



**Les hommes et les services sociaux et de santé
Analyse qualitative d'entrevues de groupe focalisées
tenues auprès d'hommes québécois**

**Gilles Tremblay, Jacques Roy, Line Beaudet, Line Chamberland, Sophie Dupéré,
Josiane Le Gall, Valérie Roy, David Guilmette et Justin Sirois-Marcil
avec la collaboration de Dominic Bizot, Simon-Louis Lajeunesse
et Josée Desjardins**

Les hommes et les services sociaux et de santé
Analyse qualitative d'entrevues de groupe focalisées tenues
auprès d'hommes québécois

Gilles Tremblay, Jacques Roy, Line Beudet, Line Chamberland, Sophie Dupéré, Josiane Le Gall, Valérie Roy, David Guilmette et Justin Sirois-Marcil avec la collaboration de Dominic Bizot, Simon-Louis Lajeunesse et Josée Desjardins

Équipe de recherche
Masculinités et Société,
Université Laval, janvier 2016



La présente recherche a été financée par le FQRSC dans le cadre des Actions concertées avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les auteurs remercient fortement les participants aux groupes de discussion pour le temps investi et leurs précieux commentaires. Ils remercient également l'organisme Jeunes Adultes Gaie-e-s de St-Hyacinthe pour le recrutement d'hommes gais et bisexuels de la Montérégie et les organismes d'accueil aux immigrants de la région de Québec, en particulier le Centre Mgr Marcoux pour leur soutien au recrutement d'hommes issus des communautés culturelles.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2016

Bibliothèque nationale du Canada, 2016

ISBN : 978-2-924418-18-5

TABLE DES MATIÈRES

1- CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	4
2- ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUES.....	5
2.1 Les hommes et la demande d'aide.....	5
2.2 Hommes à faible revenu.....	6
2.3 Hommes âgés.....	7
2.4 Hommes provenant des communautés culturelles.....	9
2.5 Hommes appartenant aux minorités sexuelles.....	11
3- MÉTHODOLOGIE.....	13
3.1 Groupes de discussion focalisée réalisés dans le cadre des études régionales.....	14
3.2 Groupes de discussion focalisée auprès de groupes spécifiques d'hommes.....	15
4- PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	16
5- DISCUSSION.....	16
5.1 Quelques limites importantes.....	17
5.2 Des points de convergence importants.....	18
5.2.1 Ce qui rend les services psychosociaux et de santé efficaces selon les répondants.....	19
5.2.2 Des difficultés des hommes à demander de l'aide qui demeurent.....	19
5.2.3 Des attitudes des intervenants qui peuvent rebuter.....	20
5.2.4 Un système technocratisé qui complexifie la demande d'aide.....	21
5.2.5 L'importance du réseau social des hommes.....	22
5.2.6 Une attention particulière à la santé mentale.....	23
6- CONCLUSION.....	24
7- RÉFÉRENCES.....	25
ANNEXE 1.....	32
ANNEXE 2.....	42
ANNEXE 3.....	44
ANNEXE 4.....	47
ANNEXE 5.....	50

1- CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le présent rapport représente la dernière étape d'un programme de recherches échelonné sur trois ans portant sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services. Le programme global comporte trois axes : 1) les problèmes de santé et de bien-être des hommes; 2) le recours aux services et les services en place pour répondre à leurs besoins et 3) les rôles sociaux et les défis actuels des hommes.

La première étape a porté sur une méta-synthèse de 65 études sur les hommes québécois (Roy, Tremblay, Guilmette, Bizot, Dupéré et Houle, 2014). La deuxième étape constitue une mise à jour des données publiques concernant la santé et le bien-être des hommes, leurs caractéristiques démographiques, sociales et économiques et leur rapport aux services (Roy, Cazale, Tremblay, Cloutier, Lebeau, Paré et Sirois-Marcil, 2015). La troisième étape concerne un sondage réalisé auprès d'un échantillon de 2 084 hommes québécois, portant sur les rôles sociaux, les valeurs et sur le rapport des hommes aux services (Tremblay, J. Roy, de Montigny, Séguin, Villeneuve, B. Roy, Guilmette, Sirois-Marcil et Émond, 2015).

Cette dernière étape présente les résultats d'une analyse qualitative d'entrevues de groupe de discussion focalisée réalisées auprès d'hommes quant à leurs besoins psychosociaux et de santé et de leur rapport aux soins et aux services. L'étude se divise en deux sections : 1) d'abord une synthèse des résultats des études régionales ayant tenu des groupes de discussion focalisée sur le même thème au cours des dernières années et 2) des groupes de discussion ayant été menés auprès de quatre groupes spécifiques d'hommes : hommes à faible revenu, hommes âgés, hommes provenant des communautés culturelles et hommes s'auto-identifiant comme appartenant aux minorités sexuelles. Bien qu'ils ne représentent qu'une partie des hommes en contexte de vulnérabilité, ces groupes ont été retenus à partir des étapes précédentes et de la littérature scientifique qui identifiaient des vulnérabilités particulières. Il aurait pu être judicieux d'explorer les réalités spécifiques vécues par exemple par les jeunes hommes qui ont décroché du système scolaire sans obtenir une cinquième secondaire, les hommes Autochtones, les hommes vivant avec un trouble mental grave, ceux qui viennent d'expérimenter une séparation conjugale difficile, les hommes en situation de handicap, les militaires revenant d'un déploiement, et bien d'autres sous-groupes d'hommes confrontés à des vulnérabilités spécifiques. Cependant, des choix ont dû être réalisés compte-tenu des ressources limitées.

L'objet de l'analyse qualitative de type thématique est de mieux comprendre les difficultés que rencontrent ces hommes et leur rapport aux services. Cette analyse intègre des liens entre les trois premières étapes du programme de recherche et les résultats des groupes de discussion focalisée.

2- ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUES

Pour chacun des quatre groupes d'hommes retenus, est présentée une brève synthèse des écrits sur leur rapport aux services. Par la même occasion, certaines difficultés vécues spécifiquement pour chacun de ces groupes d'hommes sont rapportées. Préalablement, il importe de souligner certains traits généraux s'appliquant aux hommes dans leur rapport aux services qui sont à la base des études régionales.

2.1 Les hommes et la demande d'aide

En comparaison aux femmes, les hommes emploieraient beaucoup moins les services de santé et les services sociaux, malgré que ceux-ci seraient autant touchés par des difficultés (Roy, Cazale *et al.*, 2015). Selon des études, plusieurs hommes seraient réticents à demander de l'aide, le feraient plus tardivement ou tout simplement pas (Dulac, 1997, Dulac & Groulx, 1999). De plus, de manière générale, les hommes consulteraient des ressources formelles après avoir demandé de l'aide à leur réseau naturel lorsque celui-ci n'aurait pu régler leurs difficultés (Dulac, 1997, 2004). Toutefois, selon l'étude de Tremblay, Morin, Desbiens et Bouchard (2007), plusieurs hommes en dépression majeure auraient tendance à aller directement chercher de l'aide auprès de professionnels, souvent sans en parler à leurs proches.

Dans une étude antérieure, les hommes interrogés par Dulac (1997) rapportent que les services offerts ne répondent pas adéquatement à leurs besoins, autrement dit que ceux-ci seraient mal adaptés à la clientèle masculine. Ils déplorent notamment se retrouver sur des listes d'attente alors que la situation est jugée par eux urgente, ayant attendu longuement avant de faire appel aux services. Les intervenants, de leur côté, auraient de la difficulté à déchiffrer les expressions d'émotions des hommes qui seraient davantage dans l'action (Dulac, 2001). De plus, la culture des services et des organismes d'aide serait basée sur des propriétés plutôt « traditionnellement féminines », comme la verbalisation des émotions et l'introspection, caractéristiques qui seraient moins appropriées pour les hommes se raccrochant davantage au modèle masculin traditionnel (Dulac, 2001; Dulac & Groulx, 1999; Tremblay, 1996). Ce qui amenait Dulac et le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes à considérer qu'il faut adapter les services pour mieux répondre aux besoins des hommes.

Selon les résultats des groupes de discussion focalisée réalisés par Dulac (1997), les hommes interrogés s'attendent, lorsqu'ils demandent de l'aide, à recevoir « une écoute attentive, l'anonymat et la confidentialité, avoir une place pour exprimer la souffrance, obtenir un soutien qui permet de donner un sens à ce qu'ils vivent, accroître le nombre et la disponibilité de ressources pour hommes » (p. 17). De plus, les hommes interrogés désirent que les services leur laissent toute leur liberté d'agir, incluant la participation à la démarche thérapeutique. Par ailleurs, les intervenants consultés par le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004) suggèrent, pour mieux rejoindre les hommes,

d'intervenir en favorisant la recherche de solutions concrètes, d'engager davantage d'intervenants masculins, d'accroître les groupes d'entraide, de voir la masculinité de façon positive et de mettre plus d'accent sur l'importance de la paternité. Enfin, un bon lien de confiance entre l'homme et l'intervenant favoriserait la persévérance du client dans la démarche thérapeutique (Shay, 1996).

Les études réalisées au Québec dans les années 1990 (Dulac, 1997) ou au début des années 2000 (Turcotte, Dulac, Lindsay, Rondeau et Dufour, 2002) dressent un bon portrait de la relation que les hommes entretiennent avec les services publics. Depuis, plusieurs actions ont été réalisées en vue d'adapter les services, notamment en matière de prévention du suicide et de service aux hommes ayant des comportements violents. Il convient de refaire l'exercice près de 20 ans plus tard afin d'avoir un portrait actualisé de la situation et de pousser plus loin la réflexion en questionnant des hommes dans différentes régions du Québec et également des groupes spécifiques d'hommes. Pour ce faire, les résultats des études réalisées à Montréal, à Québec, au Saguenay-Lac-St-Jean et en Outaouais sont rapportés de même que les analyses d'entrevues réalisées auprès de quatre groupes spécifiques d'hommes.

2.2 Hommes à faible revenu

Les travaux de Dulac (1999, 2001) ont mis en évidence le rôle de la socialisation masculine comme facteur explicatif d'un recours moindre observé chez les hommes à l'endroit des services offerts. Comme le soulignent Dulac (2001) et bien d'autres, de manière générale, la socialisation masculine traditionnelle valorise l'indépendance et stigmatise les comportements d'aide. De récents travaux accréditent également l'importance de la socialisation de genre sur le plan du rapport à la santé et aux services (Courtenay, 2011). Elle est ressortie notamment comme motif de non recours aux services sociaux et de santé de certains hommes en situation de pauvreté (Dupéré, O'Neill et De Koninck, 2012).

De manière générale, les personnes en situation de pauvreté sont les moins bien desservies sur le plan des services de santé. Elles bénéficient en moindre proportion des soins d'un médecin de famille et déclarent plus souvent avoir des besoins de soins de santé non comblés en comparaison avec les personnes mieux nanties (Hutchison, 2007; Mercer et Watt, 2007). De nombreux obstacles financiers, géographiques, culturels et sociaux entravent l'accès aux services pour ces personnes (Loignon *et al.*, 2015; Williamson *et al.*, 2006). Ces obstacles sont liés à la fois aux structures et à l'organisation des services, aux personnes et à leur contexte de vie difficile, ainsi qu'aux rapports qui s'établissent entre eux (Roy *et al.*, 2006). Il serait plus difficile, par exemple, pour les personnes vivant en contexte de pauvreté et moins scolarisées de formuler une demande d'aide de façon crédible car elles seraient moins habiles à donner des explications abstraites, moins volubiles, auraient davantage tendance à se sentir intimidées par la distance sociale avec le professionnel et seraient ainsi moins portées à « négocier » avec ce dernier (Dixon-Woods *et al.*, 2005).

Certaines études ont montré que lorsque les personnes en situation de pauvreté consultent, elles n'obtiennent pas nécessairement une aide répondant à leurs besoins. Plusieurs études qualitatives ont fait ressortir qu'elles vivent des expériences négatives avec les services de santé et les services sociaux : elles se sentent souvent incomprises, méprisées, jugées, stigmatisées et dévalorisées (Dupéré, O'Neil et De Koninck,, 2012; Loignon *et al.*, 2015; Ocean, 2005; Stewart *et al.*, 2005). Cette réalité amène certains auteurs à affirmer que les services sociaux et de santé pourraient, dans certains cas, aggraver les situations vécues des personnes vivant en contexte de pauvreté et contribueraient ainsi à renforcer les iniquités de santé (Reid, 2004). Des services sociaux et de santé inadéquats pourraient allonger les périodes d'incapacités de ces personnes et ainsi contribuer à les maintenir en situation de pauvreté (Dupéré 2011; Malenfant, Lévesque, Jetté et White 2004). Ces expériences négatives expliqueraient, en partie, les cas de non-recours aux services (Canvin, Jones, Marttila, Burstrom et Whitehead, 2007; Dupéré *et al.* 2012; Rode, 2005).

Très peu d'études ont examiné spécifiquement le rapport des hommes en situation de pauvreté aux services sociaux et de santé; on en retrouve une seule recensée au Québec (Dupéré, 2011). Selon cette étude, la stigmatisation rapportée comme barrière aux services sociaux peut être en partie liée au fait que les hommes en contexte de pauvreté rejettent l'étiquette de « pauvre » qui leur est attribuée (Dupéré, 2011; Dupéré, De Koninck et O'Neill, 2011), étiquette qui ne correspondrait pas à la représentation qu'ils se font de la masculinité. Ainsi, toujours selon cette étude, plusieurs indices laissent croire qu'ils intériorisent les stéréotypes négatifs qui peuvent exister envers les personnes en situation défavorisées. Ainsi, ils se sentiraient marginalisés, isolés, stigmatisés et rejetés (Dupéré, 2011; Dupéré *et al.*, 2011). Or, ces perceptions peuvent conditionner le rapport aux services dont la méfiance à l'endroit des intervenants.

Plus encore, certaines souffrances vécues par des hommes en situation de pauvreté, résultant de l'exclusion sociale et de la perte d'autonomie qu'elle engendre, peuvent être qualifiées « d'invisibles » et de « non reconnues » par le système de services (Dupéré, 2011), contribuant ainsi au fossé entre ces hommes et les services. Notamment, plusieurs d'entre eux chercheraient à se débrouiller seuls, ils ne voudraient pas se montrer faibles, ni passer pour des mendiants (Dupéré, 2011). De plus, dans un contexte de précarité économique, l'incertitude financière prévaudrait souvent sur les problèmes de santé qu'ils vivent (Dumas et Gagnon, 2012). Entre temps, à défaut de consulter, ils essaieraient de contrôler leur corps et de faire fi des douleurs ressenties. Cela serait d'autant plus vrai que certains rapportent avoir connu de mauvaises expériences de consultation et s'être sentis rejetés par les intervenants, notamment des hommes en situation d'itinérance (Turchetto 2012).

2.3 Hommes âgés

Jusqu'à présent au Québec, aucune recherche n'a dressé, à notre connaissance, de portrait spécifique portant sur la santé des hommes âgés de 65 ans et plus. Par ailleurs, rares sont les études ayant considéré particulièrement le rapport des hommes âgés aux

services sociaux et de santé; à titre d'exceptions, citons, par ailleurs, les travaux de Tannenbaum (Tannenbaum, 2011; Tannenbaum et Frank, 2011) réalisés auprès d'ânés montréalais et des 10 provinces canadiennes, de même que ceux de Ducharme (Ducharme, Lévesque, Éthier et Lachance, 2007) effectués auprès d'hommes âgés et aidants familiaux auprès de leur conjointe souffrant de déficiences cognitives ou fonctionnelles.

Les écrits de Smith, Braunack-Mayer, Wittert et Warin (2007) soulignent que, dans la culture occidentale, la capacité des hommes âgés de maintenir leur autonomie serait perçue comme un indice de masculinité et de vieillissement réussi. Ces auteurs suggèrent que la préservation de l'indépendance constitue un indicateur clé d'identité masculine et d'intégrité. Ainsi, la perception qu'ont les hommes âgés de leur autonomie influencerait leur qualité de vie, leurs comportements de santé ainsi que la recherche et l'utilisation de services sociaux et de santé. Pour leur part, Tannenbaum et Frank (2011) montrent que les hommes aînés de leur étude voient leur santé à travers une perspective évolutive en lien avec une socialisation masculine traditionnelle et des attentes particulières empreintes d'indépendance, d'autogestion et d'imperméabilité à la souffrance et à la maladie. Aussi, plusieurs démontreraient une réticence à reconnaître et à aborder les problèmes émergents de santé et préféreraient éviter la recherche et l'utilisation de soins et de traitements médicaux. Cependant, en général, avec le déclin inéluctable de la condition de santé associé à l'âge avancé, la recherche de soins et de traitements médicaux se transformerait en mobilisation et en reprise de contrôle chez les hommes âgés leur permettant de concilier la résilience et la fragilité de leur condition humaine.

Par ailleurs le sondage de Tannenbaum (2011), réalisé auprès de 2 325 hommes âgés, révèle qu'ils ont pour principales préoccupations les limitations à leur mobilité, les pertes de mémoire, les effets secondaires des médicaments, la dépression, l'incontinence, l'anxiété et les soins de fins de vie. De plus, les déficits sur le plan de la vision et de l'audition ainsi que l'expérience de chutes figurent parmi les irritants majeurs notés par les répondants de cette étude. En outre, plusieurs hommes âgés notent une disparité importante entre leurs préoccupations et celles des intervenants de la santé. Par exemple, peu de participants rapportent avoir discuté avec un médecin ou un professionnel de la santé de leur mémoire (9%), de leur mobilité (13%), de chutes (12%) ou de leurs pertes d'audition (29%) et de vision (41%). À l'inverse, plus de 80% des répondants mentionnent avoir été questionnés au sujet du diabète, des maladies cardiaques et pulmonaires, d'accidents vasculaires cérébraux et du cancer colorectal, sujets jugés moins préoccupants par les participants car ces problèmes sont pris en charge. Enfin, des facteurs sociaux et financiers faciliteraient les rapports des hommes âgés aux services sociaux et de santé. Selon Tannenbaum (2011), les hommes plus scolarisés auraient davantage accès à des sources d'information variées, incluant Internet, ce qui contribue à réduire leurs préoccupations en matière de santé.

Un nombre grandissant d'écrits (Hirst, 2001; Stobert et Cranswick, 2004) reconnaît également qu'avec l'allongement de la vie, les hommes âgés sont susceptibles de prendre soin de leur conjointe atteinte de déficiences cognitives ou fonctionnelles. Selon Sinha

(2013), 46% des aidants familiaux au Canada seraient des hommes. La majorité d'entre eux seraient des conjoints âgés auprès de leur épouse dont 11% consacrerait plus de 20 heures par semaine à dispenser des soins. Leur expérience d'hommes âgés aidants se caractériserait principalement par des sentiments d'inquiétude, d'isolement social et d'angoisse. Toujours selon Sinha (2013), parmi les autres manifestations fréquemment associées au rôle d'aidant figurent les sentiments de colère ou d'irritabilité et l'impression d'être débordé et de manquer de sommeil. L'étude de Ducharme *et al.* (2007) montre que les difficultés rencontrées par les hommes âgés aidants touchent notamment la captivité du rôle d'aidant, les changements de personnalité chez la conjointe requérant des ajustements sur le plan des attitudes à développer et l'abandon d'activités sociales. Ils notent également l'accès limité aux services, particulièrement le manque de services de présence-surveillance et d'aide psychosociale, le roulement de personnel, le peu de suivi de la situation, le manque de continuité dans les services et, enfin, l'absence de reconnaissance de leurs besoins d'hommes âgés et d'aidants par les intervenants de la santé.

Concernant la conception du soin « au masculin », les témoignages analysés dans l'étude de Ducharme *et al.* (2007) « réfutent l'image stéréotypée voulant que les hommes perçoivent le soin comme le prolongement de leur rôle de travailleur » (p. 154). Les résultats montrent que les hommes âgés aidants sont soucieux des tâches liées aux soins, mais aussi de leurs aspects émotionnels. Dans cette étude, ils décrivent leur rôle d'aidants comme un « travail d'amour » et une source de gratification personnelle. Dans une perspective de socialisation masculine, ces résultats inviteraient à questionner les présuppositions sur la masculinité traditionnelle et à reconnaître que les hommes âgés possèdent des qualités et des compétences tant en ce qui concerne les soins que sur le plan relationnel. Bref, ces études (Ducharme *et al.*, 2007; Tannenbaum, 2011; Tannenbaum et Frank, 2011) mettent en évidence un éventail de masculinités chez les hommes âgés à titre de demandeurs et d'utilisateurs de services pour eux-mêmes ou pour leurs proches. Ces études suggèrent que le recours aux services implique la reconnaissance des défis rencontrés et commande un dialogue entre les intervenants et les hommes âgés quant à leurs forces, leurs vulnérabilités, leurs préoccupations et leurs besoins pour préserver leur santé et leur qualité de vie.

