

PORTRAIT DE L'UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ: PERSPECTIVES DES HOMMES IMMIGRANTS



Josiane Le Gall
Annie Pontbriand
Annie Lapalme
Fabiane Friedrich Schütz
Isabelle-Ann Leclair Mallette
Alexandra Holtom
Stéphane Hernandez
Serge Maynard
Mónica Ruiz-Casares

Une publication de l'Institut universitaire SHERPA, une infrastructure financée par les Fonds de recherche du Québec Société et Culture et par le ministère de la Santé et des Services sociaux, au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

7085 Hutchison

Montréal, Qc., H3N 1Y9

sherpa.dlm@ssss.gouv.qc.ca

<https://www.sherpa-recherche.com>

Titre : Portrait de l'utilisation des services sociaux et de santé : perspectives des hommes immigrants

Éditeur : Institut universitaire SHERPA

Auteurs et auteurs : Josiane Le Gall, Annie Pontbriand, Annie Lapalme, Fabiane Friedrich Schütz, Isabelle-Ann Leclair Mallette, Alexandra Holtom, Stéphane Hernandez, Serge Maynard, Mónica Ruiz-Casares

Chercheuse principale : Josiane Le Gall, Ph.D. Chercheuse en établissement à l'IU-SHERPA et Professeure associée au Département d'anthropologie de l'Université de Montréal

Co-chercheurs : Mónica Ruiz-Casares, Ph.D., Chercheuse en établissement à l'IU-SHERPA et Professeure agrégée au Département de psychiatrie de l'Université McGill et Isabelle-Ann Leclair Mallette, Ph.D., Agente de recherche à l'IU SHERPA

Coordonnatrice du projet et rédactrice du rapport : Annie Lapalme, M. Sc., Agente de recherche à l'IU-SHERPA

Collaboratrices et collaborateurs : Fabiane Friedrich Schütz, Ph.D., Chercheuse postdoctorale au Département de psychiatrie de l'Université McGill ; Stéphane Hernandez, M.S.S., Praticien-chercheur à l'IU-SHERPA ; Alexandra Holtom, M. Ts., Stagiaire à l'IU-SHERPA ; Serge Maynard, M. Sc., Chef d'administration de programmes à l'IU-SHERPA ; Annie Pontbriand, M. Sc., Coordonnatrice de la recherche à l'IU-SHERPA

Cette recherche a été financée par :

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Community Health and Social Services Network (CHSSN)

Regroupement des Organismes pour Hommes de l'Île de Montréal (ROHIM)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Graphisme et mise en page : Andréanne Boisjoli

Photo page couverture : [Lukas Rychvalsky / Pixabay.com](https://www.pixabay.com/users/rychvalsky/)

ISBN 978-2-9820614-0-8 (en ligne)

Dépôt légal - Bibliothèque et archives du Canada, 2022

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2022

© 2022 Institut universitaire SHERPA

PORTRAIT DE L'UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ: PERSPECTIVES DES HOMMES IMMIGRANTS

Josiane Le Gall
Annie Pontbriand
Annie Lapalme
Fabiane Friedrich Schütz
Isabelle-Ann Leclair Mallette
Alexandra Holtom
Stéphane Hernandez
Serge Maynard
Mónica Ruiz-Casares

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les hommes immigrants qui ont participé à cette recherche et accepté de partager leurs expériences avec nous. Nous remercions également tous les organismes communautaires, instances de concertation et regroupements qui nous ont appuyés en diffusant l'appel à participer au sondage dans leurs réseaux. Les remerciements vont également aux instances qui ont financé cette recherche : le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le Community Health and Social Services Network (CHSSN), le Regroupement des Organismes pour Hommes de l'Île de Montréal (ROHIM) ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).



Photo: Rido / Shutterstock

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iv
TABLE DES MATIÈRES	VI
Liste des figures	viii
Liste des tableaux	x
Liste des abréviations	xi
SOMMAIRE EXÉCUTIF	1
1. INTRODUCTION	4
2. PORTRAIT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES HOMMES IMMIGRANTS DANS LA LITTÉRATURE: UNE RÉALITÉ PEU DOCUMENTÉE	6
3. MÉTHODOLOGIE	9
3.1 Collecte de données	9
3.2 Analyse des données	11
3.3 Considérations éthiques	11
3.4 Limites	12

4. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS	13
5. RÉSULTATS	20
5.1 État de santé et bien-être psychologique	20
5.2 Utilisation des services sociaux et de santé au Québec	26
5.3 Facteurs freinant l'accès ou l'utilisation des services sociaux et de santé	42
5.4 Facteurs facilitant l'accès ou l'utilisation des services sociaux et de santé	60
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	67
Recommandations	70
7. ANNEXES	72
7.1 Sondage	73
7.2 Guide d'entretien	91
8. BIBLIOGRAPHIE	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous eu des problèmes importants de santé physique (exemples : diabète, cancer, problèmes de dos, etc.) (n=420)/des préoccupations importantes qui ont affecté votre bien-être psychologique ? (n=421)	21
Figure 2 : En général, depuis le dernier mois, diriez-vous que votre santé physique (n=420)/ bien-être psychologique (n=421) est... ?	23
Figure 3 : Quel est l'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur votre santé physique (n=421) / bien-être psychologique ? (n=420)	24
Figure 4 : À quand remonte la dernière fois où vous avez utilisé des services pour votre santé physique (n=420)/bien-être psychologique depuis votre arrivée au Québec ? (n=420)	27
Figure 5 : En raison de la COVID-19 ou des mesures de confinement, est-ce que votre utilisation des services pour votre santé physique (n=419)/bien-être psychologique... ? (n=420)	29
Figure 6 : Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous utilisé, pour vous-même, des services dans les établissements suivants ? (n=421)	30
Figure 7 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services de l'hôpital ? (n=280)	31
Figure 8 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services d'un médecin dans une clinique avec ou sans rendez-vous ? (n=341)	32
Figure 9 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services d'un CLSC (incluant la ligne Info-Santé et Info-Social ? (n=231)	33
Figure 10 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services d'un organisme communautaire ? (n=231)	34
Figure 11 : Parmi les raisons suivantes, cochez toutes celles qui pourraient vous amener à demander un service d'aide ? (n=421)	35
Figure 12 : De façon générale, dans quelle mesure les services offerts ont-ils répondu à vos besoins ?	36

Figure 13 : Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir un soin de santé dont vous aviez besoin (n=420)/le soutien d'un intervenant social pour répondre à un besoin (n=421)? 43

Figure 14 : Quelle(s) raison(s) vous ont empêché d'avoir accès à un soin de santé / le soutien d'un intervenant social? (n=94) 44

Figure 15 : Les obstacles dans l'accès ou l'utilisation des services sociaux et de santé 47

Figure 16 : Parmi les éléments suivants, quels sont les trois les plus importants pour vous lorsque vous cherchez un service d'aide pour votre santé physique ou votre bien-être psychologique? (n=421) 63

Figure 17 : Quelles seraient les meilleures façons de vous informer sur les services qui existent au Québec? (n=421) 65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des répondants au sondage (n=421)	14
Tableau 2 : Composition familiale et réseau de soutien des répondants au sondage (n=418)	16
Tableau 3 : Parcours migratoire des répondants au sondage (n=421)	18
Tableau 4 : Maîtrise du français et de l'anglais parlés selon les répondants au sondage	19

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHSSN : Community Health and Social Services Network

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLE : Centre local d'emploi

CLSC : Centre local de santé communautaire

DRSP : Direction régionale de santé publique

LGBTQ : Lesbienne, gay, bisexuelle, trans et queer

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

PFSI : Programme fédéral de santé intérimaire

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

ROHIM : Regroupement des Organismes pour Hommes de l'Île de Montréal

SBEH : Santé et Bien-être des Hommes



Photo: Paulaphoto / Shutterstock

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Cette étude documente l'utilisation des services sociaux et de santé québécois par les hommes immigrants. Plus précisément, elle dresse dans un premier temps un portrait de l'état de santé physique et de l'état de bien-être psychologique de ces hommes. Elle examine ensuite leurs trajectoires d'utilisation (ou de non-utilisation) des services et explore à la fois les obstacles qu'ils rencontrent lorsqu'ils cherchent à accéder à des services et les éléments qui, en contrepartie, leur en facilitent l'utilisation. Finalement, elle se penche sur les attentes et les perceptions des hommes immigrants vis-à-vis de ces services. De manière transversale, une attention particulière est portée à l'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur ces différents sous-thèmes, l'entièreté de la collecte de données ayant été effectuée en contexte pandémique.

Sur le plan méthodologique, la recherche mobilise un devis mixte, conjuguant un volet quantitatif (mise en ligne d'un sondage entre le 20 janvier 2021 et le 13 septembre 2021) et

un volet qualitatif (entrevues semi-dirigées réalisées en mode virtuel avec quinze des hommes ayant préalablement complété le sondage et résidant dans la région métropolitaine de Montréal). Pour être admissibles à l'étude, les hommes devaient avoir plus de 18 ans, avoir immigré depuis moins de 15 ans, résider au Québec et avoir accès à l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le recrutement des participants s'est effectué par le biais de la diffusion du sondage dans le réseau des organismes communautaires, sur les réseaux sociaux et par l'affichage dans des lieux publics (l'affichage n'a eu lieu qu'à Montréal tandis que les autres modes de diffusion ont été menés à l'échelle du Québec). Au total, 421 hommes ont complété le sondage (363 répondants ont participé en français (86%) et 58 l'ont fait en anglais (14%)).

Résultats

La première partie de l'étude s'intéresse à l'état de santé physique et de bien-être psychologique des hommes immigrants. Les résultats

nous révèlent qu'un homme sur deux a vécu des préoccupations importantes affectant son bien-être psychologique depuis l'arrivée au Québec alors qu'un homme sur trois a éprouvé des problèmes importants de santé physique pendant la même période. Les entrevues semi-dirigées nous précisent que les défis qui accompagnent le processus migratoire peuvent être à la source d'une partie des difficultés affectant le bien-être psychologique des hommes immigrants. Dans le mois précédant la participation au sondage (donc pendant la pandémie de COVID-19), 54% des hommes sondés rapportent un état de santé physique « excellent » ou « très bon » alors que cette proportion baisse à 30% en ce qui a trait au bien-être psychologique. Finalement, la pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement ont généré, aux yeux des hommes, une détérioration plus importante de leur santé psychologique (51% des hommes sondés) que de leur santé physique (31% des hommes sondés).

La deuxième partie de cette recherche aborde la question de l'utilisation des services par les hommes immigrants. Les données recueillies nous apprennent que, tant au courant du dernier mois que dans les cinq années précédant leur participation au sondage, les hommes sondés ont davantage (près de trois fois plus) eu recours aux services pour leur santé physique que pour leur bien-être psychologique. Alors que la proportion des hommes ayant utilisé les services de santé physique dépasse largement la proportion des hommes ayant rapporté des problèmes importants de santé physique, c'est plutôt une relation inverse qui caractérise le lien entre les problèmes au niveau du bien-être psychologique et le recours aux services. En d'autres mots, les préoccupations psychologiques sont, le plus souvent, non accompagnées d'octroi de soins. La pan-

démie de COVID-19 a peu influencé l'utilisation des services de santé et sociaux, autant en lien avec la santé physique qu'avec le bien-être psychologique. Quant aux motifs que les hommes ont identifiés comme ceux susceptibles de les amener à demander un service, 87% des répondants évoquent « des problèmes de santé physique qui les inquiètent » et 61% « des problèmes qui les préoccupent en lien avec leur bien-être psychologique » (même si, dans les faits, tel qu'observé précédemment, les hommes consultent peu pour ce dernier type de problème). Les soucis en lien avec l'emploi arrivent en troisième lieu. Les ressources les plus utilisées par les répondants depuis leur arrivée au Québec pour recevoir des soins et des services sont les cliniques médicales (80%) et les hôpitaux (64%) tandis que 55% des répondants ont reçu des services dans un CLSC et 39% en ont reçu dans un organisme communautaire. En ce qui a trait au niveau de satisfaction face aux services reçus dans ces institutions, la majorité des hommes se disent satisfaits.

Les entretiens semi-dirigés nous éclairent de manière plus détaillée sur l'expérience et l'appréciation des services par les hommes. Alors que la qualité des soins, la compétence des professionnels et la résolution des problèmes qui les ont amenés à consulter sont amplement reconnues par les hommes interviewés, l'attente avant de recevoir un soin constitue une source de frustration fréquemment évoquée. La relation aux cliniques médicales est davantage mitigée; les répondants critiquent les délais considérables avant de rencontrer un professionnel, suivis d'un empressement perçu dans l'octroi des soins ou des services ainsi qu'un manque d'uniformité dans les modalités d'accès. Les services des CLSC, bien qu'appréciés, semblent peu connus, ce qui peut limiter

le recours à certaines ressources. Cependant, les hommes sont relativement familiers avec la ligne Info-Santé qui y est reliée. Elle reçoit d'excellents commentaires et s'avère plus qu'utile pour les hommes qui l'utilisent. Les répondants ayant fréquenté les organismes communautaires sont unanimes par rapport à l'utilité de ces derniers, particulièrement en lien avec le soutien alloué pour surmonter les obstacles contextuels reliés à leur situation comme nouvel arrivant. Se démarquant de l'ensemble des services, généralement évalués positivement, les Centres locaux d'emploi arrivent difficilement, aux yeux des hommes, à répondre adéquatement à leurs besoins spécifiques et à fournir des outils adaptés à leurs réalités.

Afin de pouvoir émettre des recommandations visant l'inclusion de tous les hommes immigrants au sein du système de santé et des services sociaux, il s'avère primordial de se pencher sur les barrières qui entravent l'accès ou l'utilisation des services. À ce sujet, près du trois quarts des répondants au sondage mentionnent avoir rencontré des difficultés à obtenir un soin de santé lorsqu'ils en avaient besoin. Des barrières d'ordre structurel (la difficulté et les délais pour obtenir un rendez-vous) ainsi que le manque de connaissances (« ne pas savoir où aller », « ne pas savoir comment faire ») sont les obstacles les plus importants rencontrés par les hommes sondés lorsqu'ils tentent d'accéder à un service en lien avec leur santé physique ou leur bien-être psychologique. Ces obstacles sont également ceux ayant été le plus fréquemment identifiés quant à l'obtention du soutien d'un intervenant social. Néanmoins, la « peur de vivre de la discrimination/avoir eu une expérience de discrimination » ainsi que les lacunes au niveau des connaissances (« ne pas savoir où aller » et « ne pas savoir comment faire ») représentent

des barrières plus importantes en ce qui a trait à l'obtention de services sociaux qu'en ce qui concerne les soins de santé.

Les entretiens semi-dirigés nous permettent de mieux comprendre les facteurs qui ont complexifié ou entravé l'accès à des services de santé et sociaux ainsi que d'appréhender des barrières additionnelles, qui ne sont pas suggérées dans le volet quantitatif. Ces obstacles sont d'ordre communicationnel, culturel, structurel, socioéconomique et liés au processus migratoire ou liés aux connaissances concernant le système de santé. Ces contraintes sont susceptibles de s'accumuler, tel que le démontrent les témoignages des hommes qui ont rencontré de multiples barrières lorsqu'ils ont tenté d'obtenir un soutien pour leur bien-être psychologique.

Les répondants ont également été invités à identifier les éléments facilitant l'accès aux soins et services ou leur utilisation. Ainsi, les trois éléments priorisés par les hommes lorsqu'ils sont en quête d'un service d'aide pour leur santé physique et leur bien-être psychologique sont, en ordre décroissant : la rapidité de l'accès au service, le sentiment que le professionnel pourra réellement aider à la résolution du problème ainsi que la proximité du service. En outre, dans les entretiens semi-dirigés, la dimension humaine du soin ou de l'octroi de service est fréquemment désignée comme un aspect primordial. Finalement, les hommes sondés considèrent que les médias sociaux constituent la meilleure manière de s'informer sur les services de santé et sociaux.

1. INTRODUCTION

En 2017, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déposé le Plan d'action ministériel en Santé et Bien-être des Hommes 2017-2022 (Gouvernement du Québec, 2017). Trois orientations de travail ont été retenues : mieux rejoindre la population masculine par des stratégies de promotion et de prévention ; adapter les services pour en améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes ; et améliorer la compréhension des dynamiques masculines et les pratiques pour répondre aux besoins des hommes. Dans le cadre de son mandat pour la mise en œuvre des orientations ministérielles, le Comité régional en Santé et Bien-être des Hommes de l'Île-de-Montréal a mandaté plusieurs partenaires afin de dresser un portrait de la population masculine :

- La Direction régionale de santé publique (DRSP) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui a produit un Rapport sur la santé des hommes à Montréal (DRSP, 2017).

- La firme de sondage SOM, qui a réalisé un sondage¹ auprès de 1542 hommes québécois (SOM, 2018) ainsi qu'un rapport spécifique pour les hommes montréalais (SOM, 2019). L'objectif principal des études était de connaître les facteurs facilitant la consultation d'une ressource ou d'un intervenant psychosocial pour les hommes en cas de besoin, ainsi que leurs préférences en matière d'intervention.
- La firme de sondage SOM, qui a réalisé un sondage auprès de 2746 hommes adultes québécois (dont 1581 Montréalais, qui font l'objet d'un rapport spécifique), ayant pour objectif d'évaluer l'état de santé mentale des hommes après presque un an de pandémie et de connaître leur perception des consultations à distance (SOM, 2021).

Bien que ces sondages apportent un éclairage sur la situation des hommes immigrants au Québec, on constate que leurs réalités sont

¹ Le sondage a été réalisé à l'initiative du Comité régional SBEH de l'Île de Montréal (CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal), en partenariat avec le Regroupement provincial SBEH.

sous-documentées. Les études les concernant montrent qu'ils sont confrontés à des enjeux particuliers, susceptibles d'entraver leur accès et leur utilisation des services (Le Gall et Cassan, 2010).

Dans cette perspective, l'Institut universitaire SHERPA au regard des communautés ethno-culturelles (ci-après « Institut universitaire SHERPA ») a été interpellé afin de réaliser une étude qui permettrait de mieux comprendre l'utilisation (ou la non-utilisation) des services de santé et sociaux par les hommes ayant immigré au Québec depuis 15 ans et moins et vivant dans la région du Montréal métropolitain² et dans d'autres régions du Québec. Les questions suivantes ont orienté l'étude : Quels sont les facteurs qui influencent les trajectoires d'utilisation ou de non-utilisation des services de santé et des services sociaux chez les hommes immigrants ? Comment évaluent-ils leur état de santé physique et psychologique ? Quels services utilisent-ils et pour quelles raisons ? Quels sont les obstacles qu'ils rencontrent lorsqu'ils cherchent à accéder aux services ? Quelles sont leurs perceptions et leurs attentes vis-à-vis de ces services ? Quels sont les facteurs qui facilitent leur utilisation des services ? La recherche s'étant déroulée en contexte de pandémie de COVID-19, nous avons également documenté l'impact de la pandémie et des mesures de confinement sur la santé physique et le bien-être psychologique des hommes immigrants ainsi que sur leur utilisation des services.

² La Région métropolitaine de Montréal regroupe les régions administratives de Montréal et de Laval ainsi que l'agglomération de Longueuil.

2. PORTRAIT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES HOMMES IMMIGRANTS DANS LA LITTÉRATURE: UNE RÉALITÉ PEU DOCUMENTÉE

En 2016, les personnes issues de l'immigration représentaient 14% de la population québécoise (Statistique Canada, 2017a). Cette proportion suit une tendance à la hausse depuis les 20 dernières années (Institut de la statistique du Québec, 2018). Bien qu'à leur arrivée, leur santé est généralement meilleure que celle des non-immigrants, cette dernière tend à se détériorer au fil des années (Lecours et Neill, 2015; Nanhou et Bernèche, 2014). Ce phénomène, connu sous le nom de « l'effet de l'immigrant en santé¹ », n'est pas spécifique au Québec ou au Canada et se manifeste dans plusieurs autres pays accueillant des immigrants (Kwak, 2018). Pour certains, cette détérioration de la santé

des immigrants au fil du temps ne serait pas constatée au niveau de la santé mentale, qui se maintiendrait meilleure que celle des personnes non immigrantes, malgré le passage du temps (Whitley et al., 2017). Toutefois, d'autres chercheurs soutiennent que la santé mentale n'est pas épargnée par cette perte du capital de santé au fil du temps (Salami et al., 2019).

Au Québec, les personnes immigrantes, dans leur ensemble, utilisent moins les services de santé et sociaux que la population en général, surtout dans les premières années suivant leur arrivée (Clarkson, 2005). Toutefois, alors que l'utilisation des services en lien avec la santé physique s'apparente davantage à celle des Ca-

1 Plusieurs hypothèses sont évoquées pour expliquer ce phénomène. D'une part, les immigrants seraient en meilleure santé à leur arrivée au Canada parce que le système d'immigration sélectionne les individus les plus éduqués et en santé (Hyman, 2001) et que les immigrants ont de meilleures habitudes de vie que les Canadiens de naissance (Nanhou et Bernèche, 2014). D'autre part, la dégradation de la santé au fur et à mesure que la durée de séjour au Canada s'allonge serait attribuable à la sous-utilisation des services de santé dans les premières années, aux conditions de vie, à l'adoption d'habitudes de vie nuisibles à la santé, au stress psychosocial, voire à la discrimination dont les immigrants peuvent faire l'objet (Lecours et Neill, 2015).

nadiens de naissance, c'est surtout au niveau des services en santé mentale (Whitley et al; 2017), des services sociaux² (Lecours et Neill, 2015) et des services en lien avec la prévention (Hyman, 2001) que l'utilisation des ressources est significativement inférieure chez les immigrants. Cette sous-utilisation ne s'expliquerait pas par une absence de besoins dans ces différentes sphères (Aery, 2018), mais serait attribuable, entre autres, à la crainte de la stigmatisation associée à une consultation en lien avec un trouble de santé mentale, à la recherche de support en lien avec la santé mentale en dehors du système de santé formel (auprès de la famille, de la communauté ethnique ou religieuse), à la non-reconnaissance d'un trouble de santé mentale en raison d'interprétations culturelles en lien avec la maladie (Fenta et al., 2007) ainsi qu'à la méfiance que peuvent éprouver les hommes immigrants envers les services, notamment en lien avec l'exercice des rôles de genre (Bond, 2017). La crainte d'être victime de conséquences négatives, de la part de certaines institutions de la société d'accueil, s'ils révèlent souffrir de problèmes de santé mentale (perte de la garde des enfants, emprisonnement du conjoint en cas de violence conjugale, peur d'être déporté ou de perdre son emploi) expliquerait également cette non-consultation par les personnes immigrantes (Salami et al., 2019).

Au niveau de la santé générale, les immigrants récents sont proportionnellement moins nombreux à avoir un médecin de famille que les immigrants de longue date et les personnes nées au Canada (44% c. 75% c. 81%), tout comme ils sont moins nombreux à avoir été référés à un médecin spécialiste (Lecours et Neill, 2015).

Or, « comme l'affiliation à un médecin de famille constitue la porte d'entrée du système de santé pour obtenir des conseils visant la prévention de certains problèmes de santé (diabète, hypertension, maladies cardiaques, etc.), pour consulter un médecin spécialiste ou pour passer des tests et examens diagnostiques, il est raisonnable de penser que cela peut contribuer à une détérioration de l'état de santé des immigrants avec le temps » (Lecours et Neill, 2015: 10).

Outre les difficultés d'accès à un médecin de famille, d'autres facteurs sont mis de l'avant pour expliquer la sous-utilisation des services de santé et sociaux par les immigrants, malgré des besoins bien présents. L'enjeu de la méconnaissance d'un nouveau système de santé et des services offerts jouerait un rôle important (Le Gall et Cassan, 2010). En effet, les trajectoires d'utilisation des services de santé des immigrants sont fortement tributaires du temps écoulé depuis leur établissement, les personnes immigrantes faisant un apprentissage graduel, au fil des années, de l'organisation du système de santé et des services disponibles (Leduc et Proulx, 2004). Dans les premières années suivant la migration, les multiples défis liés à l'insertion et à l'installation font en sorte que la santé n'est souvent pas une priorité (Leduc et Proulx, 2004), que les individus consultent surtout pour des urgences et qu'ils n'ont pas autant d'endroits habituels pour recevoir des soins que les Canadiens de naissance (Lecours et Neill, 2015). Ahmed et al, (2016) ainsi que Salami et al., (2019) identifient quatre catégories d'obstacles spécifiques aux personnes immigrantes dans l'utilisation des services de santé : les barrières culturelles

2 Si on examine la consultation d'un professionnel des services sociaux, les immigrants, qu'ils soient récents ou de longue date, consultent moins que les Canadiens de naissance (9,2% et 9,9% c. 13%), mais sont plus nombreux, en proportion, à avoir un besoin non comblé à cet égard (5,6% et 5,1% c. 2,7%) (Lecours et Neill, 2015).

(les relations de genre et le stigmate associé à la santé mentale figurent parmi les obstacles culturels les plus importants), communicationnelles (liées notamment à la langue), reliées au statut socioéconomique et celles en lien avec la structure du système de santé (centralisation, nonaccès direct à un spécialiste, difficultés à comprendre et à naviguer dans le système).

Malgré l'existence d'études consacrées à la question de la santé des immigrants et d'autres études à la santé des hommes, peu de recherches se sont intéressées spécifiquement à l'intersection de ces deux groupes sociaux et, par conséquent, la réalité des hommes immigrants en ce qui concerne leur expérience au sein du système de santé et des services sociaux demeure peu documentée dans le contexte québécois (Le Gall et Cassan, 2010). Ce groupe constitue pourtant 7% de la population québécoise³. À la lecture des rares recherches réalisées sur le sujet, nous apprenons que les hommes immigrants n'échappent pas à la tendance selon laquelle les hommes en général utilisent moins les services de santé et les services sociaux que les femmes (Cazale et al., 2013; Le Gall et Cassan, 2010). Parmi les raisons de cette sous-utilisation des services, certaines seraient similaires à celles des hommes non-immigrants, dont l'effet de la socialisation masculine sur la demande d'aide (MSSS, 2004; Le Gall et Cassan, 2010), l'inadéquation des services à une clientèle masculine (Lajeunesse et al., 2013; Dulac, 2001) ainsi que la complexité du système qui génère des obstacles dans l'accès aux services (Tremblay et al., 2016). Ainsi, les hommes immigrants font face à un cumul de barrières, où se conjuguent

des obstacles structurels, des différences sur le plan ethnoculturel, des obstacles spécifiques aux hommes, d'autres propres aux personnes migrantes et à leurs enjeux particuliers (comme l'intégration socioprofessionnelle, une fréquente précarité économique dans les premières années suivant la migration et la redéfinition de leur rôle au sein du couple et de la famille qu'entraîne le processus migratoire) (De Montigny et al., 2015; Le Gall et Cassan, 2010). À cet effet, Le Gall et Cassan (2010) parlent d'une triple distanciation des hommes immigrants vis-à-vis des services de santé : de genre, ethnique et liée au processus migratoire.

3 Ce pourcentage correspond au nombre d'hommes immigrants de 15 ans et plus au Québec lors du recensement de 2016 (493 605) (Statistique Canada, 2017b) divisé par la population québécoise totale âgée de 15 ans et plus tel que comptabilisée dans le même recensement (6 831 100) (Statistique Canada, 2021)

3. MÉTHODOLOGIE

La présente recherche a été réalisée par le biais d'un devis mixte, combinant des données quantitatives et des données qualitatives.

