

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé

Chercheur principal

Gilles Tremblay, Université Laval

Cochercheurs

Bernard Roy, Université Laval
Dominique Bizot, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
Francine deMontigny, Université du Québec en Outaouais
Janie Houle, Université du Québec à Montréal
Josiane Le Gall, CSSS de la Montagne
Linda Cazale, Institut de la statistique du Québec
Line Beaudet, Université de Montréal
Line Chamberland, Université du Québec à Montréal
Louise Paré, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Monique Séguin, Université du Québec en Outaouais
Patrick Villeneuve, Université Laval
Simon Lajeunesse, Université de Montréal
Sophie Dupéré, Université Laval
Suzanne Léveillé, Université du Québec à Trois-Rivières
Valérie Roy, Université Laval

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Numéro du projet de recherche

2013-BH-170788

Titre de l'Action concertée

Perception des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé

Partenaires de l'Action concertée

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)



Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux
et de santé ainsi que de leur rapport aux services

sous la direction de Gilles Tremblay

**PERCEPTIONS DES HOMMES QUÉBÉCOIS DE LEURS BESOINS PSYCHOSOCIAUX ET DE SANTÉ
AINSI QUE DE LEUR RAPPORT AUX SERVICES**

RAPPORT SCIENTIFIQUE INTÉGRAL

Chercheur principal

GILLES TREMBLAY, UNIVERSITÉ LAVAL

Co-chercheurs

Line Beaudet, U de M, Dominique Bizot , U.QAC, Line Chamberland, UQAM, Richard Cloutier, UL, Francine de Montigny, UQO, Sophie Dupéré, UL, Janie Houle, UQAM, Suzanne Léveillé, UQTR, , Bernard Roy, UL, Valérie Roy, UL, Monique Séguin, UQO, Patrick Villeneuve, UL

Avec la participation des collaborateurs

Linda Cazale, ISQ, Simon-Louis Lajeunesse, U de M., Aimé Lebeau, ASSS Montérégie, Josiane Le Gall, CSSS de la Montagne, Louise Paré, ASSS Chaudière-Appalaches

Partenaires

Table de concertation nationale de surveillance et les Directions de santé publique des 16 régions administratives du Québec, à cœur d'homme, ASSS de la Capitale nationale, ASSS de la Montérégie, ASSS du Saguenay-Lac-St-Jean, à cœur d'homme, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), AutonHomme, ÉquiLibre, GRIS Chaudière-Appalaches, GRIS Québec, GAPI, Groupe de recherche et de formation sur la pauvreté au Québec, Hirondelle, Maison Oxygène, Regroupement québécois en santé et bien-être des hommes, Regroupement pour la valorisation de la paternité, Réseau Hommes Québec (RHQ), Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ), Regroupement des organismes pour hommes de Montréal (ROHIM), les tables de concertation en santé et bien-être des hommes de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de l'Outaouais et du Saguenay-Lac-St-Jean

Autres membres de l'équipe

Jacques Roy, UL, David Guilmette, UL, Justin Sirois-Marcil, UL, David Emond, UL

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Titre du projet de recherche

Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé
et de leur rapport aux services

Numéro du projet de recherche

2013-BH-170788

Titre de l'action concertée

Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé

Partenaires de l'action concertée

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Janvier 2016

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2016
Bibliothèque nationale du Canada, 2016

ISBN : 978-2-924418-19-2



Table des matières

1. Introduction.....	6
2. Contexte de la recherche.....	6
2.1 Objectifs de la recherche.....	6
2.2 Contexte de l'appel d'offre.....	7
2.3 Axes de recherche.....	8
2.3.1 Axe sur les problèmes de santé et de bien-être des hommes.....	8
2.3.2 Axe sur les rôles sociaux.....	9
2.3.3 Axe sur le rapport des hommes aux services.....	10
3. Pistes d'action en lien avec les résultats.....	11
3.1 Principales conclusions du rapport.....	11
3.1.1 Un rapprochement dans le temps entre les hommes et les femmes mais aussi des indicateurs qui inquiètent.....	11
3.1.2 Distance des hommes avec les services.....	12
3.1.3 Des changements générationnels qui s'opèrent dans le temps.....	12
3.1.4 La recherche d'autonomie des hommes.....	13
3.1.5 La recherche d'une relation de type égalitaire avec les intervenants.....	13
3.2 Pistes d'action proposées.....	13
3.2.1 La santé et le bien-être des garçons et des hommes doivent représenter une priorité dans les divers plans d'action au Québec.....	14
3.2.2 Déconstruire certaines règles rigides de la masculinité traditionnelle.....	14
3.2.3 Partir des forces des hommes pour mieux soutenir les hommes.....	15
3.2.4 Développer des stratégies de rapprochement des services vers les hommes.....	16
3.2.5 Cibler les interventions auprès de groupes et problématiques prioritaires.....	19
4. Méthodologie.....	19
4.1 Méta-synthèse.....	20
4.2 Données publiques.....	20
4.3 Sondage.....	20
4.4 Groupes de discussion focalisée.....	21
5. Résultats.....	22

5.1 Méta-synthèse	22
5.1.1 Axe portant sur la santé et le bien-être	23
5.1.2 Axe portant sur les rôles	23
5.1.3 Axe portant sur les services	23
5.1.4 Besoins et recommandations	24
5.1.5 Synthèse	24
5.2 Données publiques.....	24
5.2.1 Portrait démographique et socioéconomique des hommes québécois et de leurs liens sociaux	25
5.2.2 Portrait de la santé des hommes	26
5.2.3 Portrait du recours aux services	27
5.2.4 Synthèse	27
5.3 Sondage.....	28
5.3.1 Caractéristiques personnelles des répondants.....	28
5.3.2 Valeurs des hommes.....	28
5.3.3 Rôles sociaux.....	29
5.3.4 Rapport aux services.....	30
5.3.5 Synthèse	31
5.4 Groupes de discussion focalisée.....	31
5.4.1 Ce qui rend les services psychosociaux et de santé efficaces selon les répondants.....	31
5.4.2 Des difficultés des hommes à demander de l'aide qui demeurent	32
5.4.3 Des attitudes des intervenants qui peuvent rebuter	32
5.4.4 Un système technocratisé qui complexifie la demande d'aide	32
5.4.5 L'importance du réseau social des hommes.....	33
5.4.6 Une attention particulière à la santé mentale	33
6. Pistes de recherche	34
6.1 Le concept d'autonomie	34
6.2 L'horizontalité des services.....	34
6.3 L'approche salutogène.....	35
6.4 Cultures masculines et cultures de services	35

6.5 Stratégies pour rejoindre les hommes	35
6.6 Changements générationnels	35
6.7 Groupes d'hommes spécifiques	36
7. Limites de la recherche	36
8. Conclusion	38
9. Références	38

1. INTRODUCTION

Le rapport présente une synthèse globale des principaux résultats des quatre études¹ ayant été réalisées sur une période de trois ans dans le cadre du programme de recherche intitulé : *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services*. Également, il propose des pistes d'actions visant à améliorer la santé et le bien-être des hommes ainsi que leur rapport aux services. Enfin, il identifie de nouvelles avenues de recherche dans le prolongement des quatre études réalisées.

2. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Cette section vise à rappeler les objectifs poursuivis ainsi que le contexte dans lequel se situait l'appel d'offre de 2011.

2.1 Objectifs de la recherche

Le programme de recherche visait à documenter les perceptions des hommes québécois concernant leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport avec les services. Plus précisément, il poursuivait les objectifs suivants :

- 1) Mettre à jour le portrait des perceptions des hommes quant à leur santé et leur bien-être;
- 2) Mieux comprendre la situation actuelle des rapports entre les hommes et les services sociaux et de santé (acceptabilité de la demande d'aide, accessibilité des services, adéquation des interventions prodiguées, etc.);
- 3) Décrire les perceptions qu'ont les hommes de leurs rôles sociaux et des défis qu'ils doivent relever ainsi que les stratégies qu'ils utilisent pour les surmonter (incluant leurs comportements de santé et de bien-être);
- 4) Dégager des pistes d'action pour favoriser l'adéquation des services aux besoins des hommes, autant en matière de services curatifs, que de prévention et d'intervention précoce.

¹ Roy, J., Tremblay, G., Guilmette, D., Bizot, D., Dupéré, S. et Houle, J. (2014). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé – Méta-synthèse*. Québec : Masculinités et Société.

Roy, J., Cazale, L., Tremblay, G., Cloutier, R., Lebeau, A., Paré, L. et Sirois-Marcil, J. (2015). *Un portrait social et de santé des hommes au Québec : des défis pour l'intervention*. Québec : Masculinités et Société.

Tremblay, G., Roy, J., de Montigny, F., Séguin, M., Villeneuve, P., Roy, B., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J. et Emond, D. (2015). *Où en sont les hommes québécois en 2014. ? Sondage sur les rôles sociaux, les valeurs et sur le rapport des hommes québécois aux services*. Québec : Masculinités et Société.

Tremblay, G., Roy, J., Beaudet, L., Chamberland, L., Le Gall, J., Dupéré, S., Roy, J., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J., Bizot, D., Lajeunesse, S-L. et Desjardins, J. (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.

2.2 Contexte de l'appel d'offre

Offrir des services psychosociaux et de santé de qualité et adaptés aux besoins des hommes fait partie des priorités d'action gouvernementale annoncées par le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2009. Dans la foulée du rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004²) et de ses priorités d'action en santé et bien-être des hommes établies en 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a convenu de financer un projet de recherche pour mieux cerner les besoins des hommes et définir les interventions à poser pour mieux y répondre. Dans cet appel de projets, on fait référence aux perceptions qu'ont les hommes de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de l'adéquation des services pour eux.

À partir de recherches effectuées à la fin des années 1990, Dulac (2001) considère que les perceptions des hommes influencent directement leur utilisation des services et remettent en cause l'acceptabilité de ces derniers, d'autant plus si leur accessibilité est limitée. En outre, l'acceptabilité et l'accessibilité des services influencent à leur tour leur utilisation par les individus quels que soient le lieu, la structure organisationnelle ou la contrainte économique (Ducharme, Lévesque, Éthier et Lachance, 2007).

Par ailleurs, les hommes évoluent dans le temps et tentent de s'adapter aux changements sociaux qui s'opèrent dans la société sur le plan des rapports de genre (Barker, Contreras, Heilman, Singh, Verma et Nascimento, 2011; Castelain-Meunier, 2005; Holter, Svare et Egeland, 2009; Welzer-Lang, 2004, 2012). Selon Castelain-Meunier (2012), les sociétés occidentales se retrouvent dans une période de transition importante sur le plan des rôles sociaux de genre. Au cours des dernières années, à l'instar de la Norvège (Holter, *et al.*, 2009), plusieurs pays ont entrepris des recherches pour mieux comprendre comment les hommes évoluent et s'adaptent aux changements sociaux actuels. Cet état de fait ajoute à la pertinence d'actualiser un portrait représentatif des hommes québécois sous l'angle de leurs perceptions quant à leurs besoins psychosociaux et de services et quant à leur relation avec le réseau des services. C'est donc pour combler un certain nombre de lacunes sur ce plan que le programme de recherche a été mis en chantier. De fait, jusqu'à présent, peu d'écrits de synthèse existent sur la santé et le bien-être des hommes à différents stades de leur vie. La plupart des recherches effectuées à ce jour portent sur des problématiques spécifiques qui touchent de manière importante les hommes (ex.: suicide), ou comparent les hommes et les femmes de manière globale, même si les hommes ne forment pas un groupe homogène (Genest Dufault et Dulac, 2010). Dans son analyse des données de *l'Enquête sociale et de santé 1998*, l'étude de Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil (2005) met en évidence l'importance de porter un regard différencié selon divers sous-groupes d'hommes québécois, en lien notamment avec l'âge, le statut socioéconomique, le

² Mieux connu sous le nom de Rapport Rondeau.

statut marital, etc. Des dimensions dont tient compte l'actuel rapport, en plus d'actualiser le portrait social et de santé des hommes québécois dix ans après la monographie sur la santé des hommes (Tremblay *et al.*, 2005).

2.3 Axes de recherche

Afin de circonscrire une problématique aussi vaste que les perceptions des hommes quant à leurs besoins psychosociaux et de santé, et quant à leur rapport avec les services, le programme de recherche a retenu trois axes : les problèmes de santé et de bien-être des hommes, les rôles sociaux et le rapport des hommes aux services.

2.3.1 Axe sur les problèmes de santé et de bien-être des hommes

Il existe une certaine quantité d'informations sur les perceptions des hommes quant à leur état de santé et de bien-être grâce, entre autres, à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (Statistique Canada, 2012) et aux enquêtes québécoises comme l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Institut de la statistique du Québec, 2001) ou, plus récemment, l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2008* (Camirand *et al.*, 2010). Selon Tremblay *et al.* (2005), les portraits dressés indiquent qu'il existe un décalage entre la santé objective des hommes (statut pondéral, alimentation, accidents, mortalité par suicide, etc.) et la perception de leur état de santé (perception de la santé physique et mentale, déclaration de problèmes de santé, recherche de soins, etc.), cette dernière étant généralement plus optimiste que ne le sont les facteurs objectifs. Notamment, les hommes sont en surnombre pour 14 des 15 principales causes de mortalité au Canada (Olfiffe, Robertson, Frank, McCreary, Tremblay et Goldenberg, 2010) et il reste un écart avec les femmes de quatre ans en ce qui concerne l'espérance de vie (ISQ, 2013).

