Barois, A., Banzet, P., Dubousset, J., Glorion, B. et al. (2006). Importance de la communication dans la relation soignante soignée. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 190(9), 1999-2011.
- Martin-Hill, D. (2010). Traditional medicine. *International Journal of Indigenous Health*, 6(1), 1-4. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/download/28991/23880>.
- Martin, H., Dawn. (2003). *Traditional medicine in contemporary contexts*. http://archives.algomau.ca/main/sites/default/files/2012-25_003_004.pdf.
- Martin, T. et Diotte, E. (2010). "Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain : l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones" (2010). Aboriginal Policy Research Consortium International (APRCi). 61. <https://ir.lib.uwo.ca/aprci/61>
- Masmoudi, S. (2008). Le projet de modification de la Loi sur les Indiens : l'éviction du vrai débat? *Recherches amérindiennes au Québec*, 38(2), 145-146.
- Mayoral-Baños, A. (2021). La résistance à la colonialité numérique : la roue de médecine technologique anichinabée et la plateforme numérique *Indigenous Friends. Revue Possibles*, 45(1), 109-118.
- Mehl-Madrona, L. (2003). *Coyote healing: Miracles in native medicine*. Inner Traditions/Bear & Co.
- Mehl-Madrona, L. E. (1998). Frequent users of rural primary care: comparisons with randomly selected users. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 11(2), 105-115.

- Milloy, J. (2008). *John Milloy Indian Act Colonialism: A Century Of Dishonour, 1869-1969*. Research Paper for the National Centre for First Nations Governance. <https://www.fngovernance.org/wp-content/uploads/2020/09/milloy.pdf>.
- Montminy, L., Brassard, R., Jaccoud, M., Harper, E., Bousquet, M.-P. et Leroux, S. (2010). Pour une meilleure compréhension des particularités de la violence familiale vécue par les femmes autochtones au Canada 1. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 53-66.
- Morissette, A. (2007). Composer avec un système imposé : la tradition et le conseil de bande à Manawan. *Recherches amérindiennes au Québec*, 37(2-3), 127-138.
- Morissette, R. (2012). *Les Autochtones ne sont pas des pandas : histoire, autochtonie et citoyenneté québécoise*. Éditions Hurtubise.
- Muirhead, A. et De Leeuw, S. (2013). *Art and wellness: The importance of art for Aboriginal peoples' health and healing*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.ccsa-nccah.ca/docs/emerging/FS-ArtWellness-Muirhead-deLeeuw-EN.pdf>
- Mulligan, K., Card, K. G. et Allison, S. (2024). La prescription sociale au Canada : la promotion de la santé en action, 50 ans après le rapport Lalonde. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 44, 3-42. <https://doi.org/https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.01f>.
- Murphy, B., Pearce, L., Chretien, A. et McLean-Purdon, E. (2017). *Ententes de services et d'entraide : des pratiques éclairées pour les communautés autochtones*. <https://www.resilientresearch.ca/wp-content/uploads/2015/08/Mutual-Aid-Guide-FRENCH.pdf>.
- Mussell, W. J. (2005). *Les guerriers-soignants*. Fondation autochtone de guérison. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/<https://www.fadg.ca/files/warrior-fre.pdf>
- Norgaard, K. M. (2018). The sociological imagination in a time of climate change. *Global and Planetary Change*, 163, 171-176.
- Norris, T. L. et Aiken, M. (2006). Personal access to health care: A concept analysis. *Public Health Nursing*, 23(1), 59-66.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd). Armand Colin.
- Parisian, J. (2020). *A holistic approach to capacity building: For professionals working with indigenous communities* (Mémoire de maîtrise). University of Northern British Columbia. [tps://arcabc.ca/islandora/object/unbc%3A59090/datastream/PDF/view](https://arcabc.ca/islandora/object/unbc%3A59090/datastream/PDF/view).