3.1 COLLECTE DE DONNÉES

3.1.1 Volet quantitatif

Les participants à l'étude ont été invités à compléter un sondage en ligne (Lime Survey) entre le 20 janvier 2021 et le 13 septembre 2021. Les critères d'inclusion pour pouvoir y répondre étaient les suivants : être un homme ayant immigré au Canada depuis moins de 15 ans¹, avoir 18 ans ou plus, pouvoir s'exprimer en français

ou en anglais, résider au Québec² et avoir une carte d'assurance maladie du Québec³. Le sondage comportait 61 questions portant sur le profil sociodémographique, l'état de bien-être et de santé physique et psychologique perçus, l'utilisation des services depuis l'arrivée au Québec, les facteurs freinant l'accès ou l'utilisation des services et les facteurs facilitant l'utilisation des services. Le sondage était disponible en version française et anglaise. Les questions du sondage ont été développées par l'équipe du projet de recherche et s'inspirent du sondage SOM (2019), du questionnaire utilisé dans le cadre d'une étude sur la santé et l'accès aux

1 Dans la littérature, une distinction est généralement faite entre les immigrants récents (moins de 10 ans de résidence au Canada) et les immigrants de longue date (dix ans et plus) (Kwak, 2018 ; Lecours et Neill, 2015). Malgré cela, face à des défis liés au recrutement en période pandémique et aussi dans le but de pouvoir procéder à des comparaisons entre les hommes immigrants récents et d'autres plus anciens, l'équipe de recherche a décidé, à partir du 13 avril 2021, d'étendre l'admissibilité à 15 ans de résidence au Québec. Avant cette date, seuls les hommes vivant au Québec depuis dix ans et moins pouvaient participer au sondage.

2 Le sondage s'adressait initialement aux hommes vivant dans la région métropolitaine de Montréal. Grâce à l'octroi d'une subvention du MSSS, il a été étendu, à partir du 13 avril 2021, à l'entièreté du territoire québécois.

3 Ce critère d'inclusion (posséder une carte d'assurance maladie) s'explique par le fait que cette recherche avait comme objectif de connaître les expériences et les points de vue de personnes qui ont, administrativement parlant, accès aux services publics. Il a été décidé de circonscrire la portée de la recherche à cette population puisque les obstacles rencontrés par les personnes n'ayant pas accès à l'assurance maladie nous apparaissent d'un autre ordre et difficilement comparables.

soins des migrants sans assurance médicale à Montréal (Ridde et al., s.d.), et de l'étude sur les trajectoires d'utilisation des hommes immigrants menée par la chercheuse principale de ce projet (Le Gall et Cassan, 2010).

Préalablement à sa diffusion, le sondage a fait l'objet d'une phase de prétest. Dix hommes ayant immigré au Québec dans les dix dernières années ont 1) complété la version initiale du sondage et 2) participé à un bref entretien portant sur leur expérience de passation du questionnaire (durée de complétion, formulation des questions, adéquations des thèmes et questions avec leur réalité, etc.). Les commentaires ont permis de bonifier la version initiale du questionnaire.

Plusieurs stratégies ont été mises en place pour recruter des répondants au sondage. Nous avons demandé à plusieurs acteurs institutionnels (Comités Santé Bien-être des Hommes des Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) de l'ensemble du Québec) et communautaires (organismes ou instances de concertation œuvrant auprès d'une clientèle immigrante et auprès des hommes, associations ethniques) de diffuser l'appel à répondre au sondage dans leurs réseaux. Nous avons procédé à de l'affichage dans plusieurs quartiers fortement multiethniques de Montréal. L'appel au sondage a été également diffusé via le réseau social Facebook, à partir de la page de l'Institut universitaire SHERPA et également sur celles de plusieurs organismes ou regroupements communautaires. Le fait d'avoir eu recours à plusieurs méthodes de recrutement a permis de rejoindre tant des hommes qui utilisaient les services que ceux

qui ne les utilisaient pas (le recrutement par le biais des institutions rejoint généralement les hommes qui utilisent les services).

3.1.2 Volet qualitatif

Les participants au sondage ont été invités à signifier leur intérêt à participer à une seconde phase du projet qui consistait à participer à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée approximative de 90 minutes. Ils étaient alors redirigés vers un second questionnaire leur permettant de laisser leurs coordonnées tout en assurant l'anonymat des réponses au sondage. Nous avons contacté par courriel, suivant l'ordre chronologique de leurs réponses, les hommes ayant signalé leur intérêt à procéder à une entrevue, jusqu'à l'atteinte de 15 entrevues (plusieurs hommes nous ont communiqué être intéressés à faire une entrevue mais n'ont pas donné suite à nos courriels). Ainsi, au total, 15 des 421 hommes ayant participé au premier volet de la recherche ont participé à une entrevue individuelle. Dix hommes ont répondu à nos questions en français et cinq l'ont fait en anglais. Toutes les entrevues ont été réalisées à distance, via une plate-forme de téléconférence. Les questions de la grille d'entrevue⁴ permettent de tracer avec plus de profondeur les trajectoires d'utilisation ou de non-utilisation des services sociaux et des services de santé, les facteurs influençant les trajectoires des participants ainsi que leurs perceptions et leurs attentes envers ces services. Seuls des hommes résidant dans la région métropolitaine de Montréal ont participé au volet qualitatif de la recherche⁵.

Suite à l'avènement de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, des questions ont été

4 Ce guide a été développé et éprouvé lors d'une recherche sur les hommes récemment immigrés menée en 2007 (Le Gall et Cassan, 2010).

5 Ceci est dû au fait que l'admissibilité était limitée à la région de Montréal métropolitain au début de l'étude.

ajoutées autant au sondage qu'à la grille d'entrevue afin d'évaluer les impacts de la pandémie et des mesures de confinement sur l'état de santé et l'utilisation des services, mais aussi afin de connaître dans quelle proportion les réponses aux différentes questions pouvaient avoir été influencées par le contexte pandémique.

3.2 ANALYSE DES DONNÉES

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées pour chacune des questions au sondage afin de tracer le profil sociodémographique des répondants et de décrire les trajectoires d'utilisation ou de non-utilisation des services de santé et des services sociaux par les hommes immigrants. Dans un second temps, des analyses croisées (tests de khi-carré) ont été effectuées afin de mieux cerner les liens entre les variables et d'identifier les associations significatives (signification asymptotique (p) inférieure à 0,05). Les données du sondage ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 27). Les valeurs manquantes ne dépassent pas 10% et ne sont pas incluses dans les analyses. Toutefois, plusieurs des variables ayant un nombre élevé de réponses non applicables, la fréquence (n) est indiquée pour chaque analyse.

Les variables reliées à la langue dans laquelle les hommes ont répondu au sondage (français ou anglais) et au lieu de résidence (Montréal métropolitain ou autres régions du Québec) ont fait l'objet de comparaisons systématiques afin de faire ressortir les différences (ou non), pour chaque réponse au sondage, entre les répondants ayant participé en français et en anglais d'une part, puis entre les répondants vivant dans la région métropolitaine de Montréal et les autres régions du Québec, d'autre

part.

Les entrevues individuelles ont été transcrites de façon intégrale (verbatim) et l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo. Le corpus a donné lieu à une analyse d'abord monographique (chaque entretien en lui-même) puis thématique (Paillé & Mucchielli, 2012), avec une attention particulière portée aux similarités et divergences en ce qui a trait aux facteurs freinant ou facilitant l'utilisation des services et les perceptions et les attentes vis-à-vis des services de santé.

Finalement, une analyse combinée des données quantitatives et qualitatives a été effectuée. La stratégie d'analyse utilisée correspond à la comparaison de résultats obtenus de manière interdépendante décrite par Pluye (2019). Pour ce faire, un tableau de comparaison présentant les données qualitatives, quantitatives et mixtes a été élaboré et analysé. Dans cette stratégie d'analyse, l'emphasis est mise sur la congruence des données recueillies, et l'explication des écarts observés, le cas échéant, entre les résultats du sondage et ceux des entrevues.

3.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le projet de recherche a reçu un certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal. La participation au sondage était volontaire et anonyme, et aucune compensation financière n'a été octroyée aux répondants. Néanmoins, les hommes qui ont participé aux entrevues semi-dirigées ont reçu une compensation de 30\$ pour le temps qu'ils nous ont accordé. Tous les participants aux entrevues se sont vus attribuer des pseudonymes afin de préserver la confidentialité de leurs propos.

3.4 LIMITES

En raison des mesures de santé publique en lien avec le contexte de pandémie, les méthodes de recrutement initialement prévues ont dû être complètement revues. La majeure partie du recrutement a été réalisée par le biais des réseaux sociaux puisqu'il n'était plus possible d'aller à la rencontre des participants dans les organismes communautaires et les autres lieux fréquentés par les hommes immigrants. Évidemment, ce procédé a sélectionné un échantillon de personnes qui a accès à la technologie numérique et à Internet. Cette méthode a en outre empêché les participants de poser des questions de clarification par rapport au sondage.

D'autres limites, qui ne sont pas reliées au contexte pandémique, se doivent d'être mentionnées. Tout d'abord, la stratégie de recrutement ainsi que le faible nombre de personnes sondées (421) ne nous permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble des hommes immigrants vivant au Québec. Ensuite, le fait que le sondage n'ait pas été traduit dans d'autres langues que le français ou l'anglais a éliminé d'emblée une portion de la population masculine immigrante qui ne maîtrise pas une de ces deux langues. Les données linguistiques sont en outre imprécises étant donné que nous avons récolté des données uniquement sur la langue (français ou anglais) dans laquelle les hommes ont répondu au sondage ou ont réalisé l'entrevue. Ces langues ne correspondent pas forcément aux langues maternelles des répondants. D'autre part, tel qu'abordé dans la prochaine section dressant le profil sociodémographique des répondants, ces derniers ont un niveau de scolarité plus élevé que la moyenne des hommes immigrants québécois. En outre, les régions du Québec en dehors du Montréal

métropolitain ont été considérées comme un tout, sans prise en compte de diverses distinctions régionales, telles que le pourcentage plus ou moins élevé d'immigrants, qui peut exercer une influence sur la prestation de services (par exemple des programmes spécifiques). Également, le nombre réduit de répondants provenant des différentes régions du Québec ne nous permet pas de tirer des conclusions en fonction de la région de provenance. Par ailleurs, le lieu de résidence nommé au moment du sondage ne correspond pas nécessairement à l'ensemble des expériences rapportées dans les réponses des hommes, ces derniers ayant potentiellement changé d'endroit(s) de résidence depuis leur arrivée au Québec.

Les hommes ayant participé aux entrevues semi-dirigées (15) ne sont également pas représentatifs de l'ensemble des hommes qui ont répondu au questionnaire. De surcroît, les éléments nommés précédemment et ayant produit un effet sur l'échantillon des répondants au sondage ont influencé parallèlement le profil des hommes ayant participé à la collecte de données qualitatives, ces derniers ayant été recrutés parmi les hommes ayant préalablement répondu au sondage. Finalement, seuls les hommes de la région métropolitaine de Montréal ont participé aux entrevues semi-dirigées.

4. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS

Bien que les hommes ayant répondu au sondage présentent une grande diversité, un certain profil se dégage de leurs caractéristiques sociodémographiques. Le Tableau 1 présente les caractéristiques générales des répondants. On y constate que près de la moitié de ceux-ci (45%) sont des hommes âgés de 35 à 44 ans et que près des trois quarts d'entre eux (76%) occupent un emploi à temps plein. Au niveau du revenu familial annuel (avant impôts), la tranche des 100 000\$ et plus est celle qui correspond au plus grand nombre d'hommes ayant complété le sondage (108 hommes pour un ratio de 26%)¹. Néanmoins, 45% d'entre eux gagnent moins de 54 999\$. Près de huit

hommes sur dix (79%) possèdent un diplôme universitaire et plus de quatre hommes sur dix (44%) ont terminé un diplôme universitaire de cycle supérieur (maîtrise ou doctorat)². Finalement, au niveau de l'orientation sexuelle, 83% des répondants se définissent comme hétérosexuels.

1 À titre de comparaison, le revenu moyen (avant impôts) des hommes immigrants de 16 ans et plus au Québec en 2018 était de 46 900\$ (Institut de la statistique du Québec). Plus largement, le revenu moyen (avant impôts) des hommes québécois de 16 ans et plus en 2018 était de 50 200\$ (Institut de la statistique du Québec).

2 À titre de comparaison, la proportion de la population immigrante qui détenait un diplôme universitaire en 2018 au Québec était de 66,3% pour les immigrants de cinq ans et moins, 65% pour les immigrants de cinq-dix ans et 53,2% pour les immigrants de dix ans et plus (Direction de la recherche et de la statistique du ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2019). En 2011, un peu plus de 37% des immigrants au Québec (39% de la population immigrante pour les hommes et 35% pour les femmes) étaient titulaires d'un certificat, diplôme ou grade universitaire, un pourcentage considérablement supérieur à celui de la population native (21%) (Gauthier, 2014). Le pourcentage des immigrants dont le plus haut niveau de scolarité atteint est le baccalauréat était sensiblement le même pour les hommes et pour les femmes (19,4% versus 19,8%) tandis qu'en ce qui concerne le taux de diplomation universitaire supérieur au baccalauréat, les hommes dépassaient les femmes (19,5% vs 15,6%) (Gauthier, 2014).

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des répondants au sondage (n=421)

Âge	Effectifs	%
18-24 ans	16	4
25-34 ans	88	21
35-44 ans	189	45
45-54 ans	99	24
55-64 ans	19	4
65 et plus	10	2
Occupation principale (n=403)		
Emploi temps plein	306	76
Emploi à temps partiel	29	7
Retraité	9	2
Étudiant	28	7
Sans emploi (assurance emploi, assistance sociale)	24	6
Sans emploi par choix (au foyer)	7	2
Revenu familial annuel (avant impôts) (n=416)		
Moins de 15 000\$	22	5
Entre 15 000 – 24 999\$	38	10
Entre 25 000 – 34 999\$	37	9
Entre 35 000 – 54 999\$	87	21
Entre 55 - 74 999\$	56	13
Entre 75 – 99 999\$	68	16
Plus de 100 000\$	108	26

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des répondants au sondage (n=421) (suite)

Plus haut niveau d'études terminé au Québec ou ailleurs (n=419)	Effectifs	%
École primaire	3	1
École secondaire	10	2
Certificat d'une école de métiers	14	3
Diplôme collégial	54	13
Diplôme universitaire de 1 ^{er} cycle	144	34
Diplôme universitaire de 2 ^{er} cycle	154	37
Diplôme universitaire de 3 ^{er} cycle	31	7
Aucun diplôme	7	2
Autre	2	1
Orientation sexuelle (n=415)		
Hétérosexuelle (attiré par les personnes du sexe opposé)	345	83
Homosexuelle (attiré par les personnes du même sexe)	52	13
Bisexuelle (attiré par les hommes et les femmes)	14	3
Autre	4	1

En ce qui a trait à la composition familiale (Tableau 2), près du trois quarts des répondants sont en couple (mariés ou en union libre/conjoints de fait) et près de la moitié des hommes vivent avec au moins un enfant de moins de 18 ans. Leur réseau de soutien semble relativement fort puisque presque

les deux tiers des hommes affirment pouvoir compter « toujours » ou « souvent » sur les personnes qui les entourent.

Tableau 2 : Composition familiale et réseau de soutien des répondants au sondage (n=418)

Statut matrimonial	Effectifs	%
Marié	222	53
Union libre/conjoint de fait	85	20
Veuf	0	0
Séparé	18	4
Divorcé	15	4
Célibataire	78	19
Nombre d'enfants mineurs vivant avec eux à temps plein (n=395)		
0	214	54
1	72	18
2	70	18
3	30	8
4	7	2
5	2	1
Possibilité de compter sur les personnes qui les entourent (n=421)		
Toujours	141	33
Souvent	125	30
Parfois	92	22
Rarement	36	9
Jamais	4	1
Je n'ai personne sur qui compter	23	5

Au niveau de la trajectoire migratoire des hommes (Tableau 3), bien que les pays d'origine de ces derniers soient divers (64 pays différents), certains pays de naissance se démarquent par des effectifs plus élevés. Ainsi, la majorité des répondants proviennent de la France (n=112), de l'Algérie (n=34), de la Colombie (n=29), du Mexique (n=21), de la Tunisie (n=20), du Maroc (n=18), de la Belgique (n=14), du Brésil (n=12), du Cameroun (n=11) et de la Syrie (n=8). Cinq de ces dix principaux pays de naissance des répondants se retrouvent parmi la liste des dix principaux pays de naissance des immigrants admis au Québec entre 2008 et 2017³. Les principales régions d'origine des répondants sont, en ordre décroissant : l'Europe,

l'Amérique centrale et du Sud, et l'Afrique du Nord. La majorité des hommes sondés (86%) ont un statut migratoire permanent (résident permanent ou citoyen canadien). Un homme sur dix vit au Québec depuis deux ans ou moins, deux hommes sur dix vivent au Québec depuis deux à cinq ans, près d'un tiers entre cinq et dix ans et un peu plus d'un tiers entre 10 et 15 ans.



Photo: All kind of people / Shutterstock

3 Les 10 principaux pays de naissance des hommes immigrants admis au Québec entre 2009 et 2018 sont, en ordre décroissant : la France, la Chine, l'Algérie, le Maroc, Haïti, l'Iran, la Syrie, le Cameroun, la Colombie et l'Inde (Direction de la recherche et de la statistique du ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2019).

Tableau 3 : Parcours migratoire des répondants au sondage (n=421)

Zones géographiques de naissance	Effectifs	%
Amérique du Nord	8	2
Amérique centrale et Sud	95	23
Europe	163	40
Afrique du Nord	71	17
Afrique de l'Ouest	17	4
Afrique de l'Est, centrale et australe	21	5
Asie de l'Ouest, centrale et Moyen-Orient	18	4
Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est	12	3
Océanie	3	1
Statut d'immigration actuel (n=420)		
Réfugié	6	1
Résident temporaire	54	13
Résident permanent	170	41
Citoyen canadien	190	45
Temps écoulé depuis l'arrivée au Québec (n=421)		
Moins de 6 mois	5	1
Entre 6 mois–1 an	11	3
Entre 1-2 ans	28	7
Entre 2-5 ans	90	21
Entre 5-10 ans	134	32
Entre 10-15 ans	153	36

La dernière catégorie sociodémographique s'intéresse à la maîtrise des langues officielles au niveau de l'expression orale. Le Tableau 4 nous informe que la maîtrise du français est supérieure à celle de l'anglais parmi les répondants. En effet, 95% des hommes affirment détenir un niveau élevé ou intermédiaire de maîtrise du français parlé, alors que 82% des hommes soutiennent avoir un niveau similaire de maîtrise de l'anglais parlé⁴.

L'échantillon des hommes ayant pris part aux entrevues est, de manière générale, assez représentatif de celui des hommes ayant participé au sondage. La représentation des groupes d'âge est, en outre, assez similaire. L'occupation principale des hommes ayant participé aux entrevues est, à l'image des répondants au sondage, majoritairement le travail à temps plein (neuf sur 15), mais la proportion des étudiants et des sans-emplois est un peu plus élevée chez les hommes ayant pris part au volet qualitatif.

Les profils au niveau du statut matrimonial, du fait de vivre avec au moins un enfant d'âge mineur et de l'orientation sexuelle sont également relativement analogues entre les deux groupes. Au niveau du parcours migratoire, neuf des hommes interviewés proviennent des dix pays principaux d'origine des répondants au sondage. La répartition des répondants en fonction du statut migratoire est en outre très similaire entre les deux groupes.

Tableau 4 : Maîtrise du français et de l'anglais parlés selon les répondants au sondage

	Français (n=419)		Anglais (n=419)	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Débutant	14	3	63	15
Intermédiaire	56	13	147	35
Avancé	342	82	195	47
Ne parle pas du tout français/ anglais	7	2	14	3

4 En 2016 au Québec, 27,3% des hommes immigrés étaient capables de soutenir une conversation en français seulement, 15,1% en anglais seulement et 54,4% étaient capables de le faire en français et en anglais (Direction de la recherche et de la statistique du ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2019).

5. RÉSULTATS

5.1 ÉTAT DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Comment les hommes rencontrés dans le cadre de cette étude perçoivent-ils leur état de santé physique et leur bien-être psychologique dans les derniers mois? Ont-ils connu des problèmes qui ont affecté leur santé et leur bien-être psychologique depuis leur arrivée au pays? Cette section du rapport présente les résultats aux questions portant sur l'état de santé physique et psychologique des hommes immigrants dans le mois précédent leur participation au sondage, l'expérience (ou non) de problèmes importants de santé depuis leur arrivée et l'impact de la COVID-19 et des mesures de confinement sur leur état de santé.

La Figure 1 illustre le fait que, depuis leur arrivée au Québec, les hommes sondés ont eu davantage de problèmes importants qui ont affecté leur bien-être psychologique (53 %) que leur santé physique (33 %).

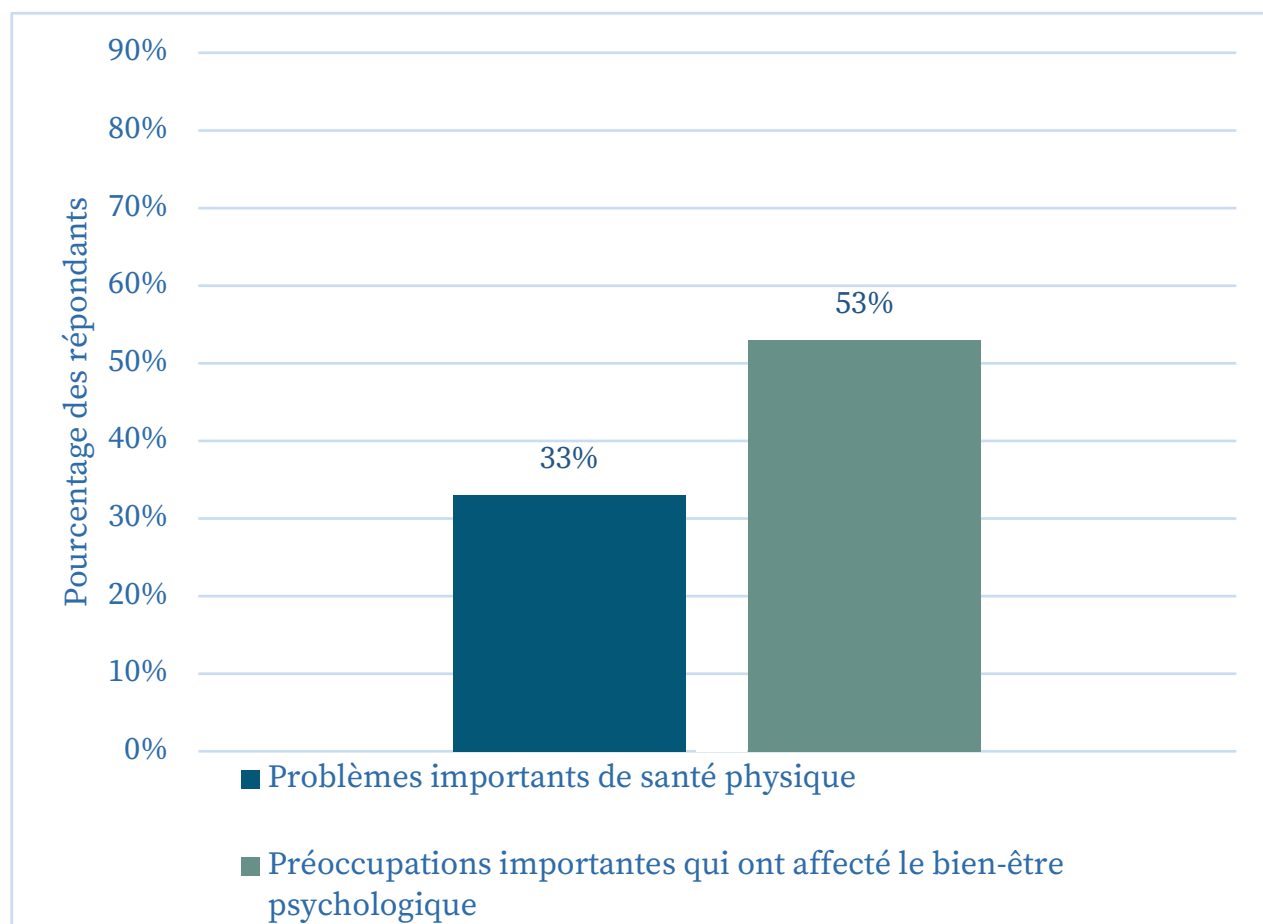
Plusieurs témoignages livrés par les hommes interviewés nous permettent d'appréhender

l'ampleur des défis provoqués par le processus migratoire et qui sont susceptibles d'affecter le bien-être psychologique des individus dans les années qui suivent leur installation au pays :

« Je pense que dans les premiers six mois, il y a beaucoup de choses dans la tête. C'est différent quand je suis arrivé, ma santé... L'avenir qu'est-ce qui va se passer? Est-ce que je vais trouver un emploi rapidement? Oui beaucoup de questions... »
- Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2014

« Donc nous on était venus déjà avec une petite somme d'argent, mais bon... Mai, juin, juillet, ça commence à diminuer et puis on ne sait plus, est-ce qu'on va trouver un emploi ou pas? Aller dans une sorte de... enfin une petite... comme une détresse, mais sans être en détresse. C'est-à-dire on commence à réfléchir. On se dit: « Bien ça va aller où? Est-ce qu'on sera obligé de revenir dans notre pays malgré le statut de résident permanent? Est-ce qu'on

Figure 1 : Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous eu des problèmes importants de santé physique (exemples : diabète, cancer, problèmes de dos, etc.) (n=420)/des préoccupations importantes qui ont affecté votre bien-être psychologique ? (n=421)



a une chance de trouver un emploi ou pas? »
 - Mehdi, 62 ans, originaire de l'Algérie, arrivé au Québec en 2009

Les paroles de Miguel, réfugié accepté, mais toujours en attente de sa résidence permanente (et privé d'opportunités, en lien avec sa non-possession d'un plein statut¹, comme celle de retourner aux études et de postuler pour un logement social), nous démontrent comment les difficultés post-migratoires et celles qui sont à la source de la migration agissent, dans son cas, de manière concomitante dans la fragilisation de son état de bien-être psycho-

logique.

« Well when I was in Cuba, I was victim of physical violence, psychological violence, harassment, persecution, psychological tortures [...] My mental health was going down again because of my immigration situation and also the housing I was having a hard time again with housing. Because I was really being a victim of discrimination because of my origins and because I wasn't so in the high social. And there was nothing I can do! I wasn't able to work because of my mental health. I wasn't able to do nothing [...] And the... and it is really stressing, it is really, really stressing.

¹ Les réfugiés acceptés en attente de leur résidence permanente ont accès à la RAMQ (Éducaloi, 2019)



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0



MONTREAL ET LES RÉGIONS

Vivre dans la région métropolitaine de Montréal est davantage associé au fait de rapporter un état de bien-être psychologique passable ou mauvais depuis le dernier mois (n=411).

You have no idea how stressful is the waiting. It is like, yes, finally, I am free, I can begin to start my life back. Why buney. Why? Why? Why? I am not accepted, this is not my home now. Why I am stopped? Why? It doesn't make any sense. »
- Miguel, 38 ans, originaire de Cuba, arrivé au Québec en 2018.