2.4 Hommes provenant des communautés culturelles

La littérature scientifique suggère qu'au Québec, dans l'ensemble, les personnes issues de l'immigration, surtout au début de leur arrivée, utilisent moins le réseau des services sociaux et de santé que la population en général (Clarkson, 2005), les hommes immigrants encore moins que les femmes immigrantes (Arama, 1997; Hernandez, 2001), et cela pour l'ensemble des professionnels de la santé (Chevalier et Gravel, 2002).

Les travaux sur l'accessibilité aux services de santé par les immigrants ont surtout insisté sur les besoins en matière d'intervention des familles et plus spécifiquement des femmes. La réalité des hommes immigrants demeure largement peu documentée dans le

contexte québécois, bien que quelques études aient tenté de combler cette lacune au cours des dernières années.

S'il est reconnu que les hommes immigrants s'engagent moins dans un processus d'aide, il existe peu de recherches systématiques sur leur recours aux services. En tant qu'hommes et en tant qu'immigrants, les hommes immigrants cumulent les barrières dans leur utilisation des services de santé. Parmi les diverses barrières susceptibles de limiter l'accès au réseau et d'expliquer la persistance des problèmes d'utilisation, les problèmes de communication, en partie liés à la méconnaissance du français ou de l'anglais, sont souvent relevés. Les croyances et normes culturelles, tant des immigrants que des intervenants, peuvent également s'avérer un obstacle. À ces difficultés s'ajouteraient le manque de connaissance du système de santé et des droits (Lavoie *et al.*, 2006) et la perception des services (Battaglini, 2000).

Une étude sur les trajectoires d'utilisation ou de non-utilisation des services sociaux et de santé par les hommes en situation d'immigration récente et sur les facteurs structurels et individuels façonnant ces trajectoires a permis de constater que la recherche d'emploi est une préoccupation dominante chez les hommes immigrants et que la santé ne semble pas constituer une priorité pour ces hommes (Le Gall et Cassan, 2010). Parmi les obstacles qui affectent les trajectoires de soins de ces hommes, on retrouve, entre autres, les coûts associés aux soins de santé (en raison du délai de carence et de la non-gratuité de certains services), la méconnaissance des services et la difficulté à obtenir des soins (Le Gall et Cassan, 2010).

Au cours des récentes années, quelques études se sont intéressées aux besoins des pères immigrants et à l'intervention auprès de ces hommes. Différents auteurs ont montré comment le processus migratoire peut, dans certains cas, se révéler source de fragilisation pour les hommes immigrants, tant en risquant de provoquer une baisse de leur statut socioéconomique, une déqualification professionnelle, qu'une transformation des rôles familiaux et des relations conjugales (Brodeur et Chhem, 2014; Bizot et Forget, 2009; Dyke et Saucier, 2000; Gervais et de Montigny, 2008; Gervais, de Montigny, Azaroual et Courtois, 2009; Hernandez, 2001, 2007; Le Gall, Montgomery et Cassan, 2009; Pangop, de Montigny, Ndengeyingoma et St-Arneault, 2013). Paradoxalement, la migration peut se traduire par une augmentation de l'engagement paternel en raison notamment du manque de soutien dont les femmes souffrent durant la période périnatale en l'absence d'un réseau familial ou social et d'une plus grande disponibilité des hommes (Battaglini, Gravel, Poulin, Fournier et Brodeur, 2002; Fortin et Le Gall, 2012; Gervais et de Montigny, 2008; Gervais *et al.*, 2009; Le Gall, Montgomery et Cassan, 2009)

La réalité des pères immigrants est peu reconnue dans les milieux d'intervention et ces derniers sont généralement mal outillés pour répondre aux besoins de cette clientèle (Galand, 2001). Il existe peu de services spécialisés offerts aux pères immigrants dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans les organismes communautaires québécois (Hernandez, 2007). Dans une évaluation d'un programme de soutien offert à ces hommes

par un organisme montréalais d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, Brodeur et Chhem (2014) ont constaté que les services axés sur la paternité sont perçus positivement par les pères immigrants. Ces derniers accordent une priorité à leur rôle de pourvoyeur et, par conséquent, les services d'aide à l'emploi qui s'adressent à eux sont les plus fréquentés. Parmi les pistes dégagées d'une analyse de travaux récents sur les pères immigrants au Québec pour améliorer les services offerts à ces pères dans les milieux institutionnels et communautaires, on note l'utilisation des services d'aide à l'emploi pour atteindre les pères, une plus grande circulation des informations sur les services disponibles et des services aux familles plus inclusifs pour les pères (de Montigny, Brodeur, Gervais, Pangop et Ndengeyimgoma, 2015).

2.5 Hommes appartenant aux minorités sexuelles

Les hommes s'auto-identifiant comme homosexuels ou bisexuels consulteraient davantage des médecins de famille (Chamberland, Beaulieu-Prévost, Julien, N'Bouke et de Pierrepont, 2012), des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé tels qu'infirmières, psychologues, intervenants en médecine douce et groupes d'entraide, comparativement à leurs homologues hétérosexuels (Tjepkema, 2008). Aucune étude n'a recensé systématiquement les motifs d'utilisation des services sociaux et de santé par les hommes issus des minorités sexuelles. Les données disponibles confirment l'importance relative des motifs relevant de la santé sexuelle et, dans une moindre mesure, des difficultés vécues en rapport avec l'orientation sexuelle. Selon une étude auprès de la communauté LGBT, la moitié des hommes participants trouvent très important de parler de leur orientation sexuelle lorsqu'ils consultent pour des motifs de santé sexuelle ou de santé mentale (Dumas *et al.*, à paraître). De 50 à 87% des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) déclarent avoir déjà complété un test de dépistage du VIH au moins une fois au cours de leur vie, le plus souvent dans les années précédant l'enquête (Dumas, Otis, Lévy, Lavoie, Séguin et Cyr, 2007; Dumas, Rousseau et Mensah, 2008; Godin, Naccache et Pelletier, 2000).

Internet offre une autre voie d'accès à des services sociaux et de santé. Selon les études, entre 46 % et 69% des HARSAH rapportent utiliser Internet afin de rechercher de l'information ayant trait à la santé et aux services. Les pourcentages varient peu, quels que soient l'âge ou la localisation géographique (Dumas *et al.*, 2007; Lévy, Engler, Frigault et Léobon, 2011). Par la suite, l'information sur la santé trouvée en ligne serait discutée avec un médecin (Lévy, Dumas, Chamberland et Braithwaite, 2013). Au Québec et au Canada, plusieurs organismes communautaires LGBT¹ ou VIH/sida diffusent des informations en ligne principalement autour des thèmes de la santé sexuelle, des habitudes de vie, de la santé mentale, de la gestion des relations interpersonnelles et de l'homophobie (Lévy, Dumas, Ryan et Thoër, 2011). Ces organismes proposent aussi des activités interactives et quelques-uns font des interventions en direct en matière de prévention sexuelle.

¹ Abréviation courante pour désigner les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres ou transsexuelles.

Des études qualitatives auprès de groupes particuliers font ressortir les préoccupations relatives aux difficultés psychosociales. En cas d'une contraction du VIH, les hommes gais séropositifs consulteraient afin d'avoir accès aux traitements et de ralentir la progression du VIH, mais également afin de réduire leur niveau d'anxiété, être rassurés quant à leur réalité et afin d'acquérir des pratiques sexuelles plus sécuritaires (Godin *et al.*, 2000). Les jeunes utilisent les services de clavardage en ligne de RÉZO pour obtenir réponse à leurs questionnements (Dumas *et al.*, 2007). Pour les aînés gais, la fréquentation de centres de jour pour les personnes âgées les aiderait à maintenir un sentiment d'appartenance à la communauté (Brotman, Ryan et Meyer, 2006). Des hommes homosexuels et bisexuels issus de minorités culturelles rapportent des préoccupations et des besoins concernant, par ordre d'importance, la santé sociale, incluant les relations familiales et amoureuses, la santé sexuelle, la santé mentale et physique et la santé spirituelle (Mensah, Dumas, Enriquez, Gauvin et Rousseau, 2013). Enfin, pour les travailleurs du sexe gais ou bisexuels, l'organisme RÉZO est perçu comme une ressource d'aide où ils se sentent à l'aise et en confiance, qui répond à la fois à des besoins primaires (nourriture, repos) et à des besoins psychosociaux (Mensah *et al.*, 2013).

Dans le cadre d'une étude d'évaluation des services de santé et sociaux par les usagers et usagères, les hommes s'auto-identifiant comme gais ou bisexuels résidents de la région montréalaise ayant eu recours aux services du CSSS Jeanne-Mance se disent globalement satisfaits des services reçus. Ils rapportent avoir été traités généralement avec respect et dignité à toutes les occasions (Dumas *et al.*, à paraître). Leur niveau de satisfaction est également élevé, toutefois, les indicateurs de satisfaction sont plus faibles en ce qui concerne la prise en considération de leur orientation sexuelle, notamment la présomption hétérosexuelle, l'utilisation d'un vocabulaire approprié, la présence de signes (affiche, dépliant, autre document) démontrant une ouverture à la diversité sexuelle ainsi que l'adaptation des services à leurs besoins spécifiques.

L'analyse des commentaires recueillis lors de cette enquête permet d'identifier les composantes d'une expérience perçue comme positive ou satisfaisante, que ce soit avec un médecin ou un autre professionnel de la santé : l'ouverture et l'absence de jugement, le respect, l'accueil, l'écoute et l'empathie sont les thèmes les plus fréquents. À l'opposé, les éléments d'insatisfaction associés aux expériences perçues comme difficiles réfèrent aux points suivants : le manque de connaissances sur les besoins ou les réalités vécues par les hommes gais ou bisexuels, ce qui exige d'informer et d'éduquer soi-même l'intervenant, le sentiment ou la crainte d'être jugé négativement, le manque ou l'absence d'ouverture de la part de l'intervenant à l'égard de la diversité sexuelle ainsi que la présomption de l'orientation sexuelle (Dumas *et al.*, à paraître). Autrement dit, la qualité de l'interaction apparaît essentielle alors que d'autres éléments, tels les signes d'ouverture, ont surtout pour fonction de rassurer quant aux attitudes et aux compétences de l'intervenant.

Les hommes enquêtés apprécient également les efforts déployés par l'organisme RÉZO pour les rejoindre dans les établissements qu'ils fréquentent (*reaching out*) pour y

faire du travail de prévention sexuelle, dont la distribution de matériel préventif (Dumas *et al.*, 2008) mais déplorent que la gamme de services offerts ne suffise pas à combler leurs besoins en ce qui a trait à la stigmatisation et à la santé sociale (Mensah *et al.*, 2013).

À l'échelle canadienne, 14,2 % des hommes s'auto-identifiant comme gais et 17,8 % des hommes se déclarant bisexuels rapportent des besoins de soins de santé non satisfaits au cours des 12 derniers mois (Tjepkema, 2008). La discrimination est un obstacle retrouvé dans plusieurs études. Les expériences vécues de discrimination peuvent inclure des commentaires dénigrants, des jugements négatifs, un manque perçu d'ouverture, le sentiment d'être mal compris, voire d'oppression, de la part des professionnels (Brotman, Ryan, Jalbert et Rowe, 2002; Dumas *et al.*, à paraître; Ryan, Brotman, Baradaran et Lee, 2008,). De telles expériences diminuent la confiance et le sentiment de sécurité des hommes envers les professionnels et les institutions (Brotman *et al.*, 2002; Wallach *et al.*, 2013).

Le manque de sensibilisation et de formation des professionnels de la santé sur les réalités et les besoins en santé des hommes des minorités sexuelles est souvent perçu comme un obstacle à l'établissement d'un lien de confiance et à une meilleure adaptation des services individuels et collectifs qui leur sont offerts. Au-delà d'une attitude d'ouverture, les hommes de minorités sexuelles souhaiteraient que les professionnels démontrent de bonnes connaissances de la diversité sexuelle, dans le cadre d'une approche globale de la santé qui considère les autres dimensions de leur identité (âge, appartenance culturelle, etc.) (Brotman *et al.*, 2002; Brotman, Ryan et Cormier, 2003; Brotman *et al.*, 2006; Dumas *et al.*, à paraître; Mensah *et al.*, 2013; Ryan *et al.*, 2008; Wallach *et al.*, 2013). En ce qui concerne le VIH, les principales barrières rapportées par les hommes sont : la piètre qualité de leur relation avec leur médecin et la peur de leur réaction, l'inconfort pour discuter de leurs vies et de leurs pratiques sexuelles, ainsi que la peur d'avoir l'air ridicule ou de découvrir son statut sérologique (Godin *et al.*, 2000).

En résumé, on connaît encore peu sur les besoins des hommes de ces quatre groupes considérés comme vulnérables. Les quelques recherches menées à ce jour au Québec ont surtout été réalisées dans le contexte montréalais, notamment en ce qui concerne les hommes issus des minorités sexuelles et les hommes immigrants. C'est en effet à Montréal qu'on retrouve une plus forte concentration d'hommes issus de ces minorités de telle sorte que plusieurs services ont dû ajuster leurs pratiques. Ce n'est cependant pas le cas des autres régions du Québec. C'est pourquoi, pour ces deux groupes en particulier, l'étude s'est intéressée aux hommes des autres régions.

3- MÉTHODOLOGIE

Deux types de données ont été assemblés : 1) un travail à partir des études régionales réalisées au cours des dernières années qui ont mené des groupes de discussion focalisée et 2) des entrevues de groupe réalisées par l'équipe de recherche auprès de sous-groupes d'hommes ayant été identifiés comme ayant différents facteurs de vulnérabilité.

3.1 Groupes de discussion focalisée réalisés dans le cadre des études régionales

Sur les 18 régions socio-sanitaires, neuf ont produit des portraits régionaux à partir des données publiques (voir annexe 2, Roy, Cazale, Tremblay, Cloutier, Lebeau, Paré et Sirois-Marcil, 2015), alors que cinq régions (Capitale nationale, Côte-Nord, Montréal, Outaouais, Saguenay-Lac-Saint-Jean) ont questionné des intervenants et des hommes pour mieux connaître les problèmes vécus par les hommes de leur territoire, leurs besoins et les adaptations à effectuer sur le plan des services sociaux et de santé. Pour fins de comparaisons, seuls les résultats tirés des consultations auprès des hommes ont été retenus (voir Tableau 1), ce qui exclut l'étude de la Côte-Nord qui s'est essentiellement intéressée aux intervenants. Ainsi, 19 groupes ont été conduits pour un grand total de 152 répondants. Chacune des études régionales retenues expose le mode de recrutement utilisé ainsi que le type d'analyse qualitative choisi. Des fiches-synthèses ont été produites en vue de faciliter les analyses (voir à l'annexe 1).

Tableau 1. Nombre de répondants et de groupes selon les études régionales considérées

Région	N. de groupes	N. d'hommes
Capitale nationale ²	4 ³	28
Île de Montréal ⁴	6 ⁵	68
Outaouais ⁶	1	5
Saguenay-Lac-Saint-Jean ⁷	8 ⁸	51
Total	19	152

² 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.

³ Un groupe s'adressait à des utilisateurs des services du CSSS de la Vieille Capitale, un autre à des utilisateurs de ressources communautaires et les deux autres des hommes qui auraient eu besoin d'aide, mais n'avaient pas fait de demande d'aide.

⁴ 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.

⁵ Les six groupes étaient composés d'utilisateurs de ressources communautaires s'adressant à des clientèles spécifiques : des pères, des hommes âgés, des hommes en contexte de pauvreté, des hommes en démarche d'épanouissement personnel, des hommes ayant un trouble mental, et enfin des jeunes hommes en hébergement.

⁶ Donne-moi une chance (2010). *Focus group hommes*. Disponible en ligne http://www.donnetoiunechance.org/files/QuickSiteImages/Focus_Group_hommes_final_1_.pdf.

⁷ 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.

⁸ Il s'agissait d'hommes entre 25 et 44 ans, quatre groupes ont eu lieu en milieu urbain (30 000 habitants et plus), trois en milieux mixtes (3 000 à 29 999 habitants) et un en milieu rural (moins de 3 000 habitants). L'équipe de recherche s'était assurée d'une répartition équilibrée des répondants selon la situation d'emploi, l'état civil et l'âge.

3.2 Groupes de discussion focalisée auprès de groupes spécifiques d'hommes

L'équipe de recherche a également conduit des entrevues de groupe de discussion focalisée auprès de chacun des quatre groupes d'hommes retenus (hommes à faible revenu, hommes âgés, hommes provenant des communautés culturelles et hommes appartenant aux minorités sexuelles). Les entrevues de groupe d'une durée de deux heures environ ont été réalisées entre décembre 2014 et juin 2015. Un guide d'entrevue commun aux quatre groupes a servi de base pour les entrevues (voir le guide à l'annexe 2). 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.

La sélection des participants s'est effectuée principalement à partir de la banque d'hommes s'étant portés volontaires lors du sondage (étape trois du projet) et à l'aide de groupes communautaires œuvrant auprès de ces groupes spécifiques. Les hommes à faible revenus (n=9) provenaient de la région de la Capitale nationale et devaient gagner un revenu annuel inférieur à 30 000\$. Les hommes âgés (n=8) demeuraient dans la région de Montréal et les environs et devaient avoir 65 ans ou plus. Les hommes des minorités culturelles (n=7) résidaient dans la région de la Capitale nationale et devaient être arrivés au Québec depuis moins de cinq ans. Enfin, les hommes appartenant aux minorités sexuelles (n=10) provenaient de la Montérégie (voir annexe 3 pour un portrait détaillé de l'échantillon). Au total, ces groupes rapportent les propos de 34 hommes.

Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des participants et des transcriptions ont été réalisées. Ces transcriptions sont le matériel d'analyse qualitative de l'étude. Un formulaire de consentement a été signé par chaque participant. Également, chacun a reçu un montant de 30 \$ pour sa participation à l'entrevue de groupe.

La méthode de l'analyse thématique aux fins de condensation, de codage et d'examen du matériel qualitatif (Paillé et Mucchielli, 2003) a été retenue. Les analyses qualitatives thématiques ont été effectuées en quatre étapes : 1) la préparation du matériel; 2) la pré-analyse, 3) l'exploitation du matériel (codage et catégorisation), étape qui a conduit à la description thématique de la problématique à l'étude; et enfin, 4) l'analyse et l'interprétation des résultats. À l'étape de la pré-analyse, en premier lieu une lecture flottante du matériel des entrevues a été effectuée. Cette procédure a permis d'organiser le matériel d'entrevue, d'en faire plusieurs lectures et de s'en imprégner, ce qui a favorisé une vue d'ensemble du matériel.

L'étape de l'exploitation du matériel a actualisé la fonction de repérage de l'analyse thématique. Il s'en est suivi une démarche de thématisation en continu (Paillé et Mucchielli, 2003). En effet, un repérage, un découpage et un regroupement des contenus sous la forme des sous-thèmes pertinents ont été effectués en lien avec les quatre thèmes du guide d'entrevue afin de réduire, de synthétiser et de traiter le corpus de recherche. Par la suite, la

catégorisation du matériel des entrevues a été effectuée. Cette procédure a permis de décomposer le matériel traité en éléments d'analyse constituant ainsi que les unités d'enregistrement (mots ou sous-thèmes) ou de sens. À la suite de cette étape, un dénombrement des éléments de contenu dans chacune des études toujours a suivi.

Pour l'analyse et l'interprétation des résultats, un examen s'est réalisé progressivement par thème afin de dégager les grandes lignes du matériel catégorisé. Pour actualiser la fonction de documentation de l'analyse thématique, un repérage de l'importance de certains thèmes dans l'ensemble du matériel des entrevues, leur récurrence, leurs regroupements, a été effectué, ce qui a permis de raffiner les thèmes choisis, de les fusionner ou encore de les subdiviser. Ces éléments de thématisation ont offert la possibilité d'obtenir un portrait global des dimensions à l'étude à travers une représentation synthétique et structurée du contenu analysé. Par la suite, il a été possible de mettre ces résultats en lien avec ceux des études régionales, permettant ainsi de dégager des conclusions qui recourent l'essentiel des propos émis par les 186 hommes ayant participé à l'un ou l'autre des 23 groupes de discussion focalisée dans le cadre de la présente étude et des quatre études régionales.