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que ces écarts objectifs s'expliquent en partie par les normes reliées au schème de genre masculin traditionnel qui nuisent à l'actualisation d'habitudes de vie favorables à la santé et à l'utilisation des services. Selon ce point de vue, les soins personnels de santé et la demande d'aide étant situés traditionnellement dans la zone féminine des valeurs de genre, l'idéal de force masculine se dissocie de ces habitudes de vie (Courtenay, 2000; Verdonk, Seesing et de Rijk, 2010). Les hommes d'aujourd'hui adhèrent toutefois à des niveaux divers au schème de genre masculin traditionnel et aux normes qu'il véhicule, ce qui donne lieu à des écarts considérables dans leurs habitudes de vie favorables à leur santé, les hommes ne formant pas un groupe homogène sur ce plan (Robertson, 2007; Tremblay et Déry, 2010). Ces écarts se traduisent sur un continuum avec un pôle composé d'hommes plutôt insouciant en cette matière, prenant des risques inutiles et adoptant moins fréquemment des habitudes de vie favorisant une meilleure santé (*health promotion behaviors*) (Courtenay, McCreary et Merighi Liang, 2002; Liang, Shediak-Rizkallah et Celentano, 1999; Pinkhasov *et al.*, 2010; Wardle *et al.*, 2004). À l'opposé, un autre pôle regroupe des hommes préoccupés par leur santé et leur

bien-être, adoptant des habitudes de vie préventives et bien adaptées à leurs besoins (Emslie *et al.*, 2006; Mullen, 1992; Nobis et Sandén, 2008; Robertson, 2007).

Cet axe de recherche consiste en une mise à jour du portrait de santé et bien-être des hommes à partir des données récentes tout en tenant compte des réserves identifiées dans les études antérieures, notamment le biais optimiste affectant le regard que portent les hommes sur leur santé (Tremblay *et al.*, 2005). De plus, on constate que les hommes, dans leur globalité, se portent généralement bien, mais qu'il existe des décalages importants entre certaines catégories d'hommes, notamment entre hommes riches et pauvres, selon les groupes d'âges, ou encore entre hommes seuls et ceux en couple (Tremblay *et al.*, 2005; Tremblay et Déry, 2010). Ainsi, dans le portrait global de l'état de situation de la santé des hommes, des précisions ont été effectuées, lorsque cela a été possible, concernant les différents sous-groupes d'hommes, notamment en lien avec l'âge, le niveau de scolarité atteint, le statut socioéconomique, le statut marital, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique et le milieu de vie urbain ou rural.

2.3.2 Axe sur les rôles sociaux

Comme le rapporte Robertson (2007), les hommes doivent choisir parmi des demandes contradictoires puisque les pressions du modèle traditionnel de masculinité incitent à la négligence de leur santé (*don't care*), alors que comme citoyens et pères de famille, ils devraient y accorder de l'importance (*should care*). De plus, diverses études réalisées au cours des dernières années rapportent que les normes associées au modèle masculin traditionnel, bien qu'on leur confère généralement un impact néfaste sur l'adoption d'habitudes de vie favorisant une meilleure santé, peuvent, selon le contexte et l'aspect de santé analysés, s'avérer, au contraire, un levier positif (Levant, Wilmer et Williams, 2010; Oliffe, Ogrodniczuk, Bottorff, Johnson et Hoyak, 2010).

Dans les dernières décennies, le mouvement des femmes, le mouvement de la jeunesse des années 60 et 70 et le mouvement gai ont considérablement remis en question le modèle traditionnel de masculinité (Tremblay, 2012). À ce jour, les perceptions des hommes en matière d'évolution des rôles sociaux et des défis que cela comporte ont été relativement peu traitées au Québec si ce n'est lors d'enquêtes sur la répartition des tâches ménagères. En dehors des questions relatives au partage des tâches domestiques, il faut reconnaître qu'il existe très peu de données sur la situation au Québec en ce qui a trait aux perceptions des hommes quant aux changements dans les rôles sociaux.

Les travaux à ce jour sur la santé des hommes mettent en évidence le lien étroit avec la socialisation de genre. Mieux comprendre comment les hommes québécois perçoivent les changements dans les rôles sociaux (conjoint, parent, etc.) et les défis que cela représente pour eux est d'une importance capitale pour saisir comment s'opère la relation qu'ils entretiennent avec leur santé et leur bien-être. Comme le démontre Castelain-Meunier (2012), nous nous retrouvons dans une période de transition importante sur le plan des

rôles sociaux de genre. En ce sens, mieux comprendre les perceptions des hommes québécois en cette matière représente une contribution importante. C'est l'objet de cet axe.

2.3.3 Axe sur le rapport des hommes aux services

Les résultats des recherches réalisées au Québec et ailleurs montrent que les hommes qui cherchent à se conformer au modèle hégémonique de masculinité (Connell, 1995) ont tendance à adopter des habitudes de vie néfastes à la santé et au bien-être (consommation de drogue et d'alcool, pratique d'activités sportives à risque pour la santé, etc.), qu'ils adoptent moins de comportements préventifs, qu'ils attendent longtemps pour consulter et le font souvent en état de crise ou sous la pression d'un tiers (Boman et Walker, 2010; Courtenay, 2011; Dolan, 2011; Dulac, 2001; Hamilton et Mahalik, 2009; O'Brien, Hunt & Hart, 2005; Tannenbaum et Frank, 2011; Tremblay et Déry, 2010; Turcotte, Dulac, Lindsay, Rondeau et Turcotte, 2002). Ces conclusions ont permis de revoir certaines pratiques, notamment en matière de prévention du suicide (politique de la main tendue, campagne *Demander de l'aide, c'est fort*, etc.). Notamment, des recherches ont mis en évidence la nécessité de mieux dépister et traiter la dépression masculine, ce qui a un impact direct sur le suicide (Houle, Beaulieu, Lespérance, Frasure-Smith et Lambert, 2010; Mann et al., 2005; Nordentoft, 2010).

Par ailleurs, le rapport des hommes avec les services est aussi conditionné par l'offre de services elle-même, autant en matière d'accessibilité, d'image d'ouverture aux hommes, que sur le plan des attitudes des intervenants (Le Gall et Cassan, 2010; Tremblay et Déry, 2010). Soulignons que les intervenants se disent peu outillés pour transiger avec les clientèles masculines (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004) et souvent leur formation les y prépare peu (de Montigny et al., 2009). Les intervenants semblent avoir de la difficulté à décoder le langage masculin (Dulac, 2001), surtout lorsque la demande d'aide est exprimée de manière non conventionnelle. Cependant, on oublie souvent que les services eux-mêmes sont structurés de manière « genrée » avec toute une série d'implicites qui vont à contresens des normes de la masculinité traditionnelle (Brooks, 1998). Pour Moynihan (1998), le fait que la société fasse rimer masculinité avec succès, perpétue un mythe occidental qui rend difficile l'acceptation et le dévoilement de la maladie et de la souffrance émotionnelle pour les hommes. Exprimer ses peurs, ses besoins, dévoiler ses faiblesses ne font pas partie des valeurs de la masculinité traditionnelle telles la force, l'indépendance, la compétitivité, etc. La volonté de paraître en contrôle de la situation serait incompatible avec le dévoilement des craintes intimes, l'expressivité émotionnelle en regard de la maladie, etc. (Brooks, 1998).

Enfin, alors que certaines études suggèrent que les hommes préfèrent s'adresser à leur réseau informel d'aide (Dulac, 2001), d'autres études suggèrent que, lorsqu'ils se retrouvent en crise importante, ils préfèrent s'adresser directement aux professionnels concernés, tout en évitant d'en parler à leurs proches (Tremblay, Morin, Desbiens et Bouchard, 2007).

Des auteurs rapportent que peu d'interventions sensibles au genre et visant spécifiquement des hommes ont été conçues et celles qui existent ne sont que rarement validées empiriquement (Robertson, Douglas, Ludbrook, Reid et van Teijlingen, 2008; Robison, Robertson, McCullagh et Hacking, 2010). Il reste alors beaucoup à explorer pour mieux comprendre le rapport que les hommes entretiennent avec les services et comment les services répondent (ou pourraient répondre) aux besoins des hommes en tenant compte des réalités et des cultures masculines, c'est-à-dire en étant sensibles aux réalités de différents groupes d'hommes. L'axe portant sur le rapport des hommes aux services explore ces questions selon une double perspective : mieux connaître les perceptions des hommes (les barrières en particuliers) à l'endroit des services et identifier des pistes d'amélioration et d'adaptation des services aux hommes de façon à réduire la distance constatée entre eux dans les écrits.

Les trois axes sont intimement liés. Tous trois permettent une analyse plus approfondie des perceptions des hommes quant à leurs besoins psychosociaux et de santé à partir de données à jour contextualisées.

3. PISTES D'ACTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS

Le présent rapport s'adresse aux décideurs, aux gestionnaires et aux intervenants qui œuvrent dans le réseau de la santé et des services sociaux, incluant le réseau communautaire. Également, il vise la communauté scientifique, les étudiants et toutes les autres personnes s'intéressant aux réalités masculines, en particulier les proches des hommes en difficulté.

3.1 Principales conclusions du rapport

Les pistes d'action proposées découlent d'une analyse des résultats des quatre études du programme de recherche. Cinq principales conclusions se dégagent : 1) un rapprochement dans le temps entre les hommes et les femmes, mais des indicateurs de santé et de bien-être qui demeurent préoccupants; 2) une distance entre les hommes et les services sociaux et de santé qui persiste, de nombreux hommes qui sont réticents à s'adresser aux services; 3) des changements générationnels qui s'opèrent dans le temps; 4) souvent, les hommes recherchent l'autonomie; 5) généralement, les hommes souhaitent avoir une relation de type égalitaire avec les intervenants. Avant d'aborder comme telles les pistes d'action qui sont suggérées, il importe de présenter brièvement chacun des cinq constats pour une meilleure compréhension de ce qui suivra comme recommandations.

3.1.1 Un rapprochement dans le temps entre les hommes et les femmes, mais aussi des indicateurs qui inquiètent

L'analyse des données publiques permet de constater que de nombreux indicateurs convergent vers un rapprochement entre les hommes et les femmes à plusieurs égards, que

ce soit en matière d'espérance de vie, de revenus, d'emploi, etc. Sur le plan de la santé et du bien-être, on observe les mêmes tendances chez les hommes et les femmes notamment l'augmentation des problèmes de surpoids, de diabète, d'hypertension artérielle, etc. Cependant, les hommes, de manière générale, auraient de moins bonnes habitudes de vie que les femmes et ils feraient plus d'embonpoint. De plus, ils demeurent en surnombre pour la plupart des principales causes de mortalité. Parmi les causes de mortalité, l'écart le plus important entre les hommes et les femmes concerne les causes externes (accidents, blessures, etc.). Enfin, les garçons continuent d'afficher des taux de décrochage scolaire presque deux fois supérieurs à ceux des filles alors que le marché du travail exige de plus en plus comme condition de base d'avoir un cours collégial ou un cours universitaire. Bref, tout indique qu'il demeure un rattrapage à faire chez les hommes, notamment sur le plan de la diffusion et de l'adoption de comportements promoteurs de santé et de bien-être, si on veut améliorer l'état de santé général de la population du Québec.

3.1.2 Distance des hommes avec les services

Les données le montrent bien : les hommes, dès l'adolescence, utilisent moins les services que les femmes. Les résultats des quatre volets du programme de recherche le démontrent de manière probante : demander de l'aide demeure un processus difficile pour de nombreux hommes, peu importe l'âge, l'origine ethnique, le statut socioéconomique ou encore l'orientation sexuelle. Cela est d'autant plus vrai notamment pour les hommes à faible revenu, peu scolarisés, sans conjoint/e. La socialisation masculine semble jouer une part importante de cette réticence à la demande d'aide, mais également les services ne s'avèrent pas toujours adaptés aux réalités masculines. Recevoir l'aide appropriée peut représenter une réelle course à obstacles, du moins selon la perception que des hommes ont et des récits de leurs parcours de demande d'aide. Ainsi, même si des progrès importants semblent avoir été réalisés au cours des dernières années, beaucoup reste à faire pour un meilleur rapprochement des services avec les hommes, notamment sur les plans de l'offre de services et de la manière d'offrir ces services.

3.1.3 Des changements générationnels qui s'opèrent dans le temps

Les quatre volets du programme de recherche, à différents égards et chacun à sa manière, indiquent que des changements générationnels s'opèrent dans le temps. Notamment, selon ces résultats, les jeunes hommes semblent prendre de plus en plus une distance par rapport au modèle de masculinité traditionnelle. Par exemple, ils expriment plus facilement leurs émotions, ils sont plus ouverts aux comportements affectifs entre hommes, ils partagent davantage les tâches domestiques et celles liées aux enfants, les tâches sont moins « genrées » entre hommes et femmes plus jeunes et les jeunes hommes désirent une paternité plus engagée.

Cependant, les données du sondage indiquent que la demande d'aide apparaît tout aussi difficile pour eux que pour leurs aînés. Par ailleurs, ils semblent davantage rechercher le soutien des amis et des parents que leurs aînés.