- Parsons, T. (1963a). Death in American society—A brief working paper. *American Behavioral Scientist*, 6(9), 61-65.
- Parsons, T. (1963b). Social change and medical organization in the United States: A sociological perspective. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 346(1), 21-33.
- Pelletier, C. (2022). *Transmission des savoirs et des pratiques ethnobotaniques autochtones : étude de cas du bleuet (minic) auprès des Atikamekw Nehirowiskwewok (femmes Atikamekw) de Wemotaci (Mémoire de maîtrise). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue*.
https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1382/1/Pelletier_Chlo%C3%A9_m%C3%A9moire_d%C3%A9p%C3%B4t_final_OCTOBRE_2022_Corrections_d%C3%A9cembre_2022.pdf.
- Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J. G., Avery Kinew, K., Kyoon Achan, G. 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(22), 8343.
- Phommachakr, S. (2005). *La Loi sur la gouvernance des Premières Nations : (dé) colonisation du droit fédéral canadien en matière autochtone?*
<http://hdl.handle.net/1866/2412>.
- Pierret, J. (2002). Constructing discourses about health and their social determinants. Dans Alan Radley (Ed.) *Worlds of illness* (p. 21-38). Routledge.
- Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*, 14 (2), 47-59.
- Pineault, R., Tousignant, P., Roberge, D., Lamarche, P., Reinharz, D., Larouche, D. et al. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec*. Direction de la santé publique -Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
<http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/Montreal/2894944330.pdf>.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. La recherche qualitative. *Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.
- Poirel, E. (2017). Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 147-164.
- Pope, C. et Mays, N. (2020). *Qualitative research in health care*. Wiley Online Library.
<https://doi.org/DOI:10.1002/9781119410867>.

- Portman, T. A. et Garrett, M. T. (2006). Native American healing traditions. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(4), 453-469.
- Posca, J. et Posca, J. (2018). *Portrait des inégalités socioéconomiques touchant les Autochtones au Québec*. 1-16. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note_Ine_galite_s_4_WEB_02.pdf.
- Poupart, J. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin.
- Pourcelot, H. (2023). *Facteurs favorisant l'Accès et le recours des hommes anicinapek aux services sociosanitaires* (Mémoire de maîtrise), Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Pourchez, L. (2011). *Savoirs des femmes : médecine traditionnelle et nature : Maurice, Réunion, Rodrigues*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000191797>
- Reading, C. et Wien, F. (2013). *Health inequalities and the social determinants of Aboriginal peoples' health*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>
- Reading, C. L. et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. [http://www.nccah-ccsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%200&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples'%20Health%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%200&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples'%20Health%20(French).pdf).
- Renaud, L. (2007). *Médias et le façonnement des normes en matière de santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Renaud, M. (1977). Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 127-152.
- Rodon, T. (2019). Les apories des politiques autochtones au Canada. Dans T. Rodon (dir.) *La population des Autochtones du Canada* (p. 3-30). Presses de l'Université du Québec.
- Roh, S., Burnette, C. E., Lee, K. H., Lee, Y.-S. et Easton, S. D. (2016). Risk and protective factors for depressive symptoms among indigenous older adults: intimate partner violence (IPV) and social support. *Journal of gerontological social work*, 59(4), 316-331.

- Ross, A. (2013). *Effet de la fréquentation des pensionnats autochtones et des mauvais traitements durant l'enfance sur les problèmes de consommation d'alcool et de drogues* (Essai doctoral). <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/2648/1/030585732.pdf>.
- Roudometkina, A. et Wakeford, K. (2018). *Trafficking of indigenous women and girls in Canada*. Native Women's Association of Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/JUST/Brief/BR10002955/br-external/NativeWomensAssociationOfCanada-e.pdf>.
- Rousseau, N. et Saillant, F. (1996). Chercher avec, plutôt que chercher pour... : une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 138-146.
- Roussel, J.-F. (2015). La Commission de vérité et réconciliation du Canada sur les pensionnats autochtones : bilan et prospective. *Théologiques*, 23(2), 31-58.
- Roussel, J.-F. (2018). Rencontrer la spiritualité autochtone : une pratique de décolonisation. *Théologiques*, 26(2), 99-124.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J. P., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Hall, L., Mushquash, C. et Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9, 1-27.
- Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions sociopolitiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Presses de l'Université Laval.
- Roy, J. (2019). Regard sur l'évolution des hommes au Québec et tendance sociétales Dans G. Tremblay, J.-M. Deslauriers et M. Lafrance (dir.). *Réalités masculines oubliées* (21-35). Presses de l'Université Laval.
- Russell, C. (2017). Le colonialisme canadien, d'hier à aujourd'hui. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, 18, 98-105.
- Saillant, F. (1990). Les recettes de médecine populaire. Pertinence anthropologique et clinique. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 93-114.
- Saillant, F. et Quéniart, A. (1990). Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles. *Revue internationale d'action communautaire*, (24), 5-9.
- Samb, O. M. et Ridde, V. (2012). Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso? *Afrique contemporaine*, (3), 33-48.