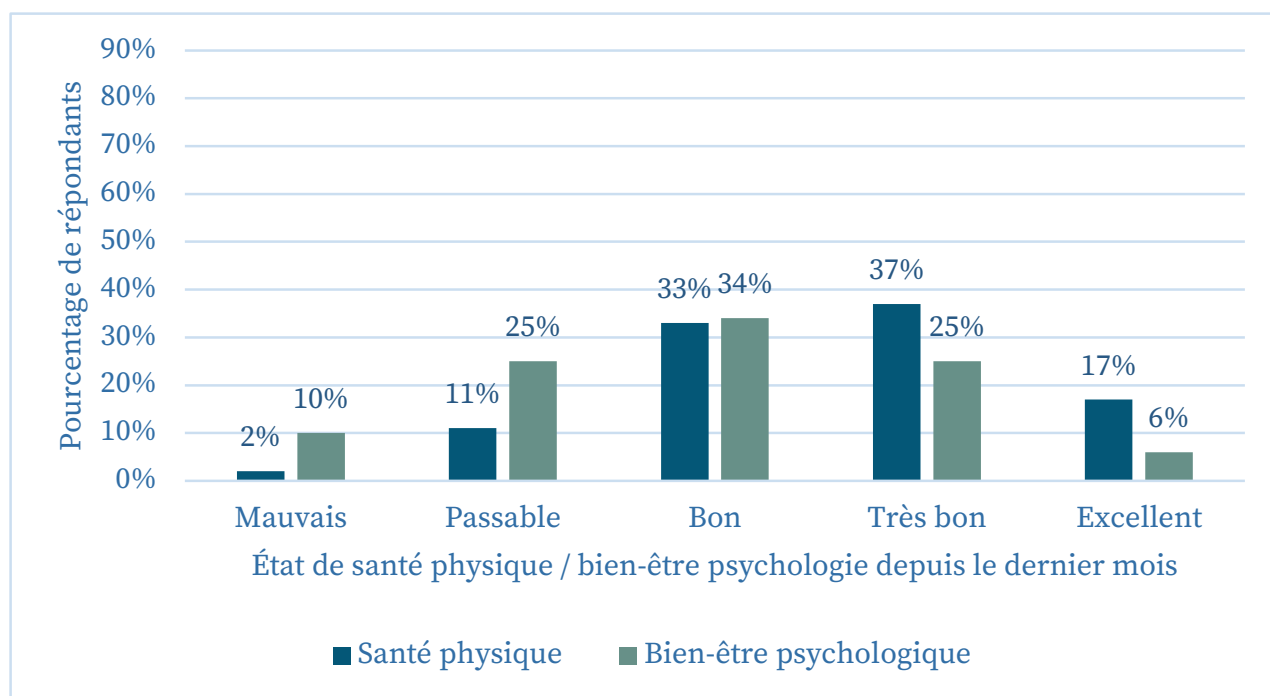
Si la question précédente portait, de façon large, sur l'état de santé et de bien-être psychologique depuis l'arrivée au Québec, les répondants ont été amenés à évaluer leur état de santé physique et psychologique dans le mois précédant leur participation au sondage. Tel que présenté dans la Figure 2, 54 % des participants au sondage rapportent un état de santé physique excellent ou très bon dans le dernier mois et 12 % rapportent un état de santé passable ou mauvais. Cette évaluation relativement positive de leur santé physique par les hommes contraste toutefois avec leur état de santé psychologique, qui se porte beaucoup moins bien. En effet, seulement 30 % des hommes considèrent leur état de santé psychologique comme étant excellent ou très bon et 35 % rapportent un état de santé psychologique passable ou mauvais.

La Figure 2 nous informe de l'état de santé rapporté par les hommes dans le mois précédant leur participation au sondage, ce dernier ayant été tenu rappelons-le, en plein cœur de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement qui ont suivi. Il y a fort à parier que les réponses à cette question ont été influencées par le contexte unique que vivait, à l'instar du reste de la planète, la population du Québec à ce moment.

La Figure 3 nous montre que près du tiers des répondants considèrent que la pandémie a eu un impact négatif sur leur état de santé physique. Ce résultat est légèrement inférieur à celui rapporté par les hommes de la population générale (Sondage SOM, 2021), qui nous indique que 36 % des hommes québécois rapportent un impact négatif de la pandémie sur leur état de santé physique. La COVID-19 et les mesures de confinement semblent avoir eu un impact négatif plus important sur le bien-être psychologique des hommes sondés que sur leur santé physique. En effet, la moitié des hommes ont vu leur niveau de bien-être psychologique se détériorer à cause de la pandémie et des mesures de confinement. Cette pro-

portion est supérieure à celle d'hommes québécois (40 %) ayant rapporté une détérioration de leur santé mentale à cause de la pandémie (SOM, 2021).

Figure 2 : En général, depuis le dernier mois, diriez-vous que votre santé physique (n=420)/ bien-être psychologique (n=421) est... ?



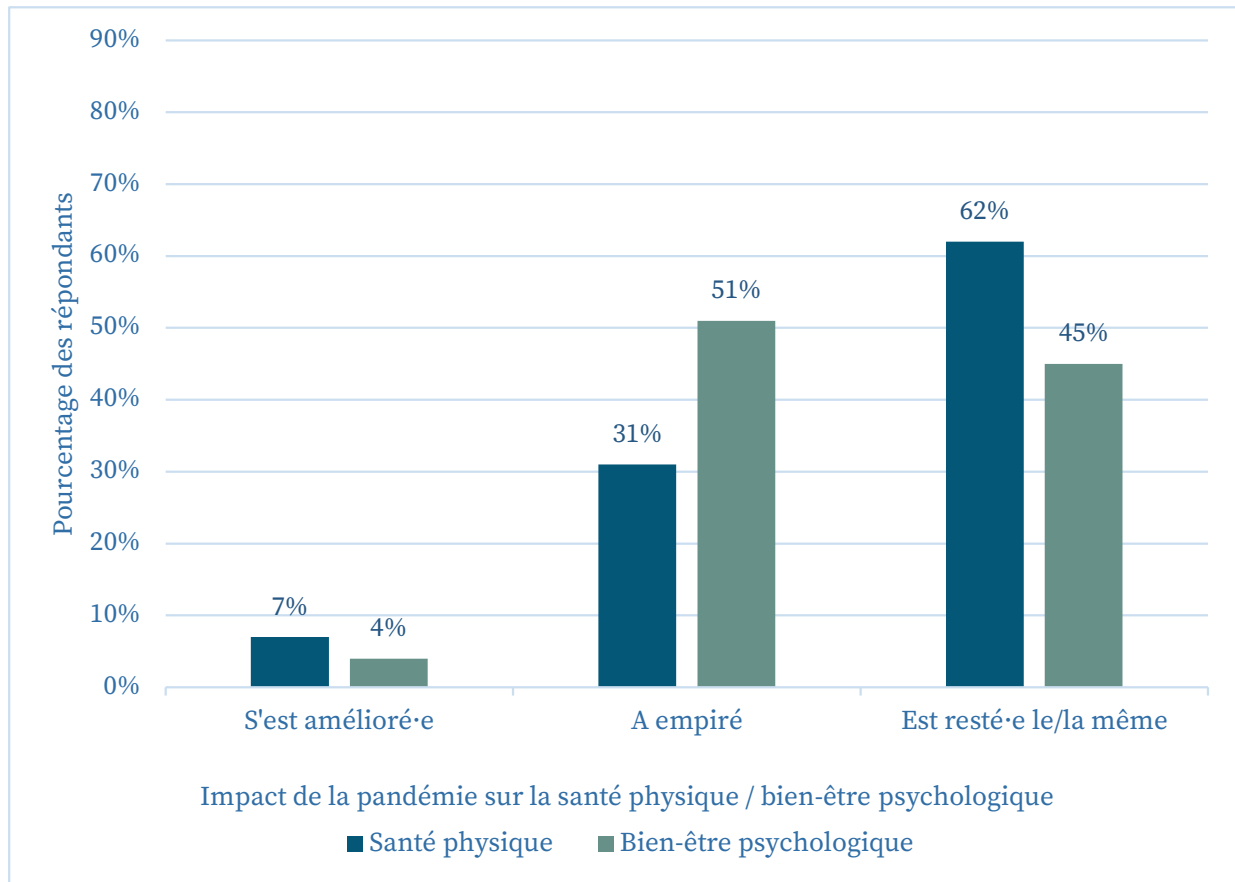
DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le fait de ne pas avoir d'enfant est davantage associé à une amélioration du bien-être psychologique en lien avec l'impact de la COVID-19 et des mesures de confinement (n=420).



Photo: [ambermb](#), Pixabay

Figure 3: Quel est l'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur votre santé physique (n=421) / bien-être psychologique ? (n=420)



EN RÉSUMÉ

- Un homme sur deux ayant participé au sondage a vécu des préoccupations importantes affectant son bien-être psychologique depuis l'arrivée au Québec.
- Un homme sur trois ayant participé au sondage a éprouvé des problèmes importants de santé physique depuis l'arrivée au Québec.
- Les entrevues révèlent certains motifs derrière cette détresse : principalement les défis liés à l'insertion professionnelle et le stress associé à la précarité du statut migratoire.
- Dans les mois précédant la participation au sondage (donc pendant la pandémie de COVID-19), 54% des hommes rapportent un état de santé physique excellent ou très bon, contre 30 % en ce qui a trait au bien-être psychologique.
- La pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement semblent être associées à une détérioration plus importante de la santé psychologique (51%) que de la santé physique (31%).



MONTREAL ET LES RÉGIONS

Vivre dans la région métropolitaine de Montréal est davantage associé au fait de rapporter une détérioration de l'état de bien-être psychologique en lien avec la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement (n=410).

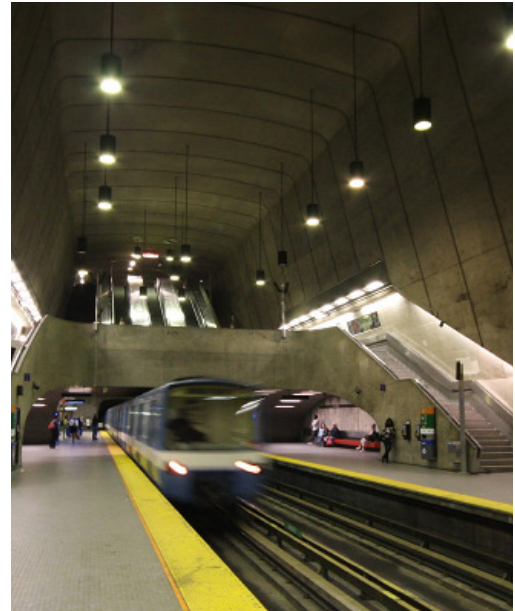


Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0

5.2 UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ AU QUÉBEC

La seconde partie des résultats de ce rapport s'intéresse à l'utilisation de diverses ressources du système de santé et des services sociaux par les hommes immigrants au Québec et aux besoins qui les ont motivés à y avoir recours ainsi qu'à l'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur leur utilisation des services.

Cette section permet d'obtenir un portrait intéressant de l'utilisation des services par un échantillon d'hommes sur une période donnée (le dernier mois, la deuxième année et les cinq dernières années) et depuis leur arrivée au Québec. Les données qualitatives obtenues dans le cadre des entrevues permettent, pour leur part, d'appréhender leur expérience avec les différents services utilisés.



DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le fait d'être en couple est davantage associé au fait de ne pas avoir utilisé de service en lien avec le bien-être psychologique depuis l'arrivée au Québec (n=417).

Le fait d'appartenir à une minorité sexuelle est davantage associé au fait d'avoir utilisé des services en lien avec le bien-être psychologique depuis l'arrivée au Québec (n=414).

Le fait de pouvoir toujours compter sur les personnes de l'entourage est davantage associé au fait de ne pas avoir utilisé de services pour le bien-être psychologique (n=420).

Le fait d'être arrivé au Québec depuis plus de 10 ans est davantage associé avec le fait d'avoir utilisé des services en lien avec la santé physique ET en lien avec le bien-être psychologique (n=420).



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0

La Figure 4 illustre la dernière utilisation de services, par les répondants, en lien avec des problèmes de santé physique ou le bien-être psychologique. On y constate que les hommes sondés ont davantage eu recours aux services pour des problèmes de santé physique que pour des problèmes en lien avec leur bien-être psychologique. En effet, deux hommes sur trois ont utilisé des services pour leur santé physique au cours de l'année qui a précédé leur participation au sondage tandis que seule-

ment 23 % l'ont fait pour leur bien-être psychologique. Sur un horizon de cinq ans, c'est 87 % des répondants qui ont consulté pour une problématique de santé physique et 31 % pour un enjeu lié à la santé psychologique. Depuis leur arrivée au Québec, 10 % des répondants n'ont jamais reçu de soin ou de service en lien avec leur santé physique et 65 % n'en ont jamais obtenu en lien avec leur santé psychologique.

Figure 4 : À quand remonte la dernière fois où vous avez utilisé des services pour votre santé physique (n=420)/bien-être psychologique depuis votre arrivée au Québec ? (n=420)

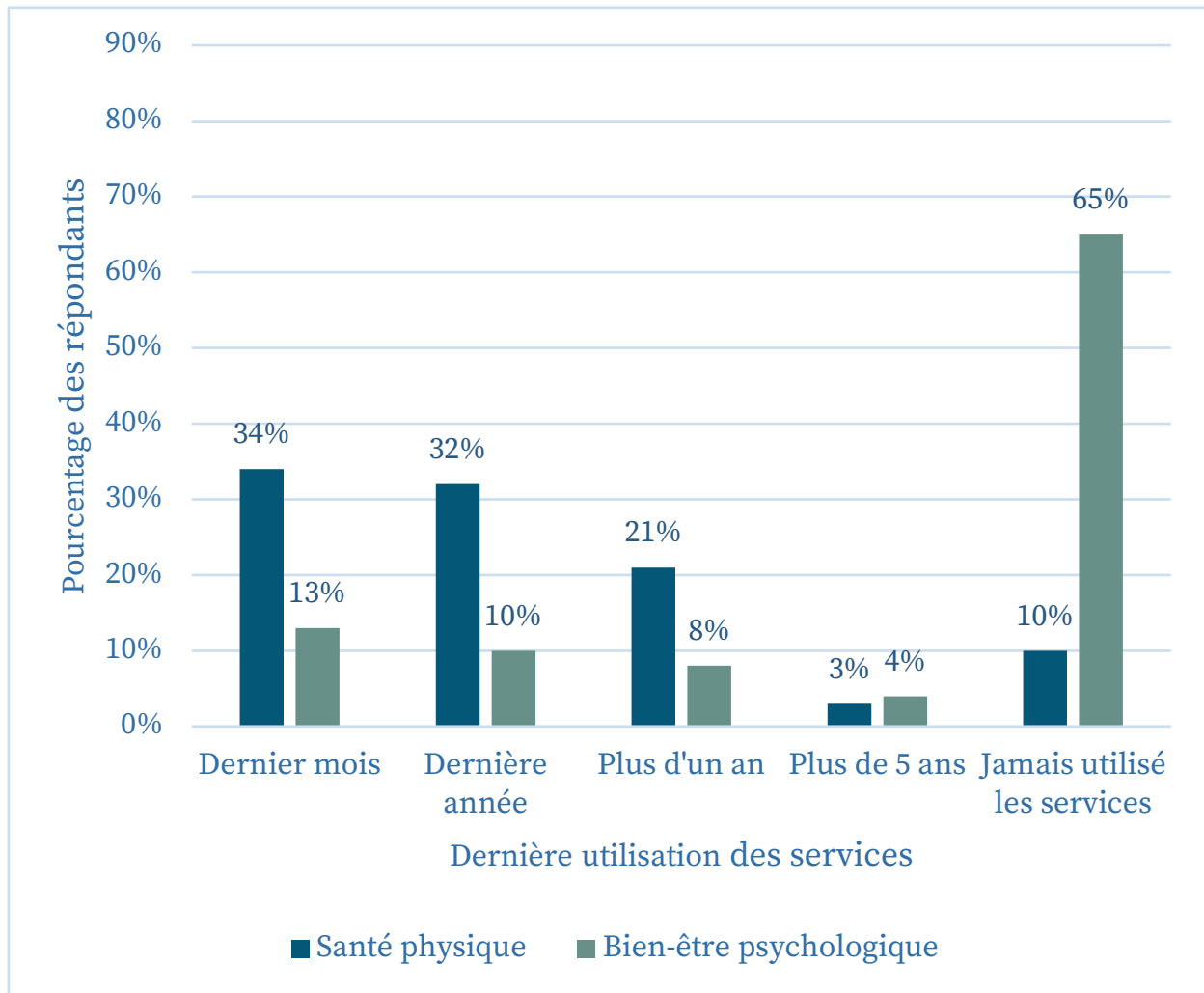




Photo: Marc Bruxelle, Shutterstock

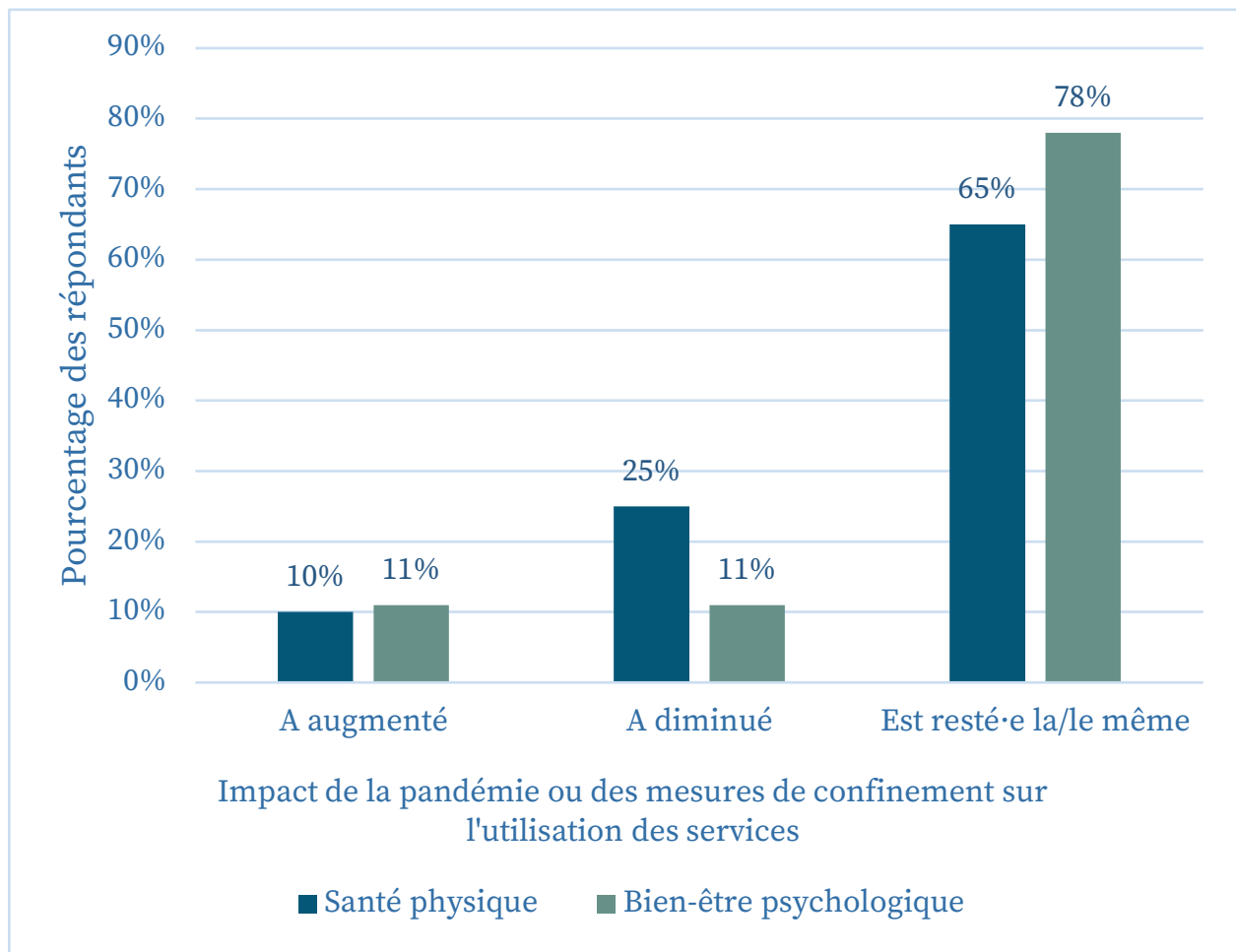
La faible utilisation des services en lien avec la santé psychologique contraste de manière importante avec les niveaux considérablement élevés d'hommes ayant vécu des problèmes importants affectant leur bien-être psychologique depuis leur arrivée au Québec ainsi que d'hommes dont l'état de bien-être psychologique est qualifié de « passable à mauvais » dans le mois précédant leur participation à l'étude. En effet, alors que 53 % des répondants déclarent avoir eu des préoccupations importantes qui ont affecté leur bien-être psychologique depuis leur arrivée au Québec (Figure 1), seuls 35 % des répondants ont déjà utilisé des services pour leur bien-être psychologique. De même, alors que 35 % des participants déclarent que leur bien-être psychologique était passable à mauvais au cours du dernier mois (Figure 2), seuls 13 % des répondants ont utilisé des services pour leur bien-être psychologique durant cette période (Figure 4).

À l'inverse, en ce qui concerne la santé phy-

sique, la proportion des hommes consultant les ressources est supérieure à la proportion de ceux rapportant avoir eu des problèmes importants de santé physique ou dont la santé physique était passable à mauvaise au cours du mois précédant le sondage. Alors que 33 % des répondants déclarent avoir eu des préoccupations importantes qui ont affecté leur santé physique depuis leur arrivée au Québec (Figure 1), 90 % des répondants ont déjà utilisé des services pour leur santé physique (Figure 4). De plus, alors que 13 % déclarent que leur santé physique était passable ou mauvaise au cours du dernier mois (Figure 2), 34 % des répondants ont utilisé des services de santé physique durant cette période (Figure 4).

La passation du questionnaire a été effectuée dans un contexte particulier de crise sanitaire. Il s'est donc avéré important de documenter la perception des répondants par rapport à l'impact de la pandémie sur leur utilisation des services (Figure 5). Pour la majorité d'entre

Figure 5: En raison de la COVID-19 ou des mesures de confinement, est-ce que votre utilisation des services pour votre santé physique (n=419)/bien-être psychologique... ? (n=420)



eux, la crise sanitaire n'a pas modifié leur utilisation de services, tant en ce qui a trait aux services de santé physique (65 %) qu'aux services en lien avec le bien-être psychologique (78 %). La fréquence d'utilisation des services a davantage diminué en raison de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement en ce qui concerne les services dédiés à la santé physique (un quart des répondants). Par ailleurs, l'augmentation de l'utilisation des services en raison de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement est presque identique relativement à la santé physique (10 %) et au bien-être psychologique (11 %), bien que la

détérioration perçue de la santé psychologique causée par la pandémie ait été largement supérieure à la dégradation perçue de la santé physique (respectivement 51 % et 31 %) (Figure 3).

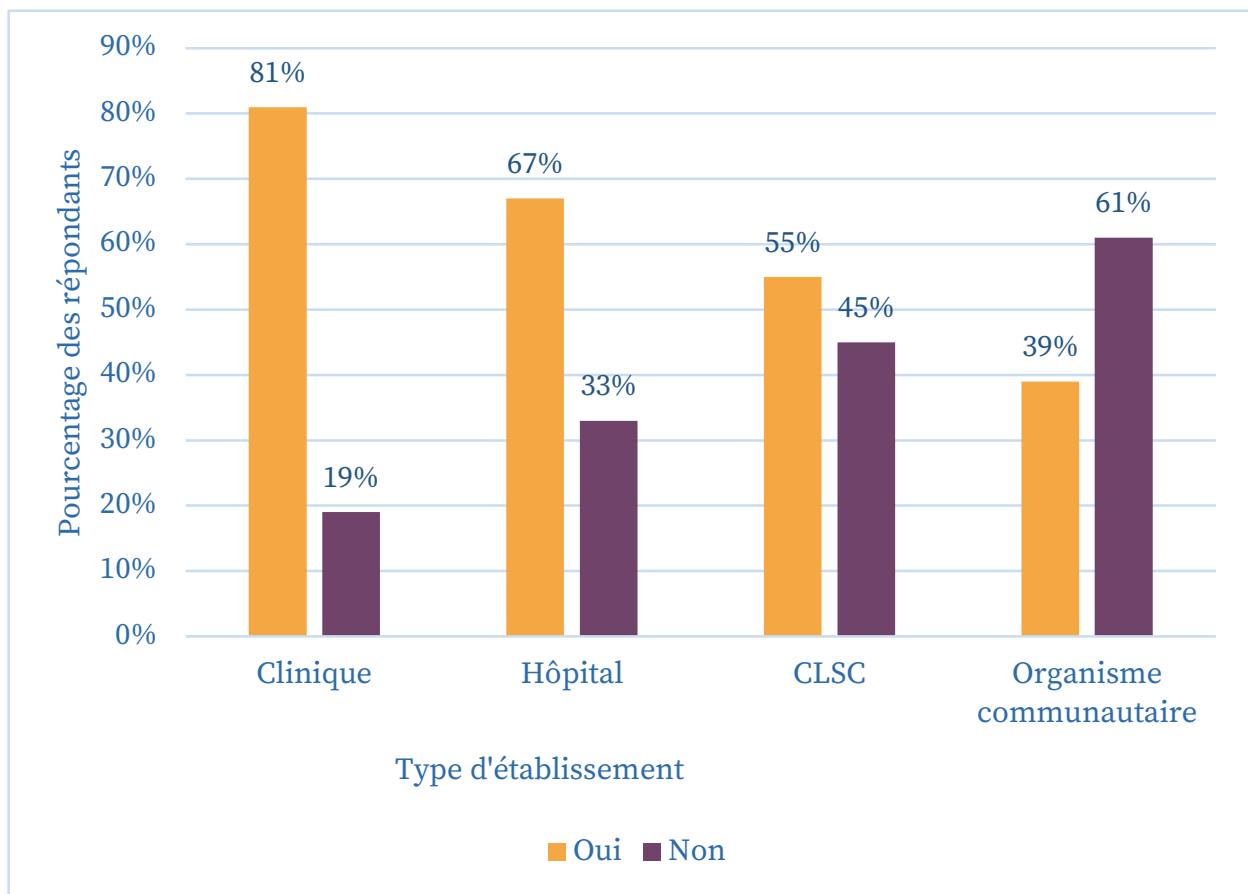
En plus des questions de fréquence d'utilisation des services pour la santé physique et le bien-être psychologique et de l'impact de la COVID-19 sur cette utilisation des services, la présente étude a cherché à documenter quelles ressources sont utilisées par les répondants ainsi que les motifs qui sous-tendent ce recours aux services. À cet égard, le sondage nous apprend que les ressources les plus uti-

lisées par les répondants pour recevoir des soins et des services depuis leur arrivée au Québec sont principalement les cliniques médicales avec ou sans rendez-vous (81 % des répondants y ont déjà reçu un service) et les hôpitaux (67 % y ont déjà reçu un service) (Figure 6). Par ailleurs, 55 % des répondants ont reçu des services dans un CLSC et 39 % en ont reçu d'un organisme communautaire. Les répondants nous ont également témoigné utiliser d'autres types de professionnels, les plus

importants étant, en ordre décroissant, les dentistes (81 %), les pharmaciens (57 %) et les optométristes (42 %).