3.1.4 La recherche d'autonomie des hommes

Pour sa part, l'autonomie serait perçue comme étant indissociable de l'identité masculine. Dans la méta-synthèse, il est rapporté que la quête d'autonomie expliquerait, en partie du moins, le phénomène observé de distanciation de certains hommes concernant l'aide ou les services leur étant offerts. Ainsi, dans l'exercice des différents rôles qu'ils jouent, les hommes, de manière générale, rechercheraient une forme d'autonomie dans leur rapport aux autres et au regard des solutions aux problèmes vécus. L'importance accordée à l'autonomie comme valeur chez de nombreux hommes, et les comportements et les attitudes qui en découlent, se retrouveraient dans l'ensemble des thématiques étudiées sur les hommes dans la méta-synthèse et des entrevues focalisées de groupe, ainsi qu'auprès des différentes générations d'hommes. Enfin, des résultats du sondage réalisé auprès des hommes québécois font largement écho à la quête d'autonomie des hommes; ainsi, 92 % des répondants ont répondu ne pas aimer se sentir contrôlés par les autres et 85 % déclarent que, en cas de problème, ils essaieraient de le résoudre par eux-mêmes. Ces résultats varient peu selon l'appartenance générationnelle des hommes ou selon d'autres caractéristiques sociales.

3.1.5 La recherche d'une relation de type égalitaire avec les intervenants

Selon la méta-synthèse, l'un des volets du rapport que les services pourraient avantageusement établir avec la plupart des hommes pour répondre à leurs besoins concerne le développement d'un rapport plus égalitaire entre les hommes et les intervenants, par opposition au modèle vertical de professionnalisation des services. Cette question prend appui sur des caractéristiques inhérentes à la socialisation masculine favorisant cette perspective d'horizontalité des services, telles que, par exemple, la volonté d'être autonome, de contrôler la situation, de préserver la sphère de l'intime ou de miser sur les acquis et l'expérience vécue. Sur ce dernier point, souvent les hommes rechercheraient une forme de reconnaissance, par le réseau des services, de leurs acquis et une validation de leur expérience personnelle. Ces facteurs, entre autres, contribuent à expliquer l'importance accordée par les auteurs des études consultées au phénomène d'horizontalité des services afin de rapprocher ces derniers des hommes et de favoriser une meilleure rétention aux services et une plus grande efficacité de l'intervention.

3.2 Pistes d'action proposées

Ces constatations suggèrent cinq pistes d'action à mettre en place :

3.2.1 La santé et le bien-être des garçons et des hommes doivent représenter une priorité dans les divers plans d'action au Québec

Le rapprochement observé dans le temps entre la situation des garçons/hommes et celle des filles/femmes sur plusieurs indicateurs sociaux et de santé suggère que le travail amorcé au cours des dernières années marque des points. Cette analyse met en évidence que, si le Québec veut améliorer l'état de santé et de bien-être de sa population, les garçons et les hommes doivent être ciblés sur plusieurs indicateurs ayant des impacts sur la santé et le bien-être. C'est le cas notamment de la réussite scolaire alors que, même si la situation générale s'est améliorée, les garçons demeurent deux fois plus nombreux que les filles à décrocher avant d'avoir terminé une cinquième secondaire; or, les effets à long terme sont bien connus tant sur le plan des difficultés d'intégration sociale qu'en matière de problèmes de santé physique et mentale. Rappelons aussi que les hommes sont surreprésentés pour 14 des 15 principales causes de décès au Canada (Olfiffe *et al.*, 2010).

Aussi, il serait important de revoir les différents plans d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux à la lumière des résultats de cette étude afin d'y intégrer les réalités masculines. Par exemple, mieux intégrer les réalités des pères dans la *Politique de périnatalité*³, avoir des objectifs spécifiques ayant trait à la santé et au bien-être des hommes pour l'ensemble des points du *Programme national de santé publique*, etc. Des discussions devraient avoir lieu avec les autres ministères concernés, notamment le ministère de l'Éducation, de l'enseignement supérieur et de la Recherche, afin que des priorités d'action soient mises en place concernant des dimensions qui ont un impact sur la santé et le bien-être des garçons et des hommes, comme, par exemple, le décrochage scolaire.

3.2.2 Déconstruire certaines règles rigides de la masculinité traditionnelle

De plus en plus d'hommes se préoccupent de leur santé et de leur bien-être. Ils sentent des pressions aussi en ce sens (*should care*), comme le démontre Robertson (2007). Il n'en demeure pas moins que, à l'opposé, encore de nombreux hommes sont peu enclins à adopter des comportements favorables à la santé. À cet effet, le modèle de masculinité traditionnelle est présenté, dans plusieurs recherches québécoises (et ailleurs), comme une véritable « chape de plomb » générant chez les hommes différents problèmes psychosociaux et de santé, tout particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Cette perspective appellerait, sur le plan des interventions, à un travail de déconstruction des règles rigides de la masculinité traditionnelle ou des contraintes reliées au rôle de genre masculin qui aurait pour effet de libérer des hommes de la pression de modèles pouvant les conduire à des impasses dans leur vie. Les exigences reliées à l'adoption de ces règles rigides se poseraient, entre autres, en obstacle au recours à l'aide et aux services en cas de besoins, même parfois dans des situations limites. À titre d'exemple, la campagne de

³ Rappelons que l'Action concertée précédente en santé des hommes (Dubeau *et al.*, 2013) a déjà relevé la faible présence des pères dans les politiques québécoises et recommandait de mieux intégrer les pères dans les politiques et plans d'action sur la famille.

prévention du suicide *Demander de l'aide, c'est fort* a eu l'avantage de partir d'un aspect positif (la force) pour amener les hommes à rejeter un aspect négatif (toujours chercher à se débrouiller seul à tout prix) du modèle traditionnel.

Cette piste d'action implique, donc, une bonne connaissance des réalités masculines par les intervenants. Elle invite à défaire des rigidités sur le plan des rôles sociaux de genre et d'ouvrir le champ des possibilités plus saines d'expression de soi. Cela exige, par ailleurs, une étude fine de valeurs liées aux rôles de genre masculin en lien avec le problème présenté, certaines pouvant représenter des leviers de changement alors qu'autres renforcent les difficultés vécues. Par exemple, le rôle de protecteur et la valeur de représenter un modèle positif pour ses enfants peuvent agir comme facteurs de protection chez des hommes vivant une crise suicidaire (Olliffe, Ogradniczuk *et al.* 2010). Par contre, l'exigence d'être stoïque devant l'adversité, souvent associée à la masculinité, peut empêcher de ressentir les malaises et de prendre les actions nécessaires pour répondre au besoin ou à la difficulté importante qui se présente.

Cette piste d'action appelle les décideurs à bien choisir les messages sociaux à véhiculer et de revoir la façon dont les messages sont livrés pour mieux rejoindre les hommes dans les campagnes de promotion. Pour les intervenants, elle force à revoir certaines conceptions reliées aux rôles de genre, de ce qui est perçu comme étant « féminin » ou « masculin ». Cela peut obliger à s'ouvrir sur des manières différentes d'exprimer des émotions, comme par exemple la tristesse peut être exprimée sous forme de pleurs pour certaines personnes (hommes ou femmes) mais aussi par de longs silences, de l'irritabilité, etc.

3.2.3 Partir des forces des hommes pour mieux soutenir les hommes

Dans le prolongement immédiat de la recherche de rapports plus égalitaires entre les hommes et les intervenants, partir de l'approche salutogène, telle que définie par Macdonald (2005), apparaît être une avenue des plus pertinentes en matière d'intervention auprès des hommes. Cette approche est centrée sur les forces et les compétences des hommes. Plus exactement, elle aborde la santé selon une perspective positive en portant le regard sur les facteurs et les ressources permettant de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être, plutôt que de se centrer sur la maladie et les facteurs de risque (Antonovsky, 1979, 1987). Selon cette approche, les forces des hommes peuvent ainsi représenter des leviers importants en matière d'intervention et de promotion de la santé et du bien-être (Macdonald, 2005). Le changement de perspective suggéré par la salutogénèse aurait favorisé le développement d'approches positives en santé, telles que la résilience, l'autonomisation, la connectivité et le capital social. Elle rompt avec les approches plus traditionnelles en santé des hommes qui misent davantage sur les déficits des hommes.

Ainsi, dans une perspective salutogène, il devient possible de s'appuyer sur le modèle de la masculinité traditionnelle, pour défaire certaines règles rigides et ouvrir de

nouveaux horizons. À cet égard, sur le plan de la prévention du suicide, des expériences antérieures au Québec, outre la campagne *Demander de l'aide, c'est fort*⁴ déjà mentionnée, le nouveau site Internet www.allume.org mis sur pied par le Centre de prévention du suicide de Québec représente également un exemple inspirant (Villeneuve, à venir).

À cet égard, il convient aussi de réfléchir sur une saine utilisation de la valeur d'autonomie si présente chez les hommes. Ainsi, penser développer des outils pour soutenir les hommes dans une approche d'auto-santé pourrait représenter une avenue à explorer (Houle *et al.*, 2015).

3.2.4 Développer des stratégies de rapprochement des services vers les hommes

Cette piste d'action se décline en plusieurs volets : a) publiciser les services en s'adressant spécifiquement aux hommes; b) faire en sorte que les hommes sentent qu'ils sont bienvenus dans les services; c) adopter des attitudes qui facilitent l'établissement d'une relation de confiance avec les hommes; d) former les intervenants pour qu'ils adaptent leurs interventions aux besoins des hommes; e) adopter des stratégies proactives; f) mettre en place des mécanismes de soutien aux personnes à qui les hommes s'adressent spontanément en cas de problèmes personnels; g) améliorer l'offre de services dédiés spécifiquement aux hommes.

a) Publiciser les services en s'adressant spécifiquement aux hommes

Lors du sondage, près de 40% des hommes ont révélé n'avoir aucune idée de l'aide qui pourrait leur être disponible. Ce résultat concorde avec l'étude de Dulac (1997) réalisée à la fin des années 1990 et les études plus récentes réalisées dans différentes régions du Québec, notamment à Montréal (Lajeunesse, Houle, Rondeau, Bilodeau, Villeneuve et Camus, 2013) et à Québec (Tremblay et Careau, 2014). Il convient alors de mieux faire connaître les services disponibles en s'assurant de rejoindre les hommes spécifiquement.

b) Faire en sorte que les hommes sentent qu'ils sont bienvenus dans les services

À divers égards, les hommes ont indiqué qu'ils ont besoin de se sentir les bienvenus, que les services s'adressent à eux aussi. En ce sens, diverses actions visant à ce que les services soient davantage « *male friendly* », pour utiliser l'expression anglaise, devraient être mises en place afin que les services identifient clairement qu'ils ont une ouverture aux hommes, que ce soit par le choix des revues offertes dans la salle d'attente, les affiches sur les murs, la publicité faite qui comprend aussi des hommes, etc. Des hommes dans les groupes de discussions ont aussi parlé de l'aménagement de lieux qui favorisent un accueil chaleureux, respectueux et humain.

⁴ Rappelons que cette campagne avait été identifiée comme l'une des pratiques efficaces ou prometteuses dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Garneau, 2004).

c) Adopter des attitudes qui facilitent l'établissement d'une relation de confiance avec les hommes

La méta-synthèse, le sondage et les entrevues focalisées de groupe ont mis en lumière des dimensions recherchées par une majorité d'hommes dans leur rapport aux services, dont la quête d'autonomie (qui se pose parfois en obstacle à la recherche d'aide) et la recherche de rapports égalitaires. Parmi les attitudes souhaitées de la part des intervenants, on note l'écoute attentive, le respect, le non-jugement l'attention portée au caractère confidentiel de la consultation. Aussi, plusieurs hommes apprécieraient davantage des interventions axées sur les solutions plutôt que sur l'expression des émotions et des difficultés personnelles.

d) Former les intervenants pour qu'ils adaptent leurs interventions aux besoins des hommes

Une bonne formation peut permettre de favoriser ce rapprochement entre les intervenants et les hommes. Déjà, le Rapport Rondeau en 2004 recommandait cette piste d'action. Aujourd'hui, elle serait encore plus importante en raison notamment du mouvement de technocratisation accrue des services accentuant la distance avec les usagers; ce phénomène a également été soulevé par des hommes dans l'étude sur des groupes de discussion focalisée. De plus, selon la méta-synthèse, la méconnaissance des réalités masculines chez des intervenants contribuerait à éloigner les hommes des services et à diminuer l'efficacité des interventions réalisées auprès d'eux. Dans cette logique, il serait alors préférable de rechercher à mieux comprendre les hommes et à mieux les connaître plutôt que de vouloir procéder *a priori* à leur « rééducation ». Ainsi, une meilleure formation des intervenants sur les réalités masculines pourrait favoriser, entre autres, des actions misant sur l'expérience et les valeurs des hommes selon une perspective plus égalitaire des rôles « intervenant » et « client ». Cela postulerait une forme de distanciation critique des modèles d'intervention de type vertical référant à des cultures professionnelles parfois bien établies, pour mieux s'ouvrir aux réalités masculines et pour mieux composer avec le vécu et les croyances des hommes. Il faut sans doute penser tout un programme de formation afin de permettre aux intervenants d'acquérir des habiletés d'intervention, certes de manière générale pour mieux composer avec la clientèle masculine, mais aussi de manière plus spécifique pour mieux rejoindre les groupes les plus à risque et tenir compte de leurs réalités particulières.