- Sauvé, L., Godmaire, H., Saint-Arnaud, M., Brunelle, R. et Lathoud, F. (2005). Regards croisés sur une éducation relative à l'environnement en milieu autochtone. *Recherches amérindiennes au Québec*, 35(3), 85-94.
- Savard, J.-F. (2007). Intégration des recommandations de la Commission royale sur les peuples autochtones dans les politiques autochtones fédérales au Canada. *Recherches amérindiennes au Québec*, 37 (1), 57-65.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5(1), 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2010). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec.
- Scala, F. (1997). Pratiques discursives et savoir social : l'exemple de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. *Politique et sociétés*, 16 (3), 105-127.
- Secrétariat aux affaires autochtones. (2011). *Amérindiens et Inuits : Portrait des nations autochtones du Québec*. Secrétariat aux affaires autochtones. http://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications.htm.
- Séguin, C. (2020). Une bibliothèque inclusive pour les Autochtones. *Documentation et bibliothèques*, 66 (2), 5-11.
- Shah, B. R., Gunraj, N. et Hux, J. E. (2003). Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. *American journal of public health*, 93(5), 798-802.
- Siaud-Facchin, J. (2014). *Tout est là, juste là : méditation de pleine conscience pour les enfants et les ados aussi*. Odile Jacob.
- Simpson, M. et Bagelman, J. (2018). Decolonizing urban political ecologies: The production of nature in settler colonial cities. *Annals of the American Association of Geographers*, 108(2), 558-568.
- Sioui, G. E. (2021). *Pour une autohistoire amérindienne : essai sur les fondements d'une morale sociale*. Presses de l'Université Laval.
- Sit, V. (2021). *La rencontre de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique : analyse stratégique* (Thèse de doctorat). Université de Montréal]. https://dam-oclc.bac-/download?is_thesis=1&oclc_number=1256450679&id=3f021556-3861-4d64-a05d-a5ac0fa27f57&fileName=Sit_Vanessa_2020_these.pdf
- Smits, M. (2014). Bimaadiziwin : la spiritualité quotidienne, les exemples de pratique de jour par jour. *Indigenous studies dbaajmowin*, 2, 133-193.

- Sommelet, D. (2007). L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. *Archives de pédiatrie*, 14(8), 1011-1019.
- Sossoyan, M. (2009). Les Indiens, les Mohawks et les Blancs : mise en contexte historique et social de la question des Blancs à Kahnawake. *Recherches amérindiennes au Québec*, 39(1), 159-171.
- St-Arnaud, L., Gignac, S., Gourdeau, P., Pelletier, M. et Vézina, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 1(3), 1-18.
- St-Arnaud, P., Bélanger, P., Centre de santé et des services sociaux de la communauté de Nutashkuan et Groupe SPACA inc. (2005). Co-crédation d'un espace-temps de guérison en territoire ancestral par et pour les membres d'une communauté autochtone au Québec: appréciation clinique d'une approche émergente et culturellement adaptée. *Drogues, santé et société*, 4(2), 141-176.
- Tarasuk, J., Zhang, J., Lemyre, A., Cholette, F., Bryson, M. et Paquette, D. (2020). Résultat national de l'enquête Track auprès des utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 4, 2017 à 2019. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 46 (5), 155-168.
- Tchibozo, S. et Motte-Florac, E. (2004). Animaux médicinaux du Bénin : des drogues anciennes toujours actuelles. *Bulletin de Liaison de l'Association des Amis du Musée de la Pharmacie*, 29, 40-47.
- Terlutte, S. (2017). *Une approche autochtone de la guérison. La mobilisation des savoirs « traditionnels » dans la prise en charge des dépendances au Canada* (Mémoire de maîtrise). Université d'Aix Marseille de France. <https://coilink.org/20.500.12592/2tab4mu>.
- Thibault, M. et Amélie, G. (2009). Le territoire, « matrice » de culture : Analyse des mémoires déposés à la commission Coulombe par les Premières Nations du Québec. *Recherches amérindiennes au Québec*, 39(1), 61-70.
- Thistle, J. A. (2017). Définition de l'itinérance chez les Autochtones au Canada, 1-47
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://yorkspace.library.yorku.ca/server/api/core/bitstreams/14e83caf-87ca-4ed1-acd9-646021b93ee4/content>.