Les Figures 7, 8, 9 et 10 nous informent des motifs qui sont liés au recours aux services. Les hôpitaux sont principalement utilisés pour un problème de santé mineur ou une urgence (Figure 7). Les cliniques médicales sont surtout utilisées pour un problème de santé mineur et un suivi de routine avec le médecin de famille (Figure 8). Le CLSC est surtout

Figure 6 : Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous utilisé, pour vous-même, des services dans les établissements suivants ? (n=421)

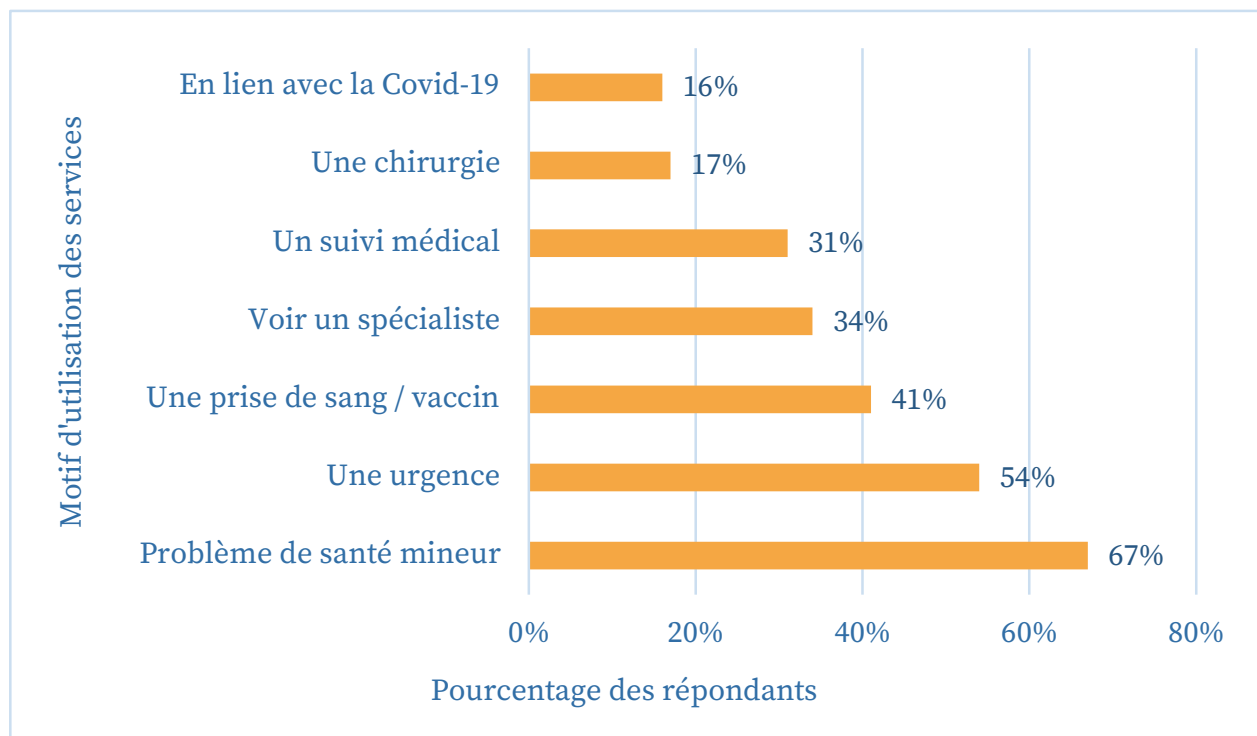


utilisé pour un problème d'ordre médical ou une prise de sang/vaccin (Figure 9). Les organismes communautaires sont principalement utilisés pour la recherche d'emploi, les cours de langue, l'aide alimentaire ainsi que les services d'aide à l'intégration (Figure 10). La fréquentation des organismes communautaires pour un recours à l'aide alimentaire est élevée (50 %), ce qui nous amène à présumer d'une situation de précarité économique à un certain moment entre l'arrivée et la participation au sondage².

Quels seraient les besoins les plus susceptibles d'amener les répondants à aller chercher de l'aide? La Figure 11 nous indique qu'après les

problèmes de santé physique ou psychologique qui les inquiètent, ce sont les difficultés liées à l'emploi qui inciteraient le plus les hommes sondés à demander un service d'aide. Les problèmes avec leurs enfants et au niveau de leur sexualité suivent en ordre décroissant. Il est intéressant de souligner que 60 % des hommes affirment que des problèmes au niveau de leur bien-être psychologique les amèneraient à consulter des ressources, alors que dans les faits (tel que rapporté à la Figure 4), ils consultent peu pour leur bien-être psychologique.

Figure 7 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services de l'hôpital ? (n=280)

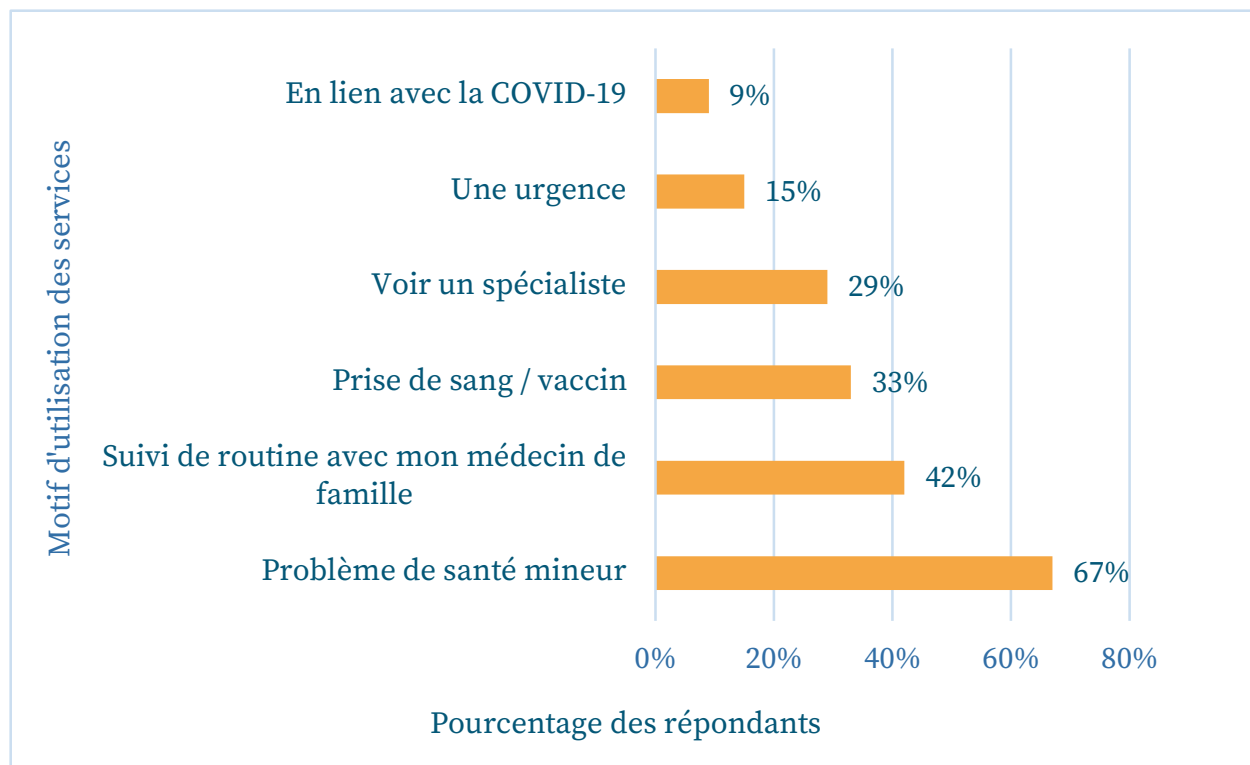


Note : les participants ont la possibilité de sélectionner plus d'un motif.

141 réponses non applicables

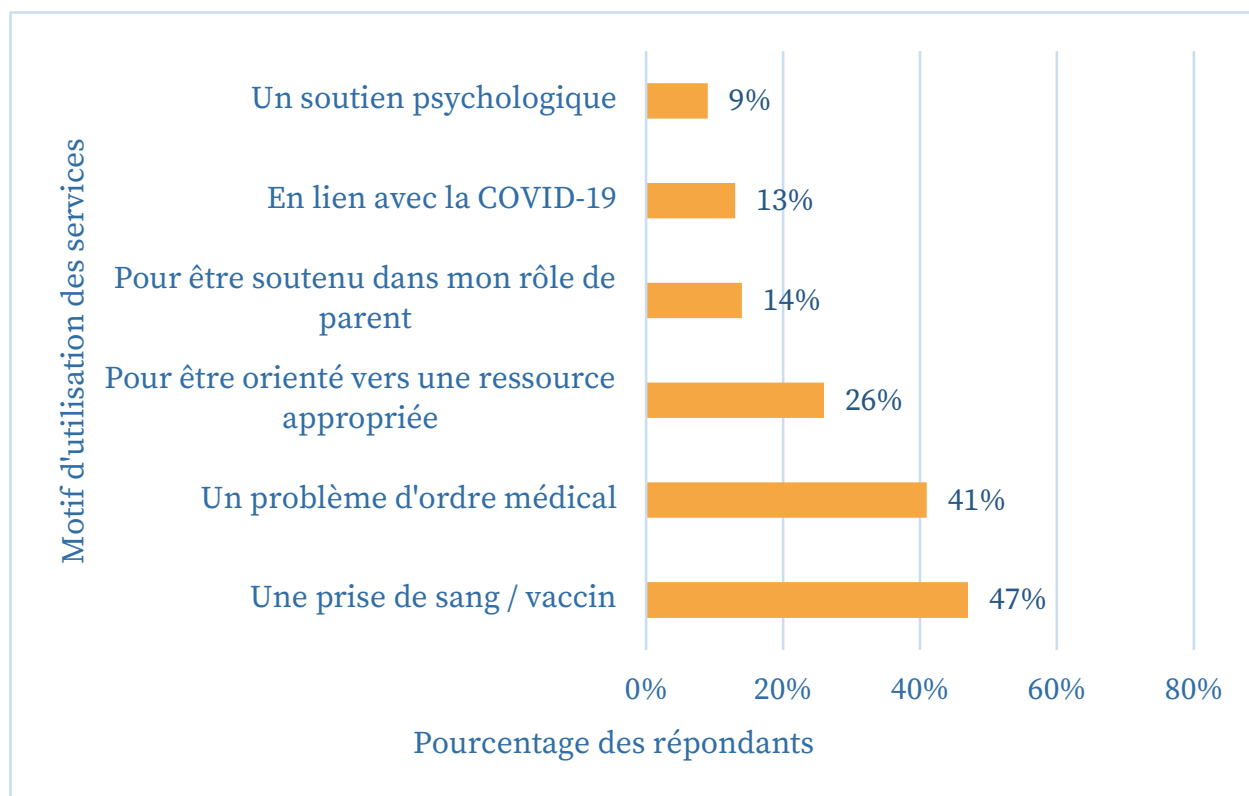
² Le sondage ne nous permet pas de déterminer à quel moment les répondants ont eu recours à l'aide alimentaire.

Figure 8 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services d'un médecin dans une clinique avec ou sans rendez-vous ? (n=341)



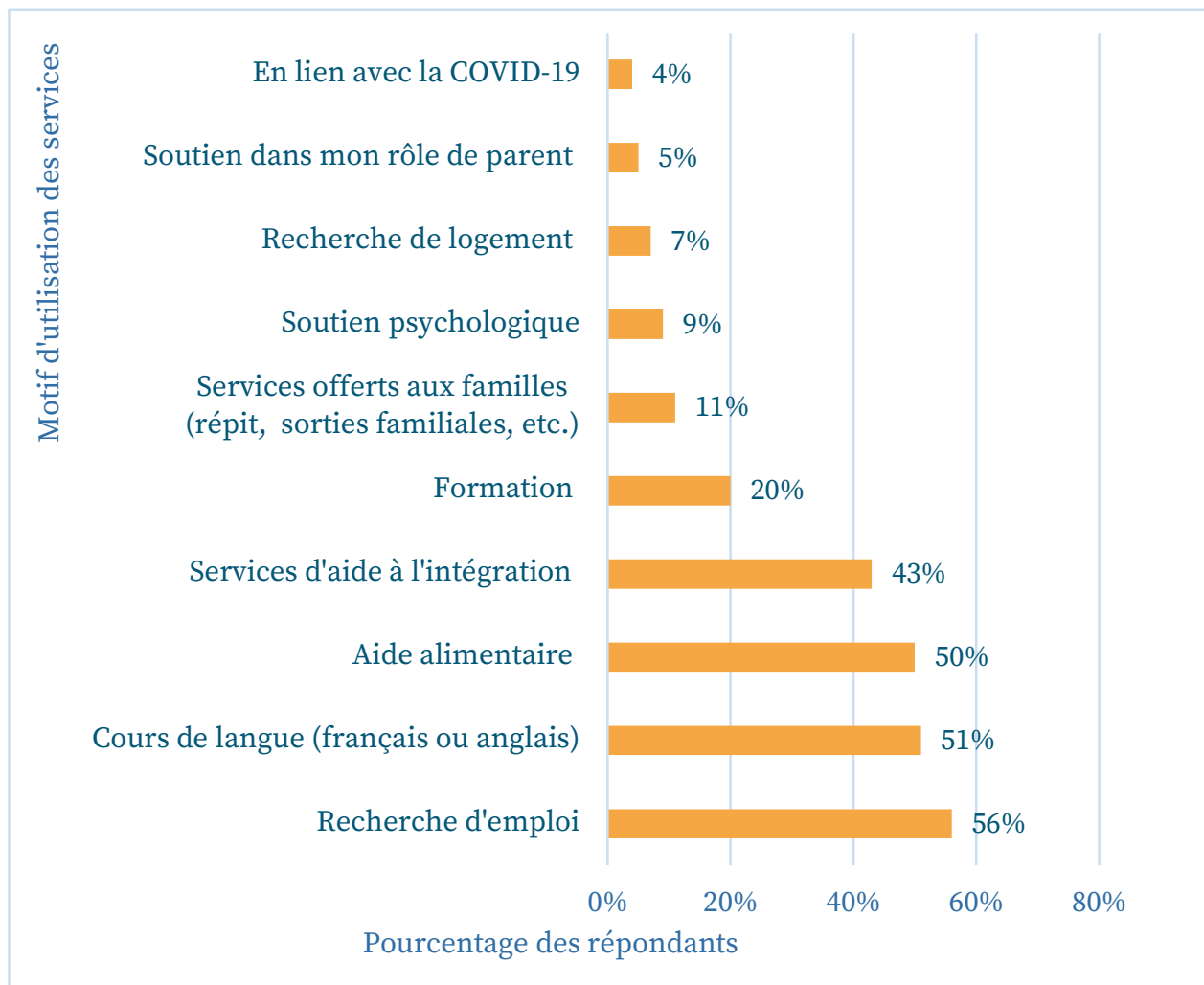
Note : les participants ont la possibilité de sélectionner plus d'un motif.
80 réponses non applicables.

Figure 9 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services d'un CLSC (incluant la ligne Info-Santé et Info-Social ? (n=231)



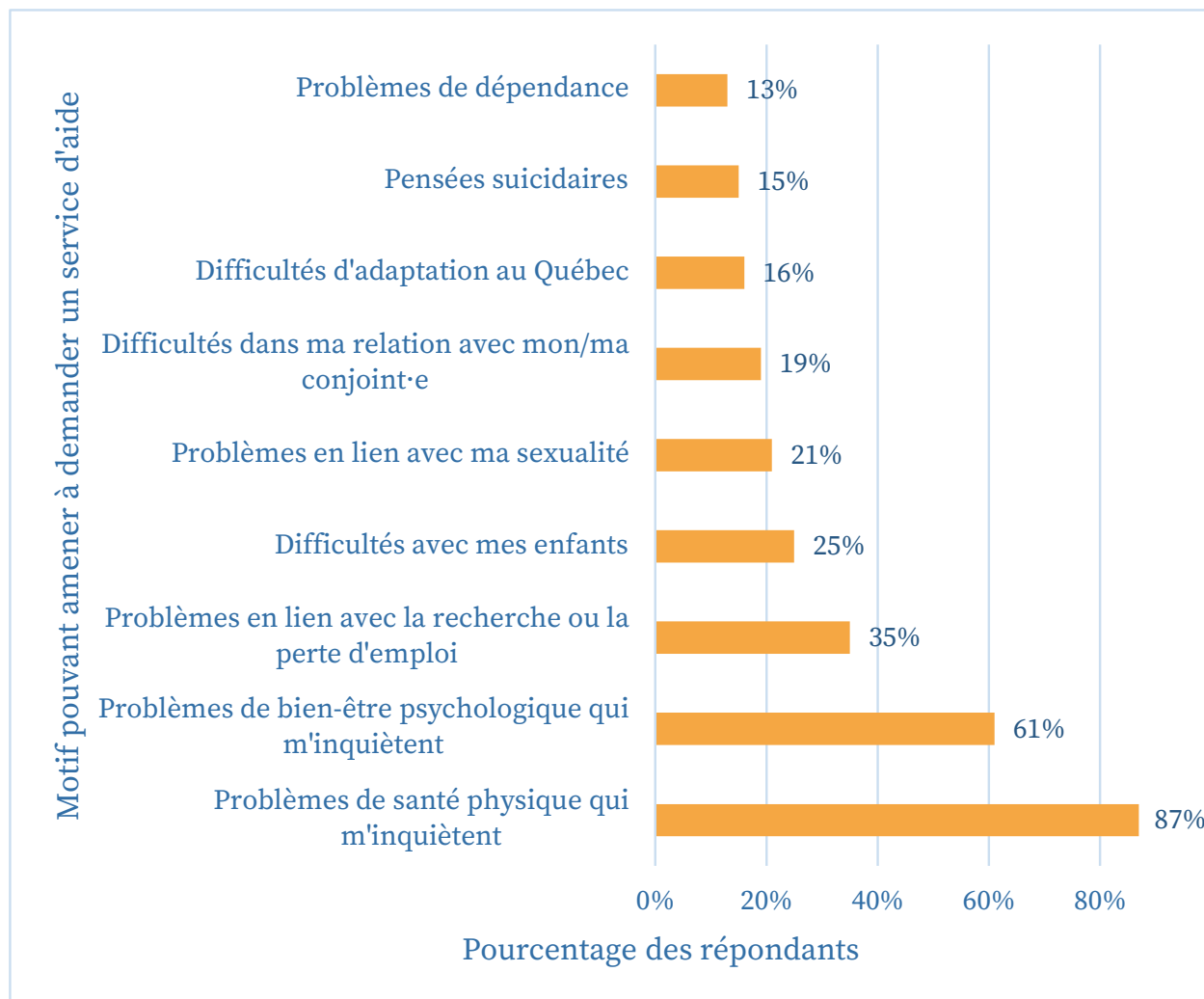
Note : les participants ont la possibilité de sélectionner plus d'un motif.
190 réponses non applicables.

Figure 10 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services d'un organisme communautaire ? (n=231)



Note : les participants ont la possibilité de sélectionner plus d'un motif.
190 réponses non applicables.

Figure 11 : Parmi les raisons suivantes, cochez toutes celles qui pourraient vous amener à demander un service d'aide ? (n=421)



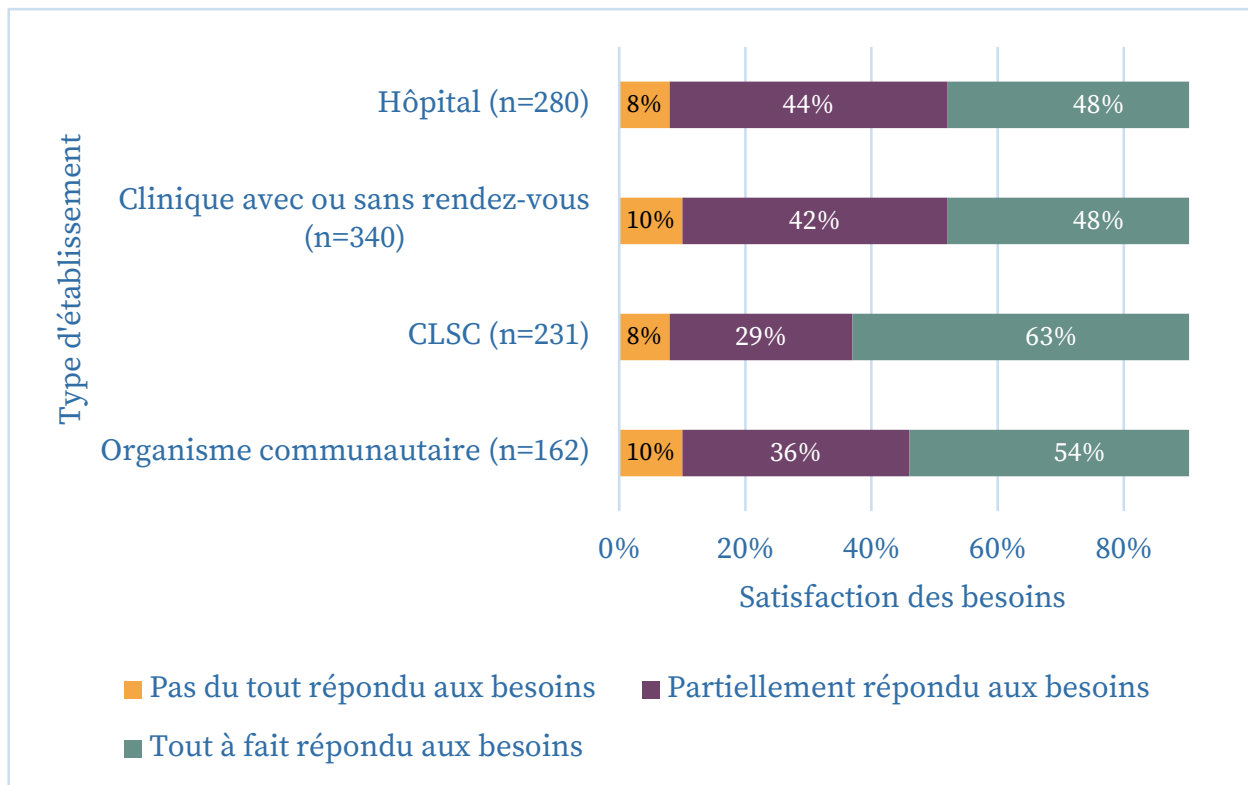
Outre les raisons énumérées ci-haut, les hommes avaient la possibilité d'ajouter des motifs additionnels aux choix de réponse proposés. Plusieurs d'entre eux ont évoqué la source de stress immense créée par un statut migratoire précaire parmi les facteurs susceptibles de les amener à demander un service. Plusieurs témoignages en ce sens sont également présents dans les entrevues, comme dans le cas de Charles :

« C'est justement à cause de l'immigration, je ne vais pas rentrer dans les détails techniques, mais donc c'est l'anxiété principalement et du stress. Mais vraiment assez poussé, qui me bouffait depuis des années, simplement parce que de par notre situation d'immigration qui est temporaire, bien et dans notre demande de résidence permanente, c'est extrêmement complexe, mais on a des risques qu'elle soit re-

fusée. [...] Finalement, j'ai dû consulter en santé mentale, à cause de l'Immigration. »
– Charles, 33 ans, Belgique, arrivé au Québec en 2016

Finalement, les hommes sont-ils satisfaits des services qu'ils ont reçus? Les répondants ont été invités à évaluer dans quelle mesure les services qu'ils ont reçus à l'hôpital, à la clinique médicale, au CLSC ou dans un organisme communautaire ont répondu à leurs besoins. De façon générale, ces différents établissements répondent, au moins partiellement, à leurs besoins alors que seulement une minorité d'hommes (moins de 10 %) déclarent qu'ils n'ont pas du tout répondu à leurs besoins, comme en témoigne la Figure 12. Une plus grande satisfaction face aux services des CLSC et des organismes communautaires est constatée.

Figure 12: De façon générale, dans quelle mesure les services offerts ont-ils répondu à vos besoins?



Les entrevues semi-dirigées permettent de saisir plus finement l'expérience des participants relativement à l'utilisation des différentes ressources et de mieux cerner l'adéquation entre leurs besoins et les services reçus. Ces entrevues ont donné lieu à des propos éclairants et riches qui permettent de comprendre et d'approfondir les motifs d'appréciation, ou au contraire, d'insatisfaction des hommes interviewés face à certains services. Ce qui suit résume, pour chaque ressource énumérée dans le sondage, les expériences des hommes interviewés en lien avec les constats généraux soulevés.

L'hôpital

Les soins et les services prodigués par les hôpitaux sont généralement appréciés par les hommes interviewés, ce qui concorde avec le fait que la majorité des participants au sondage (92 %) considèrent que leurs besoins ont été partiellement ou totalement comblés dans ce type d'établissement. Bien que l'attente soit un facteur irritant et une source d'insatisfaction, surtout dans les cas d'urgence, une fois cette étape surmontée, les répondants soulignent la qualité des soins, le professionnalisme du personnel soignant et la résolution du ou des problèmes qui les ont poussés à consulter. Dans l'extrait suivant, Ruben nous parle de l'expérience qu'il a vécue lorsque sa fille a été hospitalisée :

« Parce que ma première expérience ça faisait 3 mois que j'étais arrivé. [...] Nous sommes arrivés en autobus parce que je n'ai pas de voiture, et à 6 h le dimanche. Je suis arrivé avec ma fille, ma femme, pas de grand français. Et à 9 h le lundi, ça, c'est la première consultation avec le médecin. La première! 17 heures après. Et le médecin dit : Ok, on va devoir attendre deux heures de plus. »
Parce que le médecin a dit : "Je suis seul, pour 30,

40, 50 personnes aux urgences, je suis seul". Ok, je n'ai pas le choix. Pas d'autres options... On est presque restés 24 heures. Après le service a changé. C'est une expérience bizarre parce qu'on est restés 19 heures, après la première attention du médecin. On a commencé à rouler les services, et il a demandé l'examen du sang et l'échographie, et après 40 minutes, le médecin a dit : "Non, non, ta fille a une grosse infection, on va l'hospitaliser pour deux jours". Tout est plus rapide après ça. Mais le problème c'est la première attention avec le médecin. 19 heures, ça c'est long. »
– Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2014.

La clinique avec ou sans rendez-vous

Les hommes interviewés nous ont rapporté des rapports plus mitigés avec la clinique (avec ou sans rendez-vous). Rappelons que la clinique médicale n'a répondu que partiellement aux besoins de la moitié des hommes ayant complété le sondage. Dans les extraits qui suivent, des hommes nous expliquent que l'attente, l'empressement des médecins, la nature expéditive de l'intervention ainsi que les difficultés d'accès (dont le manque d'uniformité dans les modalités d'accès) sont des sources significatives d'insatisfaction :

« Au Québec, je vois ça, comme je vais dans des cliniques médicales. Ah! Ça c'est... pffff! C'est chiant hein! Bien parce que l'attente est méga longue. Elles fonctionnent toutes différemment, c'est-à-dire qu'il y en a une si tu te présentes sans rendez-vous, à telle heure, pour avoir ton rendez-vous. Il y en a d'autres c'est des cliniques sans rendez-vous, mais ... tu prends un rendez-vous pour aller au sans rendez-vous, il y en a où il faut que tu appelles le matin à 7 h du matin, il y en a qu'il faut que tu appelles la veille. Puis il faut que tu appelles pile à l'heure, parce que sinon tu n'as pas de place. Donc ça

c'est chiant, puis il y a beaucoup d'attente, donc généralement il faut que tu prennes une demi-journée pour voir un putain de médecin. Puis le médecin il te clenche en cinq minutes. »
- Philippe, 33 ans, originaire de la France, arrivé au Québec en 2011

« There's this crazy formula of walk-in clinics, but then it's not really a walk-in clinic, you have to call, but then you can't really call, you have to call at a certain time. And then at the beginning of COVID-19, they came up with some crazy website which was never working! »
- Frank, 22 ans, originaire de la Syrie, arrivé au Québec en 2017

Pour d'autres hommes, l'accès s'avère moins ardu, mais l'insatisfaction liée au caractère expéditif de l'intervention médicale persiste, ce dont témoigne l'extrait suivant :

« J'arrive à la première consultation. Et la première question c'est "Qu'est-ce que tu as besoin ?" J'ai dit normalement en Colombie, mon expérience, quand j'arrive à la consultation le médecin dit: "Ok, assis-toi", et il prend la tension, il prend quelques questions... Non, ici, le médecin dit: "Qu'est-ce que tu as besoin ?" J'ai dit: "Je pense que j'ai une douleur ici." "Ah! ok, des anti-inflammatoires, bla-bla-bla", trois minutes! Trois minutes! »
- Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivée au Québec en 2014

Le Centre local de services communautaires (CLSC)

Alors que la plupart des participants au sondage affirment que les CLSC ont répondu à leurs besoins, les entrevues confirment cette adéquation entre les besoins et les services reçus. Toutefois, les entretiens nous apprennent

que les services offerts dans les CLSC sont relativement peu connus (et par conséquent peu utilisés) des hommes interrogés, outre les vaccins pour les enfants et les prises de sang. L'extrait suivant témoigne de la méconnaissance d'un service offert par le CLSC, ce qui a privé la famille du répondant des services gratuits d'un professionnel du réseau public :

« Oui par exemple, ma fille, ma deuxième fille, elle a besoin d'un orthophoniste, mais nous ne connaissions pas que ce service se donne dans le CLSC. Après c'est ce qu'une personne nous a dit. Q. : Votre fille a besoin d'une orthophoniste, donc vous avez fait une évaluation au privé, c'est ça ? R : Oui! Oui, parce qu'on ne connaît pas la place, on a fait d'abord la consultation privée. »
- Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2014

Malgré un manque de connaissance des nombreux services prodigués par les CLSC, la majorité des répondants connaissent et apprécient la ligne Info-Santé, qui leur apporte des réponses à plusieurs questionnements et les oriente vers les ressources appropriées. Philippe explique qu'il n'hésite pas à y avoir recours :

« Alors je trouve que le 811, c'est super! Parce que moi, je l'utilise pour vérifier. "Bon, est-ce que j'ai besoin?" [...] Moi je trouve que le 811, c'est quand même cool aussi, je trouve ça rassurant, d'avoir un numéro où tu peux appeler à n'importe quel moment ».
- Philippe, 33 ans, originaire de la France, arrivé au Québec en 2011.

