



L'influence des proches dans la demande d'aide formelle des hommes en difficulté

Mémoire

Marc-Philippe Fortin

Maîtrise en service social

Maître en service social (M. Serv.Soc.)

Québec, Canada

© Marc-Philippe Fortin, 2016



L'influence des proches dans la demande d'aide formelle des hommes en difficulté

Mémoire

Marc-Philippe Fortin

Sous la direction de :

Gilles Tremblay, directeur de recherche

Résumé

La majorité des écrits scientifiques concernant la demande d'aide chez les hommes fait état de l'importance des proches dans la demande d'aide, puisqu'une majorité d'hommes aurait de la difficulté à consulter sans le soutien de leurs proches, qui font souvent office de référents lors de la demande d'aide. Par contre, il semble y avoir peu d'information disponible concernant la manière avec laquelle les proches arrivent à influencer l'homme à demander de l'aide et sur la nature des interactions entre le proche et la personne aidée. Devant ce constat, cette recherche qualitative a pour objectif d'approfondir le point de vue des proches dans le processus de demande d'aide chez les hommes. Il s'agit d'une étude exploratoire dans laquelle huit personnes ayant influencé un homme de leur entourage à consulter un professionnel ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues semi-dirigées.

Les résultats révèlent que le proche intervient souvent peu après l'apparition des premiers signaux de détresse chez l'homme de son entourage, étant particulièrement sensible aux changements dans l'humeur de l'homme ainsi qu'au risque suicidaire. Ils tentent alors d'utiliser les moyens à leur disposition – les ressources informelles - jusqu'à ce que cela ne fonctionne plus. Les proches se tournent alors vers des ressources formelles et ce sont eux, la plupart du temps, qui transmettent l'information à l'homme quant à la nature des services professionnels disponibles.

Les membres du réseau social sont également très actifs tout au long du processus de demande d'aide, utilisant plusieurs types de soutien social afin d'amener l'homme à modifier ses comportements problématiques sous forme d'échange de ressources instrumentales, de ressources émotionnelles et d'information. Les proches semblent également adapter leurs interventions aux besoins de l'homme, privilégiant des interventions axées davantage sur le maintien du lien de confiance au début du processus de changement, en intégrant progressivement des interventions plus informatives, pour finalement y aller de démarches instrumentales, peu avant la demande d'aide formelle. L'influence des proches est également présente après la demande d'aide afin de maintenir la motivation de l'homme à l'égard de l'intervention.

Les entrevues menées auprès des proches mettent également en lumière un autre constat, soit que la demande d'aide peut amener une certaine détresse chez la personne aidante en étant témoin de la souffrance d'une personne de son entourage. De soutenir un homme dans ce processus peut amener le proche à ressentir un sentiment d'impuissance et s'accompagne d'une responsabilité importante quant au bien-être et à la sécurité de ce dernier. Cela fait en sorte que plusieurs répondants ressentent le besoin d'obtenir de l'aide durant ou après le processus de demande d'aide, que ce soit auprès de professionnels de la santé ou de membres de leur réseau informel. Somme toute, bien que cela constitue une expérience éprouvante, plusieurs répondants vivent toutefois positivement le fait de venir en aide à un homme de leur entourage.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
REMERCIEMENTS	VI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – LA DEMANDE D’AIDE CHEZ LES HOMMES	3
1.1 PORTRAIT DE LA SANTÉ CHEZ LES HOMMES.....	3
1.2 DÉMARCHE DOCUMENTAIRE (MOTS-CLÉS ET BANQUES DE DONNÉES UTILISÉES).....	4
1.3 LA DEMANDE D’AIDE DES HOMMES	5
1.3.1 <i>Portrait global de la demande d’aide chez les hommes</i>	5
1.3.2 <i>Les facteurs individuels influençant la demande d’aide</i>	6
1.3.3 <i>La demande d’aide et la socialisation masculine</i>	6
1.3.4 <i>Les facteurs reliés à l’offre de service</i>	7
1.3.5 <i>Les différences entre les hommes en ce qui a trait à la demande d’aide</i>	8
1.4. L’ISOLEMENT SOCIAL	9
1.4.1 <i>Les effets du soutien social et de l’isolement social sur le bien-être</i>	9
1.4.2 <i>Portrait de l’isolement social chez les hommes québécois</i>	10
1.4.3 <i>La perception de soutien social</i>	11
1.5 L’EFFET DU SOUTIEN SOCIAL SUR LA DEMANDE D’AIDE	11
1.6 PERTINENCE DE LA RECHERCHE POUR LA PRATIQUE ET LES CONNAISSANCES.....	14
1.7 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES ACTUELLES	14
CHAPITRE 2 – CADRE THÉORIQUE	16
2.1 LES STADES DE CHANGEMENT.....	16
2.2 LES STRATÉGIES UTILISÉES.....	19
2.3 LA BALANCE DÉCISIONNELLE	19
2.4 LE SENTIMENT D’EFFICACITÉ PERSONNELLE	20
CHAPITRE 3 – MÉTHODOLOGIE	21
3.1 L’APPROCHE PRIVILÉGIÉE.....	21
3.2 LE TYPE DE RECHERCHE	21
3.3 POPULATION À L’ÉTUDE	21
3.4 ÉCHANTILLONNAGE.....	22
3.5 MODE DE COLLECTE DES DONNÉES.....	23
3.6 RECRUTEMENT.....	23
3.7 THÈMES ABORDÉS	24
3.8 MÉTHODE D’ANALYSE CHOISIE	25
3.9 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	25
CHAPITRE 4 : LE CONTEXTE DE LA DEMANDE D’AIDE	27
4.1 LA COMPOSITION DU RÉSEAU SOCIAL DES HOMMES EN DIFFICULTÉ	27

4.2 LES PROBLÈMES VÉCUS PAR L'HOMME AIDÉ	29
4.3 LA DURÉE DU PROCESSUS DE DEMANDE D'AIDE	30
4.4 LES MOTIFS ET SIGNAUX POUR INTERVENIR AUPRÈS DE L'HOMME EN DIFFICULTÉ	32
DISCUSSION	35
CHAPITRE 5 : LE SOUTIEN SOCIAL ENVERS L'HOMME EN DIFFICULTÉ.....	40
5.1 LE CHOIX DU SERVICE D'AIDE.....	40
5.2 LES FORMES DE SOUTIEN SOCIAL EMPLOYÉES PAR LES PROCHES DURANT LE PROCESSUS DE DEMANDE D'AIDE	44
5.3 L'IMPACT DU GENRE DANS LES STRATÉGIES DE SOUTIEN	51
5.4 L'ADAPTATION DES INTERVENTIONS DES PROCHES SELON LE STADE DE CHANGEMENT	53
DISCUSSION	57
CHAPITRE 6 : L'EXPÉRIENCE DU PROCHE.....	62
6.1 LA DEMANDE D'AIDE : UNE EXPÉRIENCE DIFFICILE.....	62
6.1.1 <i>La crainte pour la sécurité</i>	62
6.1.2 <i>L'ampleur du problème</i>	63
6.1.3 <i>Le contexte de la rupture</i>	65
6.1.4 <i>Le changement de rôles</i>	66
6.1.5 <i>La rechute</i>	67
6.2 LES ÉLÉMENTS FACILITANTS	67
6.2.1 <i>Garder une distance</i>	68
6.2.2 <i>Le soutien des membres du réseau informel</i>	69
6.3 LA DEMANDE D'AIDE : UNE EXPÉRIENCE POSITIVE	70
DISCUSSION	72
CONCLUSION	74
LIMITES DE L'ÉTUDE.....	78
RECOMMANDATIONS.....	80
RÉFÉRENCES.....	81
ANNEXE A	85
ANNEXE B	86
ANNEXE C	88

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser toute ma gratitude à l'égard de mon directeur de mémoire Gilles Tremblay, qui m'a aidé à trouver un sujet de recherche qui me ressemble et qui a su me passionner durant les trois dernières années de mon parcours universitaire. Merci de m'avoir épaulé à travers les différentes étapes de ce projet, de m'avoir encouragé et de m'avoir fait confiance.

Je ne pourrais également passer sous silence l'apport crucial de tous les participants qui ont accepté de participer à mon mémoire. Je tiens à vous remercier d'avoir pris du temps pour venir me rencontrer et répondre à mes questions, sans vous il m'aurait été impossible de présenter ma recherche. Je me sens privilégié d'avoir pu entendre votre histoire. Votre force de caractère, votre grande générosité et votre dévouement à l'égard de vos proches m'ont grandement inspiré.

Durant ma maîtrise, j'ai eu aussi la chance de côtoyer des collègues incroyables qui ont su me conseiller, m'encourager et me faire rire à plus d'une occasion. Vous avez fait de mon expérience universitaire un moment spécial, chacun à votre façon. Sophie, Carolanne, Cindy, Joanie, Méric, Samuel, François-Xavier et Alex, merci!

Je remercie évidemment mes parents, Denise et Yves, qui ont toujours été présents pour moi. Votre soutien à plus d'un égard m'a permis de poursuivre mes études. Votre amour inconditionnel est ce qui m'a donné la confiance nécessaire afin d'affronter ce défi qu'est la réalisation d'un mémoire.

J'aimerais adresser un dernier mot à Joanie. Merci d'avoir réalisé une superbe affiche de recrutement qui a contribué au succès de mon mémoire. Merci d'avoir été là quand j'en avais besoin, quand j'étais découragé et épuisé. Je sais qu'il a fallu faire plusieurs sacrifices afin que je puisse terminer mes études et j'en suis très reconnaissant. Maintenant que cette étape de ma vie se termine, j'ai seulement hâte de pouvoir entamer de nouveaux projets à tes côtés.

Introduction

Thème général du mémoire

Les dernières études portant sur la santé des hommes indiquent que ceux-ci sont surreprésentés par rapport aux femmes pour 13 des 15 principales causes de décès au Canada, notamment le suicide (Olliffe, Robertson, Frank, McCreary, Tremblay et Goldenberg, 2010). Paradoxalement, la majorité des hommes aurait de la difficulté à consulter pour ces problèmes, ce qui rend l'amélioration de leur condition plus difficile. La littérature scientifique actuelle semble toutefois démontrer que le réseau social des hommes pourrait jouer un rôle clé dans la décision de ces derniers à demander de l'aide (Dulac, 2001; Tremblay *et al*, 2016). Dans le but de mieux comprendre la demande d'aide chez les hommes, ce mémoire porte sur le processus par lequel le réseau social de l'homme peut contribuer à faciliter la demande d'aide de ces derniers.

Question examinée et objectif de l'étude

La question de recherche de ce projet s'articule ainsi : « Comment les membres du réseau social informel peuvent-ils favoriser la demande d'aide formelle chez un homme en difficulté? » Ce projet de mémoire cherche ainsi à savoir comment les membres du réseau social s'y prennent afin d'amener un homme vers des services professionnels lorsque la situation est requise et que les ressources du réseau naturel ne suffisent plus. Un des objectifs est également d'identifier comment le réseau informel détecte les situations problématiques et le besoin d'avoir recours à de l'aide professionnelle chez un homme de leur entourage. On entend par « aide formelle » le soutien fourni par un professionnel œuvrant dans une institution (CLSC, hôpitaux, etc.) (Devault et Fréchette, 2002). Bien que cette définition semble adéquate, ce mémoire choisit d'inclure également l'aide apportée

par tout professionnel de la santé et des services sociaux (selon la définition du Code des professions), dans le cadre de son travail. Cet ajout permet de prendre en considération l'aide apportée par un organisme communautaire ou en pratique privée.

Le terme « réseau social » a été choisi dans le but de ne pas limiter cet objet d'étude aux proches qui ont un lien significatif avec la personne, puisque parfois un collègue, un employeur ou un voisin peut initier la demande d'aide sans entretenir de lien étroit avec l'homme qui vit des difficultés. À cet égard, les termes « réseau de soutien » ou « aide informelle » correspondent moins à la population visée. Qui plus est, le concept d'« homme en difficulté » a été privilégié afin de ne pas restreindre l'échantillonnage en choisissant un type de problème en particulier (violence conjugale, hommes suicidaires, etc.), comme ces situations comportent toutes des aspects uniques et complexes pouvant enrichir cette recherche qualitative.

Structure du document

Ce document dressera un portrait sommaire de la problématique de la santé chez l'homme. Seront ensuite résumées les connaissances actuelles autour de la demande d'aide et du soutien social, deux phénomènes pouvant expliquer en partie les problèmes de santé chez certains hommes. Par la suite, le cadre d'analyse de ce projet, soit le modèle transthéorique de Prochaska et ses collègues, sera détaillé. Puis, une section explicitera la méthodologie employée, incluant les aspects éthiques. Suivront par la suite les résultats et la discussion.