Une attention particulière a été portée sur les liens existants entre les constats identifiés et ceux relevant du matériel des trois autres études du programme de recherche portant sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services (méta-synthèse, données publiques et sondage). De fait, comme la présente étude s'inscrit dans un programme global de recherches sur trois ans, il est apparu indiqué de mettre à profit le potentiel d'analyse fourni par les trois recherches précédentes qui, du reste, ont servi à identifier les groupes d'hommes à étudier dans le présent rapport.

4- PRINCIPAUX RÉSULTATS

La synthèse des résultats des études régionales et les résultats détaillés des quatre groupes spécifiques sont présentés aux annexes 4 et 5.

5- DISCUSSION

La discussion sur les résultats de l'étude propose une réflexion à deux niveaux. Un premier niveau a trait aux thèmes qui apparaissent communs aux différents groupes rencontrés, tout en demeurant prudents sur le plan interprétatif en raison des différences sociales d'importance entre les groupes et aux méthodologies quelque peu différentes utilisées selon qu'il s'agit de l'une ou l'autre des études régionales ou encore de l'étude portant sur les quatre groupes d'hommes retenus. En second lieu, des parallèles sont effectués avec les résultats de cette recherche et ceux des trois autres études précédentes complétant le programme de recherches sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services.

5.1 Quelques limites importantes

Préalablement, il importe de mentionner quelques limites bien visibles concernant l'examen du matériel recueilli. Chacune des études régionales répond à des objectifs précis, différents d'une région à l'autre, et aussi différents de ceux de la présente étude. Par ailleurs, la composition même des groupes de discussion focalisée comporte 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.

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.

Une autre limite visible concerne le fait que certains thèmes répertoriés apparaissent plus spécifiques à certains groupes. Par exemple, les pertes fonctionnelles grandissantes chez les hommes âgés ou les difficultés d'intégration à la société québécoise des hommes issus des communautés culturelles. Ces points offrent peu de potentiel de comparaisons intergroupes. Enfin, il n'est pas toujours possible de départager, sur le plan analytique, ce qui tient du fait d'être un homme en soi ou d'être, par exemple, une personne âgée ou provenant des communautés culturelles dans l'analyse des difficultés rencontrées et dans celle du rapport aux services. Les commentaires des participants ne permettent pas toujours de comprendre les nuances nécessaires à un tel départage entre ce qui relève de leur réalité en tant qu'hommes et ce qui relève de la catégorie sociale à laquelle ils appartiennent.

Plus spécifiquement, les limites suivantes ont également été rencontrées. La première concerne le groupe des hommes provenant des communautés culturelles et celui des hommes à faible revenu relativement aux liens entre le réseau social et les services. Comme le groupe des hommes provenant des communautés culturelles était essentiellement composé d'hommes originaires d'Afrique, il est difficile de porter un

jugement d'ensemble puisque d'autres hommes provenant des communautés culturelles, originaires d'autres pays, pourraient très bien avoir une culture de rapports différente dans le recours au réseau social en cas de besoins. Des logiques sociales d'intégration peuvent également être tributaires de la densité variable des ethnies dans une communauté donnée. Sans compter l'existence de barrières linguistiques chez certains groupes d'hommes provenant des communautés culturelles – ce qui n'était pas le cas des participants du groupe – qui peuvent conduire à des rapports différents avec les services. Chez les hommes à faible revenu, le fait que le groupe ne comprenait que quatre participants sur neuf étant potentiellement sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada (SFR), il est possible que le besoin d'entraide auprès du réseau social soit plus atténué de ce fait. C'est une hypothèse. Le même commentaire pourrait être fait sur d'autres dimensions les concernant, notamment les problèmes de santé mentale en lien avec le statut de personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, ce qui introduit à la deuxième limite du matériel.

En ce qui concerne le groupe des hommes provenant des communautés culturelles, leur précarité sur le plan financier et de l'emploi ne semble pas avoir occasionné des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, des troubles d'humeur ou des épisodes dépressifs par exemple, à l'instar de ce qu'on retrouve dans les écrits. Serait-ce en raison de la qualité de leur réseau social qui aurait un effet immunitaire sur leur santé mentale? Ou de leur culture, de leurs expériences de vie dans leur pays d'origine? Ou simplement du fait qu'ils sont installés depuis moins de cinq ans et que la précarité n'est pas installée depuis plusieurs années? Une interrogation subsiste sur le sujet puisque les participants n'en ont pas fait mention. Enfin, notons que, dans la littérature scientifique, il est souligné que le groupe des 65-74 ans est un acteur de plus en plus important du soutien apporté au groupe des 75 ans et plus qui cumulent davantage de problèmes d'autonomie fonctionnelle et de troubles cognitifs (Roy, 1998). Également, selon certaines recherches, en raison des progrès liés à l'espérance de vie, davantage d'hommes âgés pourraient être mis à contribution pour fournir un soutien à leur conjointe affectée par des déficiences cognitives ou fonctionnelles, en complément aux services de santé (Hirst, 2001; Stobert et Cranswick, 2004). Or, ces aspects de la réalité du soutien intra-générationnel et du contexte relationnel avec les services n'ont pu transparaître dans l'analyse en raison de l'absence d'hommes âgés de 75 ans et plus dans le groupe des participants âgés.

Ces différentes considérations invitent donc à la plus grande prudence sur le plan de l'interprétation du matériel des entrevues.

5.2 Des points de convergence importants

Néanmoins, certains traits communs aux différents groupes ou à la majorité d'entre eux ont pu être identifiés. Selon bon nombre de répondants, certains aspects permettent un bon lien entre 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.

5.2.1 Ce qui rend les services psychosociaux et de santé efficaces 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. Bref, des commentaires qui vont dans le sens de certains constats de la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014) et des résultats du sondage auprès des hommes québécois (Tremblay *et al.*, 2015). Notamment, le sondage met en évidence que le professionnalisme de l'intervenant, le fait de se sentir écouté et pris au sérieux et ne pas se sentir jugé compte parmi les critères qui sont identifiés par les répondants comme étant les plus importants quand vient le temps de choisir une ressource à consulter. Pour sa part, la méta-synthèse indique (p. 29) :

Sur ce dernier point, selon les recherches analysées, 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, expliquent en bonne partie l'importance qui a été accordée par des 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 sur le plan de l'intervention

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

5.2.2 Des difficultés des hommes à demander de l'aide qui demeurent

Cependant, 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. Ce résultat coïncide avec la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014, p. 27) qui rapporte que « le modèle

de masculinité traditionnelle est présenté, dans plusieurs recherches québécoises, comme une véritable « chape de plomb ».

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. Là encore, ce résultat fait écho à ce qu'on retrouve comme constat dans la méta-synthèse et dans le sondage. Dans ce dernier, il est rapporté que neuf hommes sur 10 n'aiment pas se sentir contrôlés par les autres et que les trois-quarts préfèrent régler leurs problèmes par eux-mêmes. Cette volonté d'autarcie au regard des services, combinée à une difficulté de rapport avec des intervenants par méconnaissance des réalités masculines, compte parmi les principaux facteurs expliquant, qu'en proportion, les hommes consultent moins les services que les femmes et qu'ils sont plus nombreux à considérer ne pas avoir besoin de services sociaux et de santé selon les données publiques (Roy *et al.*, 2015).

5.2.3 Des attitudes des intervenants qui peuvent rebuter

Les répondants qui étaient moins satisfaits des services reçus déplorait, pour plusieurs, l'attitude des intervenants. Pour l'essentiel, certains 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.

Ces commentaires recueillis s'accordent, en particulier, avec certains constats de la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014). Notamment, en s'appuyant sur les difficultés de certains hommes d'être compris par les intervenants, la méta-synthèse (p. 30) souligne « [...] qu'une méconnaissance des réalités masculines chez des intervenants contribue à éloigner les hommes des services et à diminuer l'efficacité des interventions réalisées auprès d'eux ». Par plusieurs exemples, les répondants ont noté leur besoin d'être reconnus dans leur valeur personnelle, de pas aimer se sentir humiliés, soit par la crainte de l'être ou par l'expérience vécue (notamment le groupe des hommes âgés ont donné des exemples percutants), ou méprisés. Aussi, l'appartenance à la catégorie semble parfois se juxtaposer au malaise relevé par de nombreux hommes quand vient le temps de consulter pour des problèmes personnels. C'est le cas notamment de plusieurs hommes à faible revenu, de ceux issus des minorités sexuelles, ou encore, selon les études régionales, ceux qui ont des antécédents liés à la toxicomanie ou de démêlés avec la justice, bref des hommes qui ont l'impression d'être confrontés (ou craignent de l'être) à un double stigmaté.

5.2.4 Un système technocratisé qui complexifie la demande d'aide

La **technocratisation**⁹ 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 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.

Dans son mémoire de maîtrise qui porte sur l'analyse des groupes de discussion focalisée tenus à Montréal, Bilodeau (à paraître) parle d'un « double verrou » dans l'accès aux services. Les propos des répondants portent à penser que, lorsque vient le temps de s'adresser à la porte d'entrée aux services, cette dernière peut être fermée à double tour et il faut connaître le mode de fonctionnement pour ouvrir chaque « verrou ». Le premier verrou, selon Bilodeau, est lié à la capacité de l'homme en besoin d'aide de formuler une demande claire : il doit articuler ses propos afin de formuler un besoin clairement identifié selon les paramètres du système de soins et de services. C'est la question usuelle de l'intervenant : « Qu'est-ce que je peux faire pour vous aujourd'hui? » Or, plusieurs hommes se présentent en situation de crise, avec des demandes plus ou moins confuses, ne sachant trop à quoi attendre¹⁰, ce qui leur permet peu de formuler une demande claire. La deuxième serrure est liée à la gravité de la situation du demandeur d'aide. À la lumière des propos des répondants des groupes de discussion de Montréal, Bilodeau explique qu'il ne s'agit pas seulement d'être souffrant et en difficulté pour recevoir des services, mais faut-il que cette souffrance est atteint un « niveau optimal », ni trop haut, ni trop bas. S'il est jugé « trop bas », la demande sera mise en liste d'attente ou encore référée en pratique privée. S'il est jugé « trop haut » ou complexe, le demandeur d'aide risque de se retrouver perçu comme « une cause perdue » ou encore devant le « syndrome de la porte tournante ». Surtout,

⁹ 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 ».

¹⁰ Rappelons que plus de 39% des hommes ayant participé au sondage rapportent n'avoir aucune idée de l'aide disponible (Tremblay *et al.*, 2015, p. 75)

lorsqu'il y a concomitance de problèmes sur la plan de la santé mentale, de la justice, et de toxicomanie, ou encore en situation de trouble mental grave ou de récurrence de toxicomanie.

Selon Laforest et Belhassen (1991, p. 92), « le rapport à la clientèle que postule le contexte technocratique est un rapport de besoin-réponse pour autant que les deux composantes sont interprétées ou interprétables de la même manière que ce qui est indiqué dans les programmes et les services ». De différentes manières, c'est dans cette perspective que se situent nombre d'observations des participants. D'autres écrits soulignent l'existence de problèmes liés aux structures et à l'organisation dans le contexte du rapport usager et « intervenant-expert » ainsi que le manque de connaissance du système de santé et de services sociaux comme obstacles aux services (Dixion-Woods *et al.*, 2005; Lavoie *et al.*, 2006; Roy *et al.*, 2006; Tannenbaum, 2011). Enfin, l'essai de Paquet (1989), de manière plus spécifique, met en évidence l'existence d'une distance culturelle entre les classes populaires et les professionnels de la santé, constat repris plus récemment par d'autres auteurs (Chauvin et Parizot, 2005; Couffinhal *et al.* 2005; Dupéré, 2011). La méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014) a soulevé des questions tenant à la reconnaissance recherchée des hommes dans leur relation avec les services, à l'absence de correspondance parfois entre les services offerts et les besoins spécifiques des hommes, à l'importance pour les services d'aller vers les hommes et de développer des rapports plus égalitaires entre les hommes et les services (perspective d'horizontalité des services). Toutes ces dimensions trouvent écho dans l'analyse des commentaires des participants.

5.2.5 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.

Les travaux effectués dans le cadre du programme de recherches sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services ont, tour à tour, exploré les relations existantes entre le réseau social et les services. Pour l'essentiel, ils accèdent certaines conclusions des entrevues de groupe sous l'angle du soutien familial. C'est ainsi, notamment, qu'en cas de problème personnel ou émotionnel, le conjoint ou la conjointe serait, de loin, la première ressource d'aide consultée suivie par les parents et d'autres membres de la famille selon les résultats du sondage. Sauf pour le médecin de famille qui arrive immédiatement après le conjoint ou la conjointe, les intervenants se situent loin derrière parmi la liste proposée des ressources consultées (Tremblay *et al.*, 2015). En complément, dans la méta-synthèse, il est souligné le rôle souvent prépondérant de la conjointe, souvent seule confidente, comme intermédiaire dans le recours au réseau de services; en cas de détresse, souvent la conjointe serait la première personne à qui se confieraient les hommes au sein de leur réseau social (Roy *et al.*, 2014).

Il est, par ailleurs, important de souligner que, si effectivement, le réseau social est sollicité en premier, en cas de besoins ou de problèmes, et que certains hommes vont retarder au maximum un recours aux services, il n'en demeure pas moins que ce réseau serait plus faible que celui des femmes. Ainsi, de façon générale, les réseaux sociaux des hommes seraient moins soutenant que ceux des femmes (Roy *et al.*, 2014); notamment, la proportion des hommes considérant ne pas bénéficier d'un niveau de soutien social élevé serait supérieure à celle des femmes et ce, quel que soit le groupe d'âge (Roy *et al.*, 2015). À cet égard, le réseau social de soutien semble limité chez les hommes plus âgés comparativement aux plus jeunes, cela était particulièrement évident au sein du groupe d'hommes à faible revenu, mais aussi ce sont surtout les jeunes hommes qui ont mentionné dans le sondage utiliser les amis comme source de soutien. La limitation du réseau social chez certains hommes peut avoir pour effets de moduler leurs attentes au regard des services (besoins de validation, d'empathie, d'être compris, etc.).

5.2.6 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. Rappelons cependant que les hommes âgés de 75 ans et plus n'étaient pas représentés dans le groupe des hommes âgés alors que la prévalence des problèmes de santé mentale et physique est plus élevée chez les hommes du quatrième âge (Roy *et al.*, 2015). 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.

Les travaux de la méta-synthèse ont souligné l'existence d'un lien direct entre pauvreté et problèmes de santé mentale (Roy *et al.*, 2014). Également, d'autres études ont fait état de cette relation, tout particulièrement l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015) qui a récemment mis en évidence que des problèmes de santé mentale tels que des épisodes dépressifs, des troubles d'anxiété généralisée, un niveau élevé de détresse psychologique ou les tentatives de suicides, sont significativement plus répandus chez les personnes à faible revenu. Parallèlement, les problèmes de détresse psychologique et de dépression seraient plus fréquents chez les hommes appartenant aux minorités sexuelles que chez les hommes hétérosexuels (Chamberland *et al.*, 2012). Aussi, selon une enquête en ligne québécoise ayant rejoint 477 personnes de la communauté LGBT de la région montréalaise, il apparaît que 19 % de ces personnes ont consulté au CSSS Jeanne-Mance pour des problèmes de santé mentale (anxiété, dépression et autres troubles de l'humeur) (Dumas et Chamberland, à paraître).

Ces six points sont apparus comme éléments communs, ou plus généraux, des propos des divers groupes de discussion focalisée tenus en régions o ou auprès de groupes spécifiques d'hommes.

6- CONCLUSION

Dans le prolongement des travaux réalisés dans le cadre du programme de recherches sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services, la présente étude explore les difficultés et le rapport aux services des hommes à partir de groupes de discussion focalisée, notamment des hommes appartenant à quatre groupes spécifiques et de groupes menés en régions. La recherche met en évidence l'existence de traits tenant à la réalité spécifique de chacun des groupes considérés, mais aussi de traits communs entre eux avec, bien sûr, des gammes intermédiaires fluctuant selon le degré de correspondance.

Pour l'essentiel, des dimensions caractérisant les types de difficultés rencontrées des participants ainsi que leur rapport aux services ont été mises en évidence à travers les analyses du matériel des entrevues de groupe. C'est ainsi que des thèmes tels que les ingrédients d'une relation positive entre les services et les hommes, la distance aux services, l'importance du réseau social comme source d'aide et la prévalence de problèmes de santé mentale, ont été explorés en lien avec les résultats d'autres travaux du programme de recherches ainsi qu'avec ceux d'autres études sélectionnées dans la littérature scientifique. Rappelons, par ailleurs, que les résultats doivent être contextualisés en lien avec les limites de l'étude élaborées précédemment.

Un dialogue régulier a été effectué entre le contenu des entrevues de groupe et des constats puisés aux trois études précédant celle-ci dans le programme de recherche. Cet exercice a permis de noter, par exemple, que le phénomène de distanciation des hommes aux services, leur quête d'autonomie, la critique concernant l'attitude professionnalisante et verticale des intervenants et, parfois, leur méconnaissance des réalités masculines, constituent des constats qui s'inscrivent dans le cadre des grandes conclusions des travaux précédents. Autrement, des dimensions surgissant des entrevues avec les participants ont pu fournir de nouvelles pistes de réflexion. C'est le cas, entre autres, du caractère technocratique et complexe du réseau de la santé et des services sociaux mis en perspective comme obstacle à l'accessibilité aux services ou d'une meilleure compréhension des dynamiques familiales concernant le vécu des hommes appartenant aux minorités sexuelles ainsi que de l'importance de leur réseau d'amis comme ressource de soutien.

Enfin, nous espérons que la présente étude sera utile tout particulièrement aux intervenants œuvrant auprès de ces groupes spécifiques d'hommes. C'est également dans un esprit de partage et de réflexions avec le milieu des pratiques que s'inscrit la recherche.

7- RÉFÉRENCES

Arama, D. (1997). *Promotion du rôle des pères : inventaire des ressources et projets d'intervention spécifiques à la paternité au Québec*. Québec, Rapport de recherche présenté à la Direction de la Promotion de la Santé et du Bien-être, MSSS.

Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Battaglini, A. (2000). Culture et santé. Dans S. Gravel et A. Battaglini, (dir.). *Culture, santé, ethnicité*, (pp. 57-75). Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux,.

Battaglini, A., Gravel, S., Poulin, C., Fournier et Brodeur, J.-M. (2002). Migration et paternité ou réinventer la paternité, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 15 (1) 165-179.

Bilodeau, S. (2016 à paraître). *Masculinité et intervention psychosociale : paroles d'hommes dans des groupes communautaires*. Mémoire de maîtrise, École de travail social, Université de Montréal.

Bizot, D. et Forget G. (2009). Quelques réflexions au sujet de l'impact du processus migratoire sur la paternité. Dans D. Dubeau, A. Devault et G. Forget (dir). *La paternité au XXIe siècle*, (pp. 331-353). Québec, Presses de l'Université Laval .

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

Brodeur, N. et Chhem, R. D. (2014). *Évaluation des services aux pères immigrants de l'Hirondelle. 2. Le point de vue des pères*, Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence faite aux femmes / Équipe Masculinités et société.

Brotman, S., Ryan, B. et Cormier, R. (2003) The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada. *The Gerontologist*, 43, 192-202.

Brotman, S., Ryan, B., Jalbert, Y. et Rowe, B. (2002). The Impact of coming out on health and health care access: The experiences of gay, lesbian, bisexual and Two-Spirit people, *Journal of Health & Social Policy*, 15, 1-30.

Brotman, S., Ryan, B. et Meyer, E. (2006). *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada*. Rapport synthèse. Montréal : École de service social, Université McGill.

Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouke, A. et de Pierrepont, C. (2012). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec : analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Rapport de recherche. Montréal : Université du Québec à Montréal.

Chauvin P et Parizot I. (2005). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris: Éditions Inserm.

Chevalier, S. et Gravel, S. (2002). Utilisation des services de santé et des services sociaux, Dans M. Clarkson, R. Tremblay et N. Audet (dir.). *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, (pp. 247-59). Québec : Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

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

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

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F. et Polton D. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen, *Questions d'économie de la santé*, Synthèse, 92 et 93.

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

Dixon-Woods M, Kirk D, Agarwal S, *et al.* (2005). *Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review*. London, United Kingdom: National Co-ordinating Centre for NHS Services Delivery and Organisation (NCCSDO). Disponible à : mighealth.net/uk/images/8/84/Dix1.pdf.

Donne-moi une chance (2010). *Focus group hommes*. Disponible en ligne http://www.donnetoiunechance.org/files/QuickSiteImages/Focus_Group_hommes_final__1_.pdf.