Les organismes communautaires

Confirmant en partie les données du sondage, tous les hommes interviewés qui ont eu recours à des organismes communautaire ont exprimé

une grande reconnaissance par rapport à l'accueil et aux services reçus et considèrent que ces derniers ont été bénéfiques pour les aider à surmonter différentes problématiques, notamment celles reliées à leur situation de nouvel arrivant. En effet, tel qu'évoqué à la Figure 10, les organismes communautaires sont principalement utilisés pour la recherche d'emploi, les cours de langue, l'aide alimentaire ainsi que les services d'aide à l'intégration. Cependant, l'acquisition de connaissances sur les ressources communautaires semble se faire « sur le tas », à partir d'une initiative individuelle ou par le biais de contacts, plutôt que par un référencement plus « institutionnel » ou systématique, ce qui fait en sorte que plusieurs hommes pourraient ne pas (ou tarder à) en connaître l'existence. Dans l'extrait suivant, on constate le rôle clé joué par un organisme communautaire dans le parcours de Carlos :

« Moi, en arrivant, ça a été les premiers liens que j'ai eus, mais en faisant la recherche. Parce qu'au niveau gouvernemental je pense qu'on ne m'a pas dit qu'il y avait des organismes communautaires qui pouvaient m'aider. Donc c'est plus en faisant des recherches que j'ai commencé à voir qu'il y avait plusieurs types de services qui pouvaient m'aider. [...] Puis c'est sûr qu'en arrivant tout de suite, l'approche est vraiment différente, c'est une approche très accueillante, puis ça m'a aidé énormément pour différentes choses par exemple, la francisation je l'ai commencée dans un organisme communautaire [...] Tout ce qui est au niveau de la citoyenneté, avec tous les papiers, j'ai eu de l'aide avec eux. J'ai aussi au début, j'ai été à l'aide alimentaire aussi. [...] Avec le temps, j'ai commencé à voir toute l'ampleur qu'il y a des organismes communautaires, puis c'est un réseau énorme. »
– Carlos, 43 ans, originaire du Mexique, arrivé au Québec en 2008

Plusieurs hommes, à l'instar d'Eric, nous ont confié que les organismes communautaires ont été des acteurs fondamentaux dans leur processus d'insertion sociale et pour surmonter les différentes vulnérabilités induites par la migration :

« Les services qui sont offerts, les services sociaux, c'est hyper important, et ça permet à la personne de se stabiliser, et de se concentrer sur son intégration. [...] Je pense que c'est une force pour le Québec, le fait d'avoir des organismes communautaires, puis ils vont à l'aide des communautés qui sont dans le besoin, et puis peut-être des populations qui à ce moment-là, dans leur vie, ils sont en besoin. Donc quand nous sommes arrivés étant immigrant tu deviens sans le savoir une personne vulnérable, on ne pense pas à ça, on ne pense jamais qu'on est vulnérable. [...] Donc je trouve que ce sont des gens extrêmement humains dans le sens qu'il y a des personnes qui sont en besoin, et ils sont là pour eux dans des conditions des fois difficiles de travail, des locaux, des ressources, [...] écoute je trouve ça extraordinaire parce que ça n'existe pas ailleurs. Chez nous, ça n'existe pas cette culture-là des organismes communautaires, et toute l'implication des gens autour de ça. »
– Eric, 41 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2012

Les Centres locaux d'emploi (CLE)

Les Centres locaux d'emploi (CLE) constituent une ressource qui n'est pas abordée dans le sondage, mais par rapport à laquelle la presque totalité des hommes interviewés ont partagé avec nous une expérience qui s'est avérée souvent décevante et parsemée d'obstacles. Ce constat s'avère problématique lorsque l'on sait que l'emploi constitue généralement une priorité capitale pour les hommes immigrants. Ce contact plus difficile peut relever d'un trai-

tement jugé inadéquat de la part du personnel de l'institution, comme nous le révèle l'extrait suivant :

« Parce que ce que la dame fait : "Remplis ça un formulaire", de quatre feuilles, pour nous c'est dur ! Un formulaire qui demande beaucoup d'informations. Elle ne répond rien, elle ne répond rien. [...] Elle doit avoir la tranquillité, la capacité pour aider. Parce que si je ne comprends pas, elle est fâchée. Dans un service ! Parce que le Centre local d'emploi, normalement le 50 % des personnes sont immigrantes, l'autre 50 % sont d'ici. Oui, je n'aime pas... Je pense que ses capacités, ses formations... Je ne sais pas... [...] Ça c'est ce que je ne comprends pas ici, que les personnes qui sont immigrantes comme nous, après quelques années, elles pensent qu'elles sont différentes de nous. »
– Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2014

Pour d'autres hommes interviewés, le mécontentement se situe davantage au niveau de la nature des services offerts ainsi que des objectifs des programmes des Centres locaux d'emploi, qui, selon eux, ne prennent pas assez en compte leurs compétences, leurs spécificités et les défis liés à leurs parcours professionnels comme hommes immigrants. Mehdi, médecin en Algérie, a dû s'y reprendre à trois reprises pour obtenir une aide répondant à ses besoins. Le centre local d'emploi de son quartier l'a référé à un Centre d'emploi spécialisé pour aider les médecins formés à l'étranger, mais ce dernier n'a pas, semble-t-il, su l'outiller pour réintégrer le marché du travail.

« Je ne reproche rien à personne, moi ce n'est pas de la faute des gens, peut-être que la dame que je voyais à ce Centre local d'emploi, elle a fait ce qu'elle a pu. Mais ça n'a pas été bénéfique du tout. Donc je suis revenu, j'ai commencé à

rechercher l'emploi tout seul, et puis j'étais perdu. [...] Ce n'est pas facile pour le responsable du Centre local d'emploi. Ça, je comprends, je sais. Mais est-ce que moi je crois que dans des grands lieux comme Montréal, ça devrait être un peu plus spécialisé et peut-être je ne sais pas... [...] Je ne les [les employés du CLE] accuse pas, je crois que c'est juste pour eux, je pense qu'ils n'ont pas suffisamment de formation sur ce qui se passe ailleurs et sur les différents profils qui arrivent. »
– Mehdi, 62 ans, originaire de l'Algérie, arrivé au Québec en 2009

EN RÉSUMÉ

- ▶ Dans le dernier mois ou depuis leur arrivée au Québec, les hommes sondés ont davantage (près de trois fois plus) eu recours aux services pour leur santé physique que pour leur bien-être psychologique, et ce, même s'ils ont eu davantage de problèmes importants qui ont affecté leur bien-être psychologique.
 - ▶ Les préoccupations psychologiques sont, le plus souvent, non accompagnées d'utilisation des services.
 - ▶ La pandémie de COVID-19 a peu influencé l'utilisation des services de santé et sociaux, autant en lien avec la santé physique qu'avec le bien-être psychologique.
 - ▶ Parmi les problèmes qui amèneraient les hommes à demander un service, 87 % concernent la santé physique et 61 % le bien-être psychologique. L'emploi arrive en troisième lieu.
 - ▶ Les cliniques médicales (80%) et les hôpitaux (64 %) sont les ressources les plus utilisées par les hommes depuis leur arrivée au Québec pour recevoir des soins et des services, tandis que 55% des hommes ont reçu des services d'un CLSC et 39% en ont reçu d'un organisme communautaire.
 - ▶ La majorité des hommes se disent satisfaits des services reçus dans ces quatre types d'établissements.
 - ▶ Les CLSC et les organismes communautaires ont davantage répondu aux besoins des hommes.
-



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0



DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Le fait de gagner moins de 35 000 \$ (revenu annuel familial) est davantage associé avec le fait d'avoir eu des difficultés à avoir accès à un intervenant social depuis l'arrivée au Québec (n=416).

Le fait d'avoir un niveau de français intermédiaire est davantage associé au fait d'avoir eu des difficultés à avoir accès à un intervenant social depuis l'arrivée au Québec (n=421).

Également, le fait d'avoir un niveau de français avancé est moins associé à la difficulté à avoir accès à un intervenant social.

5.3 FACTEURS FREINANT L'ACCÈS OU L'UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

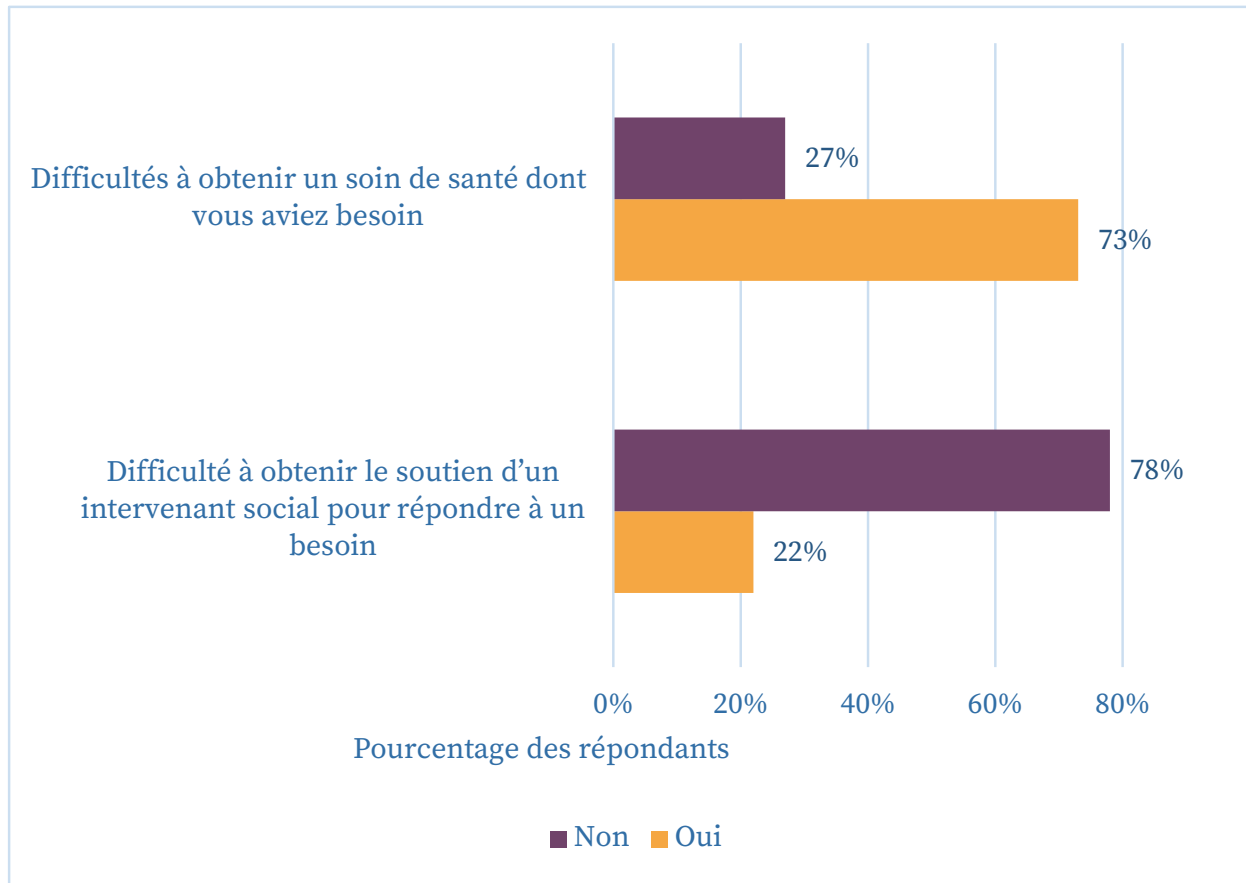
La compréhension des obstacles qui limitent ou bloquent l'accès ou l'utilisation des services de santé par les hommes immigrants constitue un enjeu important de cette recherche³. La présente section s'intéresse à cette question.

Comme l'illustre la Figure 13, près du trois quarts des répondants mentionnent avoir rencontré des difficultés à obtenir un soin de santé lorsqu'ils en avaient besoin. Plusieurs facteurs freinent l'accès ou l'utilisation des soins de santé (incluant les soins en lien avec le bien-être psychologique). La difficulté à avoir un rendez-vous et les délais pour obtenir un rendez-vous⁴ ainsi que le manque de connais-

3 Bien que notre échantillon soit constitué d'hommes ayant accès aux services de la RAMQ, les personnes immigrantes sont soumises à un délai de carence, soit une période de trois mois durant laquelle elles n'ont pas accès au régime public. Néanmoins, nos outils de collecte de données ne nous permettent pas de nous pencher sur les manifestations et les impacts de ce manque de couverture médicale par les hommes, même si cet obstacle en début de parcours est susceptible d'avoir influencé leurs réponses. De la même façon, des obstacles peuvent être liés à la couverture offerte par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), octroyant une protection limitée et temporaire en termes de soins de santé, notamment aux demandeurs d'asile. Le sondage ne prenait pas en compte cette étape par laquelle certains hommes ont pu passer. Néanmoins, plusieurs commentaires entendus dans le cadre des entrevues y font référence.

4 Ces obstacles sont les mêmes pour la population canadienne en général, pour laquelle « l'attente trop longue

Figure 13 : Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir un soin de santé dont vous aviez besoin (n=420)/le soutien d'un intervenant social pour répondre à un besoin (n=421) ?



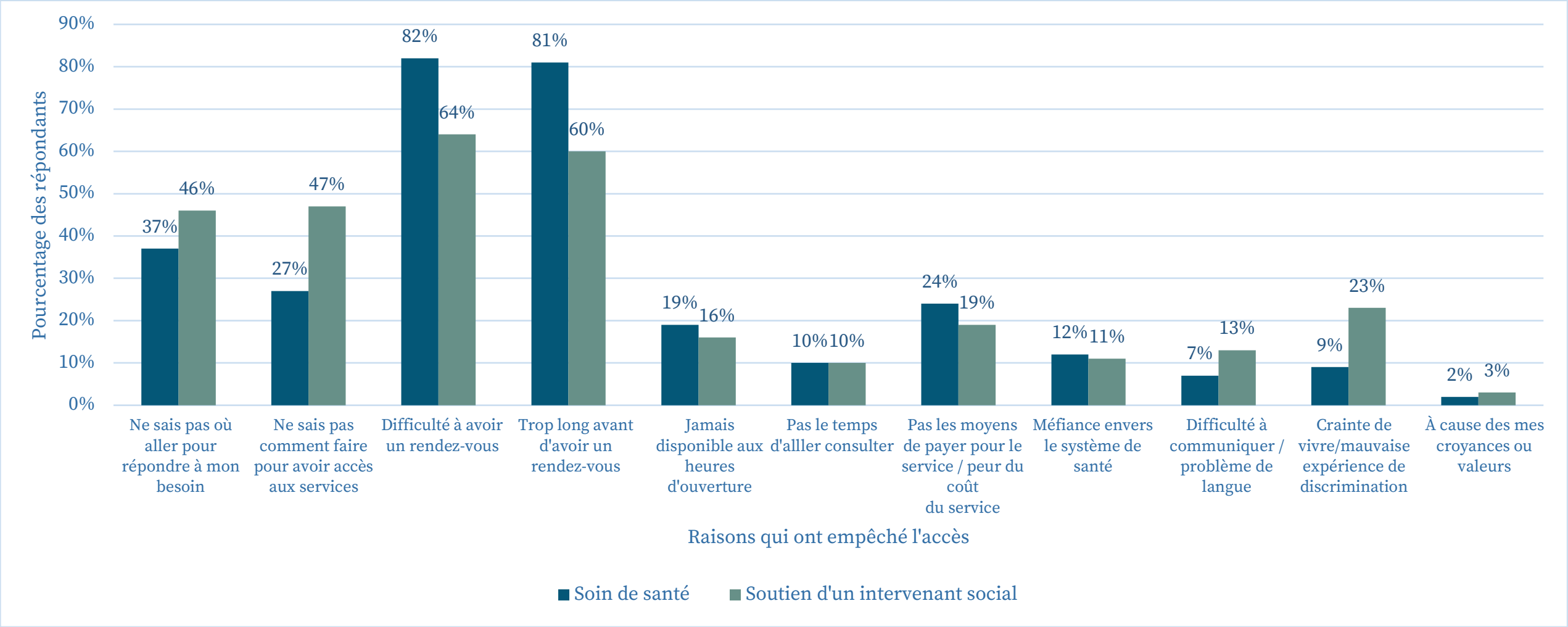
sances (« ne pas savoir où aller », « ne pas savoir comment faire ») constituent les obstacles les plus importants rencontrés par les hommes sondés lorsqu'ils tentent d'accéder à un service en lien avec leur santé physique ou leur bien-être psychologique. Les coûts réels ou appréhendés ont constitué une barrière pour près d'un homme sur quatre. Il est important de noter que la méconnaissance des services et de leur fonctionnement, les difficultés de communication et le fait d'avoir vécu de la discrimination (ou la crainte d'en vivre) sont davantage considérés par les hommes comme des

obstacles à l'utilisation des services sociaux qu'à l'utilisation des services pour des besoins de santé physique.

Par ailleurs, le sondage offrait la possibilité aux hommes de nommer des obstacles supplémentaires qui ne figuraient pas dans les choix de réponse suggérés. C'est la difficulté à obtenir un médecin de famille qui a été le plus fréquemment mentionné.

avant d'obtenir un rendez-vous » et la « difficulté à obtenir un rendez-vous » constituent les obstacles les plus souvent mentionnés parmi les personnes, tous sexes confondus, ayant déclaré avoir éprouvé de la difficulté à obtenir des soins de santé (Clarke, 2016).

Figure 14: Quelle(s) raison(s) vous ont empêché d’avoir accès à un soin de santé / le soutien d’un intervenant social ? (n=94)



Note : les participants ont la possibilité de sélectionner plus d'un motif.



FRANÇAIS / ANGLAIS

Avoir répondu au sondage en anglais est davantage associé au fait de rapporter « ne savais pas où aller pour répondre à mon besoin » comme facteur ayant empêché l'accès à un soin de santé (n=94; 327 non applicables).

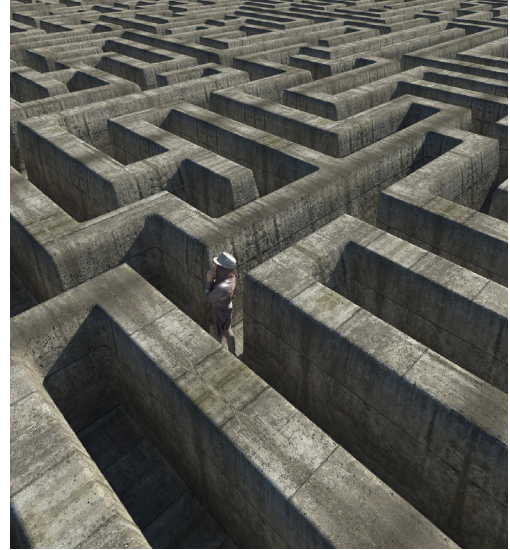


Photo: [Matthias Wewering](#), Pixabay

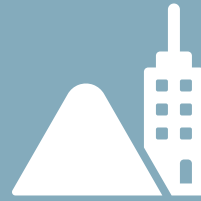
Les entretiens semi-dirigés nous permettent de mieux comprendre, à partir d'exemples concrets, les facteurs qui ont complexifié l'accès aux services sociaux et de santé pour les hommes rencontrés. Alors que plusieurs d'entre eux se superposent aux raisons évoquées dans le sondage, les propos des hommes interviewés font mention d'obstacles supplémentaires. L'analyse des entrevues réalisées a permis de dégager cinq grandes catégories d'obstacles, tel qu'illustré à la Figure 15: les obstacles communicationnels, ceux liés au manque de connaissances, les obstacles liés au statut socioéconomique et au contexte migratoire, les barrières culturelles et celles liées à la structure du système de santé⁵. Il importe

de préciser que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives (un obstacle peut se retrouver dans plus d'une catégorie) et peuvent être cumulées (une même personne peut faire face à plusieurs de ces obstacles simultanément). Elles offrent néanmoins un cadre analytique pertinent pour aborder les difficultés dans l'accès aux soins des personnes immigrantes.

⁵ Ces obstacles sont inspirés d'Ahmed et al. (2016), qui identifient des barrières dans l'accès des immigrants aux soins de santé primaire au Canada. Les obstacles communicationnels font référence à la difficulté à s'exprimer dans une des deux langues officielles. Plus largement, ils comprennent aussi les dimensions culturelles de la communication. S'inspirant d'Hofstede (1980), les auteurs définissent la culture comme impliquant une façon de penser et d'agir qui distingue des personnes entre elles ou des groupes entre eux. Cette dernière influence la façon dont les individus prennent soin de leur santé et prennent des décisions par rapport à celle-ci. Parmi les obstacles liés à la culture, les auteurs identifient, entre autres, les relations de genre, le stigmate associé aux problèmes de santé mentale et le manque de compétence culturelle de la part des professionnels de la santé. Les obstacles socio-économiques sont liés au déclin du statut économique fréquemment provoqué par la migration, particulièrement dans les premières années. Cette précarité économique engendre des obstacles en lien avec la précarité de l'emploi, le manque de temps, les coûts du transport ainsi que de certains services. Les barrières liées à la structure du système de santé impliquent la centralisation du système, les difficultés à comprendre et à naviguer ce dernier, la frustration par rapport à la nécessité de référence pour consulter un spécialiste. Les obstacles relatifs aux connaissances des immigrants font référence au manque de connaissances de ces derniers par rapport au système de santé.



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0



MONTREAL ET LES RÉGIONS

Vivre dans la région métropolitaine de Montréal est davantage associé au fait d'avoir eu des difficultés à accéder au soutien d'un intervenant social depuis l'arrivée au Québec (n=411).



FRANÇAIS / ANGLAIS

Avoir répondu au sondage en français est davantage associé au fait d'avoir été empêché d'accéder à un soin de santé du fait de « ne pas savoir comment faire pour accéder aux services » (n=93, 318 non applicables).



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0

Figure 15 : Les obstacles dans l'accès ou l'utilisation des services sociaux et de santé

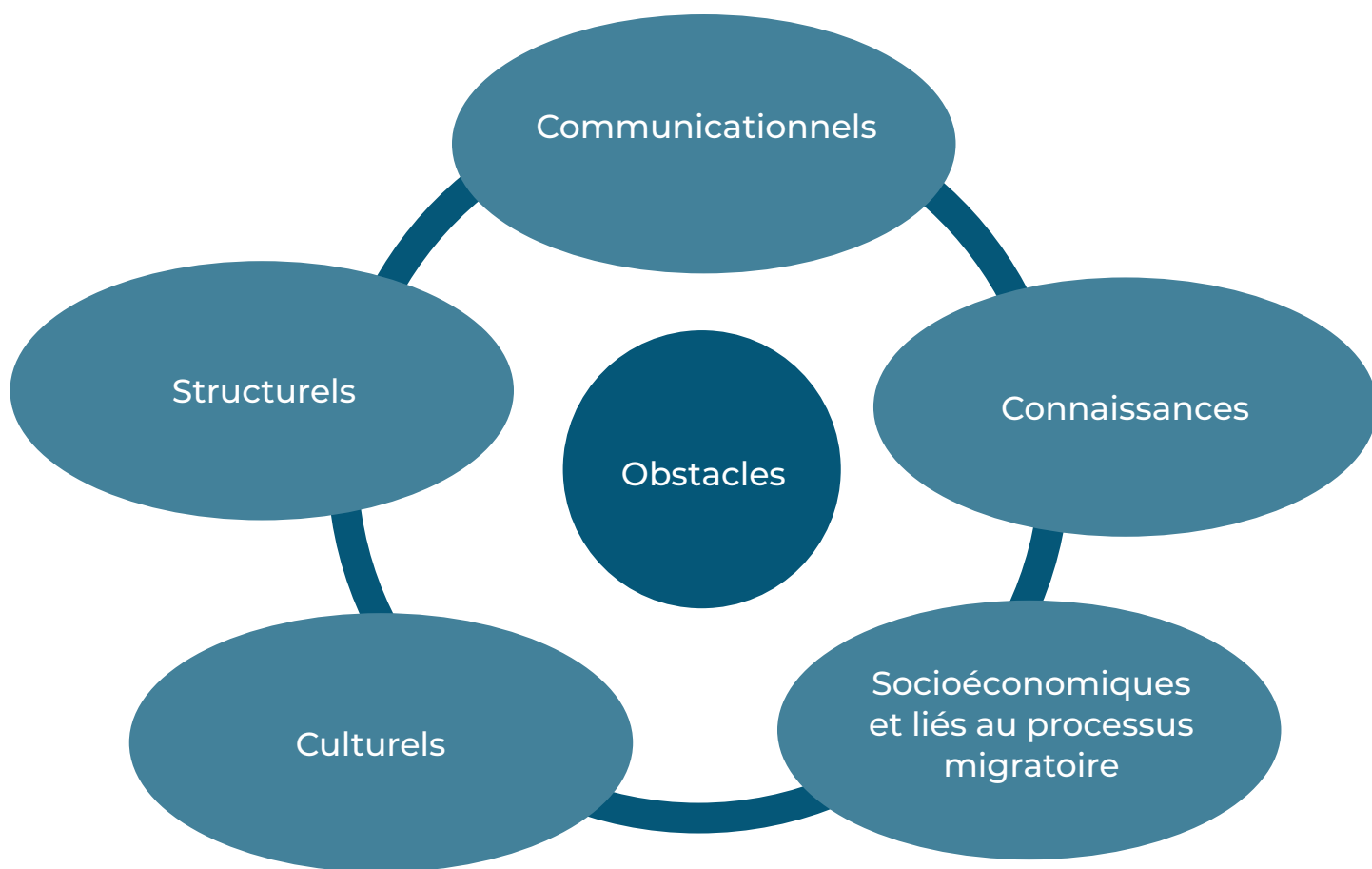




Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0



MONTREAL ET LES RÉGIONS

Vivre en région est davantage associé au fait de rapporter la difficulté de communiquer comme un obstacle rencontré dans l'obtention d'un soin de santé. (n=93; 318 non applicables).

5.3.1 Obstacles communicationnels : la langue comme un facteur essentiel à l'expression des maux et à l'accès aux soins

La communication constitue une dimension centrale dans l'accès ou l'utilisation des services et la demande d'aide. Plusieurs hommes nous ont confié avoir éprouvé des difficultés dans leur parcours au sein du système de santé et des services sociaux en raison d'un manque de maîtrise de la langue, surtout dans les premières années suivant l'établissement au Québec. Eric exprime bien cette réalité qui fait en sorte que certains hommes peuvent hésiter à aller chercher de l'aide pour répondre à un besoin de santé physique ou psychologique :

« Au début, les premières années, la barrière de la langue, c'est quelque chose pénible! Très, très pénible. Le fait d'avoir un rendez-vous par téléphone, des fois, pour certaines personnes, c'est pénible. Je le sais qu'il y a des gens qui sont patients, etc. Mais des fois, on ne comprend pas, ils ne nous comprennent pas. Donc on ne peut pas, on a de la misère à expliquer qu'est-ce qu'on ressent. Des fois, on ne connaît pas les mêmes mots pour décrire les douleurs, les par-

ties du corps, l'enjeu principal, etc. Qu'est-ce qu'on sent? Ce n'est pas facile donc se familiariser avec ça, ce n'est pas facile, ce n'était pas facile au début. Donc, mettons probablement on a eu des gripes, on a eu des choses comme ça, mais on a évité, parce qu'on savait que... Voyons, on prend une... Je ne sais pas un sirop, quelque chose comme ça puis des médicaments, sans prescription, puis ça va bien aller. »
- Eric, 41 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2012.