De plus, soulignons que les médecins, tout comme bien d'autres professionnels de la santé, reçoivent rarement une formation spécifique pour mieux transiger avec les clientèles masculines. Il serait sans doute pertinent de mieux les soutenir et de prévoir intégrer les soins au masculin dans le cursus de formation tout en offrant des séances de formation continue à cet effet. D'autant que les deux tiers des hommes disent consulter leur médecin de famille en cas de problème personnel ou émotionnel. De manière générale, de Montigny *et al.* (2009) avaient déjà noté l'importance d'inclure les approches spécifiques aux réalités

masculines à l'intérieur des cursus universitaires, notamment en sciences infirmières, discipline sur laquelle portait davantage l'étude de cette équipe.

e) Adopter des stratégies proactives

Le Rapport Rondeau, tout comme les volets du présent programme de recherche, en font mention : il convient également de mettre sur pied des stratégies pour rejoindre les hommes là où ils sont, favorisant ainsi le dépistage des hommes qui ont des besoins et ainsi améliorer l'accessibilité aux services en adaptant davantage ces derniers aux hommes. On peut alors penser à des services préventifs en entreprises – par exemple, *SOS Rupture* réalisé par AutonHommie et le Centre de prévention du suicide de Québec il y a quelques années (Tremblay, Déry, Desgagnés et Nadeau, 2009) ou encore dans les centres sportifs ou les quincailleries⁵. Rappelons que plusieurs hommes ont rapporté n'avoir aucune idée en quoi les services pourraient les aider. Enfin, pour les nouvelles générations en particulier, il importe de recourir davantage à Internet ou à des lignes d'écoute spécifiquement dédiées aux hommes.

f) Mettre en place des actions pour soutenir les personnes à qui les hommes s'adressent spontanément en cas de problèmes personnels

La méta-synthèse et le sondage ont mis en évidence que la forte majorité des hommes préfèrent se débrouiller seuls devant l'adversité. Quand ils consultent, ils s'adressent d'abord à la conjointe pour près de 85 % des hommes. Lors des groupes de discussion focalisée, d'autres hommes nous ont rapporté que parfois, c'est l'employeur qui a agi comme intermédiaire pour favoriser la demande d'aide qui était alors requise. Or, les conjoints et conjointes sont souvent peu outillés pour jouer un rôle de soutien et amener leur partenaire à consulter une aide professionnel. Il en est de même des employeurs. Cependant, une étude récente révèle que lorsque la relation conjugale est insatisfaisante, l'homme est moins sensible aux recommandations de sa conjointe à l'égard de sa santé (de Montigny *et al.*, soumis). Sans viser à leur mettre le poids du recours à l'aide professionnelle par l'homme en difficulté sur leurs épaules, il convient de mieux soutenir ces personnes dans leur rôle de proches aidants, de même que de soutenir la qualité de la relation conjugale.

g) Améliorer l'offre de services dédiés spécifiquement aux hommes

Le Rapport Rondeau et plusieurs études régionales ont également fait mention du peu de services dédiés spécifiquement aux hommes. Le *Rapport du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux* en faisait également mention. Rappelons qu'un homme sur huit lors du sondage a indiqué que le sexe de l'intervenant avait une influence sur sa décision de

⁵ Par exemple, l'Australie a établi un programme de dépistage auprès des hommes par le biais d'une roulotte installée en face d'une quincaillerie où une infirmière, et au besoin un médecin, proposent des tests courants de dépistage ou encore un examen médical périodique.

consulter. Une offre de services spécifiques aux hommes, idéalement offerte par des intervenants masculins, aiderait à combler cette lacune. Notamment, le besoin de services spécifiques pour les pères a déjà été mis en évidence par d'autres études (de Montigny, Verdon, Lacharité et Baker, 2010; Gervais, de Montigny, Lacharité et St-Arneault, 2015).

3.2.5 Cibler les interventions auprès de groupes et problématiques prioritaires

L'analyse des données publiques sur les hommes et la méta-synthèse conduisent à proposer, outre celles déjà identifiées précédemment, huit cibles d'intervention pour améliorer la situation des hommes au regard de leurs besoins psychosociaux et de santé et de leur relation aux services. Les cibles identifiées représentent autant de défis posés aux milieux des pratiques afin de répondre aux besoins des hommes au regard de certaines tendances d'avenir.

- La scolarisation des garçons et des jeunes hommes;
- Les hommes en difficultés socioéconomiques;
- Les hommes vivant seuls, avec peu ou pas de réseau social. Rappelons que la période de séparation conjugale représente une période particulièrement à risque sur plusieurs plans (dépression, abus d'alcool, drogue et jeu, suicide, homicide intrafamilial);
- La violence agie et subie;
- Des problèmes de santé physique chez les hommes et leur prévention, en particulier sur les maladies cardiovasculaire, le diabète, le surplus de poids et l'adoption de saines habitudes de vie;
- Le suicide chez les hommes adultes;
- Le soutien aux hommes âgés, aux hommes nouvelles arrivés au Québec et aux hommes des minorités sexuelles;
- Plus globalement, la santé mentale et la prévention dans ce domaine⁶.

Ces cibles ne sont nullement exhaustives; de plus, elles sont suggérées dans l'esprit que les milieux de services puissent se les approprier à leur manière selon leur mission et leurs priorités⁷.

4. MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, les méthodologies des quatre études sont succinctement présentées. En annexe, chacun des quatre rapports de recherche détaille la méthodologie utilisée.

⁶ Rappelons que la santé mentale a émergé comme l'un des thèmes majeurs lors des groupes de discussion focalisée, particulièrement lors de transitions de vie telles que la séparation, l'adaptation à la société d'accueil pour les nouveaux arrivants, le passage à la retraite, etc.

⁷ Dans le rapport sur les données publiques (Roy *et al.*, 2015), on retrouve une présentation succincte de chacune des cibles.

4.1 Méta-synthèse

Une analyse thématique de contenu a été effectuée sur 65 études réalisées auprès d'homme québécois selon les trois axes du programme de recherche : la santé et le bien-être des hommes, les rôles joués par les hommes et leur relation avec les services. La sélection des recherches a été effectuée à partir des critères suivants :

- Études portant sur des hommes québécois;
- Études portant sur des résultats empiriques;
- Études publiées à partir de 2002 jusqu'à 2013;
- Études publiées sous la forme de rapports de recherche, d'articles scientifiques, de mémoires de maîtrise ou de thèses de doctorat.

Chaque étude devait répondre aux quatre critères.

4.2 Données publiques

L'analyse des données publiques portant sur la réalité démographique, économique et sociale des hommes québécois a été réalisée sur la base de 116 publications scientifiques publiées entre 2005 et 2014, sauf exception, au Québec. Les données publiques présentées sont de trois types : données d'enquêtes, administratives et de recherche. Elles proviennent de sources diverses : ministères, instituts, chercheurs universitaires, etc. La sélection des données a été effectuée selon les critères suivants :

- Couvrir l'un des champs retenus : caractéristiques démographiques et socioéconomiques, liens sociaux, état de santé et services;
- Présenter des résultats à l'échelle du Québec;
- Fournir des données permettant une analyse spécifique aux hommes;
- Présenter des données récentes (moins de 10 ans), sauf exception;
- Provenir de sources fiables (ministères, instituts, chercheurs universitaires, etc.).

4.3 Sondage

Le sondage a été réalisé par Internet auprès de 2 084 hommes de 18 ans et plus en collaboration avec la firme de sondage SOM. La collecte s'est effectuée du 27 juin au 7 juillet 2014. Des pondérations ont été faites pour ajuster la représentativité de l'échantillon à la population masculine québécoise. Le questionnaire a été conçu par l'équipe de recherche à partir de plusieurs instruments standardisés et adaptés au contexte québécois, puis programmé et traduit en anglais (pour les répondants anglophones) par SOM. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques personnelles des répondants;

- Valeurs des hommes;
- Rôles sociaux exercés par les hommes en lien avec le genre et le partage des tâches domestiques ainsi que celles liées aux enfants;
- Rapport des hommes aux services.

Différentes analyses statistiques ont été effectuées, notamment des analyses bivariées et des analyses de régression. Le traitement des analyses a permis de distinguer le portrait des hommes selon l'âge, le type de ménage, la scolarité, le revenu et la provenance géographique.

4.4 Groupes de discussion focalisée

Le rapport procède à partir de deux sources de données. La première source tient d'études régionales (n=4) ayant mené des groupes de discussion focalisée auprès d'hommes au cours des cinq dernières années. De ces études, seulement les résultats issus de groupes menés auprès d'hommes ont été retenus; les résultats issus d'entrevues auprès de groupes d'intervenants ont été retirés lorsqu'ils étaient présents afin d'assurer une comparaison avec les résultats de l'autre source de données. Ces études ont tenu, mises ensemble, 19 entrevues de groupes totalisant 152 répondants. Elles ont été réalisées dans les régions de Montréal (six groupes, 68 participants)⁸, de l'Outaouais (un groupe, cinq participants)⁹, de Québec (quatre groupe, 28 participants)¹⁰ et su Saguenay-Lac-Saint-Jean (huit groupes, 51 participants)¹¹.

La deuxième source provient d'entrevues de groupe de discussion focalisée effectuées auprès de quatre groupes d'hommes considérés, à partir des étapes précédentes, comme étant plus à risque : hommes âgés, hommes à faible revenu, hommes provenant des communautés culturelles et hommes appartenant aux minorités sexuelles. Les entrevues ont été réalisées entre décembre 2014 et juin 2015. Un guide d'entrevue commun aux quatre groupes a servi de base pour les entrevues. Dans ce guide, quatre thèmes ont été explorés : les difficultés rencontrées par les hommes liées à leur appartenance à un groupe social, le comportement de demande d'aide en cas de difficultés, les ressources consultées et leurs suggestions pour améliorer les services.

⁸ Lajeunesse, S.-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. et 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*. Montréal : ROHIM.

⁹ Donne-moi une chance (2010). *Focus group hommes*. Disponible en ligne

http://www.donnemounechance.org/files/QuickSiteImages/Focus_Group_hommes_final__1_.pdf.

¹⁰ Tremblay, G. et Careau, A. (2014). *Les services aux hommes sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale : Perceptions des intervenants et des hommes*. Rapport soumis au Comité santé et mieux-être des hommes de la région de la Capitale nationale et à la Table territoriale en santé mentale du CSSSVC. Québec : Masculinités et Société.

¹¹ Bizot, D., Viens, P.A. et Moisan, F. (2013). *La santé des hommes : Les connaître pour mieux intervenir*. Saguenay : Université du Québec à Chicoutimi et ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

La sélection des participants s'est effectuée selon le mode et les critères suivants :

- ✓ Hommes à faible revenu (9 participants)
Mode de sélection : participants s'étant portés volontaires lors du sondage.
Critères : Avoir un revenu personnel annuel inférieur à 30 000 \$ et résider dans la région de Québec ou Chaudière- Appalaches.
- ✓ Hommes âgés (8 participants)
Mode de sélection : participants s'étant portés volontaires lors du sondage.
Critères : avoir 65 ans et plus et résider dans la région de Montréal.
- ✓ Hommes provenant des communautés culturelles (7 participants)
Mode de sélection : n'ayant pu sélectionner parmi les hommes s'étant portés volontaires lors du sondage, le recrutement s'est fait à partir d'organismes d'accueil et de soutien aux immigrants¹² et la liste d'envois de l'Université Laval.
Critères : être arrivé au Canada depuis cinq ans ou moins et résider dans la région de Québec ou Chaudière- Appalaches.
- ✓ Hommes appartenant aux minorités sexuelles (10 participants)
Mode de sélection : n'ayant pu sélectionner parmi les hommes s'étant portés volontaires lors du sondage, le recrutement s'est fait à partir d'un organisme de soutien aux minorités sexuelles¹³ de la Montérégie et une publicité sur le site de la Chaire de recherche sur l'homophobie.
Critères : être gai ou bisexuel et résider dans la région de Montérégie.

Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des participants et des transcriptions ont été réalisées. Une analyse thématique de contenu a été effectuée sur la base du matériel des entrevues.

5. RÉSULTATS

Les principaux résultats sont présentés à partir de chacune des quatre études du programme de recherche. Les rapports complets de ces quatre études se retrouvent en annexe.

5.1 Méta-synthèse

Les résultats sont regroupés selon les axes de la méta-synthèse :

¹² L'équipe de recherche tient à remercier chaleureusement les organismes de soutien à l'accueil des immigrants de la ville de Québec pour leur contribution importante au recrutement des participants, en particulier le Centre Mgr Marcoux qui, de plus, a offert un local pour l'entrevue de groupe.

¹³ L'équipe de recherche tient à remercier chaleureusement le JAG de Saint-Hyacinthe et la Chaire de recherche sur l'homophobie pour leur contribution importante au recrutement des participants.

5.1.1 Axe portant sur la santé et le bien-être

Même si, en général, les hommes ont une perception de leur santé qui se compare à celle des femmes, il n'en demeure pas moins qu'ils ont tendance à surestimer leur état de santé par rapport au portrait réel. De plus, ils auraient, de manière générale, de moins bonnes habitudes de vie que celles des femmes et ils seraient plus susceptibles qu'elles d'être affectés par des accidents et des blessures.