Ducharme, F., Lévesque, L., Éthier, S. et Lachance, L. (2007). Le soin « au masculin » : les perceptions de l'expérience d'aidant et des services chez des conjoints aidants. *Revue canadienne de santé mentale*, 26 (1) 143-159.

Dulac, G. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines : Théories et pratiques québécoises*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes (AIDRAH), Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (ARIHV), Association québécoise de suicidologie (AQS) et Fédération des organismes bénévoles et communautaires d'aide et de soutien aux toxicomanes (FOBAST).

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

Dumas, A. et Gagnon, I. (2012). Masculinité, pauvreté et réadaptation cardiaque: le fardeau des hommes qui occupent des métiers de la route. *Revue de l'Université de Moncton*, 43 (1-2) 163-184.

Dumas, J., Otis, J., Lévy, J.- J., Lavoie, R., Séguin, C. et Cyr, C. (2007). *Profil et discours des usagers de RÉZO, un programme de prévention du VIH interactif sur Internet destiné aux hommes de 16-25 ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*. Rapport de recherche, deuxième édition. Montréal : Action SéroZéro.

Dumas, J., Rousseau, R., Mensah, M. N. (2008). *Êtes-vous satisfaits? Peut-on faire mieux... autrement? Rapport de l'enquête auprès des hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes sur l'approche globale de la santé et du mieux-être à Action Séro Zéro*. Rapport de recherche. Montréal : Séro Zéro et Service aux collectivités, UQAM.

Dumas, J. et Chamberland L. (à paraître). *Évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance*. Rapport de recherche. Montréal : Département de sexologie et Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.

Dupéré, S. (2011). *Rouge, jaune, vert et noir : expériences de pauvreté et rôle des ressources sociosanitaires selon des hommes en situation de pauvreté à Montréal*. Thèse de doctorat, Faculté de sciences infirmières, Université Laval.

Dupéré, S., De Koninck, M., O'Neill, M. (2011). Rouge, jaune, vert ... noir : être pauvre et s'en sortir selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal. *Recherches sociographiques*, LII, (2) 255-283.

Dupéré, S., O'Neill, M. et De Koninck, M. (2012). Why men experiencing deep poverty in Montréal avoid using health and social services in times of crisis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2) 781-796.

Dyke, N. et J.-F. Saucier (dir.) (2000). *Cultures et paternités*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

Fortin, S. et Le Gall, J. (2012). Parentalité et processus migratoire, Dans F. de Montigny, A.

Devault et C. Gervais (dir.), *La naissance de la famille. Accompagner les parents et les enfants en période périnatale*, (pp. 178-196). Montréal : Chenelière .

Galand, G. (2001). *Besoins des hommes immigrants : Revue de la littérature*, [site internet] disponible sur: <http://www.capsante-outaouais.org/recherche/litterature.html>. Bureau d'étude et de gestion-conseil de la diversité culturelle.

Gervais, C. et de Montigny, F. (2008). L'expérience de pères africains originaires du Maghreb de l'établissement de la relation père-enfant en contexte d'allaitement maternel au Québec. *L'infirmière clinicienne*, (4) 12-21.

Gervais, C., de Montigny, F., Azaroual, S. et Courtois, A. (2009). La paternité en contexte migratoire : Étude comparative de l'expérience d'engagement paternel et de la construction de l'identité paternelle d'immigrant magrébins de première et deuxième générations. *Enfances, Familles, Générations*, (11) 25-43.

Godin, G., Naccache, H. et Pelletier, R. (2000). Seeking medical advice if HIV symptoms are suspected. *Canadian Family Physician*, 46, 861-868.

Hernandez, S. (2001). Intervenir auprès des pères immigrants au Québec. Une expérience de groupe, *Canadian Social Work Review*, (18) 287-303.

Hernandez, S. (2007). *Les hommes immigrants et leur vécu familial : impact de l'immigration et intervention*. Montréal : Centre de recherche et de formation, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne.

Hirst, M. (2001). Trends in informal care in Great Britain during the 1990s. *Health and Social Care in the Community*, 9, 348-357.

Hutchison, B. (2007). *Disparities in healthcare access and use: yackety - yack, yackety - yack*. 3 (2).

Laforest, M. et Belhassen, R. (1991). Le service social et les conditions de sa pratique : un rapport à examiner. *Service social*, 10 (2) 89-104.

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.

Lavoie, J.-P., Guberman, N., Battaglini, A., Belleau, H., Brotman, S., Montejo, M. E. et K.Hallouche, (2006). *Entre le soin et l'insertion. L'expérience de familles d'immigration récente qui prennent soin d'un proche*, Rapport de recherche, Montréal: Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), CSSS Cavendish

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 .

Le Gall, J., Montgomery C. et Cassan, C., (2009). L'invisibilité de la participation des hommes immigrants dans les soins à leur famille. Dans M. Leandro, N. Engrácia, P. de Sousa No et V. Tercas Rodrigues (dir.), *Saude E Sociedade. Os contributos (in)visiveis da familia*, (pp. 73-95) . Portugal, PsicoSoma.

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

Lévy, J. J., Dumas, J., Chamberland, L. et Braithwaite, Y. C. (2013) Usages sociaux d'Internet santé et stratégies de communication dans la population LGBT canadienne. *Revue internationale communication sociale et publique*, 10, 45-66.

Lévy, J. J., Dumas, J., Ryan, B. et Thoër, C. (dir.) (2011). *Minorités sexuelles, Internet et santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lévy, J. J., Engler, K., Frigault, L.-R. et Léobon, A. (2011). Les usages d'internet et le bien-être sociosexuel et psychologique des hommes homosexuels et bisexuels québécois. Dans J. J. Lévy, J. Dumas, B. Ryan et C. Thoër (dir.), *Minorités sexuelles, Internet et santé* (pp. 87-113). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Loignon, C., Hudon, C., Goulet, E., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., Bush, P. et Grabovschi, C., (2015). Perceived barriers to responsive care for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealthTY project, *International Journal for Equity and Health*, 14 (4).

Malenfant, R., Lévesque M., Jetté, M. et White, D. (2004). *Étude de trajectoires liées à la pauvreté*. Québec: Recherches sur les impacts psychologiques organisationnels et sociaux du travail (RIPOST).

Mensah, M. N., Dumas, J., Enriquez, M. C., Gauvin, M-E. et Rousseau, R. (2013). *Besoins et opinions des hommes gais et bisexuels en lien avec l'approche globale de la santé et du mieux-être à REZO : points de vue des jeunes, des minorités culturelles et des travailleurs du sexe*. Rapport de recherche. Montréal : RÉZO et Service aux collectivités, UQAM.

Mercer S.W. et Watt, G.C. (2007). The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Annals of Family Medicine*, (5) 503-510.

Ocean, C. (2005). *Policies of exclusion, poverty and health: stories from the front*. Duncan, BC: Wise Society.

Pangop, D., de Montigny, F., Ndengeyingoma, A. et St-Arneault, K (2013). La discipline : comment les pères immigrants s'adaptent-ils en sol québécois, *Perspectives infirmières*, 10 (5) 44-46.

Paquet, G. (1989). *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.

Roy, J. (1998). *Les personnes âgées et les solidarités. La fin des mythes*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval et Les Éditions de l'IQRC (*Diagnostic*).

Roy, J., G. Tremblay, D. Guilmette, D. Bizot, S. Dupéré 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.

Ryan, B., Brotman, S., Baradaran, A. et Lee, E. (2008). The colour of queer health care. Experiences of multiple oppression in the lives of queer people of colour in Canada. Dans S. Brotman et J. J. Lévy (dir.), *Intersections: Cultures, sexualités et genres* (pp. 307-336). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Sinha, M. (2013). *Portrait des aidants familiaux 2012*. Statistique Canada: Division de la statistique sociale et autochtone. Dossier consulté le 8 septembre 2015 au <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2013001-fra.pdf>.

Smith, J. A., Braunack-Mayer, A., Wittert, G. et Warin, M. (2007). "I've been independent for so damn long!" Independence, masculinity and aging in a help seeking context. *Journal of Ageing Studies*, 21, 325-335.

Stobert, S. et Cranswick, K. (2004). Prendre soin des personnes âgées: Qui fait quoi et pour qui? *Tendances sociales canadiennes*, 74, 2-7.

Tannenbaum, C. (2011). Effect of age, education and health status on community dwelling older men's health concerns. *Aging Male*, 15(2), 103-108.

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

Tjepkema, M. (2008). Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapport sur la santé*, 19 (1) 57-70.

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.

Trembay, 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.

Turchetto, E. L. (2012). *Les hommes sans domicile fixe et leur rapport aux services de santé et services sociaux*. Mémoire de maîtrise. Québec : École de service social, Université Laval.

Wallach, I., Ducandas, X., Martel, M., Trottier, B. et Thomas, R. (2013). *Le VIH et le vieillissement au Québec : Une recherche qualitative sur les expériences, les difficultés et les besoins des personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus*. Rapport de recherche. Montréal : Clinique médicale L'Actuel.

Williamson, D. L., Stewart, M. J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., et al. (2006). Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy*, 76 (1) 106-121.

ANNEXE 1

Fiches-synthèses des études régionales

Diverses études ont été menées dans le cadre des travaux des comités en santé et bien-être des hommes qui se retrouvent dans plusieurs régions du Québec. La plupart des études réalisées dans les régions ont permis de dresser un portrait régional à partir de données publiques. Les fiches-synthèses de ces études ont été intégrées au deuxième volet du programme de recherche portant sur les données publiques. Certaines régions ont réalisé également des groupes de discussion focalisée pour obtenir un portrait à partir des acteurs concernés sur le terrain. Le plus souvent, des groupes ont été menés auprès d'intervenants de la région et auprès d'hommes, habituellement clients des différents organismes d'aide, soit du réseau public ou du réseau communautaire. Au final, seules quatre études ont été retenues. Il s'agissait essentiellement dans le cadre de cette quatrième étape du programme de recherche de bien saisir le point de vue des hommes eux-mêmes. Conséquemment, les fiches-synthèses qui ont été réalisées portent uniquement sur les groupes menés auprès des hommes, les résultats touchant spécifiquement les intervenants ont systématiquement été retirés. De cette manière, le matériel a pu être mis en parallèle à celui des entrevues menées auprès de groupes spécifiques.

Ainsi, se retrouvent dans les pages suivantes quatre fiches-synthèses couvrant les régions suivantes :

Fiche #1 – Québec

Fiche #2 – Île de Montréal

Fiche #3 – Outaouais

Fiche #4 – Saguenay-Lac-Saint-Jean

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 présenté 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.

Répondants

Quatre groupes étaient formés d'hommes, soit deux groupes d'hommes clients (du CSSS de la Vieille Capitale pour l'un et d'organismes communautaires pour l'autre) (n=16) et deux groupes d'hommes qui auraient pu l'être mais qui n'ont pas demandé de service (n=12). Total 28 hommes.

Dates

Les entrevues de groupe ont eu lieu à l'hiver 2013 à Québec au CSSSVC.

Principaux résultats

Les difficultés éprouvées par les hommes

- Les relations conjugales et familiales (rupture/divorce, problèmes conjugaux ou familiaux, ou concernant les rôles parentaux, violence agie ou subie).
- La santé mentale (dépression, anxiété, épuisement professionnel. Les participant/es rapportent que les hommes ont souvent des idéations suicidaires lorsqu'ils consultent pour la première fois et plusieurs ont fait des tentatives de suicide).
- Les dépendances (particulièrement l'alcool et la drogue).
- La justice et les droits (besoin d'information et de soutien juridique concernant leurs droits, en particulier leurs droits parentaux, notamment en lien avec les conflits de garde et de droits d'accès aux enfants. Problèmes de délinquance et de criminalité).
- Les problèmes financiers et les problèmes liés au (manque/retrait) travail (problèmes financiers, perte d'emploi, recherche d'un emploi ou une réorientation de carrière, difficultés concernant le chômage et la transition vers la retraite).
- Les hommes immigrants (de manière plus spécifique, difficultés familiales, séquelles psychologiques de la guerre, isolement social et difficultés financières).

Les besoins et les attentes des hommes

- Être écoutés attentivement
Être écoutés dans l'intégralité de ce qu'ils ont à dire et être accueillis avec ce qu'ils vivent, comme ils sont, être pris au sérieux, sans jugement. Besoin de s'ouvrir, de parler de ce qu'ils vivent, de ce qu'ils ressentent, de se confier.
- Bien comprendre la demande malgré la confusion
Les intervenant/es doivent être habiletés à « décortiquer » la demande d'aide des hommes même si elle ne serait pas toujours claire.
- Une aide centrée sur des solutions concrètes, rapide qui crée de l'espoir
Les hommes ne voient pas toujours la pertinence de faire tout le portrait détaillé de

la personne avant de répondre à son besoin immédiat. Toutefois, ils comprennent que parfois, il est nécessaire d'aller fouiller un petit peu plus loin pour trouver le besoin réel. L'attente la plus importante serait de recevoir des conseils, des « trucs », des stratégies, des solutions concrètes et cela, très rapidement. Ils auraient besoin de voir des résultats positifs rapidement. Ils préfèrent des interventions sur un court terme, avec une résolution rapide des problèmes, sans trop d'introspection. Ils ont besoin de recevoir un service rapide, dans l'immédiat, et d'être aiguillés rapidement, car souvent ils arrivent en crise et « au bout du rouleau ». Ils s'attendent à être répondus rapidement sans se retrouver sur une liste d'attente. Ils nomment le besoin d'espoir et de valorisation.

- Mieux gérer ses émotions, développer des habiletés sociales
Les répondants mentionnent le besoin d'apprendre à mieux contrôler les impulsions, l'agressivité et, pour certains, leur violence verbale et physique pouvant être faites envers autrui, souvent envers la partenaire.
- Respecter l'autonomie, s'appuyer sur les forces
Les participant/es mentionnent que la plupart des hommes qui consultent désirent que les intervenants respectent leur autonomie.
- Le sexe de l'intervenant/e
Pour la grande majorité des participants, le sexe de l'intervenant/e a une importance secondaire. Ils précisent que ce qui importe, c'est la qualité de l'approche, le lien de confiance, ainsi que la façon d'être et les autres habiletés de l'intervenant/e. Les participants veulent des intervenant/es ayant de l'expérience professionnelle et une expertise concernant le problème spécifique qui les affecte afin de leur offrir une bonne qualité de services. Ils rapportent vouloir que les intervenant/es soient en mesure d'identifier exactement et rapidement quels sont leurs besoins et les dirigent aux bons endroits. Toutefois, ils soulèvent que le contexte de la demande d'aide influence le fait que certains hommes préfèrent un homme ou une femme pour intervenir auprès d'eux. Dépendamment du besoin spécifique ou du problème rencontré par le client, selon les répondant/es, certains hommes se sentent moins à l'aise de se confier à des intervenantes féminines. Ainsi, quelques participants disent préférer des intervenants masculins, notamment concernant des problèmes émotionnels ou sexuels. À l'inverse, quelques hommes mentionnent qu'ils sont plus à l'aise de se confier auprès d'intervenantes féminines et que c'est plus facile pour eux. À cet effet, des répondants nomment l'importance d'avoir une offre de services mixtes, surtout lors d'une première consultation.

Les lacunes ou « trous » de services identifiés

- Les listes d'attente et les barrières structurelles
Le manque de rapidité des services, notamment les listes d'attente, est considéré comme étant très néfaste. Les participant/es nomment également la lourdeur des structures organisationnelles. Par exemple, ils dénoncent que, lors de la référence d'un client à un autre organisme, ce dernier doit recommencer le processus de demande de services incluant raconter à nouveau son histoire, alors que cela est

parfois très difficile pour certains hommes qui consultent « au bout du rouleau ». Ils trouvent que cela est souvent compliqué d'avoir un suivi à moyen ou long terme, qu'ils doivent passer par plusieurs étapes et rencontrer différents intervenants. À cet effet, le roulement de personnel est nommé comme quelque chose de difficile. Enfin, quelques hommes trouvent dommage de payer pour des services spécialisés, notamment dans les organismes communautaires. Ils ajoutent que le gouvernement ne finance peut-être pas assez les services s'adressant aux hommes. De plus, ils mentionnent que les frais de stationnement du CSSS sont très élevés.

- Les « trous » de services
 1. L'absence d'un service d'écoute spécifiquement identifié pour les hommes fonctionnant 24 heures par jour pouvant également répondre aux urgences psychosociales.
 2. Un manque de ressources pour aider les hommes sur le plan juridique. Ils n'ont souvent pas accès aux services gratuits de consultation concernant des questions légales en lien avec la séparation ou la garde et les droits d'accès à leurs enfants.

Les actions à privilégier

- Mieux faire connaître les services.
- Des campagnes de sensibilisation à la demande d'aide s'adressant aux hommes
.... de manière large
... s'adressant en particulier aux jeunes
... dans les milieux où se trouvent les hommes
.... et sur Internet (site web interactif, capsule avec témoignages d'hommes).
- Améliorer l'accès aux services (processus plus rapide, éviter les étapes, abolir les listes d'attente, une ligne d'écoute spécialisée pour les hommes 24 heures sur 24 et sept jours sur sept).
- Plus d'intervenants masculins
- Que le CSSS offre des conférences spécialisées pour les hommes, fasse des portes ouvertes avec des intervenants et des hommes faisant des témoignages sur leur rétablissement, afin de les aider à apprivoiser le CSSS. Ils proposent des séances d'informations sur la santé mentale des hommes, sur leur santé globale et sur les services spécifiques qui leur sont offerts.

Conclusion/recommandations

Les résultats de cette recherche permettent de faire un portrait à jour des besoins et des attentes des hommes du territoire du CSSSVC en matière de services psychosociaux et proposent des pistes de solutions pour rejoindre davantage les hommes dans les services actuels.

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.

Répondants

Six groupes de discussions ont réuni des usagers d'organismes communautaires desservant : 1) des pères avec de jeunes enfants ; 2) des hommes âgés ; 3) des hommes en situation de pauvreté ; 4) des hommes en quête d'épanouissement personnel ; 5) des hommes souffrant de troubles mentaux ; et 6) des jeunes hommes en hébergement. Les organismes sont répartis dans cinq territoires de CSSS, soit Lucille-Teasdale, Bordeaux-Cartierville, Cavendish, Sud-Ouest-Verdun, Dorval-Lachine-Lasalle. Les participants résident toutefois dans tous les territoires de la région. Total : 68 répondants.

Dates

Les groupes de discussion se sont déroulés dans les locaux des organismes, sans la présence de leur personnel, au printemps 2012.

Principaux résultats**Les besoins psychosociaux des hommes**

- Les difficultés ayant motivé la demande d'aide des hommes sont variées : problèmes de santé, perte d'emploi, impasse professionnelle, séparation douloureuse, deuil, problèmes de dépendance au jeu, à l'alcool ou à la drogue. Ces problèmes arrivent rarement seuls, mais s'enchaînent le plus souvent dans une séquence conduisant à une grande précarité. Les besoins identifiés par les hommes sont de natures diverses : pouvoir se nourrir, être encadré et soutenu, briser leur isolement et socialiser, être actif et productif. L'organisme sert souvent de catalyseur de changement, de lieu d'encadrement que les usagers utilisent comme tremplin vers de nouveaux projets de vie, après un temps d'arrêt salutaire. Les hommes en profitent pour faire le point, acquérir de nouvelles habiletés, se sortir de leur milieu toxique et « repartir à neuf ».
- Les hommes ont besoin de se sentir utiles et d'être actifs malgré leurs difficultés.
- Pour plusieurs participants, le travail n'est pas seulement un moyen de payer leurs factures et de s'offrir du bon temps. Il s'agit d'un moyen de s'accomplir, de se réaliser et de réintégrer les rangs de la société. Les organismes communautaires sont nombreux à mettre les hommes à contribution, car le besoin de réciprocité est très présent chez ces derniers. Ils acceptent d'être aidés, mais souhaitent également offrir de l'aide en retour.

Obstacles rencontrés dans la recherche d'aide

- Que ce soit pour trouver une ressource d'aide en santé mentale, en santé physique ou un soutien psychosocial, les hommes rencontrés ont mentionné avoir dû s'astreindre à de longues recherches avant de réussir à trouver le service dont ils avaient besoin. Trouver la bonne ressource demande temps, énergie et persévérance.
- Les ressources destinées aux hommes semblent peu connues des organismes comme

les CLSC. Les hommes se sentent bien souvent seuls dans leur recherche d'aide.