- Tjepkema, M., Bushnik, T. et Bougie, E. (2019). Life expectancy of First Nations, Métis and Inuit household populations in Canada. *Health Reports*, 30(12), 3-10. https://www.researchgate.net/profile/Tracey-Bushnik/publication/338048471_Life_expectancy_of_First_Nations_Metis_and_Inuit_household_populations_in_Canada/links/5e1c9e6c92851c8364cbb6a7/Life-expectancy-of-First-Nations-Metis-and-Inuit-household-populations-in-Canada.pdf.
- 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.
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M. et Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Les Publications du Québec.
- Tremblay, M. C.; Bradette-Laplante, M.; Witteman, H. O., Dogba, M. J., Breault, P., Paquette, J. S., Careau, E. et al. (2021). Providing culturally safe care to Indigenous people living with diabetes: Identifying barriers and enablers from different perspectives. *Health Expectations*, 24(2), 296-306.
- Trudel, P. (2017). Second regard sur l'histoire des Autochtones. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (18), 106-110.
- Van de Sande, A., Beauvolsk, M. et Larose-Hébert, K. (2018). La roue médicinale : l'intervention en contexte autochtone. *Le travail social : théories et pratiques*, 99-111.
- Vitenti, L. (2018). Les déclencheurs du suicide chez les Atikamekw et les anishnabek. *Drogues, santé et société*, 17(1), 70-84.
- Voyer, D., Beaudoin, I. et Goulet, M.-P. (2012). De la lecture à la résolution de problèmes : des habiletés spécifiques à développer. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 35(2), 401-421.
- Waldram, J. B. (2013). Transformative and restorative processes: Revisiting the question of efficacy of indigenous healing. *Medical Anthropology*, 32(3), 191-207.
- Wesley-Esquimaux, C. C. et Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and Aboriginal healing*. https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2009/2903/pdf/historic_trauma.pdf.
- Whelton, P. K.; Carey, R. M.; Aronow, W. S.; Casey, D. E.; Collins, K. J.; Dennison Himmelfarb, C. et al., (2018). *Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines* (publication no 0735-1097). https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2017.11.006?_ga=2.176976865.553150704.15505395.

- Wu, J., Smye, V., Hill, B., Antone, J. et MacDougall, A. (2023). Exploration of existing integrated mental health and addictions care services for indigenous peoples in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 20(11), 1-12.
- Whyte, M. K. w. (2023). Stepping Into the Circle: Inviting Spirit Through Medicine Wheel Teachings in the Expressive Therapies Continuum (Entrer dans le cercle : invitation de l'esprit à travers les enseignements de la roue médicinale dans le Continuum des Thérapies expressives). *Canadian Journal of Art Therapy*, 36(1), 20-30.
- Williams, V. (2017). *La lutte contre la traite des personnes à des fins d'exploitation sexuelle au Canada : une étude à la lumière du droit international* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. <https://umontreal.scholaris.ca/bitstreams/f295c822-f6cd-40e0-9b32-8f4495f3cd7c/download>.
- Willows, N. D. (2005). Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada: the current state of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health= Revue canadienne de santé publique*, 96(3), 1-5. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6976035/pdf/41997_2005_Article_BF03405199.pdf.
- Woolf, K., Cave, J., McManus, I. C. et Dacre, J. E. (2007). 'It gives you an understanding you can't get from any book.' The relationship between medical students' and doctors' personal illness experiences and their performance: a qualitative and quantitative study. *BMC medical education*, 7, 1-8.
- World Health Organization, W. H. O. (1985). *Constitution de l'OMS*. 18, 1-20. <https://iris.who.int/handle/10665/36852>.
- Wright, S., Nebelkopf, E., King, J., Maas, M., Patel, C. et Samuel, S. (2011). Holistic system of care: Evidence of effectiveness. *Substance use & misuse*, 46(11), 1420-1430.
- 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.
- Young, N. L., Wabano, M. J., Burke, T. A., Ritchie, S. D., Mishibinijima, D. et Corbiere, R. G. (2013). A process for creating the Aboriginal Children's Health and Well-being Measure (ACHWM). *Canadian Journal of Public Health*, 104, e136-e141.
- Zellerer, E. (2003). Culturally competent programs: The first family violence program for Aboriginal men in prison. *The Prison Journal*, 83(2), 171-190.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entrevue

Introduction

Mot de bienvenue et salutation

Présentation et signature du formulaire de consentement

Démarrage de l'enregistrement

Inscription du numéro de l'entrevue, de la date et de la communauté d'appartenance des participants

Début de l'entretien proprement dit

A. FICHE SIGNALÉTIQUE DU RÉPONDANT

1. À quel groupe d'âge appartenez-vous?

- Moins de 25 ans
- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55-64 ans
- 65 ans et plus

2. Quel niveau de scolarité avez-vous terminé?

- Sans études
- Études primaires partielles
- Études primaires terminées
- Études secondaires partielles
- Études secondaires terminées
- Diplôme professionnel
- Études collégiales partielles
- Études collégiales terminées
- Études universitaires partielles
- Études universitaires terminées
- Autre formation (précisez.....)