Le modèle de masculinité traditionnelle aurait une influence sur la prévalence de certains problèmes de santé, notamment sur le plan de la santé mentale, des problèmes tels que la dépression ou le suicide, par exemple. La consommation, d'alcool et de drogues est davantage présente chez les hommes que chez les femmes; elle traduirait une forme de socialisation masculine. De la même façon, le travail, de par sa fonction identitaire chez les hommes plus traditionnels, aurait un impact sur leur santé mentale et physique, tout particulièrement, quand ils en sont privés. Enfin, les liens entre la pauvreté et la santé sont multiples et, dans les cas d'exclusion sociale et de perte d'autonomie résultant d'une situation de pauvreté vécue par des hommes, ces derniers en seraient affectés par des souffrances « invisibles » qui ne seraient pas toujours bien reconnues par les réseaux de services existants.

5.1.2 Axe portant sur les rôles

Un fil conducteur semble traverser les études parcourues : d'une manière générale, les hommes rechercheraient l'autonomie à travers les différents rôles qu'ils exercent dans leur vie. Cette autonomie, lorsqu'elle fait défaut, serait associée à un sentiment de vulnérabilité affectant l'image personnelle, voire l'identité. De plus, le travail constituerait, dans les faits et symboliquement, un point d'ancrage de cette autonomie recherchée; pour certains, le travail compterait parmi les composantes premières de leur identité.

La vulnérabilité masculine revêtirait différentes formes. Elle s'exprimerait, entre autres, à travers la perception des hommes quant aux limites de l'exercice de leurs rôles, tels qu'interprétés par eux, et quant à l'influence du regard socialement porté sur eux. Enfin, certains signes laissent présager des points de distanciation à l'endroit des rôles associés à la masculinité traditionnelle chez les nouvelles générations. C'est notamment le cas, en particulier, chez les jeunes pères.

5.1.3 Axe portant sur les services

Le phénomène de sous-consultation, généralement observée chez les hommes quant aux services tiendrait principalement à des facteurs étroitement associés à la socialisation masculine plus traditionnelle. Les hommes, de manière générale, rechercheraient dans les services, un caractère humain, plus personnalisé et ils souhaiteraient que les interventions

soient davantage axées sur l'action et les solutions. L'intervention de groupe s'accorderait bien avec les réalités masculines. Elle présenterait une efficacité certaine en s'appuyant sur des caractéristiques masculines favorisant le lien avec l'aide et le recours aux services.

Pour rapprocher les services des hommes, il faudrait favoriser un rapport intervenant-usager plus égalitaire, permettant aux hommes de conserver leur autonomie tout en ne se sentant pas jugés et reconnus sur la base de leurs connaissances, de leurs habiletés et de leurs expériences. Enfin, le réseau émotionnel pour plusieurs hommes se limiterait assez souvent à la conjointe. Cette dernière servirait régulièrement d'intermédiaire pour favoriser l'accès des hommes aux services.

5.1.4 Besoins et recommandations

L'importance accordée dans les études analysées à la déconstruction des règles de la masculinité traditionnelle constitue le fil d'Ariane de cette section sur les besoins des hommes, leurs attentes à l'endroit des services et les recommandations faites. Ce thème s'impose régulièrement dans les études consultées. Aussi, l'importance que les services adoptent des stratégies pour mieux rejoindre les hommes et qu'ils ajustent leur fonctionnement au regard des réalités des clientèles masculines a été maintes fois soulignée. L'observation répétée quant à la faiblesse des réseaux sociaux de soutien chez plusieurs hommes conduit à la pertinence de développer des interventions favorisant la consolidation de ces réseaux d'autant que ces derniers sont souvent des intermédiaires à la demande de services.

La nécessité de stimuler la persévérance et le suivi dans les démarches d'aide chez plusieurs hommes a été mise en évidence. La formation des intervenants aux réalités masculines est apparue comme incontournable pour rapprocher les services des hommes et faire en sorte que les interventions soient plus efficaces auprès d'eux. Enfin, le point de vue de la diversité des hommes, développé dans certaines études, met en garde contre le piège des généralisations hâtives sur eux pouvant conduire à des mésinterprétations de leurs besoins et de leurs réalités.

5.1.5 Synthèse

À l'examen, quatre dimensions ont émergé des études parcourues dans le cadre de la méta-synthèse : la quête d'autonomie des hommes, le rapport souhaité des hommes avec les services (horizontalité), la nécessité de déconstruire les règles de la masculinité traditionnelle et la formation des intervenants sur les réalités masculines.

5.2 Données publiques

Les résultats sont présentés selon trois types de portrait des hommes québécois. Rappelons qu'ils s'appuient sur l'analyse de 116 publications scientifiques québécoises parues au cours des 10 dernières années.

5.2.1 Portrait démographique et socioéconomique des hommes québécois et de leurs liens sociaux

Dans l'ensemble de la population, en 2013, on compte presque autant d'hommes que de femmes : 49,7 % de la population québécoise est composée d'hommes et 50,3 % de femmes. L'égalité numérique hommes/femmes est obtenue à l'âge de 50 ans. Les écarts les plus importants selon le sexe se retrouvent aux extrémités de la pyramide des âges. C'est ainsi qu'à la naissance, on enregistre davantage de garçons que de filles alors que, chez le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus, on retrouve la situation inverse.

Sur le plan de la scolarité, en 2006, les hommes de 25 à 54 ans sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à avoir obtenu un diplôme, quel que soit le niveau de scolarité. Mais, à partir de 55 ans, la situation s'inverse. Ces résultats témoigneraient d'un effet générationnel à ce titre.

Dès la maternelle, les garçons sont plus nombreux, en proportion, à présenter des indices de vulnérabilité que les filles sur le plan de leur développement. Ainsi, en 2012, le tiers des garçons (32,6 %) sont qualifiés de « vulnérables » pour, au moins, un des cinq domaines de développement considérés dans l'enquête sur les maternelles au Québec comparativement à 18,5 % des filles (Simard, Tremblay, Lavoie et Audet, 2013). C'est sur le plan de la maturité affective et des compétences sociales que les écarts sont les plus manifestes entre les garçons et les filles. En ce qui concerne le décrochage scolaire, environ deux fois plus d'hommes que de femmes, en proportion, en sont affectés. Une tendance se dessine quant à l'enseignement supérieur : en proportion, moins d'hommes que de femmes s'y inscrivent et obtiennent un diplôme.

Trois tendances émergent des analyses sur le plan socioéconomique. En premier lieu, même si les hommes, en proportion, affichent depuis longtemps un taux d'emploi et un taux d'activité supérieurs à ceux des femmes, cet écart s'amenuise dans le temps. En deuxième lieu, les inégalités de revenus selon le sexe apparaissent moindres chez les nouvelles générations. Enfin, la proportion des hommes actifs sur le marché du travail et détenant un diplôme universitaire est, depuis 2011, désormais inférieure à celle des femmes actives. À noter que certaines catégories d'hommes apparaissent plus vulnérables au regard de la pauvreté : les hommes ayant été en chômage une partie de l'année et étant inactifs le reste du temps et les jeunes hommes de 15 à 24 ans.

En ce qui a trait aux liens sociaux, un homme sur sept (13,9 %) rapportent ne pas disposer d'un niveau élevé de soutien social comparativement à une femme sur 10 (10,2 %). Enfin, d'une manière générale, le phénomène de la violence, tant agie que subie, est plus

répandu chez les hommes. Cependant, sur le plan évolutif, des signes laissent présager une diminution du recours aux diverses formes de violence, tout particulièrement du côté des pères, en raison notamment d'une évolution des normes sociales et des formes de soutien existants.

5.2.2 Portrait de la santé des hommes

En 2012, l'espérance de vie des Québécois est de 81,8 ans. Celle des hommes est de 79,8 ans comparativement à 83,8 ans pour les femmes. Dans le temps, l'écart entre les sexes ne cesse de s'amenuiser. En 2010-2012, les hommes présentent un taux de mortalité supérieur à celui des femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge, sauf celui des cinq à neuf ans pour qui le taux de mortalité est semblable à celui des filles. C'est entre 15 et 30 ans que l'écart entre les sexes est le plus marqué; dans ce groupe d'âge, les hommes meurent, en proportion, 2,2 fois plus souvent que les femmes. Les deux principales causes de décès chez les hommes sont les tumeurs (35,2 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (25,5 %). L'écart le plus important entre les hommes et les femmes concerne les causes externes (accidents, blessures, etc.), lesquelles sont plus nombreuses, en proportion, chez les hommes que chez les femmes. Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter souffrir de problèmes de santé chroniques, à l'exception des maladies cardiaques et du diabète.

D'une manière générale, les habitudes de vie sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique et de la consommation de cigarettes et d'alcool, tendent à s'améliorer dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes, en particulier chez les nouvelles générations. Il n'en demeure pas moins que, sauf pour l'activité physique, les hommes rapportent, de manière générale, de moins bonnes habitudes de vie et de comportements préventifs que les femmes. Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer faire de l'embonpoint. C'est du côté de la consommation de drogues et d'alcool en quantité élevée que les écarts entre les hommes et les femmes sont les plus prononcés.

Le stress, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ainsi que la détresse psychologique sont, en proportion, moins rapportés par les hommes que par les femmes. Si, à l'âge adulte, on enregistre, en proportion, moins de troubles liés à l'anxiété et à la dépression chez les hommes comparativement aux femmes, la situation s'inverse complètement chez les moins de 20 ans concernant les déficits de l'attention et l'hyperactivité. Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à se classer au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique en 2007-2008 (16,6 % c. 23,2 %). Trois fois plus d'hommes que de femmes se sont enlevé la vie en 2012; sur 1 102 suicides, 856 sont le fait d'hommes et 246 sont le fait de femmes. Ce sont les hommes âgés de 35 à 49 ans qui enregistrent le taux de suicide le plus élevé. Sur le plan évolutif, le taux de suicide, tant chez les hommes que chez les femmes, a reculé entre 1981 et 2012.

Enfin, environ deux fois plus d'hommes que de femmes (4,3 % c. 2,2 %) rapportent être victimes d'une blessure accidentelle au travail assez grave pour limiter leurs activités, au cours d'une période de 12 mois.

5.2.3 Portrait du recours aux services

En général, les hommes sont, en proportion, moins nombreux que les femmes à rapporter avoir consulté pour des services sociaux et de santé. Notamment, dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les hommes sont, en proportion, moins nombreux que les femmes en 2009-2010 à déclarer avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois (70,1 % c. 84,6 %). Aussi, une plus faible proportion d'hommes que de femmes rapporte être affiliée à un médecin de famille en 2010-2011 (73,1 % c. 84,1 %). Enfin, en 2010-2011, 9,5 % des hommes comparativement à 15,1 % des femmes ont rapporté avoir consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois.

En général, les hommes expriment en plus faible proportion que les femmes avoir un besoin non comblé pour les services sociaux et de santé. Une exception : l'affiliation à un médecin de famille (12,3 % c. 9,1 %). Concernant les hommes présentant une ou des incapacités, 21,9 % d'entre eux considèrent avoir un besoin d'aide (comblé ou non) pour des activités de la vie quotidienne et domestique comparativement à 34,3 % des femmes ayant des incapacités également.

Dans le réseau des CLSC, pour l'année 2012-2013, on enregistre une proportion d'hommes significativement moins élevée que celle des femmes parmi les clientèles (42,5 % c. 57,5 %). En 10 ans, la clientèle masculine en CLSC a progressé plus rapidement que la population démographique pour la même période: 20,1 % d'augmentation de la clientèle masculine comparativement à 9,5 % d'augmentation démographique de la population masculine pour la même période.

5.2.4 Synthèse

Cinq constats généraux émergent du rapport sur les données publiques. Un premier constat tient au rapprochement observé dans le temps entre les hommes et les femmes sur différents indicateurs considérés tant sur le plan social (taux d'emploi et d'activité, revenus, etc.) qu'à celui de la santé (espérance de vie, maladies les plus fréquentes, etc.). Un deuxième constat met en évidence le fait que, si la tendance se maintient à l'enseignement supérieur, la situation de l'emploi des hommes pourrait se détériorer. Un troisième constat révèle l'existence d'une vulnérabilité plus importante sur le plan du développement chez les jeunes garçons comparativement aux jeunes filles. Un quatrième constat montre qu'en dépit d'une espérance de vie s'approchant de celle des femmes au cours de la dernière décennie, les hommes s'avèrent plus à risque d'accidents liés au travail et meurent plus souvent de tumeurs, de maladies cardiovasculaires et de suicide que ces dernières. Enfin,

un dernier constat concerne le phénomène de sous-consultation des hommes sur le plan des services sociaux et, dans une moindre mesure, sur le plan des services de santé.

5.3 Sondage¹⁴

Les résultats du sondage réalisé en 2014 sont regroupés selon les différentes sections du questionnaire d'enquête :

5.3.1 Caractéristiques personnelles des répondants

Selon l'âge, les répondants se répartissent à peu près également en trois groupes, soit celui des 18-34 ans (27,9 %), celui des 35-54 ans (37,0 %) et celui des 55 ans et plus (35,1 %), correspondant en cela à leur importance relative au sein de la population québécoise masculine. Majoritairement, 85,1 % des répondants ont le français comme langue maternelle et 8,9 %, l'anglais. Également, 91,7 % des répondants sont originaires du Canada. Les autres se distribuent à partir d'une liste de 44 pays. Près de la moitié des répondants résident dans la région métropolitaine de Montréal (47,5 %), 9,8 % dans la région de Québec, enfin 42,7 % habitent ailleurs au Québec. Ces résultats concordent également avec les données du recensement de 2011, le sondage offrant ainsi une bonne représentativité de la population masculine québécoise.