La maîtrise de la langue d'échange de la majorité revêt aussi une importance cruciale lorsqu'il est question de soutien pour le bien-être psychologique, tel qu'exprimé par Miguel, qui, bien que parlant un anglais presque parfait, a senti une aisance accrue lorsqu'il a eu accès à un thérapeute dans sa langue maternelle (l'espagnol) :

« I think the language, the English is not my native language maybe there were some words that can be misunderstood from the culture, I think! I think! That might be also an issue. »
- Miguel, 36 ans, originaire de Cuba, arrivé au

Québec en 2012

5.3.2 Obstacles socio-économiques et reliés au contexte migratoire : quand les soins sont inaccessibles financièrement et que les défis d'intégration font passer la santé à un plan secondaire

Migrer, c'est laisser derrière soi des membres de sa famille, des amis, une maison, un emploi, etc. Bien que ce soit par désir d'une vie meilleure (pour eux, mais aussi souvent pour les enfants) que les hommes que nous avons rencontrés ont quitté leur pays d'origine, l'installation au Québec s'est accompagnée pour plusieurs d'un période de précarité socioéconomique. Plusieurs des hommes interviewés ont mentionné être surchargés par les multiples défis engendrés par l'arrivée dans un nouveau pays. La majeure partie de leur temps étant dédiée à l'intégration au marché du travail, la santé se voit reléguée à un plan secondaire.

« I think one of the main problem actually is It is lack of time, basically. I always have the feeling I am not gonna be able to advancing my work, if I have to lose time going to the doctor. You know, time to find help, or going to a clinic, or... If I go to this doctor then he is gonna send me to another doctor, and they have to do this, and bla-bla-bla. It is mostly, it is the pressure of time. I need to do work. I am gonna lose a lot of time doing that kind of stuff. »
- Esteban, 43 ans, originaire de la Bolivie, arrivé au Québec en 2012

D'autres hommes nous ont confié ne pas être capables de défrayer les coûts associés à certains services non couverts par le régime public.

« C'est que ce n'est pas nécessairement tout le monde qui a accès à la médecine alterna-

tive, parce que c'est cher quand même. Si on parle d'une ostéopathe, d'un acupuncteur ou n'importe quoi, c'est quand même cher d'aller consulter. Donc il faut que tu aies une assurance à ton travail pour pouvoir consulter. »
- Carlos, 43 ans, originaire du Mexique, arrivé au Québec en 2008

« À cause des coûts hein! Parce qu'on me dit que l'assurance santé ne prend pas ça en charge pour moi. Donc j'ai dit à ma femme, après ma formation, quand je vais avoir un emploi, et là j'aurai une assurance complémentaire et là je pourrai aller rencontrer un dentiste pour cela. Mais pour le moment, je ne peux pas le faire, par manque de moyen. »
- Ali, 40 ans, originaire de la Guinée, arrivé au Québec en 2019

Alors que certains services peuvent attendre que la situation économique se stabilise, dans le cas d'urgences, le manque de ressources financières peut avoir des conséquences plus graves, comme en témoignent les paroles de Gustavo, qui a dû se faire arracher des dents faute de pouvoir payer pour leur réparation.

« Mais elle m'a donné aussi le nom d'un dentiste dans le centre-ville, mais c'était une dentiste gratuite, c'est juste une sorte d'extraction de dents. (...) C'est ça que j'ai fait finalement parce que mon problème est rendu vraiment loin. Finalement j'ai fait ça [faire arracher les dents], parce que oui, je n'avais pas justement d'argent pour payer un dentiste pour faire un travail plus complexe. [...] Mais c'est ça, finalement j'ai réussi à... oui, à solutionner le problème comme ça. »
- Gustavo, 44 ans, originaire du Chili, arrivé au Québec en 2015

Pour certains répondants, la migration a eu comme conséquence un changement ma-

jeu de leur statut socioéconomique. Certains évoquent une précarité nouvelle alors que leur situation socioprofessionnelle au pays était privilégiée. Ainsi, le recours à certaines ressources peut être perçu comme stigmatisant en terre d'accueil, comme l'exprime l'extrait suivant :

« For example, I would want to seek like you mentioned about the housing services, if I know that there is a government provided help for immigrants, I would definitely want to access that service. If it is something which is like one of those social housing projects, where the government would say, okay, you go and live in this place. That I don't want to access this service, because we have seen some places where we went to help, but this would likely make it worst if I was... All of this stress and then I go into this kind of neighborhood, I would probably get stress more because not every immigrants who come from slum or a ghetto in their country. So to them, for example, if I had a car in India and I had a chauffeur in India, to come here and not have a car and a chauffeur, it is okay. I can understand and live with it. But then to go and live in a ghetto? I would be like why did I come here? It is supposed to be better life, it is not the worst life. »
- Garry, 49 ans, originaire de l'Inde, arrivé au Québec en 2018

5.3.3 Obstacles liés aux connaissances : lorsque le manque d'information entrave l'accès et l'utilisation des services

Pour utiliser une ressource, il faut d'abord en connaître l'existence et savoir comment y accéder. Or, plusieurs des hommes rencontrés dans le cadre de cette recherche ont évoqué la méconnaissance des ressources comme étant un obstacle important à l'accès à de l'aide ou à des soins, notamment en ce qui a trait à la santé mentale. La majorité des hommes in-

terviewés, à un moment ou un autre de leur parcours, ignoraient l'existence de certaines ressources, les privant par le fait même de la possibilité d'y recourir :

« Je me sens parfois vraiment un peu la dépression vraiment, et là je ne sais pas vraiment où me tourner, vraiment. Je ne sais pas, par exemple, est-ce que je dois aller au médecin, à une clinique sans rendez-vous, dire : "Bien je me sens un peu en dépression, où je dois aller?" Je ne sais pas honnêtement où? »
- Roberto, 36 ans, originaire du Brésil, arrivé au Québec en 2011

Ce manque de connaissances semble être exacerbé lorsque le cadre de référence du pays d'origine contraste beaucoup avec celui du lieu d'accueil. Ce décalage entre des systèmes de santé hétéroclites, qui peut retarder la prise de conscience de l'existence d'un service (ou plus largement la compréhension de ce en quoi consiste un service), est bien exprimé par les propos d'Ali :

« Parce que nous, chez nous, il n'y a pas ça. [...] Ouais, les services psychologiques, ça je ne sais pas c'est quoi exactement. [...] Comme chez nous là, nous, c'est uniquement la santé physique qui compte. La santé psychologique et mentale, généralement, ce sont des trucs qu'on ne connaît pas réellement. Je pense que c'est facile d'avoir des informations sur les services de santé, mais les services psychologiques, je n'ai presque pas rencontré d'annonce par rapport à ça. »
- Ali, 40 ans, originaire de Guinée, arrivé au Québec en 2019

Les connaissances sont particulièrement lacunaires dans les premières années qui suivent l'établissement. Ces dernières s'acquièrent au fil du temps, avec l'expérience de l'utilisation des services, comme en témoigne Charles :



Photo: fizkes / Shutterstock

« Mais c'est sûr que quand on n'est pas habitué ici, ça prend du temps à comprendre; surtout si on n'utilise pas souvent les ressources de santé, c'est seulement au fur et à mesure qu'on a un problème que l'on découvre comment faire. Et souvent quand on a un problème, ce n'est pas à ce moment-là qu'on a envie de commencer à découvrir le système. »
 - Charles, 33 ans, originaire de la Belgique, arrivé au Québec en 2016

La compréhension et l'adaptation à un nouveau système de santé, plus ou moins distinct selon le pays d'origine, ne se résument pas à la connaissance ou non d'un établissement ou d'une ressource particulière. Pour bien le « naviguer », ce système doit être appréhendé dans sa globalité, dans sa logique interne. Il s'agit d'un réapprentissage pour les hommes immigrants. Évidemment, plus le système diffère de celui du pays d'origine, plus la perte de repères est importante.

« Je pense qu'ici, quand les personnes com-

prennent le modèle, ça change. Parce que dans notre tête, quand nous arrivons, ce modèle, commencer un autre modèle, le changement, ça, c'est dur. Et quand j'ai compris le système ici, j'ai dit "Ok, si c'est une urgence, je peux aller ici. Si c'est un problème mineur, je peux appeler le médecin de famille. Et je peux aller en pharmacie pour demander un médicament comme ça". Oui, quand je connais le système c'est plus facile. Mais ça prend du temps [...] »
 - Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2014

La plupart des hommes immigrants interviewés affirment ne pas avoir été informés par rapport au système de santé à leur arrivée au Québec. Selon leurs témoignages, l'absence de centralisation de l'information et d'un acteur institutionnel ou communautaire qui serait responsable de diffuser ces informations et d'orienter les nouveaux arrivants fait en sorte qu'ils se sentent laissés à eux-mêmes et que l'apprentissage d'un nouveau système (mode

de fonctionnement, ressources disponibles, etc.) repose sur les épaules des individus. L'extrait suivant est éloquent par rapport à cette lacune :

« Oui, je pense qu'on manque beaucoup d'information, pour connaître le réseau, pour connaître toute l'information. Mais pour moi c'est une responsabilité du gouvernement de nous donner l'information. Quand j'arrive ici à l'aéroport, je ne sais pas, l'officiel d'Immigration dit "Ok, ça c'est l'information, tu peux entrer ici s'il y a un problème de santé"; je ne sais pas. Mais je pense que le problème c'est l'accès à l'information. »
- Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2014

Le manque de connaissances, plus spécifiquement en lien avec les ressources pour hommes, a également été soulevé :

« Bien en fait, ça va être surtout ce type de service, je pense, en fait, qu'il peut y avoir comme de l'incompréhension ou sinon qu'il n'y a pas beaucoup de publicité comme pour mettre des services qui sont offerts aux hommes, particulièrement aux hommes. »
- Roberto, 36 ans, originaire du Brésil, arrivé au Québec en 2011

5.3.4 Obstacles culturels : quand les manières de penser ou d'agir influencent les rapports aux services

Les entrevues nous permettent de comprendre que d'autres facteurs, au-delà des difficultés d'accès, font en sorte que certains hommes ne demandent pas de services pour des besoins pourtant existants. Bien que l'option de ne pas recourir à ces services relève d'un libre choix de la part des hommes, elle peut aussi être le résultat de normes de conduites ou de perceptions qui sont liées à l'inscription dans un groupe social. La façon de se définir à la

fois comme homme et comme personne immigrante, avec tout ce que cela implique en termes de socialisation et d'identité, teinte la perception des services ainsi que la demande d'aide. Le terme « obstacle culturel » réfère donc ici à la culture envisagée dans un sens large comme des manières de penser et d'agir qui distinguent des individus ou des groupes entre eux.

Lorsque nous avons posé la question, au cours des entretiens semi-dirigés, à savoir s'il existait des motifs susceptibles d'empêcher les hommes d'accéder aux services de santé, plus d'un participant nous a parlé de la socialisation masculine, qui influence fortement le rapport aux services :

« C'est sûr que les gars, on a moins tendance à aller chercher de l'aide. On veut se débrouiller par nous-même. On connaît moins, on ne connaît pas les ressources. Moi, en fait, c'est ça, mon expérience c'est que 1. Aller chercher de l'aide, t'sais il a fallu qu'on me mette des coups de pied au cul pour que je le fasse. Et ça ne me venait même pas à l'esprit aussi d'aller chercher des ressources en fait. En fait, je ne le savais même pas que ça existait quoi. »
- Philippe, 33 ans, originaire de la France, arrivé au Québec en 2011

Roberto aborde l'importance de prendre en compte les rapports particuliers que les hommes entretiennent avec les services (entre autres la difficulté à demander de l'aide), plutôt que traiter ces derniers comme faisant partie d'une population indifférenciée :

« Parce que pour un homme, pour aller au médecin, surtout des pays des Amériques latines, Afrique, Asie, je ne dirais pas tellement Europe continentale, mais peut-être Europe de l'Est, les hommes sont beaucoup plus réticents à aller de-

mander de l'aide aux médecins, et c'est ça que je veux dire. S'il y a déjà une part déjà faite par eux, il faut vraiment que le système de santé puisse les accompagner aussi. Pas seulement le mettre de côté dans une bulle avec tout le monde ensemble. »
- Roberto, 36 ans, originaire du Brésil, arrivé au Québec en 2011

Si le rapport des hommes avec les services a été évoqué, certains hommes rencontrés ont, pour leur part, témoigné de la relation que les services entretiennent avec les hommes. Plusieurs répondants ont confié ne pas sentir qu'ils constituaient, en tant qu'hommes, une priorité pour le système de santé, contrairement à d'autres groupes considérés vulnérables tels que les femmes, les enfants et les personnes âgées. Roberto témoigne ne pas se sentir pris au sérieux par le personnel médical du fait qu'il est un homme et relativement jeune (36 ans) :

« Tu es toujours le dernier à être un peu comme pris en charge, parce qu'il... C'est comme tu vas voir : Ah ! C'est la madame qui est là, c'est la vieille madame, c'est le vieux monsieur. C'est l'enfant. C'est la madame enceinte. Donc c'est des visibles, c'est comme visiblement c'est comme s'ils ont... Vraiment ils ont le droit d'avoir plus... [...] Comme médecin, il te voit... Visiblement il ne te voit pas comme c'est quelque chose vraiment important pour lui. C'est ça, parce qu'il est peut-être habitué à voir autant des cas graves, autant des situations compliquées, que quand il voit une personne jeune, en santé, qui est là, c'est normalement... Quand je vais dans des cliniques, c'est normalement soit des personnes âgées ou... Tu ne vois pas tellement des gens dans le même âge que moi, ou des hommes... On voit beaucoup de femmes, parce qu'il prend beaucoup plus soin des femmes. Elles ont beaucoup plus d'attention. [...] Mais

quand on est un homme jeune, relativement en santé, personne ne s'intéresse à vous, c'est ça. »
- Roberto, 36 ans, originaire du Brésil, arrivé au Québec en 2011

Eric, travailleur du réseau de la santé et des services sociaux, laisse également entendre que ce dernier a tendance à ne pas prioriser les hommes et de ne pas voir que certains d'entre eux sont vulnérables, dans ce qu'il perçoit comme une « reproduction de la pensée machiste » au sein du système de santé :

« Parce qu'on parle tout le temps qu'il y a le réseau de la santé, puis pour les enfants, tous les vaccins, puis pour une femme qui va accoucher, etc. La grossesse, les suivis, et tout ça, pour les hommes. Voilà, il y a des choses qu'on peut proposer pour les hommes, je ne sais pas, des activités pour les hommes, pour briser la solitude, parce qu'il y a des hommes qui sont seuls, puis pour parler de leur expérience. Des hommes qui ont eu de la difficulté pour établir une famille, à cause de plein de problèmes de leur vie passée, etc. Donc c'est quoi le soutien pour recommencer leur vie, pour tourner la page. Donc évidemment dans l'ensemble de la société, malheureusement ce sont les enfants et les femmes les plus vulnérables, dans le contexte. Donc, mais il y a aussi des hommes qui sont quand même vulnérables. Donc c'est comme une reproduction de la pensée macho dans le réseau, dans la pensée et la façon de... Des fois, ce n'est pas conscient. »
- Eric, 41 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2012

Des conceptions de la santé, de la maladie et des pratiques de guérison qui sont fréquemment fort différentes dans certains pays d'origine des hommes immigrants peuvent constituer un obstacle à l'obtention de soins, comme le souligne Esteban :

« And for a lot of immigrants, there is this social stigma about mental health anyway! [...] So it is difficult to access direct resources for that. »

- Esteban, 43 ans, originaire de la Bolivie, arrivé au Québec en 2012

Eric relate qu'en Colombie, le machisme constitue un obstacle important à la reconnaissance des problématiques de santé mentale chez les hommes. Ce stigmate associé aux difficultés psychiques continue à engendrer des conséquences sur le rapport aux services même une fois que l'individu a quitté sa culture d'origine.

« Le système de santé, c'est juste quand tu es malade, quand c'est vraiment quelque chose mettons corporel, matériel, parce que l'aspect santé mentale est totalement négligé chez nous, dans notre culture, puis l'exprimer quand même, ça devient comme si tu es... en tant qu'homme, mettons nommer des choses que tu te sens... tu ne te sens pas bien... C'est toi le gars de la maison,

tu ne peux pas te sentir comme ça. Donc c'est la culture macho qui est à l'intérieur [de nous], c'est une machine qui roule et puis on n'est pas conscient. Si on travaille sur elle, oui, bien sûr. Mais il n'y a personne qui n'aime pas ses façons de faire. Oui, l'aspect de la santé mentale, je pense que c'est très, très négligé là-bas, et puis c'est très proscrit pour les hommes, les hommes n'ont pas besoin de ça, on ne parle pas de ça. »

- Eric, 41 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2012

Certaines hésitations à demander des services peuvent être basées sur des perceptions (fondées ou non) intimement reliées au sentiment d'appartenance et de citoyenneté des personnes immigrantes. Dans le cas de Roberto, ce sont les représentations véhiculées par les médias qui l'ont fait douter de sa légitimité à utiliser les ressources de santé. L'intégration de ce stéréotype péjoratif a influencé son rap-



Photo: [Peggy und Marco Lachmann-Anke](#), Pixabay

port aux soins.

« Oui, je pense que surtout quand on arrive ici, on a un peu l'impression que le système de santé, c'est quelque chose qui appartient aux gens d'ici. C'est vraiment quelque chose que c'est... Quand on arrive vraiment ça arrive... tu dis: "Bien ça, ça n'appartient pas à moi, moi je suis tout nouveau, je n'ai pas droit à ça", et il y a aussi un peu de... Bien je me souviens des commentaires que je voyais dans le journal ou à la télé, que les gens d'ici disaient: "Bien les immigrants viennent pour engorger encore notre système de santé". Et c'est quelque chose qui rentre un peu dans ta tête, et que tu laisses un peu de côté, parce que tu te dis: "Oui, c'est vrai, moi je n'ai pas tellement le droit d'y aller. T'sais moi je ne peux pas y aller". »
- Roberto, 36 ans, originaire du Brésil, arrivé au Québec en 2011

Finalement, le refus ou l'hésitation à recourir à certains services peut être relié à une identité de classe sociale, héritée de la position que l'individu occupait dans son pays d'origine. Ainsi, malgré des temps difficiles au cours de sa première année au Québec (absence d'emploi et des économies qui s'épuisent), au point où il a envisagé la possibilité de retourner en Algérie avec sa famille, Mehdi, anciennement médecin dans son pays d'origine, refuse catégoriquement d'avoir recours à des prestations d'aide sociale :

« Oui, mais l'aide sociale quand on a aucun diplôme, etc. C'est facile d'aller se dire, bien j'ai besoin d'aide sociale. Mais quand tu as un diplôme, ce n'est pas évident d'aller dans un lieu d'aide sociale et faire la chaîne avec tout le monde. [...] Moi c'est condition sine qua non. Jamais je demanderai l'aide sociale en argent, moi-même! Et j'espère que mes filles ne le feront jamais. »
- Mehdi, 62 ans, originaire de l'Algérie, arrivé au Québec en 2009

5.3.5 Obstacles structurels : quand les caractéristiques intrinsèques du système de santé mettent des bâtons dans les roues

Si comprendre et apprivoiser un nouveau système dont le fonctionnement s'avère parfois très différent de celui du pays d'origine peut représenter un obstacle à l'utilisation des services, des caractéristiques inhérentes au système lui-même peuvent également constituer des barrières. Les hommes immigrants rencontrés dans le cadre de cette étude ont mis en lumière plusieurs de ces obstacles systémiques.

La complexité du système

Plusieurs hommes ont évoqué la complexité, de leur point de vue, du système de santé et des services sociaux québécois. Ainsi, non seulement les hommes immigrants doivent réapprendre un nouveau modèle, mais ils se retrouvent également face à un système de santé qu'ils qualifient de beaucoup plus complexe, voire bureaucratique, que celui qui existe dans leur pays d'origine. La source de frustration qui revient le plus souvent dans les propos des hommes est reliée à la nécessité (et la difficulté) de devoir passer par un médecin généraliste pour pouvoir être référé à un spécialiste, ce qui n'était vraisemblablement pas le cas dans le pays qu'ils ont quitté.

« It is more direct in my country, right. [...] You know, [here] if you need something like a specialist, of course, you need to get referral first. This is the thing, you need to get a referral first before going to the specialist. Getting a reference it is a long process it makes it difficult. »
- Frank, 41 ans, originaire des Philippines, arrivé au Québec en 2020

« It is very bureaucratic and it takes time, and you think that there may be something urgent. [...] Then you have the impression that it is taking too much time until they are going to refer you to a specialist. All the problems I had there was to find a dermatologist. »
- Esteban, 43 ans, originaire de la Bolivie, arrivé au Québec en 2012

L'accès à un médecin de famille

Tel qu'abordé dans la littérature, les immigrants, particulièrement ceux arrivés récemment, ont beaucoup moins accès à un médecin de famille que le reste de la population. Par conséquent, il n'est pas surprenant que plusieurs hommes aient identifié cette problématique lorsque nous les avons interrogés sur les obstacles à l'obtention de soins. Par ailleurs, étant donné que l'accès à un médecin de famille constitue la porte d'entrée pour avoir accès aux médecins spécialistes, on comprend facilement pourquoi les hommes interviewés mettent autant d'emphasis sur la difficulté à accéder à ces derniers. Les extraits suivants témoignent des conséquences au niveau de l'accès aux soins (manque de suivi, attente aux urgences) engendrées par l'absence d'un médecin de famille.

« Finalement quand on n'a pas de médecin de famille, on a droit au... Comment on appellerait ça? Aux miettes qui restent. [...] Et finalement, si à un moment donné, ça n'allait pas, bien j'aurais été aux urgences [...] J'aurais peut-être été terminé à l'urgence pendant 12 heures pour un truc qui n'était absolument pas du domaine de l'urgence. »
- Charles, 33 ans, originaire de la Belgique, arrivé au Québec en 2016

« C'est logique quoi. Il faut que tu aies un suivi... Mais ça, tu vois, à chaque fois les gens ré-

pétaient la même erreur, parce qu'ils n'avaient pas de suivi. [...] Quand je suis arrivé à mon problème de peau, bien finalement ça a pris dix ans pour être diagnostiqué, c'est ça le problème! Donc c'est le manque de suivi au niveau de la santé, quoi, qui n'est pas bon quoi. C'est réglé avec le médecin de famille, mais avant, c'est genre what the fuck, quoi, ce n'est pas bon quoi. »
- Philippe, 33 ans, originaire de la France, arrivé au Québec en 2011

La difficulté à accéder à des soins ou des services quand ce n'est pas urgent

Certains hommes interrogés ont souligné le peu de place accordée à la prévention ainsi que la difficulté à être pris en charge lorsque leur problème n'est pas considéré comme grave ou comme une urgence.

« So in India, despite the huge population and the lack of doctors. If I have a pain in my leg, I know I can go to a doctor and he will see it. Here you are suddenly classified as not an emergency, and if you have pain, you deal with it. You just do what you want to do and you just have to wait. That I think it is a huge challenge, and I don't know what the right answer to that is. »
- Garry, 49 ans, originaire de l'Inde, arrivé au Québec en 2018

Le caractère expéditif des soins (ça va vite, ça manque d'humanité)

Plusieurs hommes ont mis l'emphasis sur la précipitation dans l'octroi des soins et la perception de manque d'humanité qui en découle.

« Par exemple, ici, je sens que bon, au Mexique, il y a quand même un suivi plus personnalisé puis plus humain. Ici, je pense que c'est vraiment... on doit aller tellement vite, pour pouvoir couvrir les chiffres ou le nombre de patients, il faut aller tellement vite, que c'est comme, tu arrives avec

le médecin, ok, on fait la recherche pour voir qu'est-ce qui s'est passé? Mais ce n'est pas... Il n'y a rien du tout, ni personnalisé, ni humain. »
- Carlos, 43 ans, originaire du Mexique, arrivé au Québec en 2008

La complexité d'accès à des soins en santé mentale

Au sein des témoignages recueillis par le biais des entrevues, l'accès à des services en lien avec la santé psychologique a été dépeint comme particulièrement ardu. En effet, plusieurs obstacles tels que les délais, les coûts ou tout simplement l'absence de services s'entrecroisent, rendant souvent inaccessibles des soins pourtant nécessités par les hommes.

« J'avais cherché au Québec des ressources en psychologie, et en fait, on m'a envoyé sur les réseaux, j'ai envoyé ou dix ou 15 emails, et tous m'ont répondu: « Ah! non! Pas avant cinq mois! Pas avant quatre mois! » ou alors 300 \$ de l'heure, ou pas avant six mois. Donc j'ai ce sentiment de... En fait, si j'ai besoin de voir un psychologue, il n'y en a pas. »
- Charles, 33 ans, originaire de la Belgique, arrivé au Québec en 2016

Dans le cas de Miguel, l'accès à une thérapie s'est soudainement évaporé suite à son acceptation comme réfugié, le privant dorénavant de services auxquels il avait précédemment accès comme demandeur d'asile. Sa précarité économique l'empêche de se tourner vers le secteur privé afin d'obtenir de l'aide.

« But mental health speaking, after my status change from demandeur d'asile to réfugié reconnu, mental health follow-up none. [...] [Now] I am by myself. I only... The only help I have it is my medication. [...] If I had the money I would pay a therapy, for sure. »
- Miguel, 36 ans, originaire de Cuba, arrivé au

Québec en 2018

Le manque de connaissance des professionnels de la santé et des services sociaux par rapport aux réalités des personnes immigrantes (et les personnes immigrantes LGBTQ)

Certains hommes nous ont témoigné ne pas sentir que leurs enjeux spécifiques (leurs antécédents, leur manque de connaissances, les défis reliés au contexte migratoire, les différences culturelles) étaient pris en compte par les acteurs du système de santé et des services sociaux.

« C'est certainement le fait que le personnel médical se dit simplement qu'on est comme la personne d'avant et la personne d'après. C'est-à-dire qu'on connaît le système si vous voulez. [...] Donc ça veut dire que la personne ne peut pas vraiment savoir que je suis immigrant sur ma carte RAMQ ou quoique ce soit, donc elle se dit simplement: "Cette personne est comme toutes les autres et donc elle connaît les arcanes du système". »
- Charles, 33 ans, originaire de la Belgique, arrivé au Québec en 2016

« Par exemple, ma perception c'est que quelques personnes ne connaissent pas la réalité de l'immigration, ne connaissent pas les problèmes d'un immigrant. Les problèmes, quand je dis problèmes ce n'est pas juste l'argent, c'est sortir d'un pays, arriver dans un autre pays, et le froid, la langue, et tous les problèmes dans la tête... Les personnes ne comprennent pas ça. »
- Ruben, 45 ans, originaire de la Colombie, arrivé au Québec en 2014

Le témoignage de Mark, qui affirme qu'il se sent mieux compris par les professionnels qui sont eux-mêmes immigrants, illustre bien certaines lacunes dans la capacité du système

de santé à adapter ses interventions lorsqu'ils se trouvent face à une personne provenant de l'étranger :

« It is a different system, it doesn't work like in your country, so... Maybe that requires more patience for working on the system. I think many of the peoples are immigrant also, I think they... When you... That's one thing, when you find a immigrant working in the system, you feel that you can... They understand you better sometime your situation. There is a patient being immigrant because they were also immigrants, so it is... You have that feeling that they can understand... »

- Mark, 41 ans, originaire des Philippines, arrivé au Québec en 2021

And especially when you speak so openly about your sexual life, in theory a safe place, when I am talking with a professional person, that is not going to judge me, he is going to listen to me, and it is going to be with me, not making an opinion about... not necessarily you need to talk, but the way your face react, tells a lot. Especially when myself, in the vulnerable situation that I was. »

- Miguel, 38 ans, originaire de Cuba, arrivé au Québec en 2018

Finalement, l'identité sexuelle est ressortie comme une dimension parfois incomprise ou faisant l'objet d'un manque de sensibilité de la part des prestataires de soins et des services sociaux. Deux des trois hommes interviewés appartenant à des minorités sexuelles⁶ ont mis une emphase considérable sur la nécessité que le système de santé et des services sociaux et ses professionnels connaissent, prennent en compte et soient à l'aise avec les besoins et les réalités spécifiques de ce sous-groupe d'hommes. Le témoignage de Miguel, qui évoque l'importance de ne pas se sentir jugé, est fort éclairant à ce sujet :

« And also, like she wasn't feeling comfortable with my story. Because I was talking openly about my sexual life, and I felt that she wasn't feeling comfortable. [...] Cultural misunderstanding might be from my opinion is that some people that... Some heterosexual professional, they find really hard to understand the psychological and behavior of a person who is not heterosexual.