3. Quelle est votre situation socioprofessionnelle (emploi) des six derniers mois?

- Travail à temps plein
- Travail à temps partiel (20 heures ou moins par semaine)
- Travail sur appel
- Sans emploi pour le moment

4. Quel état matrimonial correspond mieux au vôtre présentement (six derniers mois)?

- Célibataire
- Marié/en couple
- Conjoint de fait
- Séparé
- Divorcé
- Veuf

5. Combien d'enfants à charge avez-vous?

- Sans enfant
- 1 enfant
- 2-3 enfants
- 4-5 enfants
- 5 enfants et plus

6. Quelles langues parlez-vous à la maison ou maîtrisez-vous bien (plusieurs choix possibles)?

- Anichinabé
- Français
- Anglais
- Autre langue (précisez.....)

7. Parmi les classes de revenu ci-dessous, laquelle correspond à votre revenu annuel brut (avant impôt) de 2023?

- Moins de 15 000 \$
- De 15 000 \$ à 29 999 \$
- De 30 000 \$ à 44 999 \$
- De 45 000 \$ à 59 999 \$
- 60 000 \$ et plus

**B. QUESTIONS EN LIEN AVEC LES OBJECTIFS DE RECHERCHE
(DEUX GRANDS THÈMES ABORDÉS)**

Questions visant la description des besoins des hommes autochtones en ce qui concerne les services sociosanitaires en Abitibi-Témiscamingue (objectif 1)

1. Quels sont vos besoins en santé aujourd'hui?
2. Quels sont les services en santé que vous consultez habituellement (ici dans la communauté et ailleurs)?
3. Dans quelles circonstances ou quels contextes avez-vous l'habitude d'utiliser les services de santé primaires (à quels moments)?
4. Quels sont vos besoins au sein de votre service de santé (communauté, Val-d'Or ou ailleurs)?
5. Quels sont les services disponibles dans votre communauté?
6. Dites-moi comment est l'accès au service de santé pour vous (dans la communauté, Val-d'Or ou ailleurs)?
7. À quelle fréquence utilisez-vous les services de santé dans une année (communauté, Val-d'Or ou ailleurs)?

Questions visant la perception des hommes autochtones sur les approches autochtones et non autochtones en matière de santé (objectif 2)

1. Quelle importance accordez-vous au savoir autochtone en santé?
2. Comment se fait la transmission des savoirs traditionnels en matière de santé?
3. Quelle est votre opinion sur la médecine traditionnelle holistique?

4. Quelle est votre opinion sur la médecine moderne (biomédecine)?
5. Quels liens vous pouvez faire ou établir entre la médecine traditionnelle holistique et la médecine dite moderne (biomédecine)?
6. Comment la médecine traditionnelle holistique peut-elle contribuer à votre bien-être ou à votre santé)?
7. Dans la pratique, dans quelle mesure ou par quel moyen peut-il y avoir un partenariat entre les deux approches médicales (médecine holistique et médecine moderne)?

C. QUESTION OUVERTE

Est-ce que vous avez un autre avis ou un commentaire sur la santé, la médecine moderne ou celle qui est issue du savoir et traditions autochtones?

FIN DE L'ENTREVUE

Remercier le répondant.

Annexe 2 : Certification éthique CÉR-UQAT



Rouyn-Noranda, le 6 septembre 2023

Mme Virginie Ciléus
Unité d'enseignement et de recherche en Sciences de la santé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Objet : Évaluation éthique - Projet « Besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux. »

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CER-UQAT) a eu recours le 6 septembre 2023 à la procédure d'évaluation déléguée du projet cité en rubrique, par trois de ses membres, conformément à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (article 5.5.2).

Le CER-UQAT a évalué les modifications apportées au projet à la suite de l'évaluation éthique. Comme toutes les modifications ont été faites à notre satisfaction, nous sommes heureux de vous délivrer une approbation éthique, qui vient attester du respect des normes éthiques.

Cependant, en raison des documents reçus, vous ne pourrez, avec le présent certificat, effectuer vos recherches que dans les deux communautés suivantes :

- Lac Simon
- Kitcisakic

Je vous invite également à nous faire part de tout changement important qui pourrait être apporté en cours de recherche aux procédures décrites dans le formulaire de demande d'évaluation éthique ou dans tout autre document destiné aux personnes participantes.

En vous souhaitant tout le succès dans la réalisation de votre projet, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Serigne'.