La majorité des répondants vivent en union, soit les deux tiers des répondants (67,2 %) et un homme sur cinq (21,4 %) vit seul. Près de deux répondants sur trois (63,5 %) évoluent sur le marché du travail; les retraités composent le cinquième des répondants (21,5 %) et les étudiants en représentent 8,3 %. Sur le plan de la scolarité, 56,7 % des répondants n'ont pas atteint le niveau collégial, 18,0 % ont une formation collégiale comme plus haut diplôme obtenu et 25,3 % ont diplômé à l'université. Les deux tiers des répondants (66,9 %) sont propriétaires et le tiers (33,1 %) sont locataires. Quant aux revenus annuels, 17,1 % des répondants gagnent moins de 20 000\$, 24,1 % entre 20 et 39 999 \$, 30,2 % entre 40 et 59 999 \$, 15,7 % entre 60 et 79 000 \$ et 13,0 % ont 80 000 \$ et plus. Enfin, les trois quarts des hommes (75,7 %) rapportent avoir eu des contacts sexuels avec une ou des femmes seulement au cours de la dernière année. Plus d'un homme sur six (17,1 %) déclare ne pas avoir eu de contacts sexuels au cours de la dernière année. Ainsi, parmi ceux qui rapportent avoir été actifs sexuellement au cours de la dernière année, 8,6 % des répondants auraient eu des contacts sexuels avec d'autres hommes et 91,4% avec une ou des femmes seulement.

5.3.2 Valeurs des hommes

À la question *En quelques mots, indiquez ce qui compte le plus, pour vous, dans la vie?*, la famille est apparue, de loin, la valeur la plus fréquemment rapportée. Deux autres valeurs se sont aussi détachées des autres, soit la santé et le bonheur, suivies un peu plus loin de

¹⁴ L'équipe tient à remercier sincèrement le MSSS pour son soutien particulier dans cette opération, notamment dans la formulation du questionnaire et des liens avec la firme SOM.

valeurs relationnelles telles que l'amitié et l'amour. Il a également été proposé une série d'énoncés de valeurs aux répondants qui avaient à qualifier l'importance de chacun d'eux. La qualité de vie et la famille sont les deux premiers énoncés choisis en priorité par les répondants, suivis de près par l'importance d'être responsable et l'autonomie. Selon les deux méthodes utilisées, la valeur « famille » occupe une place de choix chez les hommes. Il s'agit d'une valeur dont l'importance transcende les catégories d'hommes retenues dans le sondage (en lien avec l'âge, le niveau de scolarité, le revenu, le type de ménage, le milieu de résidence rural ou urbain). En lien avec les services, les énoncés de valeurs se rapportant à la vie intime (famille et vie de couple) sont ceux qui affichent les plus fortes relations en faveur d'une ouverture à l'aide et aux services.

5.3.3 Rôles sociaux

L'analyse des rôles sociaux couvre trois dimensions. La première concerne les rôles sociaux de genre tels que définis dans l'Échelle des conflits de rôles de genre élaborée par O'Neil, Helms, Gable, David & Wrightman (1986). La deuxième porte sur le partage des tâches domestiques entre conjoints et la dernière dimension est consacrée au partage des tâches reliées aux enfants.

D'une manière générale, les plus jeunes sont proportionnellement moins nombreux à rapporter avoir des difficultés à exprimer leurs émotions comparativement aux plus âgés, ils sont plus nombreux que leurs aînés à mettre l'accent sur la compétition, ils sont davantage nombreux, en proportion, à se dire ouverts en ce qui a trait aux comportements affectueux entre les hommes et la conciliation travail et famille sollicite un plus grand nombre d'entre eux que les plus âgés. La scolarité jouerait aussi une influence quant aux rôles sociaux, tout particulièrement sur le plan des comportements affectueux restreints entre les hommes. Enfin, il est à souligner que les répondants vivant davantage de restrictions sur le plan de l'expression de leurs émotions seraient plus réticents à demander de l'aide et des services que les autres répondants.

Selon les résultats, il existerait une zone de tâches domestiques faisant l'objet d'un partage relatif entre les conjoints selon ce que rapportent les répondants. Des tâches telles que faire la vaisselle, l'entretien ménager et l'épicerie rentrent dans cette catégorie. Par ailleurs, d'autres tâches domestiques sembleraient obéir davantage à une logique selon le genre; il en serait ainsi pour tondre le gazon, s'occuper de l'entretien de la voiture, réparer la maison et pelleter la neige qui seraient des tâches plus typiquement masculines alors que faire la lessive serait une tâche plus typiquement féminine, selon la fréquence de réalisation des tâches rapportée par les répondants. Les tâches reliées aux enfants présentent un partage presque deux fois plus équilibré, en proportion, entre les conjoints que celui enregistré pour les tâches domestiques. Les tâches qui, selon les répondants, font l'objet d'un partage plus égalitaire avec le conjoint ou la conjointe sont les suivantes: prendre du temps avec l'enfant pour le rassurer, le consoler lorsqu'il éprouve des difficultés (68,7 % des répondants), jouer avec lui (64,6 % des répondants), échanger avec lui (63,7 % des

répondants) et lui apporter des soins quotidiens (59,1 % des répondants). Plus globalement, ce type de partage serait davantage le fait des nouvelles générations.

5.3.4 Rapport aux services

De diverses manières, les hommes ont exprimé des réserves certaines quant au fait de recevoir de l'aide en cas de problème. De fait, lorsqu'un problème se présente, plus de huit répondants sur 10 (84,6 %) tentent de le résoudre seuls; plus des deux-tiers (67,8 %) préfèrent garder pour eux leur problème; près de six sur 10 (57,8 %) hésitent à recourir à l'aide même s'ils pensent que cela résoudrait les problèmes plus facilement; près de la moitié (45,4 %) se disent agacés quand quelqu'un tente de les aider lorsqu'ils sont tristes ou préoccupés; enfin, plus du tiers (35,1 %) rapportent que, lorsqu'ils sont obligés de demander de l'aide, leur fierté en prend un coup.

En cas de problème personnel ou émotionnel, le conjoint ou la conjointe est, de loin, la première ressource d'aide consultée (84,5 %), suivie par le médecin de famille (63,7 %), les parents (56,0 %) et d'autres membres de la famille (47,2%). Les intervenants psychosociaux (42,4 %), les CLSC (38,5 %), les ressources communautaires (21,0%), les amis (17,0 %) et les lignes d'écoute (14,7 %) complètent l'éventail des ressources que les répondants consulteraient. Soulignons que près de la moitié des répondants (48,8 %) disent qu'ils ne demanderaient de l'aide à personne pour un tel problème.

Certaines barrières liées à des perceptions apparaissent chez les hommes lorsque vient le temps de consulter quelqu'un pour un problème. Les plus importantes rapportées sont les suivantes traduites sur la base d'énoncés proposés aux répondants avec le pourcentage de ceux qui se disent en accord entre parenthèses : « Je n'aime pas me sentir contrôlé par les autres » (91,4 %), « J'aime mieux régler mes problèmes par moi-même » (74,8 %), « Ça va se régler avec le temps » (67,9 %) et « La vie privée est importante pour moi et je ne veux pas qu'une autre personne soit au courant de mes problèmes » (51,9 %). Notons que près de quatre répondants sur 10 (38,3 %) n'auraient aucune idée de l'aide disponible et que plus du quart (27,6 %) ne pense pas que les services peuvent leur apporter quelque chose d'aidant. Également, 14,4% des répondants mentionnent ne pas avoir confiance aux professionnels en santé physique et 27,7% aux professionnels en intervention psychosociale.

Près d'un répondant sur cinq (19,0 %) estime que les services témoignent rarement ou jamais d'une sensibilité à l'endroit des besoins des hommes et plus du tiers (37,4 %) ont répondu « parfois ». Les répondants plus âgés considèrent davantage que les plus jeunes, en proportion, que les services sont sensibles aux besoins des hommes. Un peu plus de sept répondants sur 10 (71,8 %) ont indiqué qu'ils ont un médecin de famille. Au cours de la dernière année, 77,4 % des répondants rapportent néanmoins avoir consulté un médecin et dans une proportion semblable (77,9 %) un/e autre spécialiste de la santé, comparativement à 13,8 % une aide professionnelle en intervention psychosociale. Le professionnalisme, le

climat de confiance, la confidentialité, se sentir écouté et pris au sérieux et ne pas se sentir jugé sont les critères qui sont identifiés comme les plus importants par les répondants quand vient le temps de choisir une ressource à consulter. De six à sept hommes sur 10 ont qualifié ces critères de très importants.

5.3.5 Synthèse

Que nous apprend le sondage? Tout d'abord, la famille représente la valeur mise en priorité par l'ensemble des hommes québécois peu importe leur appartenance générationnelle. Sur le plan des rôles sociaux, deux tendances d'ordre générationnel ont été identifiées. En premier lieu, on assisterait à un plus grand partage des tâches domestiques et des tâches reliées aux enfants chez les plus jeunes répondants. En second lieu, les hommes plus jeunes ont aussi tendance à prendre une plus grande distance envers les normes traditionnelles reliées au genre masculin que ceux des générations précédentes, quoique la dimension *Succès, pouvoir et compétition* occupe une plus grande place chez eux que chez leurs aînés. Quant au rapport avec l'aide et les services, la situation semble avoir peu évolué sur ce point, si on réfère aux études antérieures sur le sujet, alors que la forte majorité des répondants au sondage notent de fortes réticences à demander de l'aide, même lorsque le besoin est présent, préférant de loin se débrouiller seuls. Cela est d'autant plus vrai chez les hommes moins scolarisés, ceux qui ont plus de réticence à exprimer leurs émotions, ceux qui vivent seuls et ceux qui se retrouvent en contexte de pauvreté.

5.4 Groupes de discussion focalisée

Certains traits communs aux différents groupes ou à la majorité d'entre eux ont pu être identifiés. Selon bon nombre de répondants, divers aspects favorisent une affiliation avec les services et les intervenants alors que d'autres, au contraire, créent une distance et limitent l'accès, l'acceptabilité et l'efficacité de l'aide.

5.4.1 Facteurs clés en lien avec l'efficacité des services psychosociaux et de santé selon les répondants

Dans les différents groupes, tantôt, on était satisfaits des services, tantôt, on l'était beaucoup moins. De différentes manières, les répondants ont donné plusieurs indices qui permettent d'établir un lien de confiance et de leur procurer un bon niveau de satisfaction pour le service rendu : se sentir écoutés attentivement, compris, sans jugement, que l'intervenant prenne tout le temps nécessaire, sans réponse toute faite, qu'il porte une attention à la confidentialité et fasse preuve de professionnalisme.

Plusieurs répondants ont aussi noté l'importance de la rapidité du service, c'est-à-dire la capacité du système à détecter précocement qu'ils arrivent « au bout du rouleau », en situation de crise, et ne sont pas en situation de multiplier les demandes d'aide ou de se retrouver en liste d'attente.

5.4.2 Difficultés récurrentes des hommes à demander de l'aide

Plusieurs commentaires suggèrent une **distance aux services**. Celle-ci s'exprimerait sous deux angles : l'un venant des hommes eux-mêmes, notamment des contraintes en lien avec les règles de la masculinité traditionnelle et la quête d'autonomie, et le deuxième du caractère occulté des réalités masculines par les intervenants et de la complexité du système de services.

Les propos sont nombreux, dans les études régionales mais aussi chez des groupes spécifiques d'hommes, pour parler des difficultés des hommes en général à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin. Certains l'expliquent par l'« orgueil masculin », d'autres par la honte, mais surtout, plusieurs insistent sur l'éducation reçue quant aux pratiques permises ou non en lien avec la masculinité, particulièrement les hommes plus âgés.

Il faut également considérer que la quête d'autonomie exerce aussi une influence certaine dans le rapport aux services. En particulier, chez les hommes à faible revenu et ceux appartenant à la diversité sexuelle. Le fait de vouloir « s'arranger seul » en cas de problème est une caractéristique davantage répandue chez ces participants.

5.4.3 Des attitudes des intervenants qui peuvent rebuter

Les répondants qui étaient moins satisfaits des services reçus déploraient, pour plusieurs, l'attitude peu facilitantes de certains intervenants. Pour l'essentiel, des participants des groupes spécifiques et dans les régions ont rapporté des expériences négatives avec les services psychosociaux et de santé. Notamment, ils reprochaient ce qu'ils ont perçus comme étant des marques d'indifférence, un manque d'empathie, parfois un sentiment d'être jugés, étiquetés et de ne pas être écoutés.

5.4.4 Un système technocratisé qui complexifie la demande d'aide

La **technocratisation**¹⁵ et la **complexité des services** est un autre angle à partir duquel est observé le phénomène de distanciation des hommes aux services. Ce commentaire est revenu dans plusieurs études régionales et lors des entrevues avec des groupes spécifiques. Tout particulièrement, les participants âgés et à faible revenu et, dans une moindre mesure, les hommes issus des communautés culturelles, ont évoqué divers obstacles techniques tenant, en particulier, à l'accès aux services, considéré par certains comme une véritable course à obstacles (Lajeunesse *et al.*, 2013). Aussi, des participants ont souligné, à l'occasion, que certains services ou certaines pratiques ne semblaient pas cadrer

¹⁵ Selon Larochelle (1999, p. 528-529), la technocratie « désigne littéralement une forme d'organisation de la société au sein de laquelle le pouvoir est exercé par des experts qui, en vertu de la compétence et du savoir technique dont ils disposent dans un domaine précis, décident de l'ensemble des questions relatives à l'ordre public en arguant de l'intérêt général ».

avec leurs réalités. Pour certains encore, le caractère technocratique et la complexité du système de santé et de services sociaux notamment, créeraient un véritable écran entre eux et les services. Une sorte d'incompréhension des services à l'égard des réalités et des besoins des hommes en résulterait selon leur perception. Le manque d'information est enfin pointé du doigt comme lacune des services dans trois groupes spécifiques et dans trois études régionales. Mais aussi l'inverse : dans certains sites gouvernementaux, des participants se disaient littéralement perdus à travers les multiples options offertes.