- L'admissibilité aux services représente un problème majeur pour beaucoup de répondants. Plusieurs rapportent avoir été envoyés d'un service à un autre, dans l'obligation de raconter à chaque fois leur histoire à partir du début.
- Les hommes ayant un passé criminel, réel ou soupçonné, sont souvent exclus.
- Plusieurs participants perçoivent une iniquité dans l'accessibilité aux ressources, les femmes seraient davantage favorisées que les hommes, selon eux.
- Les CLSC seraient particulièrement difficiles d'accès selon les répondants et sont perçus comme des établissements offrant davantage de services aux femmes qu'aux hommes, certains s'y sentant même en territoire étranger. Il n'est pas rare que les hommes se présentent au CLSC pour être aussitôt envoyés ailleurs, de sorte qu'ils en viennent à ne plus percevoir cet établissement comme un point de services éventuels.
- La longueur des listes d'attente constitue une embûche supplémentaire. Certains hommes peuvent y réagir agressivement lorsqu'ils se retrouvent dans une impasse après une longue et infructueuse démarche de recherche d'aide.
- Il arrive fréquemment, dans le parcours de recherche d'aide des hommes, que les services reçus ne répondaient ni à leurs besoins ni à leurs attentes. Notamment, le besoin de parler de ce qu'ils vivent et d'être écouté semble difficile à combler dans le réseau public. La prescription de psychotropes semble souvent privilégiée par les intervenants et la réaction négative des hommes face à cette option thérapeutique semble indiquer qu'elle n'est pas le fruit d'une décision partagée.
- Certains hommes attribuent leurs besoins de services non comblés à leur manque de crédibilité aux yeux des dispensateurs de services. Leur demande d'aide n'est pas toujours considérée comme sincère ou véridique par les intervenants rencontrés, particulièrement lorsqu'ils présentent des problèmes de toxicomanie.
- Un obstacle dans l'obtention de services de qualité : le manque de formation des intervenants sur les réalités masculines, selon le point de vue de plusieurs participants.
- Le nombre restreint d'intervenants masculins dans les ressources d'aide peut s'avérer problématique pour les hommes qui préfèrent discuter de certains sujets plus délicats avec un autre homme, plutôt qu'avec une femme.

Expériences positives

- Malgré le fait que les participants aux groupes de discussion se soient spontanément exprimés davantage sur leurs interactions plus difficiles ou insatisfaisantes avec les services, quelques expériences positives ont été racontées.
- Les CLSC ont également eu leur part de commentaires favorables.

Besoins identifiés

- Besoin de parler de ce qu'ils vivent et d'être écoutés.
- Sentir qu'ils ont de la crédibilité aux yeux des dispensateurs de services.
- Recevoir de l'aide de la part d'intervenants bien formés à intervenir auprès des hommes.
- Avoir accès à des intervenants masculins.

Donne-moi une chance (2010). *Focus group hommes*. Disponible en ligne http://www.donnetoiunechance.org/files/QuickSiteImages/Focus_Group_hommes_final__1_.pdf.

Nombre de répondants

Un groupe de discussion auprès de cinq hommes a été mené.

Dates/Milieus

2010

Principaux résultats**Difficultés vécues**

- Les hommes qui demandent de l'aide le font en dernier recours. Ils mentionnent que ceux-ci sont à bout de ressources et qu'ils vivent des choses tellement difficiles qu'ils ne peuvent plus se contenter de l'aide reçue par l'entourage. Ces hommes sont en crise et ils ne savent plus quoi faire afin de s'en sortir.
- Ils le font notamment pour des problèmes qu'ils ont refoulés depuis l'enfance (abus sexuel, victimes de violence dans l'enfance, parents non-présents ou décédés).
- Non connaissance des ressources disponibles

Rapport aux services et à l'aide

- La première consultation avec un professionnel a souvent lieu avec un sentiment de curiosité et d'appréhension.
- Certains d'entre eux n'ont pas eu une bonne première expérience, ne s'étant pas senti compris ni soutenu.
- Certains hommes relatent que, lors de leur consultation au CLSC, ils ont été référés dans le privé.
- Les amis qui pensent qu'une démarche avec un professionnel ne donne rien.

Attentes envers les professionnels

- Donner des outils susceptibles de les aider à changer leur situation présente.
- Prendre soin de les écouter de façon respectueuse.
- « Être humain », c'est-à-dire non jugeant, ouvert aux confidences et accueillant de mes émotions, qu'il soit capable de me dire les vraies affaires (confronter) et finalement, qu'il présente de bonnes qualités éthiques.
- Se sentir compris et accepté « dans ce que je suis et pour qui je suis ».
- Être disponible.
- Être discret.
- Être capable d'adapter son intervention à la situation présente.

- Être capable de tolérer un silence (« aussi profond et rempli d'émotions soit-il »).
- Être en mesure « de cerner les besoins que je n'exprime pas ouvertement ».
- « Je lui donnais des indices «gros comme le bras», par le biais de mots clés sur les émotions que je pouvais ressentir et je ne sentais pas qu'elle me comprenait, on dirait qu'elle n'allumait pas, comme si elle n'était pas capable de me décoder en tant qu'homme ».

Raisons qui amèneraient les hommes à ne pas retourner en consultation après la première rencontre :

- Impression de n'être qu'un simple numéro.
- Faire attendre des heures pour le rencontrer.
- Des lieux qui ne sont pas accueillants.
- « Si je ne sens pas que je peux être moi-même dans la rencontre ».
- « Si je me sens traité comme si j'avais un mode d'emploi qui simplifierait ma vie ».
- Être confronté en partant la rencontre et démontrer du jugement.
- Sentir que le temps alloué est minuté.

Raisons qui amèneraient les hommes à retourner en consultation après la première rencontre :

- Se sentir important aux yeux de l'intervenant.
- Le professionnel qui prend soin de boucler et de ne pas laisser le client dans sa pleine détresse avant de le faire quitter le bureau, peu importe l'heure.
- Ne pas avoir patienté longtemps dans une salle d'attente pleine de gens susceptibles d'étiqeter ou de juger.
- Si le professionnel se permet de rencontrer les clients dans un cadre moins formel.
- Sentir pouvoir être eux-mêmes avec l'intervenant (« que je puisse pleurer si j'en ai envie, que je puisse sacrer si j'en ressens le besoin, que je puisse crier de rage si une situation comme telle s'applique à ma situation »).
- Se sentir traité comme une personne humaine à part entière et non pas comme un mode d'emploi à respecter.
- Ne se sentir jugé.

S'ils démarraient organisme communautaire, les trois éléments les plus importants pour eux seraient :

- La confidentialité (que les locaux soient également confidentiels, « qu'on ne voit pas de l'extérieur ce que je viens faire dans ledit local »).
- Le respect (« j'entends ici le respect de mon rythme, le respect de ce que je vis présentement, l'ouverture de l'intervenant par rapport à ma situation ainsi que l'écoute respectueuse des éléments que je vis »).
- La conscience que les hommes ne veulent pas toujours aller dans l'émotionnel et dans les grosses épreuves en partant. Qu'ils ont souvent besoin de se diriger dans l'action pour mieux avoir accès à l'émotionnel par la suite.

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

Nombre de répondants

Huit groupes de discussion focalisée ont été menés pour un total de 51 participants, soit des hommes âgés entre 25 et 44 ans du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Quatre groupes ont eu lieu en milieu urbain (30 000 habitants et plus), un en milieu rural (moins de 3 000 habitants) et trois en milieux mixtes (entre 6 000 et 29 999 habitants).

Dates

Les groupes ont eu lieu en 2012.

Principaux résultats

Les hommes n'ont pas une conception uniforme de leur santé globale. En effet, une vaste majorité (70,6 %) la rattache d'abord au bien-être physique alors qu'un peu plus de la moitié (56,9 %) estime qu'elle est également influencée par des facteurs psychologiques. Mais encore, dans une proportion similaire (47,1 %), les hommes indiquent que diverses habitudes de vie ont aussi une incidence sur leur santé. Si un nombre négligeable de personnes rencontrées (7,8 %) considère le bien-être social comme partie intégrante de la santé, plusieurs (41,2 %) sont d'avis que l'équilibre entre bien-être psychologique et physique constitue la pierre angulaire de la santé globale. Par ailleurs, qu'il s'agisse du rôle traditionnellement masculin inculqué, des métiers physiquement usants ou encore des habitudes de vie à risque, les hommes constatent dans une proportion importante (72,5 %) qu'ils sont moins attentifs à leur corps que les femmes. Cependant, près du quart (23,5 %) des répondants croient que l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celles des femmes se réduira éventuellement. D'une part, ils évaluent qu'étant plus nombreuses sur le marché du travail, les femmes s'exposent à des facteurs de risques similaires et que, d'autre part, les hommes sont plus engagés dans le maintien et l'amélioration de leur santé.

On constate une préoccupation marquée pour la santé chez plus de la moitié (54,9 %) des hommes rencontrés. Bien que la santé physique et l'obésité soient sujets d'appréhension, près du tiers (29,4 %) des répondants identifie l'équilibre psychologique au travail comme préoccupation centrale en matière de santé. Cependant, dans une même proportion (33,4 %), les hommes n'hésiteraient pas à confier ces inquiétudes à un proche. Par ailleurs, deux tiers des répondants (64,7 %) se montrent actifs dans les efforts déployés pour maintenir ou améliorer ses conditions de santé, et ce, soit par le biais d'activités physiques ou par l'adoption de saines habitudes de vie notamment d'un point de vue alimentaire.

Divers facteurs s'influençant réciproquement ont une incidence positive ou négative sur la santé des hommes. Selon le tiers des répondants, le travail et, plus particulièrement, la pression de performance, les avancées technologiques et les impacts physiques à l'emploi, tout comme les habitudes de vie, seraient les principaux vecteurs d'influence sur la santé des hommes. Enfin, dans une moindre mesure, les contextes familiaux, sociétaux et économiques seraient également déterminants.

Les avis quant au système de santé québécois sont partagés. Le quart des hommes se dit satisfait de la rapidité et de l'efficacité des soins d'urgence, plus de la moitié (56,9 %) affirme le contraire. L'efficacité des soins spécialisés est perçue tant positivement que négativement par une proportion similaire de répondants. Les principaux obstacles à l'endroit du système de santé résulteraient d'un manque d'humanisme de la part de certains professionnels ou encore des difficultés d'accès à un médecin de famille. Pour le cinquième des hommes interviewés, le choix d'un hôpital et l'automédication constitue des stratégies afin de pallier aux lacunes constatées.

Afin d'améliorer leur santé, les hommes ont proposé diverses solutions visant principalement à parfaire le système de santé et les publicités préventives. Pour le tiers d'entre eux, une révision en profondeur du système s'impose alors que plus du cinquième des répondants estime que l'accès à un médecin de famille favoriserait la consultation auprès des professionnels de la santé. Le tiers des répondants est d'avis que l'accès à des ressources alternatives pour les besoins non immédiats désengorgerait le réseau. La prévention, la promotion des saines habitudes de vie et l'augmentation du nombre d'intervenants masculins sont également des avenues à explorer selon le cinquième des répondants. Enfin, près du tiers des hommes croient que les publicités qui leur sont adressées devraient être davantage en corrélation avec leur vécu, notamment leur âge et les problématiques vécues, tout en favorisant une meilleure capacité d'attraction du public. Quelques-uns (15,7 %) proposent que les publicités soient plus marquantes ou encore, qu'elles interpellent également leur entourage.

Besoins identifiés

- Adapter la démarche de sensibilisation à la réalité masculine
- Mettre l'accent sur la diversité masculine
- Améliorer la qualité des moyens de diffusion des messages
- Bien cibler les médiums actuellement utilisés pour transmettre le message
- Transmettre un message équilibré
- Diffuser le message fréquemment
- Diversifier les médiums utilisés pour transmettre le message
- Élargir le public cible pour impliquer les proches dans la promotion de la santé

ANNEXE 2

Guide d'entrevue

Bonjour et merci d'avoir accepté de vous joindre à nous.

Nous rencontrons des hommes, de différentes régions du Québec, afin de mieux comprendre leurs besoins, leur rapport avec les services sociaux et de santé et faire des recommandations pour mieux répondre à leurs besoins. Il s'agit de la quatrième étape d'un projet de recherche d'une durée de trois ans.

Cet entretien durera environ 2 heures. Avant de participer à l'entretien, vous devez remplir et signer le formulaire de consentement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui nous intéresse, ce sont vos perceptions de la situation. Il est aussi important de respecter la confidentialité : pour notre part, aucune information permettant de retracer qui que ce soit ne sera livrée et nous comptons aussi sur votre discrétion pour ne pas livrer d'information personnelle sur qui que ce soit. Cela vous va?(vérifier l'assentiment de tous).

Question de départ :

1) Dans un premier temps, pouvez-vous nous parler des périodes difficiles ou des difficultés importantes que vous expérimentez, comme hommes et comme (jeunes gais, immigrants, etc.)? Y a-t-il des difficultés pour lesquelles vous aimeriez ou auriez aimé avoir de l'aide ou des services?

Sous-Q. Comment cela se passe-t-il, se vit-il le fait d'être un (gai, immigrants, etc.) dans la région ici?

2) Quand vous vivez une période difficile ou des difficultés, qu'est-ce que vous faites avec cela? En parlez-vous? Gardez-vous ça pour vous-même? Aller vous chercher de l'aide?

- Sous - Q. Comment vous sentez-vous avec le fait de demander de l'aide? Est-ce qu'il y en a qui sont moins confortables? S'il y a lieu, qu'est-ce qui vous rend inconfortable avec la demande d'aide?

3) Si vous consultez quelqu'un, à qui vous adressez-vous? Est-ce que vous en parlez à votre entourage? Est-ce que vous faites appel à des professionnels? Quels types de professionnels : médecins, psychologues, travailleurs sociaux?

- Sous - Q. Avec qui est-ce plus facile de parler de vos difficultés/problèmes? Avec votre entourage ou avec des professionnels?
- Sous- Q. Quand vous vous adressez à un professionnel, est-ce que vous le faites directement ou si quelqu'un de votre entourage vous incite à le faire? Si un membre de votre entourage vous a incité à le faire, de qui s'agit-il? Est-ce que cette personne vous a aidé dans votre démarche afin de trouver le professionnel?

- Sous-Q. Avez-vous eu l'impression que le personnel des services sociaux et de santé comprenait bien la réalité des hommes (des minorités sexuelles, immigrants, etc.)? Des hommes en général?
 - Sous-sous -Q. Pensez-vous que le fait d'être un homme ou votre (orientation sexuelle, origine ethnique, âge, etc.) a influencé la manière dont les professionnels vous ont procuré le service?

4) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer les services et programmes offerts dans les services sociaux et de santé?

- Sous- Q. Dans quelle mesure vos besoins sont-ils répondus adéquatement par les ressources disponibles dans le système public de santé et de services sociaux ou dans le milieu communautaire ?
- Sous- Q. Quels sont les services dont vous auriez eu besoin, mais qui n'étaient pas disponibles au moment où vous en avez eu besoin ?
- Sous-Q. Selon vous, qu'est-ce qui devrait être mis en place pour que le personnel des services sociaux et de santé comprenne mieux la réalité des hommes (de minorités sexuelles, immigrants, jeunes, etc.) ? Celle des hommes de manière générale? (partir des réponses reçues plus haut : vous avez dit que... et que..., alors qu'est ce qui devrait être mis en place pour éviter cela?)

5) Avant de terminer la rencontre, avez-vous d'autres commentaires ou observations qui mériteraient d'être pris en considération par les services sociaux et de santé pour mieux répondre à vos besoins?

Fin : Un grand merci à vous tous pour votre participation à ce groupe de discussion. Vos commentaires sont extrêmement précieux. Nous vous remercions infiniment.

ANNEXE 3

Recrutement et composition de l'échantillon des groupes spécifiques d'hommes

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

a) Hommes à faible revenu

Mode de sélection : participants s'étant portés volontaires lors du sondage réalisé avec la collaboration de la firme SOM.

Critères : Avoir un revenu personnel annuel inférieur à 30 000 \$ et résider dans la région de Québec ou celle de Chaudière-Appalaches.

Caractéristiques : les hommes rencontrés, au nombre de neuf, présentent les caractéristiques suivantes :

- Âge : 1 (25-34 ans), 1 (35-44 ans), 2 (45-54 ans), 3 (55-64 ans), 2 (65 ans et plus);
- Scolarité : 2 (Aucune/Secondaire/DEP), 2 (Collégial), 3 (Universitaire), 1 (Ne sait pas);
- Revenu : 2 (moins de 10 000 \$), 2 (10 000 à 19 999 \$), 1 (20 000 à 29 999 \$), 4 (30 000 à 39 999 \$);
- État civil : 2 (célibataire), 2 (conjoint de fait), 5 (marié);
- Situation familiale : 1 (colocataire), 1 (chef de famille monoparentale avec enfants), 3 (couples sans enfant), 2 (couple avec enfants mineurs à la maison), 2 (couple avec enfants ayant quitté la maison);
- Ménage : 5 (ménage à 2 personnes), 2 (ménage à 3 personnes), 1 (ménage à 4 personnes), 1 (ménage à 5 personnes et plus);
- Pays d'origines: 9 Canada;
- Relations sexuelles (dernière année): 6 (uniquement avec des femmes), 3 (pas de relations sexuelles/je préfère ne pas répondre).

Note : À partir des informations recueillies auprès des participants sur leur situation et sur leur ménage, on estime à trois ou quatre hommes étant vraisemblablement sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada (SFR).

b) Hommes âgés

Mode de sélection : participants s'étant portés volontaires lors du sondage réalisés avec la firme SOM.

Critères : avoir 65 ans et plus et résider dans la région de Montréal.

Caractéristiques : les hommes âgés rencontrés, au nombre de huit, présentent les caractéristiques suivantes :

- Âge : tous entre 65 et 74 ans;
- Scolarité: 0 (Aucune/Secondaire/DEP), 1 (Collégial), 7 (Universitaire);
- Revenu: 1 (10 000 à 19 999 \$), 1 (30 000 à 39 999 \$), 2 (40 000 à 49 999 \$), 1 (50 000 à 59 999 \$), 1(60 000 à 69 999 \$), 1 (80 000 \$ et plus), 1 (je préfère ne pas répondre);
- État civil: 1 (célibataire), 1 (conjoint de fait), 3 (marié), 3 (divorcé/séparé);
- Situation familiale: 4 (seul), 4 (en couple avec enfants ayant quitté la maison);
- Ménage: 4 (seul); 3 (ménage à 2 personnes), 1 (ménage à 3 personnes);
- Pays d'origine: 8 (Canada);
- Relations sexuelles (dernière année): 4 (uniquement avec des femmes), 4 (pas de relations sexuelles/je préfère ne pas répondre).

Note : L'échantillon de participants ne comprend pas d'hommes âgés de 75 ans et plus; selon les données publiques, c'est dans ce segment d'âge que l'on retrouve principalement les personnes en perte d'autonomie requérant des services à domicile et d'hébergement institutionnel. Également, toujours par rapport aux données publiques, on note une nette surreprésentation d'hommes ayant atteint un degré universitaire.

c) Hommes provenant des communautés culturelles

Mode de sélection : n'ayant pas eu de résultats positifs parmi les hommes s'étant portés volontaires lors du sondage, les contacts se sont faits à partir d'organismes d'accueil et de soutien aux immigrants de la région de la Capitale nationale et par 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 de Chaudière- Appalaches.

Caractéristiques : les hommes rencontrés, au nombre de sept, présentent les caractéristiques suivantes :

- Âge : 6 (25-34 ans), 1 (35-44 ans);
- État civil: 2 (célibataire), 2 (conjoint de fait), 3 (marié);
- Situation familiale: 2 (seul), 3 (en couple avec enfants ayant quitté la maison), 2 (en couple sans enfant);
- Pays d'origine: 2 Bénin, 1 Burundi, 1 Côte d'Ivoire, 1 Congo, 1 Maroc, 1 France;

Note : Les participants proviennent très majoritairement d'Afrique (6 sur 7). Pour ce groupe, nous n'avons pas d'information sur la scolarité, le revenu, le ménage et les relations sexuelles.

d) Hommes appartenant aux minorités sexuelles

Mode de sélection : n'ayant pas eu de résultats positifs parmi les hommes s'étant portés volontaire lors du sondage, les contacts se sont faits à partir d'un organisme de soutien aux gais et lesbiennes de Saint-Hyacinthe.

Critères : être gais ou bisexuel et résider dans la région de Montérégie.