6 La notion de minorité sexuelle fait référence à la diversité sexuelle et des genres : elle comprend l'identification comme lesbienne, gai, bisexuel(le), transsexuel(le) ou transgenre (LGBT) et englobe aussi d'autres identités non conformistes telles que bispituel, queer ou intersexué (Chamberland, Blye et Ristock, 2009).

EN RÉSUMÉ

- ▶ Près du trois quarts des répondants ont mentionné avoir rencontré des difficultés à obtenir un soin de santé dont ils avaient besoin alors qu'un homme sur cinq a rapporté avoir fait face à des obstacles pour obtenir le soutien d'un intervenant social.
- ▶ Parmi les obstacles les plus importants, mentionnés par les hommes pour accéder à un soin de santé ou au soutien d'un intervenant social, on retrouve des barrières d'ordre structurelles (« la difficulté à avoir un rendez-vous » et « les délais pour obtenir un rendez-vous ») ainsi que le manque de connaissances (« ne pas savoir où aller » et « ne pas savoir comment faire »).
- ▶ La « peur de vivre de la discrimination/avoir eu une expérience de discrimination » ainsi que les lacunes au niveau des connaissances (« ne pas savoir où aller » et « ne pas savoir comment faire ») représentent des barrières plus importantes en ce qui a trait à l'obtention de services sociaux qu'en ce qui concerne les soins de santé.
- ▶ Des obstacles d'ordre communicationnel, culturel, structurel, liés aux connaissances du système de santé, socioéconomiques et en lien avec le processus migratoire ont également été mentionnés dans le volet qualitatif de l'étude.
- ▶ Les nombreux obstacles sont susceptibles de se superposer. C'est le cumul d'obstacles agissant à l'intersection des particularités propres aux hommes et celles propres aux immigrants, conjugué à des barrières systémiques qui permettent de comprendre la spécificité du rapport des hommes immigrants avec les services de santé et de services sociaux au Québec.
- ▶ Les freins dans l'accès aux services de soutien pour le bien-être psychologique sont la parfaite expression de la manière dont plusieurs types d'obstacles agissent de manière intersectionnelle. Ainsi, presque tous les hommes interviewés qui ont exprimé avoir eu des besoins de soutien en lien avec leur santé psychologique nous ont fait part d'obstacles souvent insurmontables qui les ont privés de soins. Le manque de connaissances des ressources et des modalités de fonctionnement du système, la surcharge du système public ainsi que les coûts sont évoqués comme des obstacles.

5.4 FACTEURS FACILITANT L'ACCÈS OU L'UTILISATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

hommes qui ne parlent ni le français ni l'anglais.

Alors que la section précédente nous a démontré l'ampleur des obstacles se dressant sur le chemin des hommes immigrants en quête de services sociaux et de santé, il existe d'autres facteurs qui, inversement, sont susceptibles d'améliorer leur accès aux services et de les inciter à utiliser ces derniers. L'identification des éléments qui sont priorisés par les hommes dans leur recherche de soins ou de services nous permet de mieux appréhender leurs trajectoires d'utilisation ou de non-utilisation des services et de miser sur ces éléments prioritaires dans l'analyse des actions à entreprendre pour améliorer l'accessibilité du système de services sociaux et de santé. La Figure 16 nous informe que la rapidité d'accès au service est l'élément le plus fondamental pour les hommes sondés (72%), ce qui n'est pas une surprise considérant le fait que la difficulté et les délais à obtenir un rendez-vous ont constitué des obstacles importants dans leur parcours. Le sentiment que le professionnel pourra réellement aider à résoudre le problème suit en deuxième lieu (57%) et la proximité du domicile arrive au troisième rang (54%) parmi les éléments identifiés comme étant les plus importants dans la recherche d'un service. La possibilité de recevoir le service en anglais ou dans la langue maternelle a été nommée parmi les trois facteurs les plus importants dans la recherche d'un service par moins d'un homme sur dix. Il est toutefois important de rappeler que la maîtrise de la langue française ou anglaise constituait un prérequis pour participer à l'étude. L'importance accordée à ces critères linguistiques aurait probablement été fort différente si le sondage avait été accessible dans plusieurs autres langues et complété par des



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0



FRANÇAIS / ANGLAIS

Avoir répondu au sondage en anglais est davantage associé au fait de considérer « j'ai la possibilité d'avoir le service en anglais » comme un des trois éléments les plus importants dans la recherche d'aide pour la santé physique ou le bien-être psychologique (n=421).



MONTRÉAL ET LES RÉGIONS

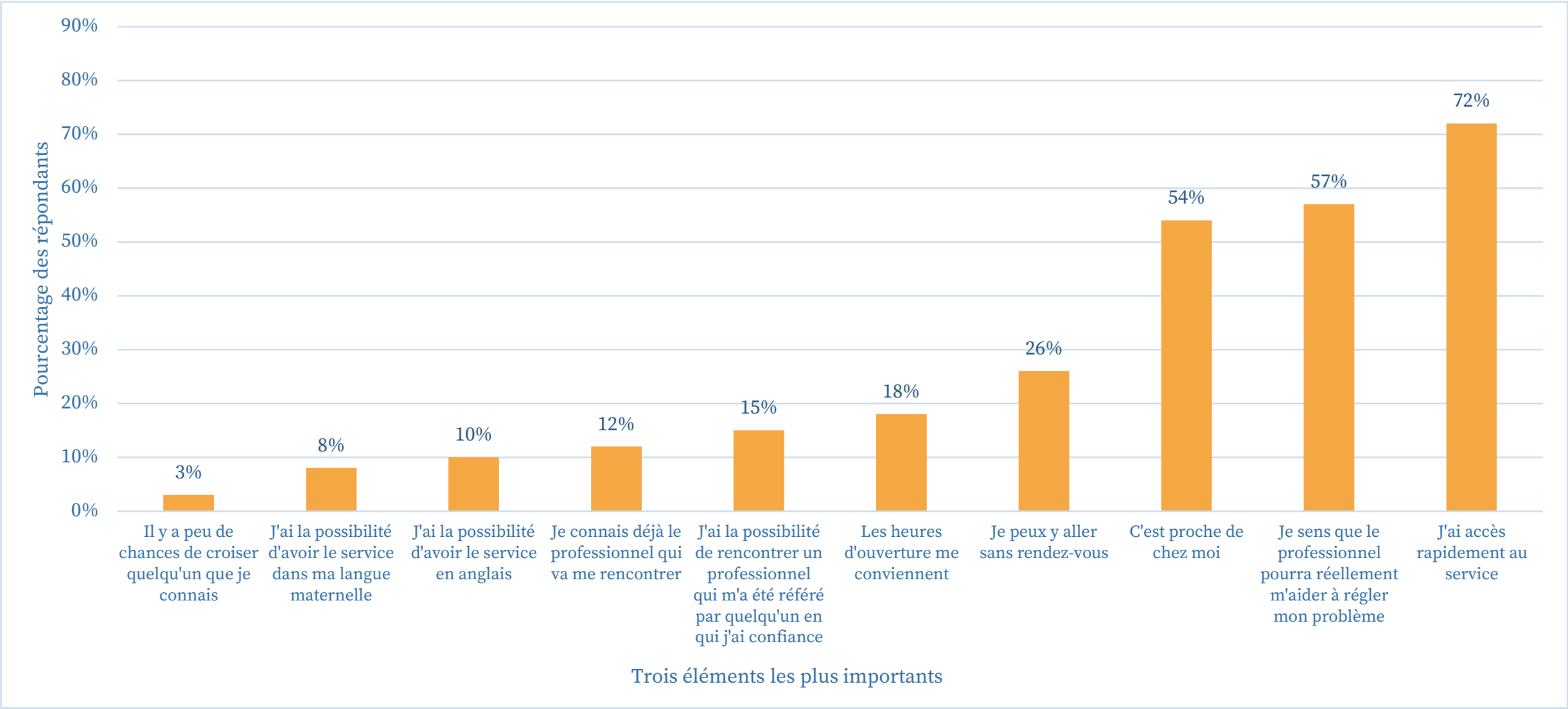
Vivre dans la région métropolitaine de Montréal est davantage associé au fait de considérer la radio comme la meilleure façon de s'informer sur les services (n=411).



Photo: [Axel Drainville](#), CC BY-NC 2.0



Figure 16: Parmi les éléments suivants, quels sont les trois les plus importants pour vous lorsque vous cherchez un service d'aide pour votre santé physique ou votre bien-être psychologique ? (n=421)



L'analyse des entrevues qualitatives permet de faire apparaître d'autres facteurs facilitant l'accès ou l'utilisation des services. Parmi ces facteurs, la dimension humaine du soin ou du service revient souvent dans le discours des hommes rencontrés. Ces derniers disent rechercher des prestataires de soins qui, au-delà de la compétence ou de la gratuité du service, prennent le temps d'écouter, d'expliquer et d'établir un rapport d'humain à humain, comme en témoigne Miguel :

« It can be a cheap service but if the human part is not there, it would not work. For me the human factor it is very important when I am getting a service from health care or another part. I am talking... Despite... there should be a professional posture, I am talking with a human. Also depends of where, or what kind of service I am getting. That's very important. Community services, the human factor is very

important. Health care system, human factor, it is extremely important in my opinion. »
- Miguel, 38 ans, originaire de Cuba, arrivé au Québec en 2018

Finalement, étant donné que la méconnaissance des services constitue un obstacle substantiel dans l'accès aux services sociaux et de santé, nous avons cherché à savoir quelles étaient, selon les hommes, les manières les plus efficaces de les informer sur ces services. Comme en témoigne la Figure 17, les médias sociaux (61%), les sites Internet (58%) et l'information postale (41%) constituent les courroies de transmission d'informations les plus populaires. Un tel constat est peu surprenant étant donné que les répondants ont complété le sondage sur Internet.



Photo: [Andrzej Rembowski](#) Pixabay

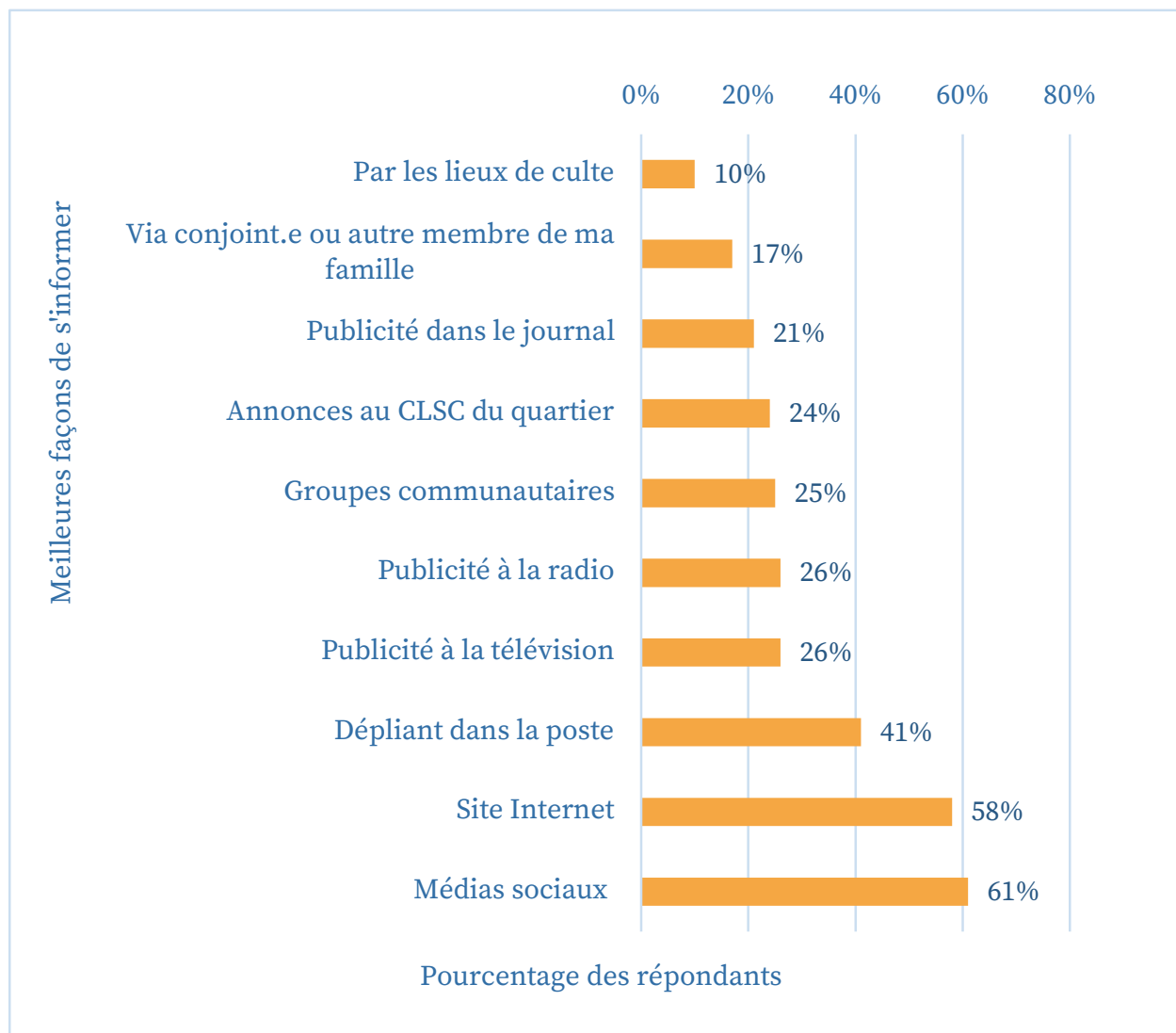


FRANÇAIS / ANGLAIS

Avoir répondu au sondage en français est davantage associé au fait de considérer « publicité à la télévision » et « publicité à la radio » comme meilleure façon de s'informer sur les services (n=421).

Avoir répondu au sondage en anglais est davantage associé au fait de considérer « dépliant dans la poste » comme meilleure façon d'être informé sur les services (n=421).

Figure 17 : Quelles seraient les meilleures façons de vous informer sur les services qui existent au Québec ? (n=421)



Note : les participants ont la possibilité de nommer plus d'une réponse.

EN RÉSUMÉ

- Les trois éléments les plus importants mentionnés par les hommes sondés lorsqu'ils sont en quête d'un service d'aide pour leur santé physique et leur bien-être psychologique sont, en ordre décroissant : la rapidité de l'accès au service, le sentiment que le professionnel pourra réellement aider à la résolution du problème et la proximité du service. La dimension humaine du soin revêt également une grande importance, tel que témoigné dans les entretiens semi-dirigés.
 - Les médias sociaux, Internet et les informations postales sont considérés par les hommes comme les meilleures sources d'information.
-



Photo: [Moos Grün](#), Pixabay

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette recherche nous apprend que, depuis leur arrivée au Québec, les hommes ayant participé au sondage ont davantage été touchés par des problèmes psychologiques que par des problèmes de santé physique. Les entrevues menées auprès des hommes révèlent que le lot de défis, d'incertitudes et de stress qui accompagne le processus migratoire est à la source d'une partie des préoccupations affectant leur bien-être psychologique. La prévalence des problèmes psychologiques comparativement aux problèmes physiques s'applique également à la période couvrant le mois précédant la participation à l'enquête. Qui plus est, la pandémie de COVID-19 a contribué à une plus grande détérioration du bien-être psychologique que de l'état de santé physique des hommes.

Malgré ces constats qui laissent entrevoir de plus amples besoins au plan psychologique qu'au niveau physique, et ce à toutes les échelles temporelles, les hommes ont beaucoup moins recours aux services en lien avec le bien-être psychologique. On constate également que la

pandémie de COVID-19 a peu influencé l'utilisation des ressources, peu importe la nature (santé physique ou bien-être psychologique).

Paradoxalement, bien que les hommes utilisent peu les services dédiés à la santé psychologique, les préoccupations au plan psychologique apparaissent comme le deuxième motif qui les pousseraient à consulter des ressources, après des problèmes de santé physique qui les inquiètent. Les problèmes liés à l'emploi figurent en troisième place. Certaines ressources, soit les cliniques médicales et les hôpitaux, sont davantage utilisées par les hommes, alors qu'ils ont recours dans une moindre mesure aux CLSC (dont les services seraient peu connus) et aux organismes communautaires. Ces deux derniers types d'établissements sont ceux qui ont le plus répondu aux besoins des hommes, même si en général le niveau de satisfaction est généralement bon pour l'ensemble des ressources. Les entrevues semi-dirigées nous permettent de saisir avec plus de nuances l'appréciation des services au

sein des différents établissements. La longue attente dans les hôpitaux et les cliniques a été soulevée comme une source d'irritation, tout comme la complexité et le manque d'uniformité dans les modalités d'accès ainsi que le caractère expéditif des soins prodigués dans les cliniques médicales. L'aide apportée par les organismes communautaires est particulièrement appréciée et les hommes considèrent qu'elle joue un rôle crucial dans le processus d'adaptation à une nouvelle société. Finalement, les hommes interviewés ont exprimé une déception notable envers les Centres locaux d'emploi qui, à leurs yeux, éprouvent de la difficulté à répondre à leurs besoins particuliers.

Selon les individus interrogés, plusieurs facteurs constituent des barrières à l'accès à des soins de santé ou à un soutien social. Les entrevues menées auprès des hommes révèlent que ce sont surtout des obstacles structurels (difficulté à avoir un rendez-vous et délais pour obtenir un rendez-vous, difficulté à obtenir un médecin de famille) et des obstacles liés au manque de connaissance des ressources (ou de leur fonctionnement) par les répondants qui freinent leur accès aux services. Le fait d'avoir vécu (ou la crainte de vivre) une expérience de discrimination ainsi que le manque de connaissances sont des facteurs qui se démarquent de manière plus substantielle pour ce qui est de l'obtention d'un soutien auprès d'un intervenant social.

Les entrevues semi-dirigées nous apportent des précisions sur certains des obstacles rencontrés dans l'obtention des services de santé et sociaux. Parmi ces derniers, certains sont liés à la maîtrise de la langue (obstacles communicationnels) ou au manque de connaissance du fonctionnement du système de santé et des services disponibles. D'autres sont reliés au parcours migratoire, comme l'intégration

au marché du travail, qui laisse peu de temps pour se préoccuper des questions de santé. Parmi les obstacles culturels figurent le stigmate lié à certains soins et services et les barrières liées à la socialisation masculine et au rapport aux services des hommes. Qui plus est, les hommes nous ont fait part d'obstacles structurels (adaptation à un nouveau système particulièrement complexe, accès ardu à un médecin de famille ou un spécialiste, difficultés d'avoir accès à des soins catégorisés non urgents, impression d'un manque d'humanité dans la prestation des soins). Certains de ces obstacles structurels ont à voir avec les lacunes dans l'adaptation du système de santé aux réalités masculines, d'une part, et aux réalités immigrantes, d'autre part.

Finalement, le discours des répondants a mis en lumière l'impact du cumul des obstacles dans la vie des hommes immigrants, ce qui est particulièrement le cas pour l'accès à des services en lien avec le bien-être psychologique, où des facteurs culturels, structurels, liés au manque de connaissances et au contexte migratoire agissent de manière intersectionnelle. Lorsque les hommes interviewés ont tenté d'accéder à du soutien psychologique, leur quête a été semée d'embûches susceptibles de limiter l'accès aux soins. Ce constat est problématique au regard des importants besoins en lien avec le bien-être psychologique évoqués par les hommes.



RECOMMANDATIONS

À la suite des constats découlant de cette recherche, nos recommandations sont les suivantes :



Développer et implanter différentes modalités intersectorielles qui permettraient de mieux accompagner et soutenir les hommes immigrants dans leur connaissance et leur « navigation » du système de santé et de services sociaux au Québec. Ces modalités devraient être accessibles dans différentes langues, viser à rejoindre les hommes dans les lieux qu'ils fréquentent et être menées en collaboration avec des acteurs de la communauté.



Mettre en place une **formation et des stratégies de transfert de connaissances** afin de sensibiliser les intervenants et les prestataires de services aux réalités immigrantes (dont le parcours pré- et post-migratoire) et masculines et aux enjeux spécifiques aux hommes immigrants (poids du projet migratoire, emploi, transformation familiale, etc.) ainsi que les outiller pour mieux répondre aux besoins de ces derniers.



Mettre en place des mesures spécifiques en lien avec les enjeux de **santé mentale et de bien-être psychologique** des hommes immigrants : (1) en favorisant la collaboration entre les ressources pour hommes et les ressources d'aide aux immigrants dans la mise en place d'initiatives visant à démystifier la demande d'aide en santé mentale et à faire connaître les ressources existantes ; et (2) en sensibilisant les intervenants de première ligne à la réalité des hommes immigrants.

RECOMMANDATIONS (SUITE)



Améliorer l'accès aux services des hommes immigrants notamment : (1) en facilitant l'utilisation d'interprètes ; (2) en favorisant une uniformité dans les modalités d'accès aux cliniques ; (3) en facilitant l'inscription à un médecin de famille dès l'arrivée au Québec ; et (4) en développant plus de services et de programmes spécifiquement pour les hommes.



Poursuivre la recherche pour soutenir l'adaptation des pratiques aux réalités des hommes et des pères immigrants (notamment sur le bien-être psychologique des hommes immigrants et leur utilisation des services psychologiques ; sur les hommes immigrants qui ne s'expriment pas ou peu en français ou en anglais ; sur les hommes immigrants qui n'ont pas accès à la RAMQ et sur les hommes immigrants racisés et LGBTQ).



Mettre en place des **actions menant à des changements véritables et concrets**, étant donné que les obstacles nommés par les hommes immigrants dans cette recherche sont sensiblement les mêmes que ceux qui sont ressortis d'une enquête précédente sur le sujet il y a une quinzaine d'années (Le Gall et Cassan, 2010).

7. ANNEXES

7.1 SONDAGE

Portrait de l'utilisation des services sociaux et de santé : perspectives des hommes immigrants

Admissibilité à l'étude

Les questions de cette section permettront de savoir si vous êtes admissible à participer à l'étude.

1. Vous vous identifiez comme...?	1 = Un homme 2 = Une femme->OUT ¹ 3 = Autre->OUT
2. Quel âge avez-vous?	1 = Moins de 18 ans ->OUT 2 = 18-24 ans 3 = 25-34 ans 4 = 35-44 ans 5 = 45-54 ans 6 = 55-64 ans 7 = 65 ans et plus
3. Est-ce que vous avez la carte d'assurance maladie (carte RAMQ ou carte soleil)?	1 = Oui 2 = Non ->OUT
 	

1 Lorsque une personne sera exclue de l'étude sur des critères d'admissibilité, ce message sera généré : « Merci de l'intérêt que vous manifestez à répondre à notre sondage. Malheureusement, vous n'êtes pas admissible à participer à notre projet, car nous exigeons de nos participants qu'ils soient des hommes de 18 ans et plus qui ont immigré au Québec depuis moins de 15 ans, qu'ils vivent dans la région du grand-Montréal et qu'ils soient assurés par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Encore une fois, merci beaucoup d'avoir pris le temps! »

4. Habitez-vous présentement dans la province du Québec ?	1 = Oui 2 = Non->OUT
5. Depuis combien de temps vivez-vous au Québec ?	1 = Moins de 6 mois 2- Entre 6 mois et 1 an 3= Entre 1 et 2 ans 4 = Entre 2 et 5 ans 5 = Entre 5 et 10 ans 6 = Entre 10 et 15 ans 7=15 ans et plus ->OUT

État de santé

Les questions de cette section portent sur votre état de santé et sur la façon dont vous vous sentez en temps normal et depuis la pandémie de COVID-19. Vos réponses seront strictement confidentielles.

6. En général, depuis le dernier mois, diriez-vous que votre santé physique est... ?	1 = Excellente 2 = Très bonne 3 = Bonne 4 = Passable 5 = Mauvaise
7. Quel est l'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur votre santé physique ?	1 = Ma santé physique est restée la même 2 = Ma santé physique s'est améliorée 3 = Ma santé physique s'est empirée

8. En général, depuis le dernier mois, diriez-vous que votre état de bien-être psychologique ¹ est...?	1 =Excellent 2 = Très bon 3 = Bon 4 = Passable 5 = Mauvais
9. Quel est l'impact de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement sur votre bien-être psychologique?	1 = Mon bien-être psychologique est resté le même 2 = Mon bien-être psychologique s'est amélioré 3 = Mon bien-être psychologique s'est empiré
10. Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous eu des problèmes importants de santé physique (exemples : diabète, cancer, problèmes de dos, etc.)?	1 = Oui 2 = Non
11. Est-ce que ces problèmes de santé étaient directement en lien avec la COVID-19 ou les mesures de confinement?	1 = Oui 2 = Non 3 = Certains problèmes étaient directement liés à la COVID-19 ou aux mesures de confinement, alors que d'autres ne l'étaient pas. 4 = Ne s'applique pas - je n'ai pas eu de problème important de santé physique depuis mon arrivée
12. Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous eu des préoccupations importantes qui ont affecté votre bien-être psychologique?	1 = Oui 2 = Non

1 Info-bulle : « Des indicateurs de votre état de bien-être psychologique peuvent être la présence ou l'absence des symptômes suivants : grande fatigue, sentiment de lourdeur, maux de tête, difficultés de concentration, difficultés de sommeil, perte d'énergie ou d'intérêt marqué, sentiments de vide, de tristesse ou d'agitation, accumulation de stress, irritabilité, colères soudaines, sentiment d'être sans valeur ou sans espoir, tendance à s'isoler, pensées suicidaires, etc. »

13. Est-ce que ces préoccupations étaient directement en lien avec la COVID-19 ou les mesures de confinement?	1 = Oui 2 = Non 3 = Certaines préoccupations étaient directement liées à la COVID-19 ou aux mesures de confinement alors que d'autres ne l'étaient pas. 4 = Ne s'applique pas - je n'ai pas eu de préoccupation importante depuis mon arrivée
14. Dans quelle mesure pouvez-vous compter sur les personnes qui vous entourent?	1 = Toujours 2 = Souvent 3 = Parfois 4 = Rarement 5 = Jamais 6 = Je n'ai personne sur qui je peux compter dans mon entourage

Utilisation des services au Québec

Les questions de cette section portent sur les services de santé et les ressources, couverts ou non par vos assurances, que vous avez utilisés depuis votre arrivée au Québec pour vous aider avec des besoins ou difficultés d'ordre personnel, social et de santé.