Serigne Touba Mbacké Gueye, Ph. D.
Président du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

STMG/bg

p. j. Approbation éthique

Référence: 2023-05_Ciléus, Virginie



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 Virginie Ciléus

Objet : Évaluation éthique - Projet « Besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux.»

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 :
6 septembre 2024

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/>

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Serigne'.

Date : 6 septembre 2023

Serigne Touba Mbacké Gueye, président du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca

Annexe 3 : Lettre d'appui – Communauté anishnabe de Lac Simon



Conseil de la Nation Anishnabe de Lac-Simon

LETTRE D'APPUI AU PROJET DE RECHERCHE

Lac Simon, ce jeudi le 17 août 2023

OBJET: LETTRE D'APPUI À UNE DEMANDE PRÉSENTÉE AU RESPONSABLE DE LA COMMUNAUTÉ ANISHNABE DE LAC SIMON

Madame, Monsieur, CÉR-UQAT

Par la présente, nous confirmons que l'équipe de recherche du professeur Oscar Labra, professeur Augustin Ependa et l'étudiante chercheuse Virginie Ciléus, sont entrain de conduire une recherche avec les hommes autochtones de notre communauté. Dans le cadre d'un projet de recherche sur les besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux.

Cette étude vise deux objectifs : 1) décrire les besoins des hommes autochtones en ce qui concerne les services sociosanitaires dans les communautés (Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan) ; 2) Comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones avec les médecines traditionnelle et moderne. Tout ce processus s'aligne aux critères scientifiques et éthiques en recherche auprès des Premières Nations. Dans le but de contribuer à l'amélioration des pratiques de soins au sein de la population masculine autochtone, nous appuyons ce projet car il sera bénéfique aux résidents de notre communauté.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.


Ghislain Néquado, conseiller du CNALS

C.c. Membres du CNALS

Madame Rose Dumont, directrice de santé

UQAT,

Annexe 4 : Lettre d'appui – Communauté anishnabe de Kitcisakik



Kitcisakik, le 25 août 2023

Monsieur Serigne Touba Mbacké Gueye
Président du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains, UQAT

OBJET: Lettre d'appui projet de recherche

Monsieur,

Par la présente, nous confirmons que l'équipe de recherche du professeur Oscar Labra, professeur Augustin Ependa et l'étudiante chercheuse Virginie Ciléus, sont entrain de conduire une recherche avec les hommes autochtones de notre communauté. Dans le cadre d'un projet de recherche sur les besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux pour les communautés de Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan.

Cette étude vise deux objectifs : 1) décrire les besoins des hommes autochtones en ce qui concerne les services socio-sanitaires dans les communautés (Kitcisakik, Lac Simon et Pikogan) ; 2) Comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones avec les médecines traditionnelle et moderne. Tout ce processus s'aligne aux critères scientifiques et éthiques en recherche auprès des Premières Nations. Dans le but de contribuer à l'amélioration des pratiques de soins au sein de la population masculine autochtone, nous appuyons ce projet car il sera bénéfique aux résidents de notre communauté.

Bien à vous

Alex-Emmett Papatie
Vice chef
Conseil des Anicinapek de Kitcisakik

Annexe 5 : Lettre aux responsables des communautés de l'Abitibi-Témiscamingue

Rouyn-Noranda, _____ 2023

Aux responsables de communauté autochtone

**OBJET : SOLLICITATION D'AUTORISATION POUR
MENER UNE RECHERCHE AUPRÈS DES HOMMES**
[_____]

Madame,

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer, en votre qualité de [_____]
de la communauté [_____], que dans le cadre de mes
études de maîtrise-recherche en science de la santé à l'Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue (UQAT), je mène un projet de recherche intitulé : Besoins des hommes
autochtones en santé et services sociaux. Cette étude est conduite sous la direction des
professeurs Oscar Labra et Augustin Ependa, de l'École de travail social de l'Université du
Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). À cet effet, un échantillon de volontaires
(environ 5 à 7 participants) parmi les hommes de votre communauté (âgé de 18 ans et plus)
seront invités à participer à une entrevue -semi-dirigée.

Cette étude vise deux objectifs : 1) décrire les besoins des hommes autochtones en ce qui
concerne les services sociosanitaires dans les communautés (Kiksisakik, Lac Simon et
Pikogan); 2) Comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones en matière de
médecines traditionnelle et moderne.

Ce projet est conforme aux critères scientifiques et éthiques en recherche auprès des
Premières Nations. De plus, il a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec
des êtres humaine (CÉR-UQAT). Certificat d'éthique : [_____].