CHAPITRE 1 – LA DEMANDE D’AIDE CHEZ LES HOMMES

1.1 Portrait de la santé chez les hommes

Au cours des dernières décennies, un écart important entre les hommes et les femmes est observé en ce qui a trait à la santé. Bien que cet écart soit aujourd’hui réduit, la santé des hommes, au Québec comme ailleurs, demeure préoccupante. En effet, pour le groupe des 15 à 30 ans, les hommes québécois meurent, en proportion, 2,2 fois plus souvent que les femmes. C’est d’ailleurs dans cette tranche d’âge que l’on observe l’écart le plus marqué (Institut de la statistique du Québec, 2013). Les hommes décèderaient plus souvent de causes externes (accidents, blessures, etc.) que les femmes (7,7% contre 4,2%). Sur le plan de la santé physique, les hommes souffriraient plus souvent de maladies telles que le diabète et l’embonpoint et auraient plus souvent des blessures ou des accidents altérant leur autonomie fonctionnelle (MSSS, 2011 cité dans Roy *et al.*, 2015). Pour ce qui est de la santé mentale, les hommes semblent souffrir d’un trouble mental dans les mêmes proportions que les femmes, mais la nature de ces troubles diffère selon les sexes. Les femmes auraient plus souvent un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux, alors que les troubles liés aux substances (dépendance et abus) seraient plus communs chez les hommes (Lajeunesse, Houle, Rondeau, Bilodeau, Villeneuve et Camus, 2013). Il est à noter que les résultats de cette étude concernent uniquement les hommes et les femmes vivant à Montréal, bien que l’on puisse penser que cela s’applique aussi au reste de la population du Québec.

Concernant le suicide, les hommes semblent se démarquer encore davantage. En effet, entre 75 et 80% des suicides au Québec sont commis par des hommes (MSSS, 2001, cité dans Dulac et Laliberté, 2003; Houle, 2005; Lajeunesse *et al.*, 2013; Tremblay *et al.*, 2016). Cette surreprésentation des hommes semble partagée dans la majorité des pays occidentaux, où de trois à quatre fois plus d’hommes que de femmes se suicideraient chaque année (Centers for Disease Control & Prevention, 2010, cité dans Sierra-Hernandez, Han, Oliffe et Ogradniczuk, 2014). Cela est d’autant plus marquant qu’il ne semble pas y avoir de différence significative entre les deux sexes en ce qui a trait à la prévalence d’idées suicidaires importantes (2,5% des hommes contre 2,2% des femmes). C’est donc au niveau

du passage à l'acte que les hommes se démarquent des femmes (MSSS, 2012). Les hommes âgés de 35 à 49 ans seraient d'ailleurs les plus à risque de commettre un acte suicidaire (Légaré, Gagné, Saint-Laurent et Perron, 2013 cité dans Roy *et al.*, 2015). Les hommes âgés de 15 à 24 ans auraient toutefois plus fréquemment des idées suicidaires sérieuses. Plusieurs facteurs expliquant la prévalence du suicide chez l'homme seront détaillés dans le prochain chapitre, mais la propension des hommes à recourir à des moyens plus létaux serait l'un des principaux facteurs (MSSS, 2012).

1.2 Démarche documentaire (Mots-clés et banques de données utilisées)

Pour la recension des écrits autour des thèmes de la demande d'aide et du soutien social, les mots-clés suivants ont été entrés dans diverses bases de données : « *help-seeking* », « *help-seeking behavior* », « demande d'aide », « soutien social », « réseau social », « réseau informel », « *social support* », « *relatives* » et « proches ». La recherche a commencé par la base de données de l'American Psychology Association (*psycnet*), puis les mêmes mots-clés ont été recherchés dans Google Scholar. La base de données de l'APA a permis d'obtenir davantage d'études provenant de l'extérieur du Québec, notamment certains travaux de Voguel et ceux de Hammer qui se sont intéressés à la demande d'aide et aux diverses variables pouvant influencer celle-ci. La banque de données Érudit a, quant à elle, rapporté plusieurs articles en français dont celui de Caron et Guay (2005) sur le lien entre le soutien social et la santé mentale et celui de Houle *et al.* (2005) sur l'influence du réseau social sur le suicide chez les hommes.

Par la suite, les noms des auteurs trouvés sur l'APA ont été recherchés dans Google Scholar afin de retrouver l'ensemble de leurs travaux disponibles. Les critères de recherche ont été précisés dans la base de données de l'APA afin d'obtenir quelques études de nature qualitative, pouvant potentiellement se rapprocher davantage de la méthodologie potentielle de ce projet de mémoire. Cela a permis de trouver une étude exploratoire de Yuet-Wah-Yeung, Irvine, Ng et Tsang (2013) se rapprochant du sujet de ce projet de mémoire. Comme il sera mentionné plus loin, le guide d'entrevue employé dans cette étude a servi de base dans l'élaboration du guide d'entrevue de ce projet de mémoire.

1.3 La demande d'aide des hommes

1.3.1 Portrait global de la demande d'aide chez les hommes

Il existe plusieurs explications possibles aux divergences observées entre les sexes en ce qui a trait à la santé. L'une d'entre elles est la difficulté chez bon nombre d'hommes de demander de l'aide. Le concept de demande d'aide réfère à une stratégie d'adaptation adoptée par un individu étant aux prises avec des préoccupations ou des problèmes (traduction libre de Vaswani, 2011). Selon Turcotte, Dulac, Lindsay, Rondeau et Turcotte (2002), le modèle de Gross et McMullen (1983) est celui qui est le plus souvent utilisé dans les écrits scientifiques afin de conceptualiser le processus de demande d'aide. Ce modèle décompose en trois étapes la recherche d'aide, soit : 1) la perception qu'une situation problématique nécessite de l'aide de la part de l'extérieur, 2) la décision de ne rien faire pour changer la situation, de tenter de résoudre le problème soi-même ou encore de faire appel à son entourage ou à de l'aide professionnelle, dépendant de l'analyse des coûts et des bénéfices reliés à chacun de ses choix, puis 3) la mise en place de stratégies pour obtenir l'aide souhaitée. La demande d'aide peut également s'inscrire dans le modèle transthéorique de Prochaska et ses collègues, qui sera détaillé dans le prochain chapitre.

Bien qu'ils ne forment pas un groupe homogène, les hommes seraient généralement plus réfractaires à consulter pour un problème relié à la santé en général, et à la santé mentale en particulier (Cusack, Deane, Wilson et Ciarrochi, 2004). Selon Kessler *et al.* (1981, cité dans Hammer, Voguel, et Heimerdinger-Edwards, 2013), le délai entre l'apparition du problème et la demande d'aide serait habituellement plus long chez les hommes. Ceux-ci auraient tendance à attendre que la situation atteigne un niveau de crise grave avant de décider d'aller consulter (Dulac, 2001; Dulac et Laliberté, 2003; Rickwood et Braithwaite, 1999). Le Rapport sur les données publiques (Roy *et al.*, 2015), qui dresse un portrait de l'utilisation des services psychosociaux, semble également sous-entendre une difficulté chez bon nombre d'hommes à consulter. Dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les hommes seraient, en proportion, moins nombreux que les femmes en 2009-2010 à déclarer avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois (70,1% c. 84,6%) (MSSS, 2011). Ils seraient d'ailleurs moins nombreux qu'elles à avoir un médecin de famille. Concernant les consultations à l'urgence, les données sont

contradictoires entre les études, certains auteurs affirmant que les hommes consultent plus que les femmes dans ce contexte, alors que d'autres n'observent pas de différence significative entre les sexes (Lajeunesse *et al.*, 2013; Roy *et al.*, 2015). Par ailleurs, selon les données recueillies auprès de la population montréalaise, les hommes consulteraient également moins en CLSC, particulièrement pour des problèmes de santé mentale (Lajeunesse *et al.*, 2013).

Selon Sierra-Hernandez, Han, Oliffe et Ogrodniczuk (2014), l'attitude réfractaire de plusieurs hommes envers la demande d'aide serait un problème de santé majeur à l'échelle sociétale, puisqu'une demande d'aide précoce améliore les chances de guérison et de survie, en plus de permettre l'utilisation d'interventions moins intensives et de réduire les coûts des soins prodigués.

1.3.2. Les facteurs individuels influençant la demande d'aide

Devant ce constat, plusieurs auteurs se sont d'ailleurs intéressés aux raisons pour lesquelles bon nombre d'hommes auraient de la difficulté à demander de l'aide. Pour commencer, certaines caractéristiques individuelles présentes chez les hommes pourraient expliquer, du moins en partie, ce phénomène. D'abord, plus un individu serait à l'aise à se dévoiler, plus élevée est la probabilité de voir favorablement l'aide psychosociale (Voguel et Wester, 2003). À l'inverse, un homme qui, en plus de se sentir inconfortable, ne verrait pas d'avantages à révéler ses sentiments serait moins sujet à consulter. Lajeunesse *et al.* (2013) soutiennent pourtant que plusieurs hommes manquent de motivation, font preuve d'agressivité, sont réticents à se confier et ont de la difficulté à reconnaître et à exprimer leurs besoins. De plus, les hommes seraient généralement moins sensibles à leurs symptômes de malaise, ce qui se traduirait par une estimation plus positive de leur santé mentale (Möller-Leimkühler, 2002; Tremblay *et al.*, 2014). Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que si certains hommes estiment leur santé mentale comme étant généralement bonne ou excellente, il est normal que ceux-ci ne voient pas la nécessité de consulter, malgré la présence de problèmes.

1.3.3. La demande d'aide et la socialisation masculine

L'attitude réfractaire de plusieurs hommes à l'égard de la demande d'aide pourrait également s'expliquer par une incompatibilité entre celle-ci et les rôles associés au genre

masculin (Dulac, 2001). En effet, des comportements tels que l'agressivité, le contrôle de ses émotions, la dominance et l'autonomie, associés aux normes de socialisation masculine, entreraient en conflit avec le contexte de relation d'aide, qui demande le dévoilement de soi, l'expression de ses émotions et la vulnérabilité. Pour plusieurs hommes, le fait de demander de l'aide est ainsi vu comme une faiblesse, ce qui fait en sorte qu'ils préfèrent parfois renoncer à l'aide plutôt que de paraître faibles aux yeux des autres (Sierra-Hernandez *et al.*, 2014). Selon Voguel, Wester, Hammer et Downing-Matibab (2014), la crainte d'être stigmatisé en avouant à son entourage ses difficultés sur le plan psychosocial serait un facteur explicatif majeur de la difficulté de certains hommes à demander de l'aide. L'importance de ce facteur est toutefois nuancée dans l'étude de Schechtman, Voguel et Maman (2010), stipulant que ce serait plutôt l'attitude de l'homme envers la thérapie qui serait le principal prédicteur de la demande d'aide.

De plus, la socialisation masculine ferait en sorte que les hommes sont moins sensibles aux signes précurseurs d'une situation de crise ou d'un problème de santé et prendraient plus de risque que ne le font les femmes (Dulac, 1997 cité dans Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004). Par ailleurs, selon l'étude de Hammer, Voguel et Heimerdinger-Edwards (2013), le fait qu'un individu perçoive négativement ceux qui font appel à de l'aide psychosociale serait significativement associé à une plus grande difficulté à consulter pour ses propres problèmes psychosociaux. Parallèlement, l'étude de Mo et Mak (2009) suggère qu'une attitude favorable à l'aide psychosociale est un prédicteur majeur de la demande d'aide. Selon ces mêmes auteurs, l'impression que l'individu a un contrôle sur le problème qui lui arrive serait également un prédicteur de la demande d'aide.

1.3.4 Les facteurs reliés à l'offre de service

Certaines caractéristiques attribuables aux établissements offrant de l'aide psychosociale semblent aussi expliquer la difficulté à demander de l'aide chez une majorité d'hommes. En effet, plusieurs facteurs reliés à l'organisme d'aide pourraient influencer la demande d'aide des hommes (Lemay et Villeneuve, 2006). Parmi ceux-ci, la proximité géographique de l'organisme avec la résidence du demandeur d'aide, le coût des services, la visibilité de l'organisme et la présence d'intervenants formés spécifiquement pour intervenir auprès d'une clientèle masculine seraient tous des facteurs pouvant faciliter la

demande d'aide (Turcotte *et al.*, 2002; Lemay et Villeneuve, 2006). En CSSS, plusieurs intervenants mentionneraient d'ailleurs ne pas être à l'aise d'intervenir auprès d'hommes (Lajeunesse *et al.*, 2013). La rapidité avec laquelle l'organisme est en mesure d'offrir des services serait aussi un facteur favorisant la demande d'aide chez l'homme (Turcotte *et al.*, 2002). Fait intéressant, selon ces mêmes auteurs, le fait d'avoir déjà eu recours à de l'aide professionnelle faciliterait la demande d'aide par la suite si le service reçu avait été satisfaisant. La majorité des hommes ont aussi tendance à aller chercher de l'aide chez des organismes dont ils ont déjà obtenu des services par le passé. Selon Tremblay *et al.* (2004), les organismes d'aide présentement en place ne seraient toutefois pas toujours bien adaptés à la réalité des hommes québécois, ce qui pourrait faire en sorte que la demande d'aide des hommes ne soit pas entendue. Parallèlement, la majorité des CSSS n'offriraient pas de services spécialisés pour les hommes (Lajeunesse *et al.*, 2013). Selon plusieurs auteurs (Smith, Tran et Thompson, 2008; Addis et Mahalik, 2003; Brooks, 1998), le fait de proposer des formats d'aide psychosociale entrant moins en contradiction avec les valeurs masculines dites traditionnelles influencerait positivement l'intention de consulter.

1.3.5. Les différences entre les hommes en ce qui a trait à la demande d'aide

Il semble toutefois important de mentionner qu'il existe des différences importantes entre les hommes, en ce qui a trait à la demande d'aide. Pour commencer, le fait de vivre en milieu rural serait significativement relié à une attitude plus négative à l'égard de l'aide psychosociale et à une plus grande crainte d'être stigmatisé en demandant de l'aide (Gunell et Martin, 2004). Les auteurs expliquent que cela pourrait être lié au manque de confidentialité dans les milieux ruraux. Dans la même veine, le revenu, de même que le niveau d'éducation, influencerait aussi l'attitude des hommes. Le fait d'avoir une plus longue scolarité et d'avoir un niveau socioéconomique plus élevé se traduirait par des comportements moins stéréotypés et, ultimement, par une plus grande ouverture à l'égard de la thérapie (Nadeem *et al.*, 2007, cité dans Hammer *et al.*, 2013; Tremblay *et al.*, 2015). Selon ces mêmes auteurs, les hommes à faible revenu craindraient davantage le fait d'être stigmatisés s'ils consultaient.