15. À quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé des services pour votre santé physique depuis votre arrivée au Québec?	1 = Le dernier mois 2 = La dernière année 3 = Il y a plus d'un an 4 = Il y a plus de 5 ans 5 = Je n'ai jamais utilisé des services pour ma santé depuis mon arrivée au Québec
16. Était-ce directement en lien avec la COVID-19 ou les mesures de confinement?	1 = Oui 2 = Non 3 = Ne s'applique pas, je n'ai jamais utilisé des services pour ma santé depuis mon arrivée au Québec

17. En raison de la COVID-19 et des mesures de confinement, est-ce que votre utilisation des services pour votre santé physique...?	1= a augmenté 2 = a diminué 3 = est restée la même
18. À quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé des services en lien avec votre bien-être psychologique depuis votre arrivée au Québec?	1 = Le dernier mois 2 = La dernière année 3 = Il y a plus d'un an 4 = Il y a plus de 5 ans 5 = Je n'ai jamais utilisé des services en lien avec mon bien-être psychologique depuis mon arrivée au Québec
19. Était-ce directement en lien avec la COVID-19 ou les mesures de confinement?	1 = Oui 2 = Non 3 = Ne s'applique pas, je n'ai jamais utilisé des services pour mon bien-être psychologique depuis mon arrivée au Québec
20. En raison de la COVID-19 ou des mesures de confinement, est-ce que votre utilisation des services pour votre bien-être psychologique...?	1= a augmenté 2 = a diminué 3 = est restée la même
21. Depuis votre arrivée, êtes-vous allé à l'hôpital au Québec pour vous-même?	1 = Oui 2 = Non ->Q24

22. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services à l'hôpital ? Cochez la ou les réponses .	1 = Un problème de santé mineur 2 = Une urgence 3 = Une chirurgie 4 = Une prise de sang/vaccin 5 = Un suivi médical 6 = Voir un spécialiste (dermatologue, nutritionniste, oncologue, etc.) 7 = En lien avec la COVID-19 (dépistage, prise en charge des symptômes, hospitalisation) 90 = Autre. Spécifier : _____
23. De façon générale, dans quelle mesure les services offerts à l'hôpital ont-ils répondu à vos besoins?	1 = Ils ont tout à fait répondu à mes besoins 2 = Ils ont partiellement répondu à mes besoins 3 = Ils n'ont pas du tout répondu à mes besoins
24. Depuis votre arrivée, avez-vous reçu des services d'un médecin dans une clinique avec ou sans rendez-vous au Québec?	1 = Oui 2 = Non -> Q27
25. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu les services d'un médecin dans une clinique avec ou sans rendez-vous? Cochez la ou les réponses.	1 = Un problème de santé mineur 2 = Une prise de sang/vaccin 3 = Une chirurgie 4 = Une prise de sang/vaccin 5 = Un suivi de routine avec mon médecin de famille 6 = Voir un spécialiste (dermatologue, nutritionniste, oncologue, etc.) 7 = En lien avec la COVID-19 (dépistage, prise en charge des symptômes) 90 = Autre. Spécifier : _____
26. De façon générale, dans quelle mesure les services offerts par un médecin dans une clinique avec ou sans rendez-vous ont-ils répondu à vos besoins?	1 = Ils ont tout à fait répondu à mes besoins 2 = Ils ont partiellement répondu à mes besoins 3 = Ils n'ont pas du tout répondu à mes besoins

27. Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous reçu des services au CLSC, (incluant la ligne info santé et info sociale (811)) ?	1=Oui 2=Non ->Q30
28. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu des services au CLSC ? Cochez la ou les réponses.	1 = Un problème d'ordre médical 2 = Une prise de sang/vaccin 3 = Un soutien psychologique 4 = Pour être soutenu dans mon rôle de parent 5 = Pour être orienter vers une ressource appropriée 6 = En lien avec la COVID-19 (dépistage, prise en charge des symptômes) 90 = Autre. Spécifier : _____
29. De façon générale, dans quelle mesure les services offerts au CLSC ont-ils répondu à vos besoins ?	1 = Ils ont tout à fait répondu à mes besoins 2 = Ils ont partiellement répondu à mes besoins 3 = Ils n'ont pas du tout répondu à mes besoins
30. Depuis votre arrivée, avez-vous reçu des services d'un organisme communautaire au Québec (ex : don de nourriture, services d'aide à l'intégration, cours de francisation, etc.) ?	1 = Oui 2 = Non ->Q33

31. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous reçu des services d'un organisme communautaire? Cochez la ou les réponses.	1 = Recherche de logement 2 = Recherche d'emploi 3 = Cours de langue (français ou anglais) 4 = Formation 5 = Services d'aide à l'intégration 6 = Aide alimentaire 7 = Soutien psychologique 8 = Soutien dans mon rôle de parent 9 = Services offerts aux familles (ex. : répit, halte-garderie, sorties familiales). 10 = En lien avec la COVID-19 (information, dépistage, matériel de protection) 90=Autre Spécifier :
32. De façon générale, dans quelle mesure les services offerts par un organisme communautaire ont-ils répondu à vos besoins?	1 = Ils ont tout à fait répondu à mes besoins 2 = Ils ont partiellement répondu à mes besoins 3 = Ils n'ont pas du tout répondu à mes besoins
33. Depuis votre arrivée, avez-vous consulté un autre professionnel de la santé (ex. : acupuncteur, pharmacien, dentiste, autre prestataire de médecine traditionnelle, etc.) au Québec?	1 = Oui 2 = Non -> Q36
34. Quel(s) type(s) de spécialiste avez-vous consulté? Cochez la ou les réponses.	1 = Médecine traditionnelle 2 = Naturopathe 3 = Pharmacien 4 = Acupuncteur 5 = Dentiste 6 = Optométriste 90 = Autre. Spécifier : _____

35. De façon générale, dans quelle mesure les services offerts par un autre professionnel de la santé (ex. : acuponcteur, dentiste, autre prestataire de médecine traditionnelle, etc.) ont-ils répondu à vos besoins ?	1 = Ils ont tout à fait répondu à mes besoins 2 = Ils ont partiellement répondu à mes besoins 3 = Ils n'ont pas du tout répondu à mes besoins
36. Depuis votre arrivée, avez-vous reçu des soins de santé dans un autre pays que le Canada ?	1 = Oui 2 = Non ->Q38
37. Précisez le type de soin que vous avez reçu dans un autre pays :	
38. Depuis votre arrivée, avez-vous accompagné un membre de votre famille (enfants, conjoint, parents) vers des services au Québec pour leur santé physique ?	1 = Oui 2 = Non ->Q41
39. Était-ce pour des raisons directement liées à la COVID-19 ou aux mesures de confinement.	1 = Oui 2 = Non 3 = Parfois pour des raisons liées à la COVID-19 ou aux mesures de confinement et parfois pour d'autres raisons
40. Cochez tous les endroits où vous avez accompagné un membre de votre famille qui a reçu des services pour leur santé physique. Cochez la ou les réponses.	1 = Hôpital 2 = clinique avec ou sans RDV 3 = CLSC 4 = Autre professionnel de la santé 5 = Médecine traditionnelle/alternative 6 = Organisme communautaire 90 = Autre. Précisez : _____

41. Depuis votre arrivée, avez-vous accompagné un membre de votre famille (enfants, conjoint, parents) vers des services au Québec pour leur bien-être psychologique ?	1 = Oui 2 = Non ->Q44
42. Était-ce pour des raisons directement liées à la COVID-19 ou aux mesures de confinement ?	1 = Oui 2 = Non 3 = Parfois pour des raisons liées à la COVID-19 ou aux mesures de confinement et parfois pour d'autres raisons
43. Cochez tous les endroits où vous avez accompagné un membre de votre famille qui a reçu des services pour leur bien-être psychologique. Cochez la ou les réponses.	1 = Hôpital 2 = clinique avec ou sans RDV 3 = CLSC 4 = Autre professionnel 5 = Médecins traditionnels 6 = Organisme communautaire 90 = Autre. Spécifier : _____

Facteurs freinant l'accès ou l'utilisation des services

Les questions de cette section portent sur les facteurs qui peuvent vous avoir empêché d'obtenir des services ou qui ont fait en sorte que vous avez eu de la difficulté à obtenir un service de santé ou de soutien

44. Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir un soin de santé dont vous aviez besoin ?	1 = Oui 2 = Non ->Q46
45. Cochez toutes les raisons qui vous ont empêché d'avoir accès à un soin de santé dont vous aviez besoin. Cochez la ou les réponses.	1 = Ne savais pas où aller pour répondre à mon besoin 2 = Ne sais pas comment faire pour avoir accès aux services 3 = Difficulté à avoir un rendez-vous 4 = Trop long avant d'avoir un rendez-vous 5 = Jamais disponible aux heures d'ouverture 6 = Pas le temps d'aller consulter 7 = Pas les moyens de payer pour le service/peur du coût du service 8 = Méfiance envers le système de santé 9 = Difficulté à communiquer/problème de langue 10 = Crainte de vivre de la discrimination/mauvaise expérience de discrimination 11 = À cause de mes croyances ou de mes valeurs 90 = autre. Précisez : _____
46. Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir un service de soutien auprès d'un intervenant social pour répondre à un besoin ?	1 = Oui 2 = Non ->Q48

47. Cochez toutes les raisons qui vous ont empêché d'avoir accès à un service de soutien dont vous aviez besoin. Cochez la ou les réponses.	1 = Ne savais pas où aller pour répondre à mon besoin 2 = Ne sais pas comment faire pour avoir accès aux services 3 = Difficulté à avoir un rendez-vous 4 = Trop long avant d'avoir un rendez-vous 5 = Jamais disponible aux heures d'ouverture 6 = Pas le temps d'aller consulter 7 = Pas les moyens de payer pour le service/peur du coût du service 8 = Méfiance envers le système de santé 9 = Difficulté à communiquer/problème de langue 10 = Crainte de vivre de la discrimination/mauvaise expérience de discrimination 11 = À cause de mes croyances ou de mes valeurs 90 = Autre. Précisez : _____
--	--

Facteurs facilitant l'utilisation des services

Les questions de cette section nous permettront d'avoir votre avis sur la façon dont les hommes immigrants ont accès aux services de santé et aux services sociaux et leur utilisation.

48. Quelles seraient les meilleures façons de vous informer sur les services qui existent au Québec? Cochez la ou les réponses.	1 = Par les groupes communautaires 2 = Par les lieux de culte 3 = Par des annonces au CLSC de votre quartier 4 = Publicité à la radio 5 = Publicité à la télévision 6 = Publicité dans le journal 7 = Site Internet ou médias (journal, radio) dans ma langue 8 = Média sociaux (ex: groupe facebook) 9 = Dépliant dans la poste 10 = Par l'intermédiaire de mon.ma conjoint.e ou autre membre de ma famille 90 = Autre. Précisez: _____
49. Parmi les raisons suivantes, cochez toutes celles qui pourraient vous amener à demander un service d'aide.	1 = Problèmes de santé physique qui m'inquiètent 2 = Problèmes de bien-être psychologique qui m'inquiètent 3 = Difficultés avec mes enfants 4 = Difficultés dans ma relation avec mon.ma conjoint.e 5 = Difficultés d'adaptation au Québec 6 = Problèmes en lien avec la recherche ou la perte d'emploi 7 = Problèmes de dépendance ou consommation (ex.: alcool ou drogue, jeu de hasard, jeux vidéo) 8 = Problèmes en lien avec ma sexualité 9 = Pensées suicidaires 90 = autre. Précisez: _____

50. Parmi les éléments suivants, quels sont les trois les plus importants pour vous lorsque vous cherchez un service d'aide pour votre santé physique ou votre bien-être psychologique? Veuillez sélectionner 3 réponses maximum.	1 =C'est proche de chez-moi 2 = Il y a peu de risque de croiser quelqu'un que je connais 3 = Je connais déjà le professionnel (ex : médecin) qui va me rencontrer 4 = J'ai accès rapidement au service 5 = J'ai la possibilité d'avoir le service dans ma langue maternelle 6 = J'ai la possibilité d'avoir le service en anglais 7 = J'ai la possibilité de rencontrer un professionnel (ex : médecin) qui m'a été référé par quelqu'un en qui j'ai confiance 8 = Sentir que le professionnel pourra réellement m'aider à régler mon problème 9 = Je peux y aller sans rendez-vous 10 =Les heures d'ouverture me conviennent
--	---

Questions socio-démographiques

51. Quels sont les 3 premiers caractères de votre code postal?	---
52. Quelle est votre occupation principale actuellement?	1 = J'ai un emploi à temps plein 2 = J'ai un emploi à temps partiel (moins de 30 heures par semaine) 3 = Je suis retraité 4 = Je suis étudiant 5 = Je n'ai pas d'emploi (assurance emploi, assistance sociale) 6 = Je n'ai pas d'emploi mais par choix (à la maison, au foyer) 90 = Autre situation (Veuillez Précisez : _____)

53. Quel est votre revenu familial annuel (avant impôts) ?	1 = Moins de 15 000 \$ 2 = De 15 000 \$ à 24 999 \$ 3 = De 25 000 \$ à 34 999 \$ 4 = De 35 000 \$ à 54 999 \$ 5 = De 55 000 \$ à 74 999 \$ 61 = De 75 000 \$ à 99 999 \$ 62 = De 100 000 \$ et plus
54. Dans quel pays êtes-vous né ?	*Menu déroulant de tous les pays en ordre alphabétique 90 = Autre. Précisez :
55. Quel est votre statut d'immigration actuel ?	1 = Demandeur d'asile ->OUT 2 = Réfugié parrainé 3 = Réfugié pris en charge par l'État 4 = Résident temporaire (ex. : visiteur, travailleur temporaire, étudiant international) ->OUT 5 = Situation irrégulière (sans papiers) ->OUT 6 = Résident permanent 7 = Citoyen Canadien 8 = Autre. Précisez : _____
56. Comment décrivez-vous votre niveau général de français parlé ?	1 = Avancé 2 = Intermédiaire 3 = Débutant 4 = Je ne parle pas du tout français
57. Comment décrivez-vous votre niveau général d'anglais parlé ?	1 = Avancé 2 = Intermédiaire 3 = Débutant 4 = Je ne parle pas du tout anglais

58. Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez terminé au Québec ou ailleurs?	1 = École primaire 2 = École secondaire 3 = Certificat d'une école de métiers 4 = Diplôme collégial 5 = Diplôme universitaire de 1er cycle (Baccalauréat) 6 = Diplôme universitaire de 2e cycle (Maitrise) 7 = Diplôme universitaire de 3e cycle (doctorat) 8 =Aucun 90 = Autre. Précisez: _____
59. Quel est votre état matrimonial?	1 = Marié 2 = Union libre/conjoint de fait 3 = Veuf/veuve 4 = Séparé(e) 5 = Divorcé(e) 6 = Célibataire 7 = autre. précisez: _____
60. Parmi les choix suivants, lequel définit le mieux votre orientation sexuelle?	1 = Hétérosexuelle (attiré par les personnes du sexe opposé) 2 = Homosexuelle (attiré par les personnes de même sexe) 3 = Bisexuelle (attiré par les hommes et les femmes) 4 = Autre. Précisez: _____
61. Combien d'enfants de moins de 18 ans vivent avec vous à temps plein?	_____ (espace pour réponse numérique limitée à 2 chiffres)

7.1.1 Second sondage¹ (qui s'ouvrira automatiquement)

Pour identifier ceux qui veulent participer à l'entrevue qualitative et/ou qui voudraient recevoir les fiches synthèse des résultats de recherche.

1. Êtes-vous intéressé à participer à une entrevue d'une durée d'environ une heure trente portant sur votre trajectoire d'utilisation des services au Québec? En raison de la pandémie de COVID-19, cette entrevue se fera de préférence à distance par téléphone ou sur une session sécurisée de ZOOM. Les participants recevront une compensation de 30\$ à la fin de l'entrevue pour leur temps.	1 = Oui 2 = Non
2. Êtes-vous intéressé à recevoir les fiches synthèses des résultats de la recherche dès qu'elles seront disponibles?	1 = Oui 2 = Non
Si vous avez répondu «Oui» à une des deux questions précédentes, veuillez indiquer les coordonnées auxquelles nous pouvons vous joindre. Soyez assuré que vos coordonnées ne seront en aucun cas liées aux renseignements fournis dans le sondage.	Adresse courriel : Espace avec limite de caractères pour entrer l'adresse courriel. Numéro de téléphone : Espace avec limite de caractères pour entrer le numéro de téléphone.

¹ Nous avons choisi que ce soit un sondage indépendant pour éviter que l'adresse courriel soit liée aux réponses du répondant et ainsi menacer la confidentialité des réponses.

7.1.2 Message de remerciement et rappel des ressources disponibles

« Le sondage est maintenant complété.

Si vous ressentez des émotions négatives, vous pouvez appeler la ligne Info-Social 811 pour être orienté vers une ressource appropriée. Vous pouvez aussi appeler la ligne du centre multi-écoute (514-737-3604, du lundi au vendredi de 9h à midi et de 13h à 17h) ou la ligne du centre d'écoute Halte Ami (438-796-8701 du mardi au vendredi de 9h à 17h) qui pourront vous offrir du soutien.

Merci de votre intérêt envers notre recherche portant sur l'utilisation des services sociaux et de santé par les hommes immigrants. Votre participation est très importante pour nous. Bonne journée! »

Date de version : 2 décembre 2020

7.2 GUIDE D'ENTRETIEN

Grands thèmes	Questions	À creuser
Expérience dans le pays d'origine <i>Dans cette section, nous aimerions connaître les ressources que vous utilisiez dans votre pays d'origine</i>	Dans votre pays d'origine, lorsque vous aviez un problème de santé (physique ou mentale), où alliez-vous chercher de l'aide? Expliquez	
	Lorsque vous aviez un problème social (économique, alimentaire, emploi, logement, etc.), où alliez-vous chercher de l'aide? Expliquez	
	Principales différences entre les services existants au pays d'origine et au Québec	- Coûts - Satisfaction - Public vs privé
Trajectoire d'utilisation <i>Dans cette section nous aimerions connaître les ressources que vous avez utilisées depuis votre arrivée au Québec en lien avec différents besoins (personnel, social, santé)</i>	Énumération des ressources utilisées depuis l'arrivée au Québec • Services au CLSC • Services à l'hôpital • Clinique privée • Dentiste • Médecine alternative • Services du gouvernement (CJE, CLE) • Organisme communautaire (logement, emploi, nourriture, langue, soutien parental, soutien psychologique, autre)	Si oui : • Moment • Durée/# de consultations • Raison de consultation/ évènement déclencheur
	Avez-vous eu des besoins pour lesquels vous n'avez jamais sollicité de services?	Lesquels?

Demande d'aide <i>Dans cette section, nous voulons comprendre pourquoi et dans quelles circonstances vous avez eu recours aux différentes ressources utilisées jusqu'à maintenant</i>	Reprendre les ressources utilisées (mentionnées dans la section précédente) et demander... Parlez-moi de votre expérience avec (énumérer les ressources utilisées...)	
	Pourquoi avez-vous utilisé cette ressource plutôt qu'une autre (choix)?	Auriez-vous procédé différemment si vous étiez dans votre pays d'origine? (aurait consulté qui?)
	Si vous avez hésité avant d'aller vers cette ressource, qu'elles étaient les principales raisons?	Craintes (peur du jugement, discrimination, de ne pas recevoir le bon service)
	Et qu'est-ce qui vous a convaincu/motivé?	Freins (coûts, langue, leurs valeurs et croyances, leur groupe d'appartenance (culturel, religieux, etc.))
	Avez-vous fait face à des difficultés lors de la demande/l'accès au service? Lesquelles? Avez-vous fait face à des difficultés lors de l'intervention? Lesquelles?	Statut, coûts, distance, attente, langue, méconnaissance de l'existence du service Compréhension, temps
	Que pensez-vous de l'aide que vous avez reçue? Le service a-t-il répondu à vos attentes/à votre besoin?	Le plus apprécié Le moins apprécié
	Parmi l'ensemble des ressources que vous avez utilisées, lesquelles ont le mieux répondu à vos besoins? Lesquelles ont le moins bien répondu à vos besoins?	
	Si vous aviez un problème de santé, vers quels services iriez-vous d'abord? Pourquoi?	Principaux critères pour choisir un service

Non-utilisation des services	Avez-vous déjà eu besoin ou voulu recourir à un service mais ne l'avez pas fait?	Pourquoi?
	Depuis votre arrivée au Québec, avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir les soins dont vous ou un membre de votre famille aviez besoin? Lesquels?	Pourquoi? Difficulté à obtenir un rdv, trop d'attente, service non disponible, problème de transport, problème de langue, ne savait pas où aller, pas disponible aux heures d'ouverture, etc.
	Connaissez-vous les services qui sont offerts?	Au CLSC? Lesquels? À la ligne Info-Santé?
Perceptions des services sociaux et de santé au Québec	Que pensez-vous des CLSC? Des hôpitaux?	Façon dont vous êtes accueilli
	Y a-t-il des aspects de la réalité des immigrants qui ne sont pas compris par le personnel des CLSC et des hôpitaux? Et des hommes?	Lesquels?
	Quels motifs pourraient empêcher les hommes d'utiliser les services sociaux et de santé?	
	Auriez-vous des suggestions à faire pour améliorer les services sociaux et de santé et pour améliorer l'accessibilité de ces services pour les hommes immigrants?	

8. BIBLIOGRAPHIE

Aery, A. (2018). Primary care utilization trajectories for immigrants and refugees in Ontario compared with longterm residents : Wellesley Institute.

Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R., Wicklum, S., & Turin, T. C. (2016). Barriers to access of primary healthcare by immigrant populations in Canada : a literature review. *Journal of immigrant and minority health*, 18(6), 1522-1540.

Bond, S. (2017). The essential role of the father : fostering a father-inclusive practice approach with immigrant and refugee families, *Journal of Family Social Work*, 22(1), 101-123.

Cazale, L., Poirier, L.-R., & Tremblay, M.-È. (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-lexperience-de-soins-2010-2011-la-consultation-pour-des-services-sociaux-regard-sur-lexperience-vecue-par-les-quebecois-volume-3.pdf>

Chamberland, L., & Frank, B. W. (2009). Diversité sexuelle et constructions de genre : PUQ.

Clarke, J. (2016). Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada : Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2016001/article/14683-fra.pdf>

Clarkson, M. (2005). La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire. *Santé, Société et Solidarité*, 4(1), 121-128.

De Montigny, F., Brodeur, N., Gervais, C., Pangop, D. et Ndengeyingoma, A. (2015). Regard sur des enjeux rencontrés par les pères immigrants au Québec. *Alterstice*, 5(1), 23-34.

Direction de la recherche et de la statistique du ministère de l'Immigration de la Diversité et

- de l'Inclusion. (2019). Recueil de statistiques sur l'immigration au Québec. La planification de l'immigration au Québec pour la période 2020-2022. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_RecueilStat_PlanificationImmigration.pdf
- Direction régionale de la santé publique du CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal. (2017). La santé des hommes à Montréal https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/outils-services/SBEH/Rapport_SanteDesHommes_Montreal_DRSP_Juin2017.pdf
- Dulac, G. (2001). Aider les hommes...aussi : VLB Éditeurs.
- Éducaloi (2019). Les statuts d'immigration et les mesures sociales. https://educaloi.qc.ca/wp-content/uploads/guide_immigration.pdf
- Fenta, H., Hyman, I., & Noh, S. (2007). Health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of immigrant and minority health*, 9(4), 349-357.
- Gautier, M.-A. (2014). Portrait de la scolarité des immigrants du Québec à partir de l'Enquête nationale auprès des ménages. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-de-la-scolarite-des-immigrants-du-quebec-a-partir-de-lenquete-nationale-aupres-des-menages.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2017). Plan d'action ministériel : santé bien-être des hommes 2017-2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-729-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2020). Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2008 à 2017. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2019_admisQc.pdf
- Hofstede, G. (1980). Culture and organizations. *International studies of management & organization*, 10(4), 15-41.
- Hyman, I. (2001). Immigration and health. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H13-5-01-5E.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. Revenu moyen, revenu total, particuliers de 16 ans et plus, 1996-2018. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/revenu-moyen-a-lechelle-du-quebec/tableau/revenu-moyen-revenu-total-particuliers-16-ans-et-plus-quebec>
- Institut de la statistique du Québec. (2018). Le bilan démographique du Québec. Édition 2018. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_Bilandemo2018F00.pdf
- Kwak, K. (2018). Age and gender variations in healthy immigrant effect: a population study of immigrant well-being in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 19(2), 413-437.
- Lajeunesse, S. L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R., & Camus, F. (2013). Les hommes de la région de Montréal. Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts. Montreal, Quebec, Canada : ROHIM.[Google Scholar].

Le Gall, J., & Cassan, C. (2010). Le point de vue des hommes immigrants sur leur non-utilisation des services de santé de première ligne. In A. Battaglini (Ed.), *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique* (pp. 191-218). Montréal: Éditions Saint-Martin.

Lecours, C., & Neill, G. (2015). État de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec : Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-53-etat-de-sante-utilisation-des-services-de-sante-et-besoins-non-combles-des-immigrants-au-quebec.pdf>

Leduc, N., & Proulx, M. (2004). Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of immigrant health*, 6(1), 15-27.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Les hommes : S'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-911-01_rap.pdf

Ministère de l'immigration de la diversité et de l'inclusion. (2019). Consultation publique 2019. La planification de l'immigration au Québec pour la période 2020-2022 http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_RecueilStat_PlanificationImmigration.pdf

Nanhou, V., & Bernèche, F. (2014). L'état de santé des immigrants du Québec a-t-il changé au cours des années 2000 par rapport à celui des Canadiens de naissance? Une vue d'ensemble à partir d'indicateurs-clés. *Zoom santé*(42).

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-5e éd* : Armand Colin.

Pluye, P. (2019). L'intégration en méthodes mixtes. Cadre conceptuel pour l'intégration des phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs. In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées* (pp. 187-212). Québec: Éditions science et bien commun et Marseille : IRD Éditions.

Ridde, V., et al. «Comment améliorer la santé et l'accès aux soins des migrants sans assurance médicale à Montréal? » <http://www.equitesante.org/projet-migrants/>

Salami, B., Salma, J., & Hegadoren, K. (2019). Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees : Perspectives of immigrant service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 152-161.

SOM. (2018). Sondage auprès des hommes québécois. Rapport final présenté au Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes. http://www.rpsbeh.com/uploads/4/5/8/0/45803375/rapport_fr.pdf

SOM. (2019). Sondage auprès des hommes québécois. Rapport préliminaire présenté au CIUSSS de Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/actualites/2019/11_novembre/Statistiques_CIUSSS_MTL_Global_.pdf

SOM. (2021). Sondage auprès des hommes québécois. Rapport final présenté au pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes et au regroupement provincial en santé et bien-être des hommes. [https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Sondage%20SOM%20rapport%20final%20\(hommes\).pdf](https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Sondage%20SOM%20rapport%20final%20(hommes).pdf)

Statistique Canada, (2017a). Immigration et diversité ethnoculturelle – Faits saillants en tableaux : Statut d'immigrant et période d'immigration, répartition en % (2016), les deux sexes, âge (total), Canada, Québec et régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Recensement de 2016 – Données-échantillon (25 %) . Version mise à jour le 20 février 2019. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/imm/Tableau.cfm?Lang=F&T=12&SP=1&geo=24&view=2&age=1&sex=1>

Statistique Canada. (2017b). Immigration et diversité ethnoculturelle – Faits saillants en tableaux : Statut Population immigrante selon le lieu de naissance, la période d'immigration, chiffres de 2016, sexe masculin, âge (15 ans et plus), Québec, Recensement de 2016 – Données-échantillon (25 %). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/imm/Tableau.cfm?Lang=F&T=22&Geo=421&SP=1&view=1&age=3&sex=2>

Statistique Canada. (2021). Profil du recensement, Recensement de 2016. Québec [Province] et Canada [Pays]. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=24&Geo2=PR&Code2=01&Data=Count&SearchText=24&SearchType=Begin&SearchPR=01&B1=All&Custom=&TABID=3>

Tremblay, G., Roy, J., Beaudet, L., Chamberland, L., Dupéré, S., Le Gall, J., Bizot, D. (2016). Les hommes et les services sociaux et de santé Analyse qualitative d'entrevues de groupe focalisées tenues auprès d'hommes québécois. Québec : Masculinités et Société.

Whitley R, Wang J, Fleury MJ, Liu A, & J, C. (2017). Mental Health Status, Health Care Utilisation, and Service Satisfaction among Immigrants in Montreal : An Epidemiological Comparison. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(8), 570-579.