Nous vous prions de nous autoriser à contacter les membres de votre communauté afin de solliciter leur consentement et leurs réponses à une entrevue semi-dirigée de 45 à 60 minutes. Le tout se fera dans le respect de la culture anichinabée.

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez joindre le directeur de recherche, le Pr Oscar Labra au 819-762-0971 (poste 2335) ou à Oscar.labra@uqat.ca, ou encore le codirecteur de recherche, le Pr Augustin Ependa au 819-478-5011 (poste 2993) ou à Augustin.EpendaM.L@uqat.ca. Vous pouvez également vous adresser à Virginie Ciléus au 819-279-1108 ou par courriel au cilv01@uqat.ca.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos salutations distinguées.

Virginie Ciléus

Programme de maîtrise recherche en sciences de la santé

UQAT

Courriel : cilv01@uqat.ca

Annexe 6 : Lettre diffusion du projet de recherche



Source : <https://www.google.com.alliance.org>

Vous êtes un homme autochtone, qui demeurez dans les communautés, soit à Lac Simon ou à Kitcisakik?

Je vous invite à participer à une étude intitulée : « Besoins des hommes autochtones en santé et services sociaux ».

Contactez **Virginie Ciléus** étudiante à la maîtrise en sciences de la santé sous la direction de Oscar Labra et Ependa Augustin au 819-279-1108 ou par courriel cilv01@uqat.ca ou Pr Oscar Labra au 819-762-0971 (poste 2335), Oscar.labra@uqat.ca.

Objet du projet de recherche :

- 1) décrire les besoins des hommes autochtones en ce qui a trait aux services sociosanitaires dans les communautés.
- 2) comprendre l'expérience de soins des hommes autochtones avec les médecines traditionnelle et moderne.

Critères de participation : être de sexe masculin et âgé de 18 ans et plus; habiter en Abitibi-Témiscamingue depuis au moins 5 ans.

Durée de l'entrevue : une ou deux rencontres d'environ de 45 à 60 minutes.

Quand : de mai à la fin de juillet 2023

Où : Centre régional d'éducation des adultes Kitci Amik, Centre de Santé Mino Tehewin (Lac Simon), Centre de Santé et Maison des Jeunes (Kitcisakik).

Compensation pour leur participation au projet : carte cadeau (20 \$)

Votre participation à ce projet d'étude serait très considérée, merci.

Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement

BESOINS DES HOMMES AUTOCHTONES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

NOM DES CHERCHEURS ET LEUR APPARTENANCE : VIRGINIE CILÉUS, ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE EN SCIENCES DE LA SANTÉ, PR OSCAR LABRA ET PR AUGUSTIN EPENDA, ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (UQAT).

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : CONSEIL DE RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES (CRSH)

DÉBUT DU PROJET (DATE PRÉVUE) 2023-05-01 _____

FIN DU PROJET (DATE PRÉVUE) 2023-07-28

CE PROJET A REÇU L'APPUI DU COMITÉ SCIENTIFIQUE EN SCIENCES DE LA SANTÉ DE L'UQAT LE 2023-03-28 _____

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DÉLIVRÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT (CÉR-UQAT) LE : 2023-05 _____

PRÉAMBULE

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui implique de [passer une entrevue individuelle qui se déroulera en une rencontre de 45 à 60 minutes]. 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 ses inconvénients. Il inclut également le nom des personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou tout autre élément concernant votre participation.

Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous recommandons de poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse, Virginie Ciléus, au Pr Labra ou au Pr Ependa pour que l'on vous explique 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

Ce projet vise à connaître quels sont les besoins des hommes autochtones en matière de santé et de services sociaux, ainsi que leur conception des approches en santé.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Nous sollicitons votre participation à une entrevue (45 à 60 minutes) en personne. Votre entrevue sera enregistrée sur la plateforme Zoom pour ensuite être retranscrite aux fins d'analyse et elle sera détruite par la suite. L'entrevue semi-dirigée pourra se faire, dans le lieu et selon l'horaire qui vous conviennent le mieux.

Les thèmes abordés dans l'entrevue sont les suivants : les besoins en santé, la sous-utilisation des services, les besoins des hommes, les services disponibles, la médecine traditionnelle et la biomédecine.