1.4. L'isolement social

1.4.1. Les effets du soutien social et de l'isolement social sur le bien-être

Bien que les écarts de santé entre les hommes et les femmes (notamment en ce qui a trait au suicide) semblent être liés notamment à une difficulté à demander de l'aide chez plusieurs hommes, d'autres facteurs tels que l'isolement social et le soutien social semblent avoir aussi un impact sur la santé des hommes.

Selon Boucher et Laprise (2001), le soutien social peut se définir comme « un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation (coping), l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif (réel) ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales ». Pour Vaux (1992, traduction libre p. 193), « le soutien social serait plutôt le processus par lequel les individus utilisent les ressources de leur environnement comme complément à leurs ressources personnelles, afin de répondre à des exigences et atteindre des buts ». C'est toutefois la définition de Cohen *et al.* (cités par Caron et Guay, 2005), qui correspond le mieux à ce qui est mesuré dans ce projet de mémoire. Ils définissent le soutien social comme l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, échange effectué dans le but de répondre aux besoins d'un proche. Les besoins de la personne aidée reposent ici sur la perception des non-professionnels. Cette conception est particulièrement intéressante puisqu'elle spécifie d'abord que le soutien est offert par les membres du réseau « informel » (aussi appelé réseau naturel) référant à des membres de l'entourage tels que la famille ou les amis, ce qui constitue la population ciblée par ce projet de mémoire. De plus, la définition de ces derniers, contrairement à celle de Vaux, n'est pas centrée sur l'individu directement, mais bien sur la perception de la part du réseau social que l'individu a besoin d'aide. Comme ce projet s'intéresse au point de vue de membres du réseau social dans le processus de demande d'aide d'un proche masculin en difficulté, il paraît donc avantageux d'inclure cette composante.

Berkman et Syme (1985, cité dans Caron et Guay, 2005) stipulent que le taux de mortalité et de morbidité serait supérieur chez les personnes isolées sur le plan social, et ce, même lorsque l'on contrôle plusieurs facteurs, dont la santé de celles-ci, ce qui peut contribuer à expliquer ce phénomène. Dans la même veine, les résultats de l'enquête sur la

santé canadienne de 2004 démontreraient que les dimensions du soutien social seraient de puissants prédicteurs de la détresse psychologique et du bien-être, et ce, indépendamment du revenu ou de la classe sociale (Caron et Guay (2004). Selon Wester (2007), la détresse psychologique serait significativement liée à l'absence de soutien social. Parallèlement, le manque de soutien social serait aussi un facteur de risque pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux (le trouble de stress post-traumatique) et pour la schizophrénie (Caron et Guay, 2005).

1.4.2. Portrait de l'isolement social chez les hommes québécois

Les effets néfastes de l'isolement social sont particulièrement préoccupants lorsque l'on sait que ce phénomène semble être particulièrement présent chez bon nombre d'hommes. En effet, un homme sur sept (13,9%) rapporte ne pas disposer d'un niveau élevé de soutien social comparativement à une femme sur 10 (10,2%). En proportion, selon le Rapport sur les données publiques (Roy *et al.*, 2015), les hommes sont moins nombreux que les femmes à déclarer ne pas bénéficier d'un niveau de soutien social élevé, du moins jusqu'à l'âge de 65 ans (MSSS, 2001). Dans le groupe des 30 à 49 ans, 1,7 fois plus d'hommes que de femmes auraient déclaré vivre seuls (en 2011). Dans la même veine, les écarts de santé physique et mentale entre les hommes qui obtiennent du soutien et les hommes qui n'en obtiennent pas seraient plus élevés que les écarts entre les femmes avec et sans soutien (Denton et Walters, 1999; Lee, DeMaris, Bavin et Sullivan, 2001, cité dans Tremblay *et al.*, 2004). Parallèlement, d'autres données publiques révèlent que la proportion des hommes considérant ne pas bénéficier d'un niveau de soutien social élevé est supérieure à celle des femmes, et ce, quel que soit le groupe d'âge. Ce serait surtout chez les jeunes que l'écart selon le sexe est le plus prononcé (Pica *et al.*, 2013 cité dans Roy *et al.*, 2015). Par exemple, chez les jeunes âgées entre 15 et 29 ans, deux fois plus de garçons que de filles (8,6% c. 4,3%) estiment, en 2009-2010, avoir un soutien social qualifié de faible ou de modéré (Institut de la statistique du Québec, 2014 cité dans Roy *et al.*, 2015). Or, les hommes ne pouvant pas compter sur un réseau de soutien efficace constituent un groupe particulièrement à risque. Roy *et al.* (2015) mettent en évidence le fait que, de façon générale, les réseaux sociaux des hommes sont moins soutenant que ceux des femmes. La qualité plus faible des liens sociaux de certains hommes a une influence négative sur leurs conditions de santé et de bien-être.

1.4.3. La perception de soutien social

Alors que plusieurs études démontrent le lien entre le soutien social et le bien-être (et la santé), d'autres auteurs croient que c'est la perception de soutien social qui serait un facteur déterminant afin de prédire la santé ou le bien-être. Pour plusieurs, dont Baldwin, Keelan, Fehr, Enns et Koh-Rangarajoo (1996), la perception chez l'individu qu'il peut avoir de l'aide en cas de problème serait liée plus directement au bien-être que l'aide réellement reçue par le réseau de soutien. Selon Houle *et al.* (2005), les hommes ayant tenté de se suicider auraient un réseau social de taille équivalente à celui des hommes n'ayant pas fait de tentative, mais percevrait moins de soutien de la part de ce réseau. Fait intéressant, il y aurait ainsi peu de lien entre la perception d'aide reçue et la quantité d'aide objectivement reçue (Devault et Fréchette, 2002). Les hommes percevant davantage de solitude auraient aussi plus de chance d'avoir des idées suicidaires (Houle, Mishara et Chagnon, 2005). D'ailleurs, les hommes ayant tenté de s'enlever la vie dans la dernière année percevaient moins de soutien disponible dans leur entourage, en comparaison avec les hommes n'ayant pas fait de tentative dans la dernière année et ce, peu importe le type de soutien.

1.5 L'effet du soutien social sur la demande d'aide

La difficulté à demander de l'aide, de même que l'absence d'un réseau de soutien sont toutes deux liées aux problèmes de santé présents chez les hommes. Certains auteurs ont toutefois cherché à savoir si le réseau de soutien pouvait avoir un impact sur la demande d'aide et donc, ultimement, sur les problèmes de santé des hommes.

Pour commencer, Wester, Christian, Vogel et Wei (2007) considèrent que le soutien social diminue les conséquences négatives associées à certains comportements normalement prohibés, tels que l'expression des émotions ou de la souffrance. Le soutien social ferait en sorte que les hommes se sentent plus à l'aise de demander de l'aide, ce qui diminuerait la détresse psychologique. Le lien de cause à effet ne peut toutefois pas être vérifié avec certitude. À cet effet, Sierra-Hernandez *et al.* (2014) ont relevé que les hommes qui perçoivent que leur réseau social a une attitude positive à l'égard de la dépression (chez l'homme) et de la psychothérapie auraient tendance à consulter plus aisément.

De plus, Houle *et al.* (2005) mentionnent que d'avoir parlé à un membre de son réseau social à la suite d'un événement difficile vécu dans la dernière année est associé à un risque cinq fois moins élevé de faire une tentative de suicide dans cette même année. Dans l'étude de Cusack *et al.* (2004), la grande majorité (96%) des hommes a déclaré avoir été influencée par au moins un proche dans leur décision de chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé. Fait plus important encore, 37% d'entre eux ont déclaré qu'ils n'auraient pas cherché d'aide n'eut été de l'influence de leurs d'un proche. Souvent, ce sont les proches (plus souvent la conjointe) qui entament la demande d'aide chez bon nombre d'hommes (Dulac, 2001; Dulac et Laliberté, 2003). Le soutien social d'une majorité d'hommes hétérosexuels en couple proviendrait d'ailleurs principalement de leur conjointe (Tremblay *et al.*, 2004; Tremblay *et al.*, 2015). Cela explique notamment pourquoi l'absence de partenaire amoureux serait associée à un risque suicidaire plus élevé (Houle *et al.*, 2005).

Selon Turcotte *et al.* (2002), bon nombre d'hommes iraient consulter des services professionnels à la suite des pressions de la part de leurs proches ou de la perte d'un être cher. À cet égard, Hammer et Voguel (2013) indiquent que la volonté de rechercher de l'aide professionnelle en cas de besoin serait principalement liée à des variables présentes dans l'environnement, notamment la pression sociale, plus qu'à un choix intentionnel et raisonné.

Bien que la conjointe et la famille rapprochée constituent le groupe le plus souvent mentionné lors de la demande d'aide, les amis, la famille éloignée, la belle-famille, les collègues de travail ou les voisins peuvent aussi contribuer à faciliter la demande d'aide chez les hommes. De plus, le réseau naturel de plusieurs hommes serait très actif quand vient le temps de reconnaître et résoudre les problèmes vécus par les hommes (Dulac et Laliberté, 2003). Le fait d'avoir un proche ayant déjà eu recours à de l'aide psychologique, ou ayant une vision positive de l'aide psychologique, serait par ailleurs associé à une plus grande intention de demander de l'aide en cas de besoin (Voguel *et al.*, 2007). L'attitude de l'homme à l'égard de l'aide psychosociale dépendrait donc partiellement des personnes qui l'entourent

Cependant l'effet du soutien social est toutefois encore peu connu dans la littérature scientifique. Certaines recherches auraient d'ailleurs démontré qu'il peut avoir un effet négatif sur le bien-être (Devault et Fréchette, 2002). Solky-Butzel et Ryan (1997) ont constaté que, pour certaines personnes, l'obtention de soutien de la part d'un proche diminuerait le sentiment de compétence, puisqu'elles ont l'impression d'avoir échoué en ne résolvant pas par elles-mêmes leur problème. Dans la même veine, la recherche d'aide pourrait provoquer un sentiment de honte et de vulnérabilité chez la personne en besoin (Devault, Péladeau et Bouchard, 1992). L'épuisement du réseau naturel, notamment auprès de personnes souffrant de toxicomanie, pourrait aussi nuire à la demande d'aide (Dulac et Laliberté, 2003; Houle *et al.*, 2005). Selon Cusack *et al.* (2004), le soutien social aurait seulement une influence marquée lors de la première demande d'aide, alors que c'est plutôt l'impression que les services psychologiques reçus ont été aidants qui prédiraient le mieux les demandes d'aide subséquentes.

Pour ce qui est du suicide, l'aide du réseau naturel dépend de la capacité de celui-ci à reconnaître les signaux relatifs au suicide (changement de comportements, trouble du sommeil, don d'objets significatifs, etc.). Il peut s'avérer également difficile pour les proches d'aider un homme en difficulté, puisque, selon Dulac et Laliberté (2003), plusieurs hommes auraient tendance à aborder des sujets plus positifs et à ne pas exprimer leurs émotions négatives, ce qui ferait en sorte que les signaux de détresse sont souvent difficiles à détecter par le réseau social. Malgré tout, le Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (2012) mentionne, à cet effet, que l'entourage peut également prévenir les actes homicides commis par des hommes. À cet égard, l'étude de Yuet-Wah-Yeung *et al.* (2013) permet aussi d'apporter un certain éclairage sur le rôle des proches à la suite de l'exploration du parcours de soin de trois individus d'origine chinoise ayant un trouble mental grave. Ainsi, à l'instar des hommes, les personnes issues de la communauté chinoise utilisent moins les services que la population générale et semblent attendre que la situation soit dégradée avant de faire appel aux services d'aide. Les résultats de l'étude indiquent toutefois que les proches peuvent accélérer le processus de demande d'aide et d'accès au soin, à condition qu'ils aient une connaissance des troubles mentaux et des ressources existantes.

1.6 Pertinence de la recherche pour la pratique et les connaissances

À la lumière de la recension des écrits, il semble clair que l'approfondissement des connaissances concernant le rôle du réseau social des hommes est pertinent à l'amélioration du bien-être chez cette population. En effet, plusieurs problèmes reliés au bien-être semblent plus présents chez les hommes, dont celui du passage à l'acte suicidaire qui est particulièrement préoccupant de par sa prévalence et ses effets importants. La difficulté chez de nombreux hommes à demander de l'aide et le fait que plusieurs d'entre eux soient isolés socialement pourraient expliquer les écarts de santé chez les hommes.