5.4.5 L'importance du réseau social des hommes

Un autre trait commun entre les groupes concerne le rôle important qu'exerce le réseau social des hommes, principalement le/la conjoint/e, la famille et les amis, comme source d'aide en cas de besoin ou d'obstacle à certaines réalités vécues par les participants. À la fois force et faiblesse, le réseau social est néanmoins la première référence pour nombre de participants, avant les services. Chez les hommes provenant des communautés culturelles, ce serait même une caractéristique culturelle et communautaire bien distincte de pouvoir compter sur leur réseau social immédiat en cas de difficultés. Chez les hommes appartenant à la diversité sexuelle, les amis surtout constitueraient un véritable pivot offrant un soutien important dans l'évolution de leur orientation sexuelle; à l'inverse, certains ont souffert d'une forme d'exclusion au sein de la famille. Chez les hommes à faible revenu, il est intéressant de noter l'existence d'un clivage générationnel : les plus jeunes recourraient plus volontiers que les plus âgés à leurs amis en cas de besoins, les plus âgés éprouvant des réserves à compter sur ceux-ci. Enfin, les hommes âgés ont parfois souligné que le regard des autres sur le vieillissement pouvait avoir un effet négatif sur la perception de leur propre identité à titre de personnes âgées. On comprend, par ailleurs, que lorsque la situation devient tendue avec le réseau social, ou une partie de celui-ci, notamment lors d'une séparation conjugale, il peut s'en suivre une désorganisation importante, voire une crise, nécessitant le recours à une aide professionnelle.

5.4.6 Une attention particulière à la santé mentale

Autre trait commun : la santé mentale. Trois groupes d'hommes, soit ceux à faible revenu, ceux issus des minorités sexuelles et les hommes âgés, ont rapportés divers problèmes d'ordre psychologique tels que l'anxiété et la dépression par exemple. Chez les hommes à faible revenu, certains problèmes de santé mentale apparaissaient alimentés par la précarité financière et le stress résultant de cette situation. Pour certains hommes issus des minorités sexuelles, des questionnements personnels sur l'orientation sexuelle et l'ostracisme du milieu généraient également des problèmes de santé mentale pouvant aller jusqu'à des idéations suicidaires et à la dépression. Quant aux hommes âgés, le sentiment d'inutilité peut aussi entraîner des conséquences importantes sur la santé mentale. La santé mentale est également apparue comme un point central dans les études régionales. Notamment, plusieurs répondants ont révélé avoir demandé de l'aide une fois rendus « au

bout du rouleau » et, pour plusieurs, avant de passer à l'acte, confrontés à des idées suicidaires sérieuses.

En somme, les résultats des groupes de discussion focalisée corroborent ceux issus de la méta-synthèse, des données publiques et du sondage quant à la perception de plusieurs hommes d'un manque de sensibilité des intervenants et des services envers les besoins psychosociaux et de santé particuliers des hommes. De plus, les hommes seraient peu enclins à faire appel à des ressources formelles en raison d'une méconnaissance de ces dernières et d'un processus de demande d'aide qui leur apparaît laborieux et complexe.

6. PISTES DE RECHERCHE

Sept pistes de recherche émergent du matériel des quatre études du programme de recherche.

6.1 Le concept d'autonomie

La quête d'autonomie est apparue centrale dans les travaux. Celle-ci pourrait vraisemblablement mettre plusieurs hommes à distance des formes d'aide et de services. En particulier, les jeunes pères ont tendance à revendiquer leur autonomie pour préserver la sphère de leur intimité et les hommes en situation de pauvreté vivraient difficilement la privation de leur autonomie. Ce ne sont que des exemples, car le constat est que le phénomène semble généralisé et relativement important dans le contexte du lien qu'entretiennent bon nombre d'hommes avec les services. Les problématiques mettant en cause l'autonomie des hommes sont variées, porteuses de significations diverses, et multigénérationnelles. Dans cette perspective, il faudrait mieux connaître ce qu'on entend par « autonomie » (et ses composantes), sa signification, identifier les facteurs qui y seraient associés. Aussi, les forces qu'elle peut générer dans le cadre des relations avec les intervenants et rendre compte de l'évolution dans le temps de cette notion dans l'esprit des hommes ainsi que l'influence qu'elle exerce réellement dans le rapport des hommes aux services. Des devis qualitatifs sont indiqués pour ce type d'études.

6.2 L'horizontalité des services

Il est apparu dans les travaux que la recherche d'une relation plus égalitaire entre les hommes et les services constitue une clé de rapprochement entre les deux, favorisée, entre autres, par des mécanismes de socialisation masculine existants, dont la recherche de l'autonomie. Cette dernière suggère que, de manière générale, les hommes souhaitent être des acteurs actifs dans leur rapport aux services et non pas des bénéficiaires passifs de services dispensés selon une perspective verticale et professionnalisante. Des études visant à implanter et à évaluer (et à comparer avec d'autres profils de pratique) des types d'interventions inspirés d'une logique d'horizontalité des services seraient des plus pertinentes afin de contribuer à l'amélioration du rapport entre les hommes et les services ainsi que l'efficacité des interventions.

6.3 L'approche salutogène

Cette approche misant sur les forces et les compétences des hommes a été remarquée dans des écrits comme porteuse d'efficacité sur le plan de l'intervention. Il serait très intéressant de documenter les composantes de cette approche qui auraient le plus d'influence auprès des hommes et les résultats qu'elle offre dans l'intervention à partir de différents contextes de pratiques.

6.4 Cultures masculines et cultures de services

Les travaux ont mis en évidence l'existence d'une distance parfois importante entre les hommes et les services pouvant tenir à des cultures professionnelles et institutionnelles qui s'inscriraient en opposition avec certaines cultures masculines. Des recherches explorant plus à fond ce champ d'études pourraient ouvrir de nouvelles fenêtres pour mieux comprendre le fossé existant parfois entre les hommes et les services et identifier des pistes d'action en conséquence. Elles pourraient contribuer également à identifier des besoins non-reconnus et, parfois, invisibles, voire non-exprimés, chez les hommes par les services.

6.5 Stratégies pour rejoindre les hommes

La sous-consultation des hommes aux services par rapport aux femmes est un constat important des travaux. Des auteurs ont souligné l'importance pour les services de développer des stratégies pour mieux rejoindre les hommes en tenant compte des réalités masculines et mieux encourager ainsi la demande d'aide. Des études visant à documenter l'impact de certaines stratégies auprès des hommes dans différents contextes (selon le problème vécu, selon le milieu géographique, etc.) afin de rapprocher les services des hommes, apporteraient une contribution certaine, susceptible d'exportation dans d'autres milieux et pour d'autres pratiques. Parmi les stratégies à développer, implanter et évaluer se retrouvent toutes celles visant à rejoindre les hommes directement dans les milieux où ils se trouvent (entreprises, centres sportifs, quincailleries, etc.), s'inscrivant dans les approches proactives qui proposent d'aller davantage vers les hommes (*reaching out*) plutôt que d'attendre qu'ils se présentent dans les services. Par ailleurs, des approches qui soutiennent la qualité de la relation conjugale contribuent aussi, indirectement, à une meilleure prise en charge par les hommes de leur santé, les hommes étant plus sensibles aux conseils de leur conjointe à cet effet lorsque la relation conjugale va bien (deMontigny *et al*, soumis).

6.6 Changements générationnels

Des travaux de recherches plus généraux révèlent des mutations de valeurs chez les nouvelles générations dans bon nombre de secteurs de la vie en société. Sur le plan des masculinités, des enquêtes conduites dans des pays industrialisés indiquent que, partout,

les hommes changent et s'adaptent aux changements sociaux qui s'opèrent concernant les rapports de genres (Barker *et al.*, 2011; Castelain-Meunier, 2005; Weltzer-Lang, 2004). Les nouvelles générations en particulier, notamment par le truchement d'Internet et des médias sociaux, se construiraient sur le plan identitaire avec une multitude de modèles devant eux. Cet état de fait génèrerait une complexité des représentations des masculinités. Des études portant sur une meilleure compréhension de l'évolution des générations d'hommes, dans le contexte de leur rapport aux services, seraient des plus pertinentes, notamment en matière d'adaptation des services en fonction des réalités et des représentations selon les générations.

6.7 Groupes d'hommes spécifiques

Certains groupes d'hommes à risque de problèmes sociaux et de santé n'ont pas, comme tels, figuré dans les travaux, faute de ressources. Parmi ces groupes d'hommes, soulignons les Autochtones, les militaires, les agriculteurs et les aînés de 75 ans et plus. Ces trois groupes constituent des catégories d'hommes pour qui il serait pertinent de documenter leur situation réelle afin d'éviter de transposer pour eux des constats trop globaux. Dans cette perspective, il serait important pour d'éventuelles études de mieux comprendre les contextes culturel, social et économique dans lesquels évoluent ces groupes d'hommes ainsi que d'autres aux prises avec des problèmes de santé ou de transitions de vie spécifiques afin de mieux interpréter leur réalité aux fins de la recherche et de l'intervention.

7. LIMITES DE LA RECHERCHE

Ce programme de recherche combine différentes études permettant d'obtenir des résultats solides, bien appuyés sur des données probantes. Il n'en demeure pas moins que, comme toute recherche, il comporte certaines limites.

Pour sa part, la méta-synthèse s'appuie sur des études variées utilisant différentes méthodologies. Il a donc fallu faire preuve de prudence dans l'interprétation des convergences. De plus, la forte majorité de ces études se fondent sur les modèles explicatifs dominants dans les études sur les hommes et les masculinités au Québec et dans le monde, notamment les théories de Pleck (1981, 1994) et de Connell (1994, 2005) qui mettent davantage l'accent sur les déficits des hommes.

Pour ce qui est de l'analyse des données publiques, rappelons que celle-ci reposent principalement sur l'auto-déclaration des personnes. La présence de biais, notamment celui de la désirabilité sociale et celui de la mémoire, est possible malgré les efforts des chercheurs pour les minimiser. Certaines thématiques peuvent être sensibles à ces aspects, par exemple la consommation de drogues et les pratiques sexuelles. D'autres thématiques, entre autres celles portant sur le recours aux services de santé, questionnent les personnes pour une période de référence (par

exemple, les six mois précédant l'enquête); le risque qu'une personne se trompe en répondant est possible. Par ailleurs, il est souvent difficile de comparer des données sur un même thème lorsque celles-ci proviennent de sources variées. En effet, les différences dans les sources en ce qui a trait à la méthodologie, aux critères de sélection des personnes interrogées, à la période de référence considérée et à la formulation des questions notamment, font en sorte de limiter les possibilités de comparaison. Certaines thématiques sont aussi très peu touchées par les grandes enquêtes comme la dépression par exemple.

Les limites liées à l'auto-déclaration des personnes sont aussi applicables en ce qui concerne le sondage. De plus, il repose sur un questionnaire élaboré à partir de différents instruments de mesure qui ont dû être adaptés à la réalité québécoise, ce qui réduit considérablement les possibilités de comparaisons avec d'autres études semblables ayant eu lieu ailleurs dans le monde. Les coûts associés à un tel sondage et la nécessité de s'assurer que la complétion du questionnaire ne dépasse pas 20 minutes ont fait en sorte de réduire le nombre de questions potentielles et, du fait, d'obtenir d'autres réponses qui auraient pu fournir des éclairages additionnels.

Par ailleurs, la composition même des groupes de discussion focalisée comporte aussi certaines limites au regard du sujet posé, notamment en ce qui a trait aux quatre groupes spécifiques. Par exemple, le groupe des hommes à faible revenu se subdivise en deux sous-groupes : des hommes en contexte de pauvreté, expérimentant une situation économique personnelle fragile, et des retraités, en couple, qui, malgré leur faible revenu, s'en sortent mieux. Pour les hommes âgés, on note l'absence de personnes du quatrième âge, soit ceux qui, de manière générale, requièrent plus de services. Chez les hommes provenant des communautés culturelles, on note une surreprésentation de ressortissants africains et d'étudiants étrangers. Enfin, les participants appartenant aux minorités sexuelles semblent tous s'identifier comme homosexuels, aucun d'entre eux ne s'est identifié comme bisexuel, transgenre, transsexuel ou autre auto-identification sur le plan de l'orientation sexuelle. Des premières limites interprétatives sont ainsi posées, surtout lorsqu'on compare les résultats avec la littérature scientifique sur les mêmes objets de recherche. Ainsi, chaque groupe spécifique porte ses propres limites sans compter que les comparaisons entre les différents groupes ne sont pas évidentes. Quant aux études régionales, celle de l'Outaouais ne comporte qu'un échantillon très limité (cinq répondants), ce qui limite considérablement la portée de l'étude. Par ailleurs, tous les participants de l'étude de l'Île de Montréal reçoivent des services d'organismes communautaires et aucun du réseau public, ce qui peut avoir orienté les critiques sévères qu'ils portent envers le réseau public. Alors que l'étude de Québec ayant aussi des répondants bénéficiant des services du réseau public amène à nuancer ces propos, quoique l'échantillon demeure très restreint.