Caractéristiques : les hommes rencontrés, au nombre de dix, appartenant aux minorités sexuelles, présentent les caractéristiques suivantes :

- Âge : 4 (18-24 ans), 2 (25-34 ans), 1 (35-44 ans), 1 (55-64 ans);
- État civil: 7 (célibataire), 1 (marié);
- Situation familiale: 2 (seul), 1 (en couple sans enfant), 1 (colocataire), 4 (chez les parents);

Note : Deux participants n'ont pas complété le questionnaire. Pour ce groupe, nous n'avons pas d'information sur la scolarité, le revenu, le ménage et l'origine ethnique. De plus, il importe de préciser qu'on a eu recours à un groupe qui travaille auprès de la communauté LGBT pour le recrutement, ce qui a pour effet implicite de baser le recrutement sur l'auto-identification (homosexuelle ou bisexuelle) et non pas sur le comportement sexuel comme l'avait fait le sondage sur les hommes québécois (Tremblay *et al.*, 2015) plus près du concept de HARSAH.

ANNEXE 4

Synthèse des résultats des groupes de discussion focalisée menées dans le cadre des études régionales

Comme pour la section sur les groupes spécifiques d'hommes, le matériel a été configuré en trois grands thèmes : les difficultés rencontrées, le rapport aux services et à l'aide et enfin, les suggestions ou attentes envers les services d'aide et de soins et les intervenants.

4.1. Les difficultés rencontrées

Comme le soulignent Bizot *et al.* (2013), Lajeunesse *et al.* (2013) et Tremblay et Careau (2014), les problèmes motivant une demande d'aide des hommes sont variés. Ils sont de divers ordres :

- problèmes de santé de toutes sortes;
- besoins immédiats (nourriture, hébergement) ou plus généralement difficultés financières;
- en lien avec le couple ou la famille : séparation douloureuse, difficultés conjugales ou parentales, violence agie ou subie, difficultés liées à l'exercice des droits parentaux (garde, visite, sortie), incluant sur le plan juridique;
- en lien avec la santé mentale : deuil, dépression, anxiété, idées suicidaires, troubles graves de santé mentale pour certains;
- en lien avec le travail : perte d'emploi, impasse ou épuisement au travail, transition à la retraite;
- problèmes de dépendance au jeu, à l'alcool ou aux drogues,
- en lien avec les sexualités : abus sexuel dans l'enfance, questionnement quant à son orientation sexuelle ou processus d'émergence/acceptation de celle-ci;
- isolement social.

« Ces problèmes arrivent rarement seuls, mais s'enchaînent le plus souvent dans une séquence conduisant à une grande précarité. Les besoins identifiés par les hommes sont de natures diverses : pouvoir se nourrir, être encadré et soutenu, briser leur isolement et socialiser, être actif et productif » (Lajeunesse *et al.*, 2013).

4.2. Le rapport à l'aide et aux services sociaux et de santé

Dans les quatre études, les hommes ont rapporté avoir attendu longtemps pour demander de l'aide, d'être rendus « au bout du rouleau », plusieurs rapportant s'être retrouvés à une croisée de chemin entre passer à l'acte (se suicider) ou demander de l'aide. Certains disent que leurs proches leur envoyaient des signes depuis déjà quelques temps. D'autres rappellent qu'ils ont dû contrer l'impression qu'aller parler de ses difficultés à un professionnel ne donne rien et n'apporte rien d'utile.

Une fois conscients de la nécessité de demander de l'aide, qu'il semble impossible de s'en sortir seul, la question se pose : à qui s'adresser ? « Je ne savais pas où aller », révèle un répondant de l'Outaouais, une phrase qui résume bien les propos recueillis dans les quatre études à ce sujet. Les hommes semblent peu connaître les ressources disponibles, en particulier les ressources s'adressant spécifiquement aux hommes. L'étude de Montréal suggère que même les intervenants en CLSC connaissent peu les ressources pour hommes de l'Île de Montréal.

Les commentaires des répondants sont très partagés quant aux services reçus. Les répondants qui reçoivent toujours des services au moment de la tenue du groupe de discussion sont généralement très élogieux sur la qualité du service reçu de la part de leur intervenant/e, que ce soit dans le secteur public ou dans un organisme communautaire.

Cependant, l'accès aux services semble problématique. Nombreux sont ceux qui rapportent que leur entrée dans le système de service a représenté une « course à obstacles ». Notamment, deux études rapportent que des répondants perçoivent les CLSC comme une ressource s'adressant aux femmes et aux enfants, mais peu ouverte aux hommes. Certains des répondants de ces études disent s'être adressés à un CLSC mais avoir été très rapidement référés ailleurs, en particulier en pratique privée, sans pour autant avoir les ressources financières pour se payer le service ou encore se retrouver devant un/e intervenant/e jugé peu « habilité » à travailler avec les hommes. Plusieurs répondants auraient eu à cogner à plusieurs portes avant d'obtenir l'aide attendue. Cela serait d'autant plus vrai pour les hommes ayant un problème de dépendance aux drogues ou à l'alcool ou encore ayant eu des démêlés avec la justice, phénomène bien connu surnommé « syndrome de la porte tournante ». Bref, comme le rapportent Lajeunesse *et al.* (2013), « trouver la bonne ressource demande temps, énergie et persévérance ». Cela semble d'autant plus vrai qu'à chacune des références (internes ou externes à l'organisme), il faut, à nouveau, expliquer sa situation et raconter son histoire, ce qui peut être très lourd, surtout en situation de crise. Enfin, les listes d'attente sont aussi dénoncées par plusieurs répondants.

Outre l'accès, les qualités d'écoute empathique de l'intervenant/e représentent un autre thème majeur des études régionales. Dans les quatre études, les répondants insistent sur l'importance d'être écoutés attentivement, sans jugement, sentir qu'ils sont pris au sérieux et que l'intervenant/e prend le temps nécessaire pour comprendre leur vécu, qu'il/elle sait saisir le sens profond de ce qu'ils vivent même si leurs propos sont parfois décousus. À cet effet, plusieurs exemples d'expériences négatives sont rapportés, que ce soit un intervenant en pratique privée qui aurait surveillé l'heure et mis fin abruptement à l'entrevue parce que le temps alloué était terminé, un autre dans le réseau des CLSC qui aurait fait sentir qu'il faut accélérer l'entrevue, un intervenant qui aurait rapidement confronté sans avoir établi le lien thérapeutique, ou encore le sentiment de ne pas être crédible, surtout si le client a des antécédents de dépendance à l'alcool ou aux drogues ou encore des démêlés avec la justice. Des commentaires sont aussi émis pour critiquer les réponses toutes faites, prévisibles, qui peuvent conduire à se sentir un « numéro » dans une

chaîne de production de services. Autrement dit, diverses situations qui ont fait en sorte que les répondants ont eu l'impression d'avoir vécu une expérience négative et de ne pas avoir été aidés.

Ce qui leur fait apprécier le suivi psychosocial actuel est exactement le contraire : sentiment d'être écoutés attentivement, sans jugement, d'être pris au sérieux, de pouvoir s'ouvrir, de parler de leurs émotions, se confier, de pouvoir « être soi-même » en entrevue, incluant utiliser des sacres et exprimer sa colère. L'aide reçue se veut concrète, à court terme, elle crée de l'espoir, permet de se revaloriser, soutient en respectant l'autonomie du client, dans une perspective de collaboration (horizontale), n'exige pas trop d'introspection, elle procure des outils (notamment sur le plan de la gestion de l'impulsivité, de l'agressivité et de la colère). De plus, une attention doit être portée à la confidentialité selon des répondants.

4.3. Les suggestions et les attentes

Ce dernier point soulève autant de questions à considérer dans l'adaptation des services aux hommes. Outre ces éléments, diverses suggestions ont été émises lors des groupes de discussion menés dans les régions.

La méconnaissance des services disponibles demeure l'un des points névralgiques et exige, selon les répondants, de mieux faire connaître les ressources. À cet effet, l'une des études suggère une ligne de type « Mensline » (<https://www.mensline.org.au>) pouvant servir de porte d'entrée clairement identifiée comme s'adressant aux hommes. Une plus grande utilisation d'Internet est aussi soulevée comme alternative.

Par ailleurs, l'accès aux services demeure une clé majeure, notamment d'éviter la multiplication des références et les listes d'attente. Celui-ci semble jumelé à une meilleure formation des intervenants afin de mieux ajuster leurs interventions aux clientèles masculines. Sur le plan de l'accès aux services, des commentaires ont aussi été émis en regards de freins financiers (coût du stationnement dans le réseau public, frais d'honoraires en pratique privée et dans certains organismes communautaires), surtout pour les hommes à faible revenu.

Bien que la qualité de l'expertise professionnelle ait été identifiée comme étant majeure, trois des études considèrent l'importance d'augmenter le nombre d'intervenants masculins dans le réseau de services sociaux et de santé, certains répondants ayant noté leur plus grande facilité à se confier à un autre homme, surtout à la suite d'une rupture amoureuse.

Enfin, des demandes ont aussi été émises pour des services juridiques gratuits, notamment en lien avec le droit familial (droits de garde et d'accès) et pour des services d'hébergement temporaire.

ANNEXE 5

Résultats détaillés des entrevues avec les quatre groupes spécifiques d'hommes

5.1 Les hommes à faible revenu

5.1.1 Difficultés rencontrées

Diverses difficultés vécues par les participants sont identifiées. Pour l'essentiel, on retrouve des problèmes financiers, de santé mentale, de ruptures conjugales, de santé en raison de la nature du travail (ex : construction). Aussi, il est rapporté pour certains l'existence de liens entre les difficultés financières et l'isolement social.

À l'examen, deux thèmes se sont imposés concernant le portrait des difficultés vécues. Le premier tient aux conséquences des difficultés financières et le deuxième porte sur la santé mentale. Des sous-thèmes découlent de l'analyse des thèmes.

Premier thème : Les conséquences des difficultés financières

Ce thème apparaît incontournable dans le contexte qu'il s'agit d'hommes à faible revenu. Différents liens sont faits avec les difficultés financières éprouvées.

Alors souvent, je regarde ça alentour de moi pis effectivement je pense que c'est un problème majeur [...] problèmes financiers. Ça prend de l'argent pour vivre aussi [...]. On sait comment ça coûte l'épicerie, ça prend beaucoup de sous.

On voit de plus en plus que la situation financière est un déclenchement.

La vie de couple en serait parfois éprouvée.

C'est peut-être même ça qui a provoqué notre séparation parce que pour elle ça été dur psychologiquement. Ça l'a stressait ben trop les problèmes d'argent. Ça été assez dur.

J'ai connu la détresse aussi parce qu'avec mon ex-femme, ça arrivait souvent qu'on manquait d'argent pis [...] peut-être que j'ai fait l'erreur de pas en parler avec ma femme, mais j'étais stressé. [...]. J'étais toujours stressé pis souvent quand j'arrêtais de travailler on manquait d'argent. On savait pas comment s'organiser, on a même pensé d'aller voir le bien-être social.

Certains n'ont pas accès à des services parfois importants dans leur condition tels que des services psychologiques.

Moi j'ai connu beaucoup de monde qui ont fait affaire avec des psychologues; ils ont payé pour aller là et c'est quand même très cher [...] Mon ex elle y a été et pis moi j'ai voulu y aller, mais à 100\$ de l'heure, j'ai comme laissé faire parce que j'avais pas d'assurance.

Ce commentaire peut traduire une méconnaissance des ressources publiques ou communautaires chez certains participants.

Par ailleurs, cinq participants sur neuf sont retraités ou préretraités. Cet état de fait explique que les difficultés qu'ils rapportent sont associées à cette étape de vie, notamment la gestion d'une situation financière plus serrée, bien que la plupart de ces participants ne semblent pas éprouver de sérieux problèmes sur ce plan selon leur perception. À cet égard, il importe de mentionner que tous les participants retraités ont une conjointe qui contribue financièrement au ménage.

Ça va bien parce qu'on a peut-être un même salaire, peut-être 50 000\$ parce qu'elle a un fonds de pension comme enseignante et moi j'ai un fonds de pension de la construction parce que j'étais électricien. [...] on voyage nous autres aussi de temps en temps, on fait des voyages ensemble. Tout ce qui a rapport avec la maison, on paye moitié-moitié. Dans le fond on peut dire que l'on s'arrange bien pareil même si on n'a pas des gros salaires comme eux peuvent avoir.

Deuxième thème : La santé mentale

Trois participants rapportent avoir des problèmes de santé mentale. Est présenté un extrait de chacun d'eux :

Je dirais que je suis quand même dans un parcours assez difficile parce que moi, dans le fond, je travaille pas en ce moment, fait que je suis sur l'aide [sociale] parce que j'ai [...] dans le fond, la seule raison pour laquelle je suis capable d'être ici, c'est parce que je suis sous médicaments, j'ai des gros problèmes d'anxiété.

Puis, un moment donné, j'ai eu un *burnout* [...]. Pis, quand j'ai eu ma dépression, j'en parlais pas. Ma famille se doutait que j'avais de quoi.

Un jour, la police s'est présentée chez nous et pis [ils m'ont] menotté; je me suis ramassé en psychiatrie. [...] De là, ils m'ont diagnostiqué schizophrène paranoïde parce que je les pointais du doigt directement...et puis comme étant la cause de tous mes problèmes.

Des relations sont faites avec des difficultés psychosociales résultant de difficultés financières.

Quand on regarde autour de nous autres, souvent le conflit est au niveau des finances. Moi, c'est ce que je vois beaucoup souvent : c'est la détresse [...] Tu as un manque de finance en quelque part souvent [...] J'ai un ami, entre autres, il est tombé dans la détresse. Il a perdu son emploi, pis ça a presque été au niveau du suicide.

En compléments, des liens sont faits par des répondants entre l'isolement social (sans que celui-ci soit nécessairement tributaire d'un problème de santé mentale) et la précarité financière.

Ah, moi, je retire deux points. D'abord, on voit que y'a deux situations là : la précarité financière là, pis l'isolement là. [...]. Alors que ceux qui avaient pas de difficultés financières, on peut trouver des services, on peut se les offrir. Ils étaient pas isolés, parce qu'ils sont pas nécessairement séparés, ou ils ont un conjoint, un support. Alors que les autres sont par eux-mêmes, pis qu'ils s'isolent. Pis j'ai eu un locataire, il était exactement comme ça, il est devenu un ermite.

Nous autres, c'est quand même familial, y'a souvent mes nièces qui viennent, des affaires comme ça, pis mes amis aussi, que j'essayais quand même d'aller les voir quand je *feelais* un peu mieux. Parce que l'isolement, ça faire encore plus mal.

Ces deux thèmes de la réalité des participants sont apparus importants à souligner pour mieux traduire les caractéristiques du groupe et les principales difficultés rencontrées en lien avec le statut de faible revenu. Certains de ces thèmes réapparaissent plus loin dans le contexte d'une analyse du rapport des hommes à faible revenu aux services.

5.1.2. Rapport à l'aide et aux services

Trois thèmes principalement ont émergé des analyses : la distance des services par rapport aux hommes, le réseau social (conjointe et amis) et les différences générationnelles. À partir de ces deux thèmes, se déclinent des sous-thèmes.

Premier thème : La distance des services par rapport aux hommes

La satisfaction des services reçus est variée; certains participants sont se disent satisfaits des services reçus alors que d'autres le sont moins ou pas du tout. Ces derniers ont davantage souligné des aspects non-désirés tenant à la relation avec l'univers des intervenants et des services. Une sorte « d'incompréhension » de la réalité vécue est

identifiée de diverses manières. Parfois, leurs commentaires sont très critiques envers les services.

[...] c'est des portes closes [...] ou ces gens-là sont pas prêts à recevoir les détreesses des hommes, surtout des hommes.

De voir l'attitude de mon médecin qui comprenait pas, c'est comme si je lui parlais des éléments que je vivais et qui restait indifférent de tout ça. Une fois, deux fois, 10 fois.

L'espèce d'étiquetage, j'en peux plus. Tu ne peux pas avoir confiance en des gens qui réfléchissent comme ça, ce ne sont pas des services.

[...] je me sentais démoli, déstructuré en allant voir les services officiels. C'était parce qu'ils ne tenaient nullement compte de ce que j'avais fait. Ils connaissaient pas la problématique. [...] en tout cas, moi, ça été une expérience absolument traumatisante, tellement que l'année dernière, au mois de novembre, on m'a encore fermé la porte alors que je faisais un suivi avec une personne qui visiblement ne comprenait rien à ce que je lui disais.

Un participant interroge la formation professionnelle.

[...] est-ce qu'ils ont assez d'études pour être capable, le médecin, de comprendre la difficulté de l'homme, qu'est-ce qu'il ressent?

Un autre évoque des conceptions différentes des services occultant des réalités masculines et pouvant expliquer en partie une moindre persévérance de certains hommes aux traitements et services offerts.

[...] il semble que les seuls créneaux qui soient ciblés en santé mentale ce sont la violence, le suicide et la toxicomanie. Je regrette, être un homme c'est autre chose. C'est vexant, c'est frustrant et c'est démotivant de faire affaire avec ces gens-là. Donc, je comprends tous les gens qui abandonnent en cours de route.

Plusieurs participants pointent du doigt la dimension technocratique et la complexité d'accès aux services comme des obstacles réels.

Si t'as pas les moyens, ben là, tu es remis dans les mains du système pis tu connais pas trop trop les règles de fonctionnement. Même les professionnels, ça tellement changé de fois dans les dernières années, qu'ils ont même pas l'air de se retrouver eux-mêmes. Pis tellement de fois où je me suis fait référer vers des services inappropriés ou des groupes communautaires, ils vont te prendre

demain. Mais là, tu apprends en les appelant que référé ou pas y'a une liste d'attente de trois ans, pis au bout de trois ans, c'est peut-être.

C'est les fins de non-recevoir puis ce que moi j'appelle « la maison qui rend fou » qui gère la santé mentale, c'est-à-dire des démarches administratives où on passe des heures, on va a un bureau puis il y a pas de suivi, pas tout de suite ou simplement des fins de non-recevoir ou ben des tapes sur l'épaule, ben t'es un homme. Ben là...quand tu te fais dire ça par les hommes et les femmes, un moment donné ça s'appelle : « hé! oh! je suis là et j'ai un problème de détresse et il devient de plus en plus accentué avec le temps ».

Le manque d'information sur les services a été mentionné par quelques participants, pouvant ainsi contribuer à une certaine distance entre les hommes et le réseau des services.

Il faudrait être plus renseigné sur les ressources et que les ressources soient mises de l'avant pour les hommes.

Si y'avait des services que je pourrais savoir si j'ai besoin d'aide, c'est sûr que je le demanderais [...]. Mais où aller, à qui demander? C'est ça qui est le gros problème.

Enfin, la recherche de l'autonomie et la préservation de leur dignité constituent des dimensions qui peuvent interférer dans le recours aux services.

[...] la base, je dirais, de notre dignité, c'est notre capacité à s'auto-prendre en charge, c'est ça notre base d'autonomie.

Mon premier réflexe, mon apprentissage d'homme [...] je masque cet aspect-là et ça, ça m'a créé beaucoup de problèmes en termes de services. Ma dignité c'est de pas avoir l'air de l'état dans lequel je suis. Si j'ai l'air de l'état dans lequel je suis, j'ai honte.

Deuxième thème : Le réseau social

Ce thème se subdivise en deux sous-thèmes : la conjointe et les amis.

Pour plusieurs participants, la conjointe représente la première personne sur qui compter pour obtenir du soutien.

Moi aussi j'ai eu de la misère de même, même si j'étudiais pis j'avais pas d'enfants. Une chance que ma femme était là parce que j'aurais lâché un des deux c'est sûr [...] les études ou le [...] ou l'ouvrage.

Oui, c'est personnel. J'en parlerais plus à ma femme [...] qu'à un étranger. Même si le gars, c'est un spécialiste.

Mais, pour certains, celle-ci n'est pas toujours en mesure d'apporter de l'aide.

Le problème c'est quand il y a plus de conjointe ou qu'elle n'est pas en mesure de pour mille raisons ou parce qu'elle-même elle vit une difficulté, parce que pour 36 000 raisons ça se peut que ça soit pas la (bonne) personne. [...].

[...] des fois le conjoint ou la conjointe est pas équipé pour aider l'autre. Parce que déjà cette personne-là a des problèmes à se gérer elle-même.

D'autres personnes de la famille et des amis sont aussi évoqués comme ressources de soutien. Le recours aux amis divisent les participants en deux groupes : ceux qui compte sur leurs amis pour les aider en cas de problème (généralement, les plus jeunes) et ceux qui ont des réticences à le faire (généralement, les plus âgés).

Un bon réseau d'amis et ma famille. Fait que c'est comme ça que je m'en suis sorti. [...] c'est ça qui m'a aidé, moi, c'est vraiment les amis.

Et j'ai des bons amis, pis heu pendant quatre mois, j'ai été vivre chez un ami. À cause du conflit, j'avais pas d'argent. [...]. Il a eu des gros problèmes fait qu'il m'a beaucoup jaser. Et j'ai jaser avec beaucoup d'amis [...]. Fait que c'est ça qui m'a aidé, moi, c'est vraiment les amis.