La majorité des études sur le sujet indique par ailleurs que le réseau social a une incidence sur la demande d'aide et, plus globalement, sur le bien-être. Bon nombre d'hommes demeurent réfractaires à se confier à un professionnel et ont besoin du support de leur entourage pour amorcer un processus de demande d'aide. Les connaissances disponibles laissent supposer que les membres du réseau social sont souvent les premiers à voir les signes précurseurs d'une crise de nature psychosociale et à pouvoir intervenir, lorsqu'ils en ont les outils. Des actes aux conséquences tragiques tels que le suicide et l'homicide intrafamilial pourraient ainsi être évités (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012). Or, si les quelques recherches réalisées à ce jour, surtout qualitatives, permettent de mieux comprendre le rôle du réseau social dans le processus de demande d'aide des hommes, force est de constater que ces études n'ont pas exploré les moyens et les stratégies utilisés par les proches afin d'en arriver à faciliter la demande d'aide et le contexte dans lequel les proches décident d'intervenir. Pourtant, ces informations sont toutefois cruciales à une compréhension globale de ce phénomène. Plus encore, elles peuvent permettre de mieux soutenir les proches et de donner des indications plus claires à ceux-ci quant aux actions à poser pour soutenir une demande d'aide formelle et aider un homme de leur entourage qui vit des difficultés importantes.

1.7 Limites méthodologiques des études actuelles

Dans la majorité des études consultées sur le soutien social ou la demande d'aide chez l'homme, la petite taille de l'échantillon utilisée est une limite importante. L'une des limites des études portant sur les effets du soutien social est que ce concept n'a pas encore de définition universelle, ce qui fait en sorte que les méthodes pour l'évaluer demeurent

imprécises (Boucher et Laprise, 2001). Tel que mentionné par Cusack *et al.* (2004), peu d'études ont d'ailleurs tenté d'expliquer le processus par lequel le soutien social influence la demande d'aide, la majorité d'entre elles ayant mis l'accent sur ce qui influence les hommes à demander de l'aide sans identifier les moyens utilisés. À cet égard, l'étude qualitative menée par Yuet-Wah-Yeung *et al.* (2013) a tenté de jeter un éclairage sur le processus d'influence des proches, mais la petite taille de l'échantillon (trois participants) et le fait que l'étude se penche sur la trajectoire d'immigrants chinois rend difficile l'inférence à une population différente, soit celle des hommes. Une troisième limite constitue le manque de variété sur le plan culturel dans les échantillons qui rend impossible la généralisation des données à d'autres cultures, ce qui est problématique lorsque l'on sait que la relation entre les conjoints varie selon les cultures (Cusack *et al.*, 2004). Dans l'étude de Voguel *et al.* (2007), le fait que l'on utilise uniquement des mesures rapportées par les participants implique qu'un biais est possible. En effet, les participants peuvent vouloir présenter une image plus positive d'eux-mêmes, ou encore omettre certains faits de façon volontaire ou involontaire. La présente étude vise à contribuer à certaines de ces lacunes, notamment en s'intéressant aux observations qui ont amené un proche à intervenir auprès d'un homme en difficulté et aux stratégies et moyens que ces personnes ont mis en place pour soutenir la demande d'aide formelle par la suite.

CHAPITRE 2 – CADRE THÉORIQUE

Plusieurs modèles ont été développés afin d'illustrer et comprendre le processus de la demande d'aide. Parmi ceux-ci, on retrouve le modèle transthéorique élaboré en 1985 par Prochaska et ses collègues (West, 2005). Selon celui-ci, l'individu passe à travers différentes étapes de prise de décision avant d'opérer un changement de comportement (Prochaska et Velicer, 1997). Le modèle transthéorique a d'abord été employé en psychologie afin d'expliquer le processus par lequel l'individu ayant un problème de dépendance à une substance en arrive à modifier ses habitudes de consommation avec ou sans l'aide d'un professionnel. Ce modèle est maintenant appliqué dans différents contextes, certains le considérant dorénavant comme un modèle universel (Rondeau, Lindsay, Brochu et Brodeur, 2006). Le modèle transthéorique s'articule autour de quatre grands concepts, soit : a) les stades de changement, b) les stratégies de changement, c) la balance décisionnelle et d) le sentiment d'efficacité personnelle.

2.1 Les stades de changement

Pour ce qui est des stades de changement, ce modèle décline le processus de changement en cinq stades, soit : 1) la précontemplation, 2) la contemplation, 3) la préparation, 4) l'action et 5) le maintien.

Au cours de la première étape, l'individu n'a pas l'intention de procéder à un changement, du moins à court ou moyen terme (les auteurs parlent des 6 prochains mois environ) (West, 2005). Il ne voit pas les effets négatifs de son comportement et évite d'y penser, étant peu ou pas informé à propos du problème qu'il vit et de ses conséquences (Prochaska et Velicer, 1997). L'individu a également tendance à diminuer l'ampleur et les conséquences de son problème (Rondeau *et al.*, 2006). Dans le contexte de ce mémoire, un homme se trouvant au stade de la précontemplation ne verrait donc pas l'intérêt de demander de l'aide, puisqu'il ne pense pas que ses difficultés nécessitent un changement de comportement. À ce stade, c'est plus souvent l'entourage de l'homme qui perçoit le problème et ses effets néfastes. Par exemple, on peut penser qu'un employeur peut

remarquer la baisse de productivité ou les changements de comportement d'un employé, même si ce dernier ne reconnaît pas qu'il a un problème.

Au second stade, celui de la contemplation, l'individu pense adopter un nouveau comportement dans les six prochains mois, ayant davantage pris conscience des avantages et des inconvénients associés à sa situation. La différence majeure avec le stade précédent est donc qu'il reconnaît avoir un problème. Il ressent souvent de l'ambivalence par rapport aux conséquences associées au fait de demeurer dans le *statu quo* ou d'adopter un nouveau comportement, ce qui implique qu'il peut se maintenir pour une grande période de temps à l'intérieur de ce stade (Prochaska et Velicer, 1997). Pour ce qui est de la demande d'aide, plusieurs hommes peuvent parfois reconnaître certains aspects positifs à consulter un professionnel pour régler une difficulté, mais l'obligation d'exprimer ses émotions, la crainte de paraître vulnérable ou d'être jugé par son entourage peut venir compromettre la demande d'aide à court terme, puisque ces actions peuvent paraître plus souffrantes que le problème motivant la demande d'aide (Dulac, 2001). À ce stade, les membres du réseau social ne peuvent pas toujours intervenir directement sur le comportement problématique, mais le simple fait d'entretenir une vision positive de leur proche en difficulté peut amener ce dernier à avoir une vision plus positive de lui-même et ainsi à vouloir entreprendre des actions concrètes pour prendre soin de lui (« self-care ») (Wagner, Burg et Sirois, 2004). À l'inverse, un réseau social moins soutenant pourrait amener l'homme en difficulté à ne pas voir l'intérêt d'adopter des comportements bons pour sa santé, physique ou mentale. La prise de conscience des effets ou conséquences sur les proches (par exemple les enfants) peut aussi contribuer, à cette étape, à développer une motivation à s'insérer dans un processus de changement et à demander de l'aide.

La troisième étape est celle de la préparation, au cours de laquelle l'individu a l'intention de prendre des actions immédiates ou à court terme afin de modifier son comportement, ayant surmonté l'ambivalence présente à l'étape de la contemplation (Rondeau *et al.*, 2006). Ce dernier a également identifié des moyens afin d'y arriver (Prochaska et Velicer, 1997). À cette étape, l'individu a généralement l'impression qu'il a un pouvoir sur le comportement malsain qu'il souhaite changer, ce qui le motive davantage au changement, en comparaison avec les étapes précédentes (West, 2005). Dans le cadre de

cette recherche, c'est à ce moment que l'homme entame sa recherche des ressources d'aide disponibles, demande l'avis de ses proches sur ces dernières et essaie certains services d'aide, sans débiter un suivi comme tel. Certains hommes attendent que leur situation atteigne un niveau critique avant de demander de l'aide (Dulac, 2001; Dulac et Laliberté, 2003; Rickwood et Braithwaite, 1999). L'inconfort vécu par la crise devient à ce moment supérieur à l'inconfort vécu par le contexte de relation d'aide (exprimer sa souffrance, montrer sa vulnérabilité, etc.). Il est possible de supposer qu'à cette étape, les membres du réseau social peuvent faciliter le processus de préparation en partageant leur propre expérience avec un type de professionnel ou d'organisme. Ils peuvent aussi accompagner leur proche en difficulté lors de la visite de l'organisme ou de la rencontre d'accueil.

L'étape subséquente est celle de l'action. Rendu à cette étape, l'individu a entrepris depuis environ six mois des actions concrètes et observables afin de modifier ses comportements (Prochaska, 1995). Il a aussi fait des efforts pour modifier ses cognitions et ses croyances concernant le problème et pour modifier son environnement de manière à faciliter le changement (Rondeau *et al.*, 2006). Dans le cadre de ce projet de mémoire, un homme étant à l'étape de l'action consulte donc un professionnel de manière active et applique des stratégies développées dans le cadre de cette relation d'aide. On peut penser que les proches peuvent alors encourager l'homme à poursuivre sa démarche et constater des changements de comportement ou d'attitude chez lui.

Les auteurs parlent ensuite de l'étape du maintien : l'individu a fait des changements notables, il a adopté des habitudes de vie saines et travaille maintenant à éviter de reproduire les anciens comportements qu'il jugeait mauvais pour sa santé physique ou mentale. Traditionnellement, les objectifs de ce stade sont le maintien des acquis et la prévention de la rechute (Prochaska, 1995). Selon Prochaska et Velicer (1997), la majorité des individus retourneraient plusieurs fois à des stades antérieurs avant de pouvoir atteindre cette étape, ce qui consolide l'idée selon laquelle le processus des étapes n'est aucunement linéaire (voir annexe a). Point intéressant dans ce modèle, le retour à un stade antérieur ne signifie pas que l'individu a perdu tous ses acquis, puisque ce dernier peut apprendre de ses efforts afin de progresser à travers les étapes (Rondeau *et al.*, 2006). Pour sa part, on peut

penser que les proches encouragent le maintien des comportements sains et, en cas de récurrence, soutiennent la reprise du processus thérapeutique.

2.2 Les stratégies utilisées

Selon les auteurs du modèle transthéorique, l'individu a recours à dix stratégies de changement afin de progresser d'un stade à l'autre. On peut regrouper ces stratégies en deux grandes familles. La première est celle des stratégies expérientielles, telles que : la prise de conscience, le soulagement dramatique lié à l'expression des sentiments des émotions, la réévaluation de soi et de l'environnement, ainsi que la libération sociale. Ce regroupement de stratégies a comme point commun de se centrer sur le processus du langage afin d'opérer un changement. La seconde famille regroupe les stratégies comportementales, qui comprennent la libération personnelle (c.-à-d. faire des choix), le contre-conditionnement, le contrôle des stimuli, la gestion des conséquences et la relation d'aide. Ces dernières ont pour base les thérapies de type comportemental (Rondeau *et al.*, 2006).

2.3 La balance décisionnelle

Le troisième concept principal du modèle transthéorique est la balance décisionnelle. Ce concept implique essentiellement que l'individu analyse les coûts et les bénéfices d'une situation avant de prendre une décision. Ce serait uniquement lorsque les bénéfices de procéder à un changement de comportement surpasseraient les coûts aux yeux de l'individu que ce dernier procéderait à un réel changement. Selon Prochaska *et al.* (1994, cité dans Rondeau *et al.*, 2006), la majorité des individus se trouvant dans les stades de la précontemplation ou de la contemplation estimerait davantage de coûts que de bénéfices à changer, alors que ceux étant à l'intérieur des stades de l'action et du maintien voient plutôt l'inverse. Dans le cadre de ce projet de mémoire, il sera question de savoir de quelle façon les proches arrivent à jouer un rôle dans cette balance décisionnelle et dans quelle mesure ceux-ci peuvent apporter des arguments en faveur du changement. En ce sens, est-ce que les proches peuvent aussi contribuer à réduire les aspects négatifs reliés à la demande d'aide et au changement, et ainsi faciliter le passage de l'homme à travers les différents stades de changement ?

2.4 Le sentiment d'efficacité personnelle

Le concept de sentiment d'efficacité personnelle réfère au fait que la motivation de l'individu dans le processus de changement est intimement liée à son sentiment d'avoir la capacité d'opérer un changement et de maintenir le changement à long terme (Rondeau *et al.*, 2006). Comme c'est le cas pour la balance décisionnelle, le sentiment d'efficacité personnelle est également en lien avec les stades de développement, puisque les individus se trouvant dans les premiers stades auraient moins confiance en leur capacité de modifier leurs comportements, en comparaison avec les individus se trouvant dans les stades subséquents. Cette recherche vise à décrire les diverses stratégies employées par les proches afin de susciter un sentiment d'efficacité personnelle chez l'homme et ainsi l'aider à demander de l'aide pour son ou ses problèmes.

Bref, ce mémoire tente d'observer à quelle étape l'intervention ou les interventions faites par le réseau social ont été faites, et quelles ont été les répercussions de celles-ci sur le processus de changement de l'homme. En d'autres termes, comment les actions posées par les proches ont-elles pu amener l'homme aidé à franchir les différents stades de changement.