Pendant ou après l'analyse des données, vous serez invité à participer à la validation des résultats. Une présentation des résultats sera offerte dans chacune des communautés participantes, et les participants à l'étude y seront invités. Afin 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 contacts a posteriori sera offert dans le cas où les communautés souhaitent poursuivre une collaboration dans les suites à donner au projet.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Cette recherche comporte davantage directs pour vous, car elle permet d'amorcer une réflexion autour des questions liées aux besoins des hommes en matière de services sociosanitaires et au rapport aux soins des hommes autochtones avec les médecines traditionnelle et moderne. Indirectement, il y aura également une validation de la médecine traditionnelle autochtone et sa contribution pour les hommes, les familles et la communauté. Votre participation permettra également de faire avancer les connaissances scientifiques dans le domaine de la santé des hommes.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

1) Temps alloué pour la participation

Précautions prévues : Compensation matérielle (carte cadeau d'une valeur de 20 \$)

2) Stigmatisation

Précaution prévue : Dans la présentation des résultats, l'accent sera mis sur les forces, l'évocation des difficultés rencontrées se fera en des termes non culpabilisants et ces difficultés seront explicitées en fonction du contexte.

3) Inconfort psychologique lié à certaines réminiscences

Précaution prévue : Référence au besoin au centre de santé de la communauté du répondant.

4) Difficulté de garder une confiance (puisque les communautés autochtones sont des milieux restreints,

Précaution prévue : Engagement à la confidentialité de l'agent de recherche autochtone et souci du détail dans l'anonymisation des résultats en raison de la proximité entre les membres des organismes qui les exploiteront et les participants.

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

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ

Certains de vos propos pourraient être rapportés dans le cadre de cette recherche. Dans la section *Consentement*, vous pouvez demander qu'ils soient cités de façon anonyme ou à ce qu'ils vous soient attribués.

Les données seront accessibles à l'équipe de recherche, notamment Virginie Ciléus, Oscar Labra et Augustin Ependa, et elles seront conservées sur le serveur d'application de l'UQAT.

En vertu du calendrier d'archivage en vigueur dans les établissements universitaires, les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin du projet.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Une carte cadeau d'une valeur de 20 \$ sera versée aux répondants dans le cadre de leur participation à cette recherche.

CONFLITS D'INTÉRÊTS ET COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS

La chercheuse Virginie Ciléus, les agents de recherche, le directeur (Pr Labra) et le codirecteur (Pr Ependa) 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 de cette étude seront d'abord transmis pour validation aux communautés sous une forme facilitant leur compréhension et selon les besoins exprimés par les communautés lors des démarches à venir (présentation, brochure, etc.). Une présentation sera offerte dans chacune des communautés participantes, et les participants à l'étude y seront invités. De plus, les résultats de cette étude seront présentés lors des activités scientifiques en sciences de la santé de l'UQAT et à l'ACFAS (2024). Deux articles sont prévus dans le cadre de cette étude. L'un sera soumis à la revue *Canadian of Journal Nursing Leadership* et l'autre, à la *Revue d'études autochtones*.

À la fin du projet, une copie des données brutes sera remise à [chef de bande de la communauté de Lac Simon et Kitcisakik], sous la forme de [rapport exécutif]. De la même manière, les fruits de la recherche seront transmis à votre communauté [de la façon suivante/des façons suivantes] :

Présentation des résultats saillants auprès des intervenants, leaders de la communauté et participants.

Certains membres de votre communauté, à savoir [agent de recherche de chacune des communautés participantes – nom à venir], seront coauteurs de [publications des deux articles et des communications] relatives à cette recherche.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez [madame Ciléus, le Pr Labra et le Pr Ependa], le commanditaire [CRSH], l'UQAT et l'École de travail social] 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 vous en retirer en tout temps sans perdre vos droits acquis. Tout au long du projet, vous recevrez l'information pertinente pour décider de continuer ou d'arrêter d'y participer. [Un refus ou un retrait de votre part ne modifiera en rien la qualité ou la quantité que vous recevez et auxquelles vous avez droit dans votre communauté.]

Vous pouvez demander la destruction des données vous concernant en [contactant l'étudiante chercheuse (Virginie Ciléus) ou le directeur de recherche, le Pr Labra]. [S'il existe une impossibilité de détruire les données, le mentionner ici et la justifier brièvement.]

QUESTIONS

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

Virginie Ciléus
Tél. : 819-279 1108
Courrier : cilv01@uqat

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 de l'UQAT (CÉR)
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 accepte volontairement de participer à l'étude.

BESOINS DES HOMMES AUTOCHTONES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX.

- Je désire que mes propos soient rapportés de façon anonyme lors de l'analyse des données et de la diffusion des résultats.
- Je désire que l'on m'identifie par mon nom lorsque mes propos sont cités, entre autres dans l'analyse des données et la diffusion des résultats.

Nom de la personne participante (lettres moulées)

Signature de la personne participante

Date

CE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU PAR :

Virginie Ciléus

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

Signature

Date

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.