Pis après ça, dans les derniers mois, ça a été avec des amis. C'est avec eux autres que j'ai été chercher de l'aide et c'est de l'aide pareil [...] parce qu'ils m'ont pas jugé [...].

Pour d'autres, le recours aux amis semble plus difficile lorsque des problèmes se présentent.

Y'en a pour qui un ami ça va bien pis d'autres au contraire, ils aiment autant que les amis ne soient pas au courant.

Je pense aussi que c'est la peur de dire [...] à un chum, ben j'ai des problèmes de même [...] ton chum va s'en aller ou quelque chose.

Moi je voulais dire que moi que vous en parliez avec vos amis quand ça allait pas. Mais moi, j'étais pas capable de faire ça, même à ma famille.

Pour certains, le recours à des services professionnels s'avère plus facile que de se confier à des amis.

C'est plus facile de parler avec des professionnels, j'ai connais pas pis je me disais au pire c'est pas grave, je les reverrai pas, m'en fous de ce qu'il pense. Tandis que quand c'est un ami ben lui là, c'est pas pareil.

Troisième thème : des différences générationnelles

À partir des échanges entre participants, une réflexion s'est engagée sur certaines différences générationnelles observées. Les constats ont principalement porté sur le degré d'ouverture des nouvelles générations par rapport aux précédentes.

Mais c'était une génération où que tu apprenais à être autonome. Pis l'éducation des parents [...] sans dire que t'es homme, tu grandis, tu vois tout ce qui est autour de toi aujourd'hui.

Quand j'étais jeune, nous autres, à 16 ans, j'ai dit à mon père je vais aller travailler, je vais aller trouver des affaires. Je trouve que les jeunes, à c't'heure, sont rendus à 18 ans sont encore à maison, maman check ces affaires-là. [...] Étant autonome étant jeune, c'est peut-être ça. J'ai dit : on peut pas aller consulter parce que j'étais autonome quand j'étais jeune. Les jeunes sont peut-être, comme tu disais, plus ouverts à parler entre eux autres.

L'expression de soi, la capacité à dire ce qui est ressenti seraient des dimensions inscrivant une différence entre les plus jeunes et les plus âgés selon des participants.

Ok, je comprends que la problématique de parler, c'est pas évident [...].J'ai jaser avec beaucoup d'amis qui étaient jeunes dans la trentaine. Pis c'est ça, les autres, c'est différent leur mentalité. Sont beaucoup plus ouverts aujourd'hui. Fait que ça fait en sorte que moi l'ami chez qui j'ai été vivre chez eux y'a 34 ans. Y'a 12 ans de plus jeune que moi. Ça fait en sorte que lui y'était pas gêné de s'ouvrir pis de jaser. Ça aide beaucoup de dire : on va s'ouvrir. Oui la génération, la mienne pis en montant, oui on a de la misère à s'ouvrir pis à parler.

Pis, c'est aussi la même chose au niveau des amis [...] Pour ma génération en tout cas, l'espèce d'ambiguïté entre c'est important d'en parler, mais les gens veulent rien savoir d'entendre parler de ça. Pis en même temps, y'en a certains là-dedans qui peuvent vraiment t'aider pis t'as vraiment besoin d'aide. Fait que t'es mêlé toi-même, pis il faut que tu fasses le tri dans tout ça. C'est à toi de le faire, y'a personne d'autre qui peut le faire.

Enfin, un participant décèle chez les nouvelles générations une plus grande facilité à recourir aux ressources de leur entourage.

Chez les plus vieux, j’ pense qu’ on a été élevé comme ça. Mais j’ pense que les jeunes aujourd’ hui vont avoir beaucoup plus ressources à leurs amis, pis tout ça, leur entourage [...].

Bref, le portrait des hommes à faible revenu varie selon les générations et les contextes de vie, notamment ceux qui vivent en couple et ceux qui sont seuls.

5.2 Les hommes âgés

5.2.1 Difficultés rencontrées

Diverses difficultés ont été soulevées par les participants âgés : adaptation au regard des nouvelles technologies, temps additionnel de récupération et manque d’ énergie, libido se transformant dans le temps, enfin, pour certains, des difficultés financières. Pour l’ essentiel, deux thèmes méritent une attention particulière, soit le regard des autres sur le vieillissement et les pertes fonctionnelles.

Premier thème : le regard des autres sur le vieillissement

Des participants ont évoqué quelques situations et impressions témoignant de réactions des autres liées au vieillissement et qui peuvent être interprétées négativement par les personnes concernées.

On se sent vieux. Avec tous les jeunes qui nous entourent. L’ autre jour je prenais le métro puis, on se sent doublement vieux parce que, où je prenais le métro à ce moment-là, il y a une jeune dame de 22 – 23 ans qui m’ a offert son siège. Rendu là là, c’ est à mon tour de se faire offrir un siège, mettons que c’ est beaucoup de ça.

J’ ai jamais eu l’ impression de vieillir, si on veut, sauf dans le regard des autres à partir d’ un certain âge. [...] Je ne sais pas si tu as l’ air malade ou quoi que ce soit?

Le fait d’ être à la retraite [...], je dirais pas qu’ on connaît un isolement, mais je dirais en étant en contact avec nos ex-collègues, on se rend compte qu’ il y a du développement qui continu de se faire qui nous échappe et ça nous isole un peu [...].

Bien, on se sent sûrement déphasé par rapport à la technologie. Moi, c’ est ça qui me frappe le plus. Les téléphones puis, des fois, mon fils me dit : « ben voyons

papa ». Tu te sens un peu comme un imbécile parce que tu comprends pas la technologie.

Deuxième thème : les pertes fonctionnelles

Il n'en demeure pas moins que la perception de l'âge peut être fonction de l'état de santé. Un participant le souligne en ces termes :

En ce qui me concerne, tant que je reste en santé et à peu près maître de ma tête et de mon corps, l'âge, ça n'a pas beaucoup d'importance.

Bien qu'aucun participant ne soit âgé de 75 ans et plus, certains évoquent tout de même l'apparition de signes trahissant le vieillissement sur le plan physique.

Le temps que ça prend pour récupérer, dans le sens de si on est malade, si on a une grippe, avant ça durait sept jours, là ça dure deux semaines. Moi je joue au golf à pieds le matin tôt, l'après-midi je peux rien faire je n'ai plus d'énergie pour faire quoi que ce soit. Faut que j'attende au lendemain. c'est ce que je trouve, le temps que ça prend pour récupérer d'une activité

Le manque d'énergie, on a pas l'énergie qu'on avait à votre âge, j'étais capable de faire un paquet de choses qui aujourd'hui je ne peux pas faire. Ça s'appelle vas -y « mollo ». [...] Et ça c'est un petit peu frustrant quand on sait ce qu'on était capable de faire.

[...] ça de perdre mon énergie sexuelle, de voir mon énergie sexuelle diminuer, ça, je trouve que ça ressemble à la mort.

Malgré les inconvénients liés à des pertes fonctionnelles, la recherche de l'autonomie est présente comme le souligne un participant :

Ce que j'ai remarqué avec beaucoup de gens avec des AVC, c'est que c'est un avantage de vivre seul, parce que les gens qui ont un époux ou une épouse, dépendent de cet époux/cette épouse, qui fait des choses pour eux et ils le font pas. Alors étant seul je n'ai pas le choix de les faire moi-même et de trouver une méthode pour les faire.

5.2.2 Rapport à l'aide et aux services

Certains participants sont satisfaits des services obtenus, d'autres, non, Il en est également ainsi pour l'appréciation du personnel. Mais, il y a consensus sur un point majeur : l'accès aux services. À cet égard, différentes difficultés sont évoquées. En tenant compte des constats et des suggestions d'amélioration des services, trois thèmes se sont

imposés : l'accès aux services, la complexité du système de santé et le rapport aux intervenants.

Premier thème : l'accès aux services

Un participant soumet que la principale difficulté ne loge pas du côté des services, mais bien de leur accès :

Il y a un problème, une fois entré dans le système, en général, nos professionnels de la santé sont compétents, dévoués, attentifs, mettez-en. [...] Encore faut-il réussir à rentrer. Le problème me semble, et je ne suis pas le seul à le dire, est un problème d'accès.

D'autres participants renchérisent en donnant des exemples tirés de leur expérience personnelle, notamment sur le temps d'attente pour avoir accès à un service, y voyant une forme de maltraitance envers les personnes âgées.

[...] ça a pris quatre ans avant de trouver un médecin de famille.

L'aide ménagère-là, bien ça a pris deux ans et demi avant de l'avoir. On était sur la liste.

Il faut aussi d'une manière ou d'une autre, on n'ait pas peur de dire que d'attendre deux ans et demi pour un service de proximité, à notre âge, c'est de l'ordre de la maltraitance, carrément.

Deuxième thème : la complexité du système de santé

Dans le prolongement des questions d'accès aux services, des participants ont identifié le caractère complexe du système de santé et la méconnaissance des portes d'entrée comme obstacles pour obtenir des services.

Les services gouvernementaux, quand tu regardes sur Internet si tu veux avoir un service, le provincial ou le fédéral : t'as une liste d'à peu près 50 services puis tu ne sais pas quel prendre. C'est bien bien compliqué, si tu piges le mauvais, bien ça va prendre deux ans avant qu'ils te disent que tu n'as pas pris le bon.

Les services qui sont donnés : excellents! Mais essayer des avoir, ça c'est une autre paire de manche.

Ça fonctionne comme un ordinateur. T'arrives, ça fait longtemps que t'es là et il n'y a personne qui peut trouver le bien-fondé de la chose.

[...] c'est l'accès qui demeure un élément problématique et un système qui est complexe. Quand vous faites appel à des professionnels de la santé, mis à part le médecin de famille, vers qui vous tournez-vous?

Des participants soulignent le fait qu'étant davantage scolarisé, le groupe n'est pas nécessairement représentatif de la population âgée, en ce sens qu'ils auraient plus de facilité à composer avec le système de services et à demander de l'aide malgré les obstacles mentionnés.

J'abonde dans le même sens, on est pas représentatif [...]. Mais il y a des gens beaucoup plus démunis que nous autres au point de vue de : qu'est-ce que je fais maintenant, qui je vais voir, à qui je téléphone, puis surtout pas au gouvernement [...].

C'est terrible [...]. En tous les cas, je suis quand même capable de prendre le téléphone, de savoir grosso modo quel piton peser après qu'ils m'aient donné les huit options possibles, mais il y a des fois où je viens... je démissionne parce que j'ai pas envie. Puis surtout, quand ils nous disent : notre temps moyen d'attente est de 25 minutes [...] ben là, à moins d'avoir la main libre et que la batterie soit bonne...

Troisième thème : le rapport aux intervenants

Bien que le bilan soit partagé quant à la satisfaction à l'endroit des intervenants, de diverses manières, certains participants ont mis en cause l'attitude des intervenants dans leur rapport avec eux.

[...] j'avais jamais eu de problème urinaire, je me suis donc retrouvé en contact avec un urologue, c'était une femme et donc compte tenu des problèmes de santé que j'ai eus, bien j'ai eu une médication puis je me suis inquiété. Je lui ai dit : cette médication va avoir des répercussions sur ma vie sexuelle. »Mais oui Monsieur.« J'ai pas été capable de supporter que cette femme-là trouve ça sympathique que je m'énerve, que je m'inquiète de ma sexualité. J'ai vraiment eu le sentiment que j'étais pas écouté [...].

Au-delà de l'attitude, moi il y a quelque chose qui me fait peur. Me retrouver à l'hôpital avec un infirmier ou une infirmière qui m'appelle « mon petit monsieur », puis qui me donne ma petite pilule puis qui parle au « on » : « on va prendre sa petite pilule monsieur ». [...], Je regrette, mais j'ai passé l'âge de ça.

[...] Des fois, je crois qu'il y a des professionnels de la santé qui se disent : « il me demande quelque chose, il devrait m'écouter, il devrait faire ce que je lui dis,

pose pas de question ». Cette relation-là subordonné / subordonnant peut prévaloir souvent avec les professionnels de la santé.

Un participant voit dans la formation une façon d'améliorer le rapport entre les hommes âgés et les intervenants.

Je vais prêcher pour ma paroisse. Je pense que à peu près tout, ça passe par la formation, par l'éducation. Très probablement qu'on pourrait insister un peu plus dans la formation de tous les gens qui travaillent dans le système de santé sur la façon d'aborder les gens entre autres. [...].

Enfin, les participants ont identifié quelques pistes pour améliorer les services aux hommes âgés. Outre la formation, les pistes suivantes ont été évoquées :

- L'aide médicale à mourir (une forte majorité);
- L'aide psychologique auprès des hommes en détresse;
- L'aide à domicile;
- Exemption d'impôts sur les pensions et médicaments gratuits lorsque prescrits.

Le groupes des hommes âgés est sans aucun doute le groupe ayant eu le plus de contacts avec les services.. Alors que certains ont une appréciation très positive des services reçus, d'autres font part de critiques sévères, pas tant sur les soins comme tels, mais davantage sur des attitudes parfois blessantes, humiliantes, voire infantilisantes que des professionnels ont pu avoir avec eux.

5.3 Les hommes provenant des communautés culturelles ¹¹

5.3.1 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont multiples et souvent liées à la situation personnelle et familiale des hommes provenant des communautés culturelles. Un des thèmes dominants est celui concernant l'adaptation et l'intégration à la société d'accueil. En quelque sorte, il chapeaute les autres thèmes, tels que l'emploi, la condition financière, la reconnaissance des diplômes et le choc des cultures concernant les rapports de genre.

¹¹ Nous tenons à remercier le Centre Monseigneur-Marcoux, à Québec, pour son soutien pour le recrutement de participants et le local pour l'entrevue de groupe.

Premier thème : adaptation et intégration à la société d'accueil

D'une manière générale, les participants considèrent que leur adaptation se vit plutôt bien et que, globalement, la population est plutôt accueillante à leur endroit, du moins davantage que dans d'autres pays selon eux.

Ça fera un an dans quelques jours. Oui bon, j'ai aimé l'accueil, ici quand même le peuple, pour moi ça s'est bien passé.

Très bonne mentalité, les gens sont très ouverts d'esprit. j'ai trouvé ça vraiment différent rien que par rapport à mon pays qui est la France où les gens sont beaucoup plus fermés par exemple..

C'était cinq ans pour l'adaptation, pour des nouveaux défis et aussi pour s'intégrer à la société québécoise. Ça se passe bien jusqu'à maintenant.

Cependant, certains participants mentionnent l'existence de contrastes avec leur culture d'origine quant aux modes de contact entre les gens.

Mais, pour l'accueil, c'est vrai, les gens sont souriants. Mais par rapport à ma culture, je viens d'un pays où quand on appréhende l'étranger, on va vers lui. Donc, au début c'était comme ça, tu te retrouves tout seul [...]. Il faut plutôt aller vers les gens ici.

Des participants soulignent que la qualité de l'accueil peut varier selon les milieux.

On était dans un village, moi et des gens de notre association, et on a vraiment été étonné de l'accueil. Dans une famille et tout le monde des alentours était venu. On était très content. C'est comme si on vivait notre société de chez nous. Les voisins sont venus comme chez nous. Ils nous ont montré des photos, des albums, ils nous ont parlé de l'histoire du village et tout ça.

[...] l'accueil à Montréal, j'ai trouvé que c'était froid aussi. Nous, quand on est arrivé à Québec, on a trouvé que ça ressemblait plus à des petits villages. Je suis originaire d'un vraiment tout petit village, 3 000 habitants. Et puis, quand on se croise, on se salue, on discute, le travail, comment ça va? Et puis, à Québec, on retrouve ça.

D'autres participants évoquent le fait que des préjugés au sein de la population, parfois, selon eux, alimentés par les médias, peuvent faire obstacle à leur pleine intégration.

Je trouve qu'il y a deux mentalités différentes parce que par rapport aux personnes avec qui j'ai discuté, il y en a qui disent que c'est bien qu'il y ait des

immigrants parce que ça amène de la main-d'œuvre, des idées, du savoir-faire. Mais, y'en a d'autres qui me disent, on est tannés de ces immigrants que pour profiter de ces aides sociales. Et ça, je le retrouve de plus en plus avec des gens avec qui je discute. Alors, y'en a, je trouve, que c'est limite des paroles racistes.

En Afrique, maintenant on est en train de parler du Burundi par exemple, parce qu'il y a un coup d'État. Récemment on parlait du Kenya parce qu'il y avait une attaque à une université, mais c'est ça, je trouve, que la communauté ici, on a une image d'un Africain qui souffre toujours, qui est constamment dans la guerre. Donc, c'est normal qu'ils se méfient de nous. Que ce sentiment de méfiance existe, c'est un préjugé qui je trouve est créé par les médias.

Des traits culturels distincts sont aussi mis en évidence pour expliquer certaines difficultés d'adaptation à la société québécoise.

Vous comprenez que l'adaptation est un peu difficile parce que c'est un processus. Je cherche à m'approcher, la personne cherche aussi à m'accepter ou à m'inviter. Ça dépend de sa façon de recevoir les gens. Puis ça prend vraiment un peu de temps. En classe, il y a un collègue qui a soulevé son choc culturel qu'il a eu. Son deuxième mois qu'il est arrivé à Québec, c'était dans l'autobus. Il a dit que c'était étrange, souvent dans l'autobus les gens sont assis, tu peux être assis quelque part pis à côté de toi y'a une place vide et le collègue a dit qu'il a remarqué que quand les autres rentrent dans l'autobus, un québécois par exemple, [il] va se mettre debout alors qu'il y a une place. Il a un jour essayé de lui demander : « tu pourrais t'asseoir » et il a dit : « non, non je suis correct ». Mais après l'analyse, il s'en va à une autre place [...]

[...] moi j'ai été un peu choqué quand même, quand tu croises quelqu'un le matin, quand vous vous voyiez la moindre des choses, c'est de lui dire bonjour. À la limite quelques fois, tu vas à l'arrêt, tu as un Québécois, une Québécoise, tu dis : « bonjour ». Et la personne baisse les yeux pour éviter même de répondre aux salutations. En fait, moi je n'arrive pas à comprendre.

C'est un peu ça, l'accueil vraiment y'a pas de soucis, mais l'intégration pour moi, c'est pas facile.

Du côté des nouveaux arrivants, certaines pratiques n'aideraient pas non plus à l'intégration.

On a retenu une chose, c'est qu'en général, bon les Africains, Afrique de l'ouest, on a beaucoup tendance à se regrouper. Ce qui fait que l'on est un peu fermé à la société où l'on veut s'intégrer.

Deuxième thème : l'emploi

Si le dernier participant soulignait que c'est davantage l'intégration que l'accueil des Québécois qui fait problème, cette intégration passe notamment par l'emploi pour nombre de participants. Or, dénicher un emploi pour un immigrant semble difficile et les emplois disponibles sont souvent peu rémunérateurs, bien en-deçà des qualifications acquises dans le pays d'origine et même au Québec.

Les populations immigrantes on voit vraiment que les chiffres sont très alarmants surtout au Québec. [...] Je viens de finir mon diplôme et toujours beaucoup de points d'interrogation. Maintenant, tu passes ton temps à postuler, j'ai envoyé 1000 CV, 900 CV sans aucune convocation en entrevue. Vraiment c'est très alarmant.

Moi j'ai dit à une collègue de travail, on est des travailleurs qualifiés [...] qu'on a été sélectionnés avant de venir ici. Vous ne pensez pas qu'ils sont des bons à rien, qu'ils sont allés prendre quelqu'un quelque part. On veut s'intégrer dans la société, on commence par les petits boulots, c'est vrai, mais ne pensez pas quand même qu'on a l'esprit aussi petit comme le boulot qu'on fait.

La question de l'emploi, comme source de tensions et de pressions, n'est pas sans rapport avec les besoins des familles immigrantes dans un contexte de regroupement familial ou de pourvoyeur à distance.

Voilà, je suis venu seul et je vais les faire venir [la famille]. Donc, le temps de faire des petits boulots, c'était difficile. Le temps de se nourrir ici, payer sa maison et s'occuper de la famille. Et après moi, j'ai eu un petit boulot. C'était pas bien payé, mais au moins j'étais assuré d'avoir un peu [pour couvrir] tes besoins primaires pour que ça aille.

Je cherche du boulot, c'est difficile, c'est pas facile. C'est vraiment pas facile parce que je me dis qu'aujourd'hui [...] il y a de bonnes opportunités, on vient. Quand on vient seul, pour le côté regroupement familial, je pense que ça doit pas trop traîner parce que, pour quelqu'un vivre sans sa famille, c'est pas facile. [...] On peut pas vivre comme ça, c'est vraiment difficile.