CHAPITRE 3 – MÉTHODOLOGIE

3.1 L'approche privilégiée

Ce mémoire s'inscrit dans une perspective constructiviste, c'est-à-dire qu'il s'intéresse à la compréhension des membres du réseau social quant à leur implication dans la demande d'aide des hommes. Selon ce paradigme épistémologique, il existe un nombre incalculable de réalités, formées à partir de l'expérience unique de chacun (Guba et Lincoln, 1994). À cet égard, la littérature scientifique s'articulant autour du rôle du réseau social dans la demande d'aide s'est, jusqu'à présent, surtout centrée sur le point de vue de la personne aidée, ignorant ainsi l'expérience vécue par les proches, acteurs généralement cruciaux dans la demande d'aide chez les hommes (Cusack *et al.*, 2004; Dulac, 2001; Dulac et Laliberté, 2003; Wester *et al.*, 2007). Ce mémoire cherche ainsi à savoir ce qui, à leurs yeux, peut faciliter ou à l'inverse inhiber la demande d'aide chez un homme en difficulté et comment ces aidants ont vécu cette expérience. Ce mémoire ne vise donc pas à dresser une liste d'interventions efficaces afin de stimuler la demande d'aide, mais bien à explorer les divers moyens entrepris par les proches pour venir en aide à un homme en difficulté dans leur réseau social, et ce, à l'aide d'une démarche inductive.

3.2 Le type de recherche

Cette recherche est de type exploratoire, puisqu'elle vise à améliorer les connaissances concernant le processus par lequel les proches influencent la demande d'aide chez un homme en difficulté, sans toutefois tenter d'identifier des variables précises comme le ferait une recherche plus descriptive (Yegidis et Weinbach, 2006).

3.3 Population à l'étude

La population visée par cette étude est les membres du réseau social d'un homme en difficulté ayant soutenu ce dernier pour chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé et des services sociaux. Les membres du réseau social doivent être adultes (18 ans et plus) et estimer avoir influencé la demande d'aide d'un homme de leur entourage dans le

besoin. L'homme en question doit également être adulte, puisque la démarche de demande d'aide chez les personnes d'âge mineur est relativement différente, ne serait-ce que sur le plan du consentement.

3.4 Échantillonnage

Ce mémoire repose sur un échantillonnage de cas multiples, plus précisément par contraste-saturation, auprès de huit volontaires. Afin d'assurer une plus grande représentativité des données, les répondants de l'échantillonnage ont été choisis de manière à offrir un point de vue diversifié sur la problématique. Dans cet objectif, l'échantillonnage varie en ce qui a trait à la nature du lien du proche avec l'homme aidé. En effet, pour quatre répondants, leur expérience d'aide la plus marquante a été auprès de leur conjoint. Parmi ces quatre répondants, un a également aidé un ami proche. Cette expérience d'aide était tout aussi marquante que l'aide apportée à son conjoint, ce qui fait que les deux expériences ont été incluses dans le mémoire. Un autre répondant a aidé principalement son père, bien que par le passé il ait aidé, d'une manière moins active, un conjoint. Les trois autres participants sont respectivement venus en aide à leur fils, leur frère et leur ami. L'échantillon est ainsi constitué de membres de la famille (conjoint(e), parents, frères ou enfants), et d'amis. Ces deux groupes de soutien correspondent d'ailleurs à deux des trois échelles du *Perceived Social Support Scale* (PSSS) élaboré par Zimet *et al.* (1990). Aucun participant ne correspondait à la troisième échelle du soutien social de ces derniers, soit des proches ayant un lien moins direct avec la personne aidé, ce qui incluent notamment des collègues de travail, des voisins, etc.

L'échantillonnage compte au final six femmes et deux hommes ayant aidé d'une manière qu'ils jugent significative un homme de leur réseau social. L'âge des répondants est plutôt varié, allant de 23 à 69 ans, la majorité des répondants étant toutefois dans la mi-vingtaine. Sept participants sur huit étaient d'origine québécoise et parlaient principalement le français. L'autre participant est né en Amérique latine. De plus, la totalité des répondants de cette étude a complété des études collégiales, et sept des huit rencontrés ont complété des études universitaires, ou sont en voie de le faire. Trois des participants ont mentionné avoir suivi au moins un cours en psychologie ou en relation d'aide durant leur parcours scolaire.

Pour ce qui est des hommes aidés par les participants de ce mémoire, l'âge au moment de l'expérience de demande d'aide est également très hétérogène : le plus jeune avait environ 20 ans, alors que le plus vieux avait 67 ans. La totalité des hommes aidés sont d'origine québécoise et ont comme langue maternelle le français. Sept des huit hommes aidés vivent en milieu urbain. Finalement, l'expérience de demande d'aide datait de plus ou moins un an pour l'ensemble des participants.

3.5 Mode de collecte des données

La collecte de données a été effectuée à partir d'entrevues semi-structurées, en face à face, selon le modèle inspiré de celui utilisé par Yeung-Wah- *et al.* (2013) dans leur étude sur le rôle des proches dans la demande d'aide d'immigrants chinois ayant un trouble mental grave. Il n'y a eu qu'un seul temps de mesure. Les données se basent essentiellement sur la mémoire des participants. Le choix d'avoir un seul temps de mesure semble adéquat pour répondre à l'objectif de l'étude, malgré les limites que cela peut engendrer sur le plan de l'analyse. La grille d'entrevue utilisée afin de collecter les données est disponible en annexe (voir annexe b).

3.6 Recrutement

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de participants recrutés par courriel à partir de la liste d'envoi de l'Université Laval. Une publicité a également été affichée à l'intérieur de l'Université Laval (voir annexe c). Cette même affiche a aussi été envoyée à des organismes venant en aide aux hommes, plus particulièrement Autonomie, le Réseau Hommes Québec (RHQ), Partage au Masculin et le Groupe d'Aide aux Personnes Impulsives (GAPI). Le choix de recruter auprès d'organismes s'adressant aux hommes (et non aux proches) repose sur le fait que plusieurs hommes ayant fait une demande d'aide peuvent vouloir que le proche qui les a aidés d'une manière significative parle de son expérience. Dans ce contexte, la description de l'étude a été faite par téléphone auprès du proche, après que celui-ci ait contacté l'étudiant-chercheur. Pour la même raison, le recrutement s'est aussi étendu au Centre de prévention du suicide de Québec (CPS) et au Centre de crise de Québec (CCQ), ainsi qu'à des organismes venant en aide aux proches de

personnes ayant un trouble mental, soit La Boussole et le Cercle-Polaire. Tous ces organismes communautaires ont été contactés par courriel en utilisant le texte de recrutement, en plus d'un court paragraphe d'introduction dans lequel il leur a été demandé d'afficher la publicité de cette recherche à l'intérieur de leur organisme, en plus de leur offrir de venir parler de la recherche en personne auprès des employés de l'organisme, de manière à rejoindre la clientèle qui s'y trouve. Le Centre de crise de Québec a également partagé la publicité sur les réseaux sociaux.

Cinq participants ont été recrutés via le courriel envoyé à partir de la liste d'envoi de l'Université Laval. Les trois autres participants ont été recrutés via la publicité affichée à l'Université Laval et dans divers organismes communautaires, ou via des proches qui leur ont partagé le contenu de la publicité.

Les participants devaient être âgés de 18 ans et plus et avoir aidé, d'une manière qu'ils jugent significative, un homme de leur entourage à demander de l'aide auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux. L'aide apportée devait avoir mené à un suivi psychosocial d'au moins quatre rencontres.

3.7 Thèmes abordés

Le guide d'entrevue aborde des thèmes en lien avec le cadre théorique choisi, notamment :

a) Le contexte ou les motifs ayant amené le proche à intervenir (*ex : Quels signaux vous ont-ils amené à ressentir le besoin d'intervenir auprès de A [homme aidé]? Pour quelles raisons pensiez-vous que A avait besoin de consulter un professionnel?*); b) Les stratégies employées par le proche pour favoriser la demande d'aide (*ex : Qu'est-ce que vous avez fait qui a permis à A d'aller consulter? Que recommanderiez-vous à une autre personne qui veut aider un homme près d'elle qui vit une difficulté importante?*); et c) L'expérience du proche dans le processus de demande d'aide (*ex : Comment A a-t-il réagi, par rapport à l'aide que vous lui apportiez? Comment vous vous êtes senti durant la démarche de demande d'aide?*). Les informations recueillies dans le premier thème permettent de bien comprendre le problème vécu par l'homme et de situer ce dernier selon les différents stades de changement. Les thèmes b et c sont directement en lien avec le modèle transthéorique puisque les questions posées sous ces deux thèmes permettent de comprendre comment le

stade auquel la personne aidée semble se trouver influence les stratégies employées, de même que la réaction de l'homme à la suite de ces stratégies. Il est également possible de constater comment les stratégies employées par le membre du réseau social peuvent améliorer le sentiment d'efficacité personnelle et influencer la balance décisionnelle reliée au fait de consulter ou non un professionnel.

3.8 Méthode d'analyse choisie

L'analyse thématique selon le modèle de Thomas (2003) a été privilégiée afin de procéder à l'analyse du contenu des entrevues. Selon ce modèle, l'analyse des données est guidée à la fois par les objectifs de recherche (déductive) et par l'interprétation des données recueillies (démarche inductive). Le chercheur peut ensuite catégoriser l'information pour saisir le processus à l'étude. Plus précisément, la première étape de l'analyse des données consiste en une lecture flottante des transcriptions des entrevues réalisées. De cette étape découle un découpage des extraits les plus pertinents aux objectifs de l'étude, soit l'expérience des proches dans le processus de demande d'aide des hommes. Les thèmes abordés servent également de guide afin de juger de la pertinence des extraits sélectionnés. La troisième étape vise la création de catégories selon les thèmes les plus fréquents ou les plus significatifs. Se déroule ensuite un examen des catégories pour éliminer les redondances et identifier les plus importantes afin d'en arriver à environ une dizaine de catégories en lien avec l'objectif de la recherche. Une explication des différents constats émergeant de ces catégories est finalement effectuée à l'aide du modèle transthéorique.

3.9 Considérations éthiques

3.9.1 Consentement

Lors du premier contact téléphonique, il a été proposé aux participants de leur faire parvenir une copie du formulaire de consentement par courriel, de manière à ce qu'ils puissent prendre connaissance des divers points du formulaire et de préparer les questions qu'ils pourraient avoir quant à la recherche ou au contenu du formulaire de consentement. Tous les participants ont ainsi reçu le formulaire de consentement de l'étude par courriel. Il a été ensuite spécifié aux participants que, s'ils décident de ne pas consulter le formulaire de

consentement avant l'entrevue, l'étudiant-chercheur prendra tout de même le temps de revoir le formulaire avec le participant lors de l'entrevue en face à face. Le choix de consulter ou non le formulaire d'avance ou non a donc été laissé à la discrétion du participant. La moitié des participants ont pris connaissance du formulaire de consentement avant la rencontre. Le formulaire de consentement était cependant systématiquement expliqué et signé au tout début de l'entrevue, pour tous les participants.

3.9.2 Problèmes éthiques possibles

La participation à cette étude aurait pu faire revivre à certains participants des moments sensibles ou désagréables, pouvant entraîner des conséquences négatives ou des préjudices à ces derniers. Une liste d'organismes (Centre de crise de Québec et du Centre de prévention du suicide) a donc été remise aux participants au début de la rencontre. Ces deux organismes ont été choisis puisqu'ils sont tous deux aptes à évaluer l'état mental et le risque suicidaire, en plus d'être formés afin de pouvoir référer les participants à un organisme plus spécialisé au besoin. Étant donné que le proche rencontré et l'homme que cette personne a aidé peuvent partager les mêmes problèmes, la dernière question de l'entrevue portait sur l'aide reçue par le proche. Cette question visait à référer le proche vers des ressources d'aide s'il en ressentait le besoin et servait de complément à la liste de ressources d'aide remise au début de la rencontre.

Comme l'étude s'intéresse au vécu des membres du réseau social d'hommes en difficulté, la confidentialité de ce dernier est un autre problème éthique. Aucune information ne permettant de reconnaître cet homme n'a été demandée aux participants, de manière à préserver l'anonymat de ce dernier. Si par hasard un participant divulguait des renseignements permettant d'identifier l'homme aidé, ces renseignements ont été rayés de la transcription de l'entrevue. À cet effet, les noms de pays, villes ou de régions où les hommes ont demeurés ont été enlevés dans la transcription des entrevues. Tous les prénoms mentionnés durant l'entrevue ont également été changés. Par ailleurs, tout renseignement permettant d'identifier le participant de l'étude a été également enlevé de la transcription, de manière à préserver l'anonymat des participants. Les transcriptions ont été codées de manière à éviter de retracer directement le répondant.

CHAPITRE 4 : LE CONTEXTE DE LA DEMANDE D'AIDE

La perspective constructiviste dans laquelle s'inscrit cette analyse permet de faire état de la diversité des expériences vécues par les proches d'hommes en difficulté, durant le processus ayant amené ces hommes à être aidés par une ressource d'aide formelle. Les résultats de ce projet ne visent pas à identifier l'intervention la plus efficace afin d'amener un homme de son entourage à consulter, mais bien plus à explorer la richesse du vécu de chacun des participants. Les propos de ces proches contribuent à apporter un point de vue différent sur la demande d'aide chez les hommes puisque peu d'études se sont intéressées au point de vue des proches, même si les études (Dulac, 2001; Tremblay *et al.*, 2016) démontrent que ceux-ci jouent un rôle d'acteurs centraux dans l'intervention auprès d'une clientèle masculine.

Avant de se pencher sur l'expérience des proches et sur les stratégies qu'ils ont utilisées afin d'amener l'homme de leur entourage à demander de l'aide à un professionnel, il apparaît pertinent d'explorer le contexte dans lequel le processus d'aide a eu lieu.

4.1 La composition du réseau social des hommes en difficulté

L'un des objectifs principaux de ce mémoire consiste à mieux saisir comment les membres du réseau social s'y prennent afin d'amener l'homme vers des services professionnels, lorsque la situation est requise et que les ressources du réseau naturel ne suffisent plus. Afin de bien comprendre le processus par lequel l'aide fournie par le réseau social fait place à de l'aide professionnelle, il apparaît important d'explorer qui sont les membres de ce réseau social.