Enfin, dans leur ensemble, les résultats du programme de recherche permettent de donner un aperçu suffisamment précis concernant les hommes québécois envisagés de manière générale. Cependant, ils ne peuvent rendre compte, d'une manière plus complète, de la réalité spécifique de certains groupes d'hommes, notamment, les immigrants, les autochtones, les militaires, les agriculteurs, les jeunes hommes, les hommes âgés, les hommes en situation de pauvreté et ceux issus de la diversité sexuelle. Ainsi, le portrait global des hommes reproduit dans l'étude ne saurait traduire les réalités spécifiques de ces groupes. Tout au plus, la partie portant sur les groupes de discussion focalisée auprès de quatre de ces groupes a permis une brève incursion dans ces univers spécifiques. Cependant, des travaux menés par des chercheurs de l'équipe ont identifié des similitudes quant aux difficultés d'accès aux services, d'attitudes non inclusives et de besoins non répondus par différents groupes de pères, dont des pères immigrants et des pères en deuil (de Montigny, Verdon, Lacharité et Baker, 2010; Gervais, de Montigny, Lacharité et Dubeau, 2015).

8. CONCLUSION

La recherche contribue à documenter les réalités masculines au Québec à partir d'un portrait global des hommes sur les plans social et de santé ainsi que sur celui de leur rapport aux services. De fait, les quatre angles d'études retenus dans le programme de recherche (méta-synthèse, données publiques, sondage et groupes de discussion focalisée) offrent une perspective d'ensemble et complémentaire pour mieux lire l'évolution des hommes québécois et mieux comprendre leurs besoins en matière de services sociaux et de santé. L'actualisation du portrait des hommes au Québec, l'identification de certaines tendances d'avenir et la documentation des perceptions des hommes et des liens qu'ils entretiennent avec l'univers des services, pourront s'avérer utiles, croyons-nous, à tous ceux et à toutes celles qui interviennent auprès d'eux ainsi qu'aux gestionnaires publics. C'est notre souhait premier.

9. RÉFÉRENCES

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Barker, G., Contreras, J.M., Heilman, B., Singh, A.K., Verma, R.K., & Nascimento, M. (2011). *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW) & Rio de Janeiro: Instituto Promundo.

Bizot, D., Viens, P.A. & Moisan, F. (2013). *La santé des hommes : Les connaître pour mieux intervenir*. Saguenay : Université du Québec à Chicoutimi et ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Boman, E. K. O. & Walker, G. A. (2010). Predictors of men's health care utilization. *Psychology of Men & Masculinity*, 11 (2), 113-122.

Brooks, G.R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco: Jossey-Bass.

Camirand, H., Bernèche, F., Cazale, L., Dufour, R., Baulne, J. et al. (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Castelain-Meunier, C. (2005). *Les métamorphoses du masculin*. Paris : PUF.

Castelain-Meunier, C. (2012). Men and Women: What new challenges? In Tremblay, G. & Bernard, F.-O. (Eds). *Future Perspectives on Intervention, Policy and Research on Men and Masculinities – Proceedings of the Quebec International Conference on Men and Masculinities, March 9 to 11, 2011* (pp. 54-64). Harriman (TN): Men's Studies Press.

Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004) (sous la direction de G. Rondeau). *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*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley & Los Angeles: University of California.

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. *Gender and Society*, 19 (6) 829-859.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health. *Social science & Medicine*, 50, 1385-1401.

Courtenay, W. H. (2011). *Dying to be men*. New York: Routledge.

Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal : VLB éditeur.

Courtenay, W.H, McCreary, D.R, & Merighi, J.R. (2002). Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviours. *Journal of Health Psychology*,(7) 219-231.

de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Queniart, A., Dubeau, D., Miron, J-M., Fleurant, A. & Gervais, C. (2009). L'enseignement des enjeux de la paternité dans les universités canadiennes. *Reflets* (15) 102-119.

de Montigny, F., Meunier, S., Cloutier, L., Tremblay, G., Coulombe, S., Auger, N., Roy, B., Gaboury, I., Bernard, F-O., Lavoie, B., Dion, H. & Houle, J. (soumis). Spousal Positive Social Control and Men's Health Behaviors and Self-efficacy: The Influence of Age and Relationship Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*.

de Montigny, F., Verdon, C., Lacharité, C. & Baker, M. (2010). Décès périnatal : Portrait des services aux familles au Québec. *Perspectives infirmières*, 17 (5) 24-27.

Dolan, A. (2011). You can't ask for a Dubonnet and lemonade: working class masculinity and men's health practices. *Sociology of Health & Illness*, 33(4) 586-601.

Donne-moi une chance (2010). *Focus group hommes*. Disponible en ligne http://www.donnetoiunechance.org/files/QuickSiteImages/Focus_Group_hommes_final_1_.pdf.

Dubeau, D., DeMontigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Brodeur, N., Parent, C., St-Jacques, M-C., Tremblay, G., Turcotte, G., Besnard, T., Paquette, D., Puentes-Neuman, G., Roy, B., Deslauriers, J-M., Villeneuve, T., Prats, M., Cavalier, P. & Solervicens, N. (2013). *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces*. Rapport de recherche. Gatineau : UQO.

Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal : vlb.

Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S. & Hunta, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine*, (62) 2246-2247.

Garneau L. (2004). Une stratégie d'actions pour susciter la demande d'aide de la part des hommes et de leurs proches en milieu de travail. *Vis-à-vis*, 14(1). En ligne : <http://www.aqps.info/docs/vav/v14/v14n8.shtml>.

Genest-Dufalut, S. & Dulac, G. (2010). État des connaissances sur les hommes et les masculinités au Québec : Présentation d'un inventaire des écrits scientifiques et de réflexion. Dans Deslauriers, J.M., Tremblay, G., Dufault-Genest, S., Blanchette, D. & Desgagnés, J-Y. (dir.). *Regards sur les hommes et les masculinités – Comprendre et intervenir*, (pp. 45-60). Québec : Presses de l'Université Laval.

Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C. & Dubeau, D. (2015). Fathers Friendly Initiative within the Families: Using a logic model to develop program theory for a father support program. *Evaluation and program planning*, (52) 133-141.

Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C. & St-Arneault, K. (2015). Where Fathers Fit in Quebec's Perinatal Health Care Services System and What They Need. *Psychology of Men & Masculinity*. Disponible en ligne <http://dx.doi.org/10.1037/a0039558>.

Hamilton, C. J. & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (1), 132-141.

Holter, Ø. G., Svare, H. & Egeland, C. (2009). *Gender Equality and Quality of Life: A Norwegian Perspective*. Oslo: The Nordic Gender Institute.

Houle, J., Beaulieu, M.-D., Lespérance, F., Frasure-Smith, N. & Lambert, J. (2010). Inequities in Medical Follow-up for Depression: a population-based study in Montreal. *Psychiatric Services*, 61 (3) 258-263.

Houle J, Meunier S, Coulombe, S., Tremblay G, Gaboury I, de Montigny F, Cloutier L, Auger N, Roy B, Dion H, Bernard FO & Lavoie B. (2015). Masculinity Ideology Among Male Workers and Its Relationship to Self-Reported Health Behaviors. *International Journal of Men's Health*, 14 (2).

Institut de la statistique du Québec (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Gouvernement du Québec (La santé et le bien-être).

Institut de la statistique du Québec (2013). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2013*. Québec : Gouvernement du Québec.

Lajeunesse, S.-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. et 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*. Montréal : ROHIM.

Larochelle, G. (1999). Technocratie et technobureaucratie. Dans *Dictionnaire de sociologie*, (528-529). Paris : Le Robert/ Le Seuil.

Le Gall, J. et Cassan, C. (2007). Parcours de soins d'hommes immigrants et découpage sociosanitaire du territoire : des logiques distinctes, Dans X. Leloup et M. Radice (dir.), *Les Nouveaux territoires de l'ethnicité*, (pp. 57-72). Montréal : Presses de l'Université de Montréal .

Levant, R. F., Wilmer, D. J. & Williams, C. M. (2010). *Health promotion behaviors and masculinity*. Communication présentée à APA 118th Annual Convention San Diego, Californie.

Liang, W., Shediak-Rizkallah, M.C., Celentano, D.D. & Rohde, C. (1999). A population-based study of age and gender differences in patterns of health-related behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, (17) 8-17.

MacDonald, J. (2005). *Environments for Health*. London & Sterling: Earthscan.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J. *et al.* (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, (294) 2064-74.

Nordentoft, M. (2010). Crucial elements in suicide prevention strategies *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, (35) 848-853.

O'Brien, R., Hunt, K. & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*, (61) 503-516.

Oliffe J. L., Ogrodniczuk J. S., Bottorff J. L., Johnson J. L. & Hoyak K. (2010). You feel like you can't live anymore: Suicide from the perspectives of men who experience depression. *Social Science & Medicine*, 74 (4), 506-514.

Oliffe, J., Robertson, S., Frank, B., McCreary, D., Tremblay, G. & Goldenberg, L. (2010). Men's health in Canada. *Journal of Men's Health*, 7(3) 189-192.

O'Neil, J.M., Helms, B., Gable, R., David, L. & Wrightman, L. (1986). Gender Role Conflict Scale: College men's fear of femininity. *Sex Roles*, (14) 335-350.

Pleck, J. H. (1981). *The Myth of masculinity*. Cambridge: MIT Press.

Pleck, J. H. (1995). The gender role strain paradigm: an update. In R. F. Levant & W. S. Pollack (eds). *A new psychology of men* (p. 11-32). New York: Basic Books.

Robinson, M., Robertson, S., McCullagh, J. & Hacking, S. (2010). Working towards men's health: Findings from the Sefton men's health project. *Health Education Journal*, 69 (2)139-149.

Robertson, S. (2007). *Understanding men and health – Masculinities, identity and well-being*. Bekshire (UK): Open University Press.

Robertson, S., Douglas, L.M., Ludbrook, F., Reid, A. & van Teijlingen, G. (2008). What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Services Research*, (8)141.

Roy, J., Tremblay, G., Guilmette, D., Bizot, D., Dupéré, S. et Houle, J. (2014). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé – Méta-synthèse*. Québec : Masculinités et Société.

Roy, J., Cazale, L., Tremblay, G., Cloutier, R., Lebeau, A., Paré, L. et Sirois-Marcil, J. (2015). *Un portrait social et de santé des hommes au Québec : des défis pour l'intervention*. Québec : Masculinités et Société.

Simard, M., Tremblay, M.-E., Lavoie, A. et Audet, N. (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Statistique Canada (2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Tannenbaum, C. & Frank, B. (2011). Masculinity and health in late life men. *American Journal of Mens Health*, 5 (3), 243-254.

Tremblay, G. (2012). Au-delà des frontières, l'interculture-action pour mieux avancer dans les études sur les hommes et les masculinités. *Intervention*, (135) 6-16.

Tremblay, G. & Careau, A. (2014). *Les services aux hommes sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale : Perceptions des intervenants et des hommes*. Québec : CSSS Vieille Capitale et Masculinités et Société.

Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Les Publications du Québec.

Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V. & Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Québec : CRI-VIFF (Études et analyses #36).

Tremblay, G. & Déry, F. (2010). La santé des hommes au Québec. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités* (p. 305-329). Québec : Presses de l'Université Laval.

Tremblay, G., Déry, F., Desgagnés, J-Y, Beaulieu, A, & Nadeau S. (2009). « SOS Rupture » *Projet pilote de prévention du suicide. Présentation du projet et Rapport d'évaluation*. Québec : Masculinités et Société.

Tremblay, G., Roy, J., de Montigny, F., Séguin, M., Villeneuve, P., Roy, B., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J. et Emond, D. (2015). *Où en sont les hommes québécois en 2014. ? Sondage sur les rôles sociaux, les valeurs et sur le rapport des hommes québécois aux services*. Québec : Masculinités et Société.

Tremblay, G., Roy, J., Beaudet, L., Chamberland, L., Le Gall, J., Dupéré, S., Roy, J., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J., Bizot, D., Lajeunesse, S-L. et Desjardins, J. (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.

Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G. & Turcotte, P. (2002). Les trajectoires de demandes d'aide des hommes en difficulté. *Collection Études et Analyse*, (21). Québec : CRI-VIFF.

Verdonk, P., Seesing, H. & de Rijk, A. (2010). Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among Dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. *BMC Public Health*, (10) 712-725.

Wardle, J., Haase, A.M., Speptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. & Bellisle, F. (2004) Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2) 107-116.

Welzer-Lang, D. (2004). *Les hommes aussi changent*. Paris: Payot.

Welzer-Lang, D. (2012). Epistemology of critical studies on men and masculinity: Perspective of a boy from France, after 25 years of research on these topics. In Tremblay, G. & Bernard, F-O. (eds). *Future perspectives on intervention, Policy and research on men and masculinities: An International forum* (p. 134-143). Harriman: Men's Studies Press.



Masculinités et Société

Pavillon Charles-de-Koninck

Local 0453

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

418 656-2131 # 6516

Télécopieur : 418 656-3309

www.criviff.qc.ca/masculinites_societe