Et là ça vient plus difficile, tout le monde attend un peu que toi tu aies un emploi et, en même temps, c'est pas facile trouver un emploi et pouvoir envoyer des sous à tout ce beau monde.

Enfin, l'absence de travail affecte l'estime de soi.

Faut que les gens soient motivés pour rester, il faut qu'ils sentent qu'ils ont une valeur, qu'ils contribuent, qu'ils font quelque chose. C'est surtout au niveau de l'emploi, ça se résume au niveau de l'emploi. S'il n'y a pas d'emploi, y'a rien. Ça c'est sûr.

Troisième thème : la condition financière

Les difficultés d'intégration au marché du travail se traduisent, pour certains, par des conditions financières précaires.

Pour quelqu'un qui veut parrainer sa famille, tu dois travailler, tu peux pas aller sur l'aide sociale parce que si tu te mets sur l'aide sociale, du coup ton dossier est mis à côté.

Moi, dans mon cas, je suis obligé de travailler jusqu'à ce que peut-être ma famille vienne. Si peut-être ma femme vient travailler, m'aide un peu, je vais avoir le temps de me reposer. Sinon actuellement, sept jours sur sept, je suis obligé de travailler. Il me faut de l'aide. C'est pas facile.

Quatrième thème : la reconnaissance des diplômes

Cette question est régulièrement soulevée dans les débats publics concernant les immigrants au Québec. Les participants ne sont pas unanimes sur le sujet. Selon la profession exercée, certains n'ont pas rencontré de difficultés alors que pour d'autres les embûches se sont multipliées.

Bon, je vois que, j'ai discuté avec quelques amis qui sont là sur place. D'abord, c'est vraiment compliqué avec les diplômes que l'on a de pouvoir [...] même si on fait les équivalences de pouvoir les utiliser [...].

La reconnaissance des diplômes, ça pas été un problème. Non, non, moi, c'était reconnu comme un baccalauréat mes études et puis ma blonde pareil. Même chose. Elle, elle a trouvé dans son domaine.

Plusieurs développent des stratégies pour obtenir une reconnaissance de leur formation au Québec. Souvent cela passe par un retour à l'école ou encore offrir sa disponibilité pour un stage (non rémunéré) en entreprise, ce qui permet alors de se faire connaître.

Donc, carrément pour moi, c'est de retourner à l'école en septembre. J'ai d'abord pensé à un master en finance parce que j'ai une formation [de baccalauréat]. Mais on m'a dit qu'un master, c'est trop compliqué; alors [je compte] faire un certificat, une attestation, un an ou 15 mois.

Cinquième thème : le choc des cultures concernant les rapports de genre

D'entrée de jeu, il faut contextualiser ce thème. La totalité des participants, sauf un, proviennent de l'Afrique. Or, les traditions culturelles africaines quant aux rapports entre les hommes et les femmes sont, parfois, à distance de la culture québécoise, ce qui explique le fait que cette question a dominé plusieurs échanges au regard de leur intégration à la société d'accueil. L'une des questions soulevées par certains participants est le sentiment de voir le statut dominant de l'homme au sein de la famille dans la culture d'origine menacé ici au sein de la société d'accueil.

Ça change, mais l'homme reste toujours, dans sa culture. En Afrique, l'homme est le chef de sa famille et il prend toutes les décisions qu'il veut vouloir que la femme veuille ou pas. Il a toujours cette autorité de faire tout ce qu'il veut. C'est différent ici, puis ici il y a vraiment, il y a beaucoup beaucoup beaucoup d'associations qui sont là pour traiter, pour analyser, pour comprendre les droits des femmes. [...] Quand il y a un problème, l'homme n'a plus son pouvoir de peut-être arranger son problème avec sa femme comme en Afrique. C'est soit la police qui dit à la femme quoi faire ou soit une agence qui dit à la femme quoi faire.

Et souvent la femme est très privilégiée par rapport à l'homme. Donc, c'est toujours les enfants, la femme et l'homme au troisième rang. Par contre, avant, c'était lui qui était le leader. C'était lui qui décidait. Donc, ça c'est un changement radical dans la construction de la famille, avant et après.

Moi je pense qu'il faut quand même sauvegarder un peu notre culture de chez nous et l'adapter un peu ici.

Selon des participants, les changements occasionnés par une nouvelle adaptation quant aux rapports entre les hommes et les femmes ne seraient pas sans menacer parfois la vie de couple.

Le couple [...] nous allons toujours retourner à dire que ce n'est pas facile. C'est toujours difficile, s'adapter aux nouvelles lois. [...] Je suis marié, je reconnais que, chez moi, je suis un petit roi. Puis j'arrive au Canada où ma femme et moi nous sommes égaux. Ça prend un temps pour moi de comprendre et de s'adapter à cette loi. Et si j'essaie un peu de ne pas le faire, y'a la police qui est derrière moi.

Si je change ma méthode, si j'applique les mêmes principes d'égalité surtout sur le côté financier, c'est sûr que je vais perdre ma femme. Donc, je vais continuer avec les mêmes méthodes quand on était dans mon pays. Je lui laisse la liberté de faire tout ce qu'elle veut et moi je prends en charge le tout pour qu'elle me

respecte tout le temps. Elle va dire que y'a quelqu'un [le mari] qui va la protéger, y'a quelqu'un qui va la prendre en charge, qui va être le ciment de notre relation.

5.3.2 Rapport à l'aide et aux services

Cette question n'a pas fait l'objet de beaucoup d'échanges entre les participants. Cependant, deux thématiques sont relevées à partir de ces échanges: une méconnaissance des services et l'obligation de payer pour des services.

Premier thème : méconnaissance des services

D'une manière générale, les participants ont mentionné peu connaître les services existants. Ils auraient tendance à référer d'abord à des personnes de leur communauté en cas de problème.

Je connais peu, en fait, les services. En venant, on a quelques informations. Mais quand vous venez, vous rentrez, vous arrivez au Canada, c'est un peu difficile. On va vers la communauté. Et puis les services, ne nous communiquent pas.

Après la séance d'accueil, voilà, voilà. Explique certaines choses et c'est fini. En fait, quand on est concentré sur l'emploi, ça fait qu'on oublie tout le reste.

Deuxième thème : obligation de payer pour des services

Particularité de la réalité de certains n'ayant pas de carte d'assurance-maladie : ils doivent payer sur le champ pour obtenir le service qui leur est nécessaire.

C'est pas moi personnellement, mais ma copine. Elle est tombée, elle avait une fracture du poignet. On arrivait à l'hôpital, puis là on m'a dit : « est-ce que tu as une carte de crédit? » Alors là, déjà, ça fait très bizarre. On est habitué au système français qui est réputé être le meilleur au monde, qui offre tout. Et quand tu arrives, la personne souffre. Moi, la première question qu'on m'a posée, c'était même pas elle, c'était moi qui l'a amenée, « est-ce que tu as une carte de crédit? » Bon d'accord, ok, la fille elle a même pas cherché à savoir, j'ai même pas vu un médecin que déjà elle m'a dit : « bon c'est 800\$. Tu paies tes frais d'inscription ». Donc, comment ça se passe [pour] une personne qui a pas les moyens de payer immédiatement? [...] Quand on a immigré ici, c'est très compliqué d'accéder au système de santé. Puis je trouve que c'est une barrière quand tu es malade [...].

Moi j'ai un ami, qui a le même cas. Il est allé à l'hôpital, il avait des maux de ventre. Ils ont dit : « tu as la carte d'assurance maladie? » Il a dit : « non ». « Avez-vous une carte de crédit? » « Non ». « Ben pouvez-vous déposer 400\$? »

En somme, les commentaires des participants issus des communautés culturelles semblent positifs en ce qui regarde les services d'accueil. Cependant, ils se sentent plus laissés à eux-mêmes une fois le premier stade passé. Selon leurs propos, l'intégration demeure un processus difficile surtout sur le plan de l'emploi qui demeure problématique. Spontanément, les nouveaux arrivants ont tendance à se tourner vers les ressortissants de leur pays d'origine déjà sur place. Leurs propos révèlent également la présence, selon la culture d'origine, de difficultés d'ajustement sur le plan des rapports de genre.

5.4 Les hommes appartenant aux minorités sexuelles¹²

5.4.1 Difficultés rencontrées

Les participants ont relevé une variété de difficultés vécues en lien avec le fait de se retrouver avec une orientation sexuelle minoritaire. Celles-ci peuvent se regrouper en cinq thèmes : difficultés liées au fait de vivre en région, répercussions sur le plan psychosocial, rôle de la famille et des autres membres du réseau social, présence d'intimidation à l'école, émergence d'une orientation homosexuelle ou bisexuelle.

Premier thème : difficultés liées au fait de vivre en région

Quelques participants ont souligné qu'il n'était pas toujours évident de vivre son homosexualité en région, notamment pour établir des contacts avec d'autres hommes gais.

Pis ce qui est difficile en région c'est que ben c'est sûr que c'est difficile pour rencontrer parce que le bassin est moins grand, déjà en personnes, c'est plus difficile parce que c'est pas pareil comme un couple hétérosexuel, *cruiser* un gars en faisant ton épicerie, ça peut être mal perçu, un petit peu plus mal perçu.

D'autres parlent des difficultés liées au fait de vivre dans une municipalité moins populeuse.

La première fois que j'ai eu une relation avec quelqu'un de mon secteur, mon père avait peur que le monde parle. C'était la question : « je m'en fous que tu fasses ça, mettons à Montréal, mais dans le secteur, faut pas que ça se parle ».

¹² Nous tenons à remercier le JAG de Saint-Hyacinthe pour son soutien concernant le recrutement de participants.

Ben, à Montréal justement, y'a certains psychologues identifiés [à leur] orientation sexuelle. [...] Mais, en région, j'en ai pas connu beaucoup qui vont mettre justement « orientation sexuelle » dans [leur publicité].

Deuxième thème : Répercussions psychosociales liées au vécu en région

De diverses manières, certains participants ont vécu des problèmes psychosociaux parfois très importants liés au fait de vivre leur orientation sexuelle en région.

Ben moi j'ai vécu de l'isolement, de la dépression et des difficultés scolaires. C'est ça qui me vient rapidement.

Ben je me refermais sur moi-même, je voulais pas parler aux autres. Pis aussi, quand j'ai fait mon *coming out*, ils l'ont pas bien pris. Moi, j'avais juste de la culpabilité, pis j'avais honte[...].

[...] Et je dois dire que, souvent, j'ai songé au suicide, à ce moment-là. Parce que je ne savais pas, à l'époque, à qui en parler.

Troisième thème : rôle de la famille et des autres membres du réseau social

Selon les participants, la famille comme les amis, jouent un rôle parfois déterminant dans l'émergence de l'orientation sexuelle. Parfois, ils peuvent se poser en obstacles.

[...] c'est que chez nous, un homosexuel automatiquement, c'était un pédophile. Dans ma famille, c'était comme ça.

Oui, y'a eu des discussions avec mon père du genre : « tu me niaises, ça va tu se replacer? »

Ben, j'avais plus vraiment d'amis [...] pis, c'est ça, la famille, c'était comme tabou, on en parlait pas trop pis je me poignais des fois.

Par ailleurs, des participants ont souligné l'existence de signes d'ouverture, parfois timides, parfois plus significatifs.

La plupart de mes cousins commencent un peu à comprendre et à être plus ouverts.

Ma mère nous a élevé toute seule. Une chance, moi, j'ai eu un oncle, son frère, qui était gai. Elle l'aimait ben gros, fait que ça, ça m'a aidé.

Ben, en fait, j'avais beaucoup d'amis de la diversité sexuelle, donc évidemment ils étaient plus ouverts envers moi. [...] J'ai un bon moton de personnes qui sont différentes. Fait que ça amène la discussion libre et sans jugement.

Parce que j'étais sûr que mon père allait arrêter de m'aimer, je sais pas trop. Mais finalement, quand je l'ai dit, mon père m'a dit qu'il m'acceptait et que j'étais son fils et il m'avait déjà dit, semble-t-il, à l'âge de 15 ans, que, si un jour j'étais homosexuel, il m'accepterait. Mais j'avais comme *deleter* cette information-là.

Quatrième thème : Présence d'intimidation à l'école

Phénomène relativement présent dans la vie de jeunes homosexuels, bisexuels, ou présumés l'être, bon nombre de participants ont rapporté avoir été victimes de violences à l'école en raison de leur orientation sexuelle.

[...] moi, c'était plus à l'école, quand j'étais au primaire : l'intimidation, tout ça. Des insultes lancées à mon égard : tapette, fif [...] Je l'ai pas mal toutes eues en fait. Des coups aussi [...] pour résumer la chose.

C'est arrivé [l'intimidation] à 13-14-15 ans, à l'entrée du secondaire, je te dirais. [...] C'est là que c'était le plus difficile.

Un participant a déploré le manque d'interventions appropriées de la part du personnel de l'école.

Mais si on parle des difficultés, l'encadrement du personnel des écoles est vraiment pas efficace, selon moi. Quand il y a de l'intimidation, [...] ça arrivait souvent que c'est moi qui recevais les coups et c'est moi qui recevais la punition. Parce que je m'étais défendu. J'étais pas le genre de victime qui se laissait faire.

Cinquième thème : Émergence d'une orientation homosexuelle ou bisexuelle

Plusieurs participants ont parlé de la complexité de l'évolution de leur orientation homosexuelle dans une société majoritairement hétérosexuelle.

Moi je dirais que je me suis toujours senti différent, très jeune, [...] sans vraiment savoir ce qu'il se passait. J'ai eu énormément de difficulté à l'école parce que même si je ne savais pas ce que c'était une tapette, pour moi, j'avais pas de notion sexuelle. Pour moi, c'était vraiment quelque chose [...] un mot qui m'humiliait.

Mais j'ai jamais eu de crise intérieure, je me suis jamais dit que je ne voulais pas être homosexuel. J'ai pas pensé à ça, j'ai pas eu d'idées suicidaires non plus. Mais je me sentais différent depuis que j'étais petit sans savoir ce que c'était exactement. Par contre, à l'âge de 12-13 ans, c'est là que je me suis rendu compte que, oups les filles, c'était pas elles que je regardais dans la cour d'école, c'était les gars. Fait que là, j'ai fait ok, j'en vois pas d'autres qui font ça, fait que est-ce que c'est normal? Pis moi, j'ai consulté la psychologue de l'école.

C'est sûr qu'aujourd'hui, je considère que ceux qui ont justement 20-22 ans sont chanceux parce qu'il y'en a à la télé, des chanteurs, des joueurs de n'importe quel sport, y'a des comédiens. Y'a des organismes qui existent. Fait que c'est sûr que les modèles sont plus présents, moi je considère que c'est une chance.

Des participants ont mis en évidence des difficultés concernant l'expression de leur orientation sexuelle dans la société et dans la vie de tous les jours. La peur du regard des autres serait la principale difficulté selon ce qu'ils ont rapportée.

On dirait que tu viens que tu surveilles tout, ton moindre respire. Tu veux tellement pas que ça se sache que t'essaies de faire comme tout le monde [...] C'est parce qu'un moment donné, [...] c'est que je savais plus trop comment agir sans être jugé finalement.

Deux gars se tenir par la main, [...] on dirait que le monde vienne tout mal, ils savent plus comment [...]. C'est ça que je trouve des fois difficile. Aujourd'hui, on dirait, oui je sais qu'il y a plus d'ouverture, mais en même temps, en public, c'est difficile de mettons savoir quand montrer de l'affection envers mettons ton amoureux sans [...] en étant à l'aise toi-même, mais aussi sans causer une troisième guerre autour de toi.

5.4.2 Rapport à l'aide et aux services

Trois thèmes sont ressortis des discussions avec les participants : le réseau social comme source d'aide, le non-recours aux services et les services consultés.

Premier thème : réseau social comme source d'aide

Des participants ont mentionné qu'ils comptaient davantage sur leur famille et sur leurs amis en cas de besoin ou de problème.

Ben moi, j'en parle à des amis que je suis sûr que je peux compter ou avec des membres de ma famille, mon père par exemple. [...] je suis un peu plus à l'aise d'en parler avec mon père qu'avec ma mère.

La seule personne sur laquelle je compte, c'est mon frère. C'est la personne qui me connaît le mieux, la personne avec qui je suis le plus proche, la personne la plus ouverte.

J'ai plusieurs amis pis des membres de ma famille [...]. J'ai surtout mes deux cousines que je sais que je peux leur parler de n'importe quoi. J'ai quelques amis aussi avec lesquels je me sens à l'aise d'aller dire mes problèmes.

Mes confidents dans mes amis, ce sont tous des amis gais. J'ai pas beaucoup d'amis gars hétéro non plus.

Deuxième thème : non-recours aux services

À l'instar des hommes dans la société en général, bon nombre de participants ont révélé être peu enclins à consulter des services en cas de besoin. Ils disent préférer garder leurs problèmes pour eux, jusqu'à ce que la situation devienne explosive.

Quand j'étais jeune j'avais moins tendance à aller chercher de l'aide. Pis, même encore [...] Je pense que, quand je me sentais mal dans une situation, je m'arrangeais pour empirer la situation au lieu d'essayer de chercher de l'aide

Pis je me dis souvent que je peux régler mes problèmes tout seul. Fait que c'est ce que je fais et ça marche pas toujours.

[...] J'ai longtemps pensé consulter [...]. J'ai jamais consulté.

Ouais, j'avais plus confiance aux gens pour leur parler, alors je gardais tout ça pour moi-même jusqu'à temps que ça explose.

Pour moi, mettons aller consulter, c'était comme démontrer que dans le fond t'étais faible.

Certains participants ne consultent pas parce qu'ils minimiseraient leurs problèmes ou qu'ils ont le sentiment qu'ils vont s'arranger tout seuls.

C'est difficile quand même parce que, des fois, je considère que mes problèmes sont pas si importants que ça. [...] Pis je le garde pour moi, c'est petits problèmes là, pis un moment donné, je fais juste péter ma coche.

Je vais avoir tendance à rationaliser beaucoup et en me disant c'est pas grave, je vais m'arranger par moi-même.

Troisième thème : services consultés

Des participants confient que c'est lorsqu'ils sentent qu'ils n'ont plus le choix de consulter qu'ils le font.

En tout cas, je ne sais pas pourquoi, mais je sais qu'à certaines périodes de ma vie, je suis allé consulter parce que j'avais plus le choix. Parce que j'avais tellement refoulé qu'un moment donné ben, ça avait une influence dans mon milieu de travail.

Attendre : Oh oui! Aller à l'extrême que c'est ton employeur qui te dit : « regarde, je veux que tu ailles chercher de l'aide, nous autres, on veut te garder, mais tu peux pas continuer comme ça ».

Et, lorsqu'ils consultent, plusieurs disent que le rapport avec l'intervenant serait parfois vécu plus difficilement en raison de perceptions que l'intervenant semble avoir en lien avec l'orientation sexuelle, selon eux. Par contre, d'autres participants ont mentionné ne pas avoir eu de problèmes particuliers et avoir eu d'excellents services.

Y'avait aussi une mauvais expérience. Quand j'étais allé voir au CLSC, une thérapeute qui m'avait dit que l'homosexualité, ça se guérissait. [...] Tout ça qui fait que, peut-être qu'un moment donné, tu es comme sur les freins

Ça dépend juste de la propre perception que le psychologue a de l'homosexualité. Y'en a autant qui m'ont vraiment nuit et détruit que d'autres qui m'aidaient.

[Le médecin, quand il a su au sujet de mon orientation sexuelle,] essayait de prendre un peu ses distances, de pas trop me regarder. C'était juste poche son attitude.

À l'adolescence, j'ai consulté aussi une couple de psychologues, pis j'ai jamais eu l'impression que mon orientation sexuelle posait problème. J'ai aussi consulté à l'âge adulte pis, là aussi, j'ai jamais eu l'impression que ça causait un problème.

Quand j'ai consulté d'autres médecins, si j'ai eu à dévoiler mon orientation sexuelle, j'ai pas senti qu'il y avait des problèmes reliés à ça; psychologue la même chose.

Le processus d'émergence de l'orientation sexuelle, de la reconnaissance des attirances sexuelles à la sortie du placard, demeure un processus complexe, vécu difficilement par plusieurs. Le recours au services semble aussi difficile pour ce groupe que pour les autres. Par ailleurs, certains ont noté différents exemples de comportements

d'intervenants en regard de leur homosexualité qui représentent d'autres formes de freins à la consultation alors que d'autres rapportent avoir reçu d'excellents services.



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