Pour quatre femmes parmi les huit participants rencontrés, l'homme accompagné était leur conjoint. Un cinquième participant avait également aidé son ex-conjoint à consulter, par le passé, bien que son expérience d'aide la plus marquante eut été auprès d'un membre de sa famille. Les hommes en couple vivant des difficultés ont donc reçu majoritairement de l'aide de la part de leur partenaire amoureux. Par ailleurs, les hommes aidés par les participants rencontrés dans le cadre de ce projet semblaient avoir souvent très

peu de proches à qui se confier, mis à part leur conjointe, de telle sorte que, même après une rupture, cette dernière demeure très impliquée dans le processus d'aide :

Surtout qu'on n'est plus ensemble, et que peut-être que ce n'est pas ma job non plus de veiller sur lui, mais il n'y a personne d'autre. Il a des amis ici, mais je ne pense pas que ses amis savent ce qu'il vit. **Anne-Sophie.**

Bien que le partenaire amoureux constitue le réseau principal d'aide chez bon nombre de répondants, on observe une certaine hétérogénéité quant à la provenance de l'aide informelle. En effet, les quatre autres participants avaient des liens différents avec l'homme aidé : l'un a aidé son frère, l'autre son fils, un troisième est venu en aide à un ami alors qu'un quatrième participant a plutôt aidé son père.

Certains proches sont intervenus seuls, souvent parce que l'homme aidé n'a pas fait part de son problème à d'autres personnes qu'eux :

Je suis son ami le plus proche alors il en parle de ça à personne d'autre. Ses parents ne sont même pas au courant [des problèmes scolaires qu'il vit].
Laurent.

D'autres sont intervenus avec l'aide d'autres membres de leur réseau social. C'est d'ailleurs le cas de Maude, qui a fait équipe avec son père afin d'amener son frère à consulter :

Il avait vraiment besoin d'aide... Ce n'est pas moi toute seule qui a fait qu'il est allé consulter ou qu'il s'est pris en main. Il ne s'entendait vraiment pas du tout avec ma mère, à ce moment-là ils ont coupé les ponts pendant un bout. C'est surtout mon père et moi aussi qui étions là. **Maude.**

Étant donné l'éventail de liens unissant l'homme en difficulté et les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude, il semble que ce soit davantage un sentiment de proximité entre la personne et l'homme en difficulté qui joue un rôle dans la décision de venir en aide ou non à une personne dans le besoin.

Je lui viens en aide parce que c'est mon meilleur ami, qu'on est proche et qu'on se parle souvent. [...] Si c'est quelqu'un de deux trois « coches » plus bas dans le niveau d'importance d'amitié disons, je lui dirais : « ah je suis allé là et c'était bien et j'ai envoyé un ami là à l'aide aux étudiants alors tu regardes ça » et ça finirait là.

Laurent.

Comme nous le verrons plus loin, d'autres motifs ou signaux ont fait en sorte que le proche a senti le besoin d'accompagner l'homme dans son processus de demande d'aide.

4.2 Les problèmes vécus par l'homme aidé

D'emblée, il a été permis d'observer une grande disparité entre les participants de l'étude en ce qui a trait à la nature des problèmes vécus par les hommes qu'ils ont aidés. Pour trois participants, la dépendance à une substance psychoactive était le problème principal de l'homme de leur entourage.

Pour trois autres participants, il s'agissait plutôt de symptômes en lien avec des troubles de l'humeur. Pour les deux autres participants, il s'agissait de problèmes situationnels. Carole a supporté son fils qui a vécu une rupture amoureuse, alors que Laurent est, pour sa part, venu en aide à son ami Mathieu qui vivait des échecs scolaires importants. Aux yeux de Laurent, le problème de son ami se situait, entre autres, dans le fait qu'il avait peu de motivation à étudier et à faire ses travaux, étant donné sa situation familiale et professionnelle.

Lui il n'a pas de motivation parce ses parents ont une compagnie et lui il va reprendre la compagnie et il a une job assurée. [...] Il n'a pas besoin des études comme moi j'ai besoin des études pour avoir un travail plus tard.

Laurent.

Étant donné la diversité des problèmes vécus par les hommes, la durée du processus de demande d'aide a grandement varié entre les répondants, comme il en sera question dans la prochaine section.

4.3 La durée du processus de demande d'aide

Pour certains participants, leur expérience d'aide a mené à une première demande d'aide formelle pour l'homme de leur entourage.

Je sais qu'on lui en avait déjà parlé [d'aller consulter un professionnel après sa rupture avec sa première conjointe], il avait 25 ans quand ils ont cassé leur relation et on ne savait pas trop quoi lui proposer, mais ça n'avait pas cliqué. Là ça a cliqué et il a réalisé qu'il y avait des ressources qui étaient là.

Pour d'autres, cela s'est inscrit dans un processus de plusieurs demandes d'aide, comme ce fut notamment le cas pour David :

Ça a toujours été, du moins depuis l'accident, ça a été des crises suicidaires à répétition. Ça s'est échelonné sur un bon bout de temps. Donc la fois que je me suis ramassé à aller le chercher pour lui dire « là tu vas voir ton psy » ça a été une escalade. Il avait été hospitalisé avant. Une fois parce qu'il avait pris toutes ses pilules, deux fois, et la dernière fois il allait le faire alors on l'a emmené à l'hôpital. **David.**

Le temps écoulé entre l'apparition du problème et la demande d'aide formelle a, de ce fait, grandement varié entre les différents participants, bien que cela ait pris plusieurs mois pour la majorité d'entre eux. À titre d'exemple, bien qu'elle se doutait que son fils allait moins bien depuis plusieurs mois, Carole a finalement incité son fils à demander de l'aide auprès de son programme d'aide aux employés lorsque ce dernier est venu la visiter pendant les vacances des fêtes. À la suite de son intervention, son fils a débuté un suivi quelques semaines plus tard. Son processus a donc été, somme toute, assez rapide.

Là, ça a été un creux de vague ce Noël-là; il est venu passer les fêtes chez nous à Québec et il a vraiment pleuré souvent souvent souvent... Parce que là, il avait comme le temps de faire des bilans. Il se disait « Aye ! ce n'est pas des farces, j'ai 31 ans, où est-ce que je m'en vais ? C'est quoi que j'ai? J'ai été capable de faire ci, j'ai fais ça... » [...] Je lui ai dit : « Écoute, on a une

très belle entente, une très belle collaboration, des liens extraordinaires, mais on est tes parents. Et tes amis, ils sont dans le feu de l'action et ils n'ont pas nécessairement la formation pour l'écoute favorable, les bons conseils, provoquer des réflexions nécessaires... Donc, je pense qu'être à ta place, quand tu retourneras à [Ville B], tu devrais utiliser le programme d'aide aux employés. [...] Donc il est allé au programme d'aide. **Carole.**

Pour Geneviève, le processus a été un peu plus long. Elle a constaté que son conjoint allait moins bien au début de leur relation. Elle a rapidement tenté d'amener celui-ci à consulter, mais il s'est écoulé plusieurs mois avant qu'il accepte :

Le temps avance et je découvre qu'il perdait beaucoup d'argent et qu'il pleurait énormément. Plus ça allait, plus je me rendais compte [que ça n'allait pas]... [...] J'avais beau lui dire « Est-ce que tu veux consulter ? Parce que je crois que ça ne va pas. » Mais je le connaissais et pas tant en même temps parce que je commençais à sortir avec, donc, je ne voulais pas trop m'immiscer dans ses affaires pour ne pas le choquer. Mais, définitivement, il ne l'était pas parce qu'il avait un problème de maniacodépression. Le temps a passé et, durant l'été, j'ai réussi à lui dire « écoute, ça ne marche pas, moi je ne serai pas capable de continuer comme ça, on pourrait aller consulter ensemble. J'ai un super psychologue [...] on pourrait aller le voir et tu verrais avec moi comment il fonctionne et tout ça » [...] Il m'a dit « oui oui ok ; on peut aller le voir ». **Geneviève.**

Plusieurs facteurs expliquent cette différence quant à la durée du processus de demande d'aide, l'un de ceux-ci est la capacité du proche à détecter les signaux de détresse suite à l'apparition du problème chez l'homme, comme il en sera question dans la prochaine section.

4.4 Les motifs et signaux pour intervenir auprès de l'homme en difficulté

Cette étude s'est intéressée notamment aux raisons pour lesquelles le proche est amené à croire que l'homme de son entourage a besoin de l'aide d'un professionnel et que l'aide du réseau informel ne suffit plus. Il apparaît important de mieux comprendre quels sont les signaux qui sont détectés par les proches, qui sont souvent les seuls à avoir accès à la détresse de l'homme, comme plusieurs hommes ne consultent pas et, s'il le font, peuvent avoir de la difficulté à l'exprimer.

L'une des raisons ayant été le plus souvent mentionnées par les participants de l'étude est la détérioration de l'humeur de l'homme. En effet, le proche devient davantage engagé envers l'homme de son entourage, lorsqu'il constate que ce dernier pleure plus souvent, se met en colère plus facilement et est plus instable émotionnellement. L'humeur se détériore sur une longue période, ce qui indique au proche que le problème ne peut pas être réglé uniquement avec l'aide du réseau informel. C'est à ce moment que la personne commence à orienter son proche vers des ressources d'aide professionnelle, en y allant de suggestions ou d'observations. Les répondants semblaient particulièrement sensibles aux symptômes dépressifs, plus facilement observables.

Jusqu'à un moment où je commençais vraiment à avoir peur parce qu'il avait un comportement instable. Il arrivait à la maison et il pleurait, il pleurait. Il était hors de contrôle en quelque sorte. On dirait qu'il faisait un effort immense pour être bien à l'école, mais quand il arrivait à la maison c'était vraiment... **Gabrielle.**

Il pleurait. Il mangeait moins. Il avait des diarrhées. Quand il avait des diarrhées, je savais qu'il n'allait pas. Ensuite de ça, quand il se mettait à prendre de l'alcool, parce qu'il le savait que ça ne lui faisait pas. Il savait qu'il réagissait comme son père à l'époque – son père est décédé depuis longtemps – mais il le savait que ça faisait la même chose. Il devenait hors de lui. Il n'avait qu'à prendre deux verres et il disjonctait. **Geneviève.**

Dans certains cas, le proche avait déjà essayé quelques interventions par le passé en observant des comportements problématiques chez l'homme, mais cela n'était pas suffisant

pour qu'il ressente le besoin de s'impliquer plus activement dans la démarche de demande d'aide. Dans ce genre de parcours, alors que les problèmes sont présents à long terme et que l'homme consulte à l'occasion, il peut apparaître difficile pour le proche de savoir quand intervenir et quand rester en retrait. Pour les répondants, la confirmation de la nécessité d'orienter l'homme vers l'aide formelle a plutôt eu lieu lorsque la situation a atteint un niveau critique à leurs yeux. C'est notamment le cas de David :

Un soir ma mère m'appelle : « ton père ne va pas ; il est en crise, je sais pas quoi faire. » [...] Alors je descends, je vais à [Village A] je vais voir mon père qui était effectivement en crise. Il était plus ou moins conscient de ce qu'il faisait. Il avait beaucoup bu, il avait mélangé ça avec des médicaments, il frappait les murs puis bon, je l'ai calmé. J'ai réussi à le calmer. Finalement, il a fini par s'endormir, ses pilules ont fini par faire effet et le lendemain matin je l'ai accompagné pour aller voir son psychologue pour qu'il puisse effectivement dire qu'il n'allait pas parce qu'en fait il ne le disait pas. **David.**

David savait depuis plusieurs années que son père avait besoin de l'aide d'un professionnel, mais il n'était pas impliqué au quotidien auprès de ce dernier. Les problèmes de son père paraissaient relativement stables, alternant de manière cyclique entre des phases plus calmes et des phases plus critiques qui avaient un impact important sur son fonctionnement quotidien. C'est lorsque les problèmes ont atteint un niveau de crise, c'est-à-dire alors que le père de David a représenté un danger pour lui-même, que ce dernier a décidé d'intervenir. Son intervention a eu lieu à la suite d'un appel de sa mère. La plupart des répondants ont d'ailleurs été sensibles aux signaux indiquant un risque suicidaire et ont adapté leurs interventions à ce contexte.

À plusieurs reprises quand j'étais avec lui – on parle de trois fois en tout, deux fois pendant que j'étais avec lui – il voulait se suicider. À ce moment-là, je ne savais pas quoi faire. [...] Ce que je faisais, j'écrivais tout de suite à mon psy « qu'est-ce que je fais avec ça? » Il m'avait dit il faut que tu appelles [au Centre de Prévention du Suicide]. **Geneviève.**

L'augmentation de la consommation et les impacts de cette dernière sur la santé de l'homme sont des motifs d'intervention ayant aussi été nommés par trois des huit participants. C'est notamment le cas de Maude, qui est intervenue de manière plus intensive à la suite des problèmes graves de santé chez son frère, problèmes découlant de sa consommation de drogues.

La première fois que je me rappelle vraiment que je l'ai aidé dans un processus à consulter – même si j'étais là aux autres moments – c'est quand il a fait – on n'a pas eu de diagnostic ou quoi que ce soit – mais une genre de psychose, parce qu'il consommait pas mal de drogues. Ça faisait deux ou trois crises qu'il faisait et la dernière en date, la plus importante, il était dans son appart et la police est venue. Ils l'ont envoyé à [l'hôpital]. Ça faisait beaucoup de problèmes qu'il avait, ça n'allait pas bien et il avait déjà consulté, il avait déjà essayé plusieurs choses avec plus ou moins de motivation. C'est vraiment à partir de ce moment-là, il n'en pouvait plus, ça ne marchait plus. **Maude.**

Dans plusieurs cas, c'est l'accumulation de difficultés dans la vie de l'homme qui est le déclic pour les répondants. Lorsqu'une seule sphère de la vie est touchée, les répondants gardent une attitude plus distante et moins interventionniste, mais à mesure que le problème se complexifie et qu'il a un impact sur plusieurs sphères, ces derniers disent augmenter la fréquence et la durée de leurs interventions afin que l'homme ait accès à de l'aide formelle. Pour l'ex-conjoint d'Anne-Sophie, l'élément principal ayant mené à la demande d'aide fut la fin de leur relation amoureuse. Par ailleurs, celui-ci avait déjà vécu plusieurs événements difficiles par le passé, événements ayant un impact sur sa santé mentale. Anne-Sophie lui avait alors suggéré d'aller consulter un professionnel à quelques reprises, mais c'est lors de la rupture qu'elle a augmenté son implication dans le processus :

C'est parce qu'il a vécu beaucoup de chose, vraiment vraiment beaucoup. Il a perdu sa sœur, ça fait dix ans de ça, et il m'avait toujours dit qu'il n'avait jamais été capable de faire son deuil. L'année passée il a perdu sa mère au mois de juillet. [...] Je regardais souvent [le site de l'Ordre des Psychologues] parce que s'il voulait que je l'aide, j'allais être capable de le

diriger. Et finalement, c'est quand je l'ai laissé qu'il a dit : « OK, j'ai vraiment besoin d'aide. » **Anne-Sophie.**

Pour la majorité des répondants, l'observation de certains signaux de détresse n'a pas été le seul motif pour intervenir. C'est également lorsqu'ils ont épuisé leurs propres moyens (et que l'homme a épuisé les siens) que la décision est prise d'orienter l'homme vers des services d'aide formelle, la problématique devenant trop complexe pour eux.

Là il n'était plus capable, il se faisait refuser dans tout alors ça a été le point « là il faut faire quelque chose de plus, ce n'est plus seulement des surligneurs et des calendriers, c'est une coche de plus ». C'est que je n'étais plus capable de rien faire... Je me suis dit que c'était une autre personne qui faut qui s'en occupe. Sinon si j'avais eu encore des trucs j'aurais épuisé tous mes trucs pour être capable [de l'aider]. **Laurent.**

La situation de Laurent illustre d'ailleurs comment ses premières interventions visant à régler le problème ont, en quelque sorte, retardé l'accès à de l'aide formelle, perçue comme un dernier recours. En étant alerte aux signaux indiquant que la situation de son ami s'aggravait, il a toutefois modifié son approche avec le temps.

Discussion

Les problèmes vécus par les hommes de cette étude étaient relativement hétérogènes. La consommation de drogues et d'alcool était tout de même présente chez plusieurs hommes aidés, ce qui semble être en conformité avec le portrait de santé des hommes dressé dans le *Rapport sur la perception des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services* (2016), soit que la consommation d'alcool et de drogues serait plus présente chez les hommes que chez les femmes, notamment en raison des normes de socialisation masculine. En effet, plusieurs hommes aidés ont eu recours à la consommation lorsque leur situation devenait plus problématique, ce qui a paradoxalement mené à une aggravation de leur situation et, ultimement, à l'épuisement des ressources d'aide du réseau informel. Les répondants ont eu

tendance à intervenir dans les phases plus aiguës du problème, lorsque la consommation interférait de manière plus importante avec le bien-être de l'homme.

De plus, les participants de cette étude ont été particulièrement sensibles aux symptômes dépressifs et au risque suicidaire. À cet effet, les propos des répondants de ce projet mémoire sont venus confirmer les conclusions de Tremblay *et al.* (2016) et du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (2012) quant à l'importance du proche dans les situations à risque. Sans la présence des membres du réseau social, il aurait été difficile de détecter les signaux de détresse de ces hommes ayant des idéations suicidaires ou adoptant des comportements dangereux tels que la surconsommation de substances psychoactives. Il est permis de croire que sans la présence de ces personnes autour de l'homme, les conséquences auraient pu être dramatiques. Les hommes aidés par les participants de ce projet de mémoire ne consultaient pour la plupart pas de professionnels et ceux qui en consultaient avaient tendance à minimiser leur détresse, ce qui rendait presque impossible la détection des signaux de détresse par quelqu'un d'autre que les membres du réseau social immédiat. Les difficultés vécues par les répondants durant le processus de demande d'aide viennent aussi confirmer l'importance de mieux soutenir les proches, notamment le/la conjoint/e, qui sont souvent seuls à pouvoir intervenir, ce qui est d'ailleurs l'une des pistes d'actions proposées dans le *Rapport sur les perceptions des hommes québécois de leur bien-être et de leur santé* (Tremblay *et al.*, 2016).

Par ailleurs, on observe une grande diversité du lien qui existe entre le répondant et l'homme aidé. En effet, l'homme aidé était parfois un ami, un fils, un frère, un père ou encore un ex-conjoint. Il semblerait que la proximité avec la personne ait ce qui a permis au proche de détecter les signaux de détresse et de sentir le besoin d'intervenir ensuite. Par contre, comme en témoignent les travaux de Dulac (2001) et de Tremblay *et al.* (2014; 2015), le soutien social d'une majorité d'hommes en couple de cette étude provient principalement de leur conjointe. Pour plusieurs hommes, le fait d'exprimer ses émotions et sa détresse peut paraître plus souffrant que le problème vécu. Consciemment ou non, ces hommes font une balance décisionnelle, à savoir ce qui comporte le plus d'avantages et le moins d'inconvénients pour eux, entre demander de l'aide et demeurer dans le statu quo. Selon Voguel, Wester, Hammer et Downing-Matibab (2014), la crainte d'être stigmatisé en

avouant à son entourage ses difficultés sur le plan psychosocial peut être suffisante pour renoncer à l'aide. Ils hésitent donc à parler de leurs problèmes à un professionnel, mais également à leurs amis ou à leurs collègues de travail. Cela fait en sorte que, pour ceux qui sont en couple, le conjoint ou la conjointe devient l'unique source de soutien lorsque les impacts négatifs de la situation deviennent plus importants que l'inconfort vécu lors de l'expression de leur souffrance ou de leurs besoins. Dans le sondage mené par Tremblay et ses collaborateurs (2016), la majorité des hommes avaient d'ailleurs déclaré se tourner d'abord vers la conjointe en cas de problème personnel ou émotionnel. Lorsque la situation devient trop souffrante, c'est à cette personne qu'il est le moins difficile de se dévoiler, ce qui peut expliquer le fait que plusieurs participants aidant un conjoint ont senti que c'était uniquement eux qui savaient que celui-ci avait besoin d'aide. La relation avec le/la conjoint/e a donc joué un rôle central dans le processus de demande d'aide de plusieurs hommes, la qualité de la relation conjugale contribuant d'une certaine manière à une demande d'aide chez l'homme, ces derniers étant plus sensibles aux conseils de leur conjointe, en ce qui a trait à leur santé, lorsque la relation conjugale va bien (deMontigny *et al.*, soumis, *cité dans Tremblay et al.*, 2016).

Dans la même veine, à la lumière des témoignages de cette étude, un autre angle peut expliquer, en partie, le rôle accru du conjoint ou de la conjointe dans la demande d'aide. En effet, le partenaire amoureux, puisqu'il cohabite avec la personne vivant une difficulté importante, est également celui qui peut constater le plus aisément le changement dans les comportements de l'homme et les répercussions que cela apporte au quotidien. À cet égard, l'exemple de Gabrielle semble particulièrement éloquent : son conjoint a été en mesure de dissimuler ses symptômes dépressifs au travail durant une longue période, mais, à la maison, il lui arrivait souvent de pleurer et de verbaliser son épuisement. Elle était donc la première personne à pouvoir détecter les signaux de la détresse de son conjoint. Ce phénomène est d'ailleurs corroboré dans le *Rapport sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services* (Tremblay *et al.*, 2016), à l'effet que bon nombre d'hommes se tournent d'abord vers leur réseau social, particulièrement le/la conjoint/e, la famille et les amis, en cas de besoin.

De plus, il semble que l'attitude réfractaire de l'homme à s'impliquer dans un suivi psychosocial a fait en sorte que les répondants ont eu tendance à tenter plusieurs moyens avant d'en arriver au constat que l'aide d'un professionnel est nécessaire pour leur proche. Selon Lajeunesse *et al.* (2013), plusieurs hommes feraient preuve d'agressivité, seraient réticents à se confier et auraient de la difficulté à reconnaître et à exprimer leurs besoins, ce qui peut expliquer les délais, parfois longs, entre la constatation du problème par le proche et le moment où il a décidé d'intervenir plus activement dans le but d'amener l'homme à consulter.

C'est souvent une fois arrivés à la limite de leurs capacités comme aidants que les répondants se sont tournés vers les services professionnels et ont accompagné leurs proches pour avoir accès à une aide. Les membres du réseau social de l'homme ont d'abord tenté, en posant eux-mêmes des actions concrètes ou en faisant appel à d'autres membres du réseau informel, d'aider leurs proches à résoudre leurs problèmes. Paradoxalement, ces actions semblent plutôt avoir tendance à diminuer le besoin chez l'homme de demander de l'aide formelle et donc, à allonger le délai entre l'apparition du problème et le recours au service (Gourash, 1978, cité par Turcotte *et al.*, 2002). Ce type de cheminement n'est toutefois pas sans rappeler la trajectoire de demande d'aide exprimée par Vago-Gefen et Schachter-Fink (2009, cité par Pratte, 2016), à l'effet que plusieurs individus ont tendance à se tourner vers des sources d'aide informelle, tels que des parents ou amis, plutôt que vers des professionnels de la santé. Cette étude concernait toutefois la demande d'aide chez les parents et non chez les hommes spécifiquement.

Il semble également que la nature des problèmes a eu une incidence sur la durée du processus de demande d'aide. Bien que cela n'ait pas été nommé précisément par les répondants de l'étude, il est possible que l'accès aux services ait également eu un impact sur le délai entre le moment où le proche a commencé à s'impliquer et l'accès à de l'aide. Divers obstacles techniques, tels que les listes d'attente, peuvent effectivement avoir contribué à ralentir le processus de demande d'aide (Lajeunesse *et al.*, 2013, Tremblay *et al.*, 2016). Une des participantes a d'ailleurs choisi de se tourner vers les services d'un psychologue en pratique privée après quelques rencontres au CLSC, puisqu'il y avait plusieurs mois d'attente avant de pouvoir avoir accès à un suivi dans cet établissement.

Les informations concernant le contexte de la demande d'aide ont ainsi permis de mieux comprendre la nature de la relation entre l'homme aidé et les membres de son réseau social, à divers moments durant le processus de demande d'aide. Le prochain chapitre permettra toutefois d'élaborer davantage autour des stratégies employées par les proches, afin que l'homme de leur entourage ait accès à de l'aide formelle.

CHAPITRE 5 : LE SOUTIEN SOCIAL ENVERS L'HOMME EN DIFFICULTÉ

Cette section porte sur les différentes formes que peut prendre le soutien social, dans le but d'amener l'homme en difficulté à consulter un professionnel. Plus précisément, il sera question du type d'interventions utilisées par les proches, après que ceux-ci eurent déterminé que l'homme de leur entourage avait besoin de l'aide d'une ressource formelle. Cette section vise donc à répondre au premier objectif de ce mémoire, soit quelle est l'influence du proche dans le processus de demande d'aide de l'homme en difficulté.

5.1 Le choix du service d'aide

Le réseau informel fait le choix d'orienter l'homme de leur entourage vers de l'aide formelle à la suite de plusieurs signaux, que ce soit l'aggravation du problème ou l'instabilité émotionnelle de l'homme, mais il apparaît tout aussi important de connaître ce qui motive leur décision d'orienter leur proche vers un service d'aide plutôt qu'un autre, après avoir constaté que l'aide du réseau social ne suffit plus.

De manière générale, les répondants ont eu tendance à référer l'homme vers des ressources qu'ils avaient déjà expérimentées eux-mêmes par le passé. Et cela est vrai pour l'ensemble des répondants puisque des participants des deux sexes ont orienté leur proche dans des ressources déjà connues, les répondants de sexe masculin ayant eu ce réflexe également.

C'est entre autres le cas de Geneviève, qui a référé son ex-conjoint vers les services d'un psychologue en pratique privée avec qui elle avait déjà eu un suivi. Elle l'avait d'ailleurs contacté pour avoir des conseils, en constatant que son ex-conjoint allait moins bien. C'était donc logique pour elle de se tourner vers cette ressource. Geneviève n'est toutefois pas la seule répondante à avoir référé l'homme de son entourage vivant des difficultés à une ressource à laquelle elle avait déjà eu recours.

J'étais allé voir l'orienteur alors, comme c'était un peu le même département/service et que moi j'avais été très satisfait, j'avais bon espoir - comme ça avait bien marché pour moi - que ça fonctionne [aussi pour mon ami]. Et en plus, c'était à côté, plutôt que d'aller faire des recherches pour trouver quelqu'un d'autre au fin fond de la ville. **Laurent.**

Pour Laurent, son expérience positive auprès du service d'aide aux étudiants a été ce qui l'a motivé en premier lieu à diriger son ami vers ce service. La proximité du service, sur le même campus où son ami Mathieu étudie, a été une autre raison importante pour laquelle il a choisi de le diriger là, plutôt que vers un autre organisme. À l'opposé, le frère de Maude a plutôt choisi un service plus éloigné, afin de s'éloigner de son réseau social qui l'incitait à consommer :

Il ne pouvait plus continuer dans son appartement tout seul comme ça ; il s'en allait vers le fond du baril. Il ne faisait rien, il n'allait pas à l'école, il consommait... Il fallait faire quelque chose. Je pense que c'est lui qui a trouvé ça lui-même en cherchant sur Internet. Ça le sortant de son milieu et ça avait l'air d'une bonne place. **Maude.**

Pour plusieurs répondants, la facilité d'accès à l'organisme a eu un rôle dans le choix de ce dernier. À cet égard, les nouvelles technologies permettent aux services d'aide d'être joignables facilement et sur un large territoire, ce qui fait que certains participants ont utilisé Internet afin de trouver un organisme qui répondrait aux besoins de l'homme de leur entourage. Ils ont donc utilisé le moteur de recherche « Google » et ont consulté les premiers résultats. Dans le cas d'Anne-Sophie, cette façon de procéder l'a menée au site de l'Ordre des psychologues du Québec.

Je suis allée sur Google! C'est vraiment ça! J'en avais aussi entendu parler dans mes cours en sciences humaines au CÉGEP, les cours de psycho et tout... Ça m'a un peu dirigée, mais je ne savais pas trop comment ça fonctionnait. [...] Mais, c'est pas mal Google! Je regardais souvent le site de l'Ordre parce que si Simon voulait que je l'aide, j'allais être capable de le diriger. **Anne-Sophie.**

Bien que les expériences antérieures et la proximité de l'organisme avec le lieu de vie de la personne aient toutes deux joué un rôle dans le choix du service, c'est parfois la gravité de la situation qui a plutôt dicté l'orientation à suivre. C'est notamment le cas de David, pour qui l'hôpital semblait la seule solution pour aider son père :

On est allé voir le psychologue le lendemain matin et le psychologue a dit « on s'en va à l'hôpital ». Alors cette fois, il n'y avait pas vraiment d'autres alternatives. Sinon à [Village A], si PECH n'est pas disponible (on s'entend que PECH, il faut qu'ils fassent une méchante « ride » pour aller à [Village A], alors c'est jamais arrivé finalement qu'ils ont pu y aller) il n'y a pas vraiment d'autres organismes. **David.**

Dans la situation de David, l'absence d'alternatives à l'hôpital a été une autre raison pour laquelle il s'est tourné vers cette ressource. Vivant dans un milieu rural, les organismes de la région de Québec auxquels il avait pensé ne pouvaient pas lui venir en aide.

La disponibilité des services est également importante quand vient le temps de choisir un organisme. En effet, le proche est parfois épuisé et ne désire pas attendre trop longtemps avant que l'homme qu'il connaît reçoive des services. Il apparaît donc important que l'organisme contacté puisse répondre rapidement aux besoins de la personne. Notamment, le fait d'offrir un service sans rendez-vous semble avoir aidé certains répondants. C'est notamment pour cette raison que Gabrielle a accompagné son conjoint au CLSC.

Dans le fond, moi, j'ai appelé une fois au CLSC pour un rendez-vous pour moi et pendant que j'attendais, on me disait justement que si j'avais un problème, par exemple la dépression, d'aller là-bas. Comme je ne viens pas du Québec, je ne connais pas beaucoup les professionnels ici. La première chose que je savais qui était une possibilité, c'était d'aller au CLSC. Je sais que c'est là, que je n'ai pas besoin d'horaire ou de rendez-vous, j'arrive là et je dis ce qui se passe et je sais que quelqu'un va me donner une direction. C'est pour ça que je suis allée directement là-bas. **Gabrielle.**

On voit dans l'expérience de Gabrielle que le fait d'avoir déjà été en contact avec le CLSC pour ses besoins à elle et le fait que la ressource se trouve à proximité géographique et disponible sans rendez-vous ont été des facteurs dans son choix.

Il apparaît toutefois important de mentionner que, bien que le choix de l'organisme ait été fait par le réseau informel de l'homme pour la plupart des situations rencontrées dans le cadre de ce projet de mémoire, il arrive parfois que ce soit l'homme lui-même qui identifie l'organisme qu'il croit être en mesure de mieux répondre à ses besoins. Ce fut le cas de Maude, pour qui son frère Raphaël a lui-même trouvé une maison de thérapie pour ses problèmes de consommation de drogues. La thérapie n'a pas mené à un changement dans ses habitudes de consommation à court terme, mais on peut supposer qu'elle a probablement fait partie du processus de changement, à certains égards.

Ce n'est pas d'aller consulter qui a fini par avoir un certain succès, j'ai l'impression. Là, il est allé dans le deuxième centre et il a appris à être un dépendant, quand il est parti de là, il est allé en appart seul et il a beaucoup consommé. Vraiment plus. À ce moment-là, il était sur l'aide sociale parce que mon père se disait qu'il fallait qu'il réalise que ce mode de vie là n'allait pas avec un bon revenu, que ça ne fonctionnait pas. Quand il a été sorti du centre, on l'a encouragé, on lui a trouvé un psychologue dans la région où il était, mais il n'était pas réceptif, ça n'a pas vraiment fonctionné non plus. C'est vraiment quand il a déménagé à nouveau plus près de chez mes parents, c'est ça qui a aidé. Pour lui la thérapie n'a pas fonctionné. Peut-être que ça a fait partie d'un processus qui a mené [au rétablissement]... **Maude.**

Par ailleurs, les huit répondants rencontrés ont dirigé l'homme de leur entourage vers des organismes publics (hôpital, CLSC, Centre de Réadaptation en Dépendance de Québec, etc.) ou des organismes privés (Programme d'Aide aux Employés, centre d'aide aux étudiants, psychologue au privé, etc.). Il semble que la méconnaissance des organismes communautaires ait pu jouer un rôle dans le choix de se tourner vers ceux-ci.

Les coûts reliés au service d'aide n'a pas semblé être un facteur décisionnel pour les répondants ayant choisi de se tourner vers un psychothérapeute en pratique privée. La rapidité d'accès au service d'aide a semblé prévaloir sur les coûts supplémentaires associés à ce type de service, notamment pour Gabrielle et son conjoint.

Dans le fond au CLSC, ils font une évaluation au début et ensuite il te réfère à un professionnel pour ton cas. Là il attend pour cette personne, c'est pour ça que j'ai dit : « on va au privé en attendant. » **Gabrielle.**

Le conjoint de Gabrielle a fait une première demande d'aide au CLSC, mais s'est tourné vers des services en pratique privée afin de continuer de recevoir de l'aide plus rapidement. Il a donc dû faire deux demandes d'aide en peu de temps.

Bien que les coûts reliés à l'aide n'aient pas constitué un frein à la demande d'aide pour les hommes aidés, ils peuvent tout de même diminuer la perception des bénéfices reliés à la psychothérapie, à plus long terme. Pour l'ex-conjoint d'Anne-Sophie, cela a semblé être un des facteurs qui a amenuisé sa motivation à poursuivre la démarche thérapeutique.

Présentement il trouve que ça fonctionne plus, que c'est du gaspillage d'argent.
Anne-Sophie.

À cet égard, les organismes offrant des services gratuits, comme les organismes publics et certains organismes communautaires, peuvent représenter un avantage pour certains hommes qui hésitent à entamer un suivi thérapeutique.

5.2 Les formes de soutien social employées par les proches durant le processus de demande d'aide

Cette section s'intéresse à la manière avec laquelle le réseau informel a amené l'homme à consulter ces services d'aide. Selon Cohen *et al.* (*cités par Caron et Guay, 2005*), il existe trois types d'échange de ressources de soutien social, c'est-à-dire l'aide fournie par des non-professionnels pour tenter de répondre aux besoins d'un proche : l'échange de ressources instrumentales, de ressources émotionnelles et d'informations. À

cet effet, il a été possible d'observer ces trois types d'échange à l'intérieur des propos des répondants.

La dernière intervention faite par les proches avant que l'homme ait accès pour une première fois à l'aide formelle a souvent pris la forme d'un accompagnement. C'est notamment le cas de David, qui a accompagné son père à son rendez-vous chez le psychologue, puis qui l'a amené à l'hôpital à la suite des recommandations du professionnel.

Le lendemain matin, je l'ai accompagné pour aller voir son psychologue pour qu'il puisse effectivement dire qu'il n'allait pas, parce qu'en fait il ne le disait pas. Mon père ne le disait pas. Il a fallu que je me présente avec lui.

David.

Le soutien social est alors davantage sous forme d'échange de ressources instrumentales, puisque le proche apporte une aide tangible dans le but de faciliter la demande d'aide. Sarah, quant à elle, a privilégié cette forme de soutien à plusieurs moments durant le processus de demande d'aide. Lorsqu'elle a constaté que son ami avait des symptômes dépressifs importants l'empêchant de bien fonctionner au quotidien, elle l'a hébergé chez elle quelques mois le temps qu'il aille mieux.

Il voulait que je m'assure qu'il prenne toutes ses pilules, il voulait que je m'assure qu'il aille à ses rendez-vous, sinon il n'y allait pas. Quand il était chez moi, il fallait que je lui dise de se brosser les dents, de se laver... **Sarah.**

Pour Laurent, l'intervention à faire pour faciliter la demande d'aide de son ami fut plutôt de lui amener le formulaire nécessaire pour avoir accès au service d'aide des services aux étudiants, puis à le remplir avec lui. Ainsi, le soutien social de type instrumental a pris plusieurs formes et a eu lieu à plusieurs moments durant le processus de demande d'aide, bien qu'elle ait été plus présente vers la fin du processus.

Cette stratégie, axée sur l'échange de ressources instrumentales de la part du proche, a rarement été la première stratégie déployée. Au début du processus de demande d'aide, le

soutien social a plus souvent pris la forme d'échange d'informations. Dans certains cas, l'information pouvait être à propos des services disponibles.

Je lui ai dit : « tu sais il y a des places [pour t'aider] » et je lui ai montré des sites, des brochures, des informations... **Sarah.**

Les participants ont ainsi fait des démarches, en visitant les sites web des organismes d'aide, ou en leur téléphonant, afin de mieux connaître la nature des services et leur fonctionnement, dans le but de référer l'homme vers un service qui correspond à ses besoins.

L'échange de ressources émotionnelles est une autre forme de soutien social utilisée par les participants de l'étude. Ce type d'échange, prenant la forme d'encouragement ou de dévoilement de son inquiétude, a été très utilisé par l'ensemble des participants. C'est notamment le cas de Geneviève, qui a encouragé son ami à consulter en raison de symptômes dépressifs.

Il m'a appelé : « Geneviève je vais faire une thérapie! Là, c'est vrai que j'ai besoin d'aide. » « Bravo ! moi, j'ai confiance en toi, je sais que tu vas tellement aller loin. » C'est des mots d'encouragement, la seule chose qu'on peut faire, je pense, et d'entendre ce qu'ils ont. Les encourager et entendre ce qu'ils ont à dire parce que, pour eux, ils sont tellement mal pris. Il faut juste entendre ça. Quand ils se sentent entendus, c'est plus facile. **Geneviève.**

Malgré le fait qu'il s'agisse d'une intervention moins intrusive que l'échange de ressources instrumentales, ce type d'échange a parfois mené à des réactions négatives chez l'homme aidé.

J'essayais de lui faire voir ce point de vue là. Juste pour ne pas trop qu'il s'identifie à cette identité-là de dépendant. J'essayais de lui dire : « non Raphaël, tu n'es pas dépendant au pot, ça ne se peut pas. » Ça finissait souvent qu'il se fâchait parce que « je ne savais rien et que je n'étais pas passé par là. » **Maude.**

Pour David, l'échange de ressources émotionnelles s'est déroulé durant l'ensemble du processus de demande d'aide. Son père réagissant parfois mal aux interventions faites par ses proches afin qu'il consulte, David a senti le besoin d'exprimer à son père les motifs derrière ses interventions et comment il vivait cette situation pénible. C'est d'ailleurs ce qu'il recommande aux proches devant aider un homme de leur entourage à demander de l'aide.

Et d'être clair aussi sur ses intentions, de lui rappeler qu'on veut juste son bien. De dire « moi j'aime pas ça de te voir comme ça et je veux faire de quoi pour t'aider. Je ne suis pas là pour te menacer ou te prouver que tu n'es pas bon. Je veux juste t'aider parce que tu es au plus bas. » **David.**

Bien que le soutien social de type émotionnel ne se limite pas à cette étape du processus, il semble qu'il ait été particulièrement présent à la suite des premières rencontres de l'homme avec un professionnel. À cette étape du processus de demande d'aide, les répondants ont ressenti l'importance d'encourager leur proche afin qu'il maintienne sa motivation et son sentiment d'efficacité personnelle.

Quand lui, il fléchit, je le remonte : « Il me semble ce soir je ne veux pas aller à ma thérapie, j'aimerais mieux aller au cinéma. » « Tu sais que la thérapie, ça t'apporte tel ou tel bénéfice. » « Aujourd'hui il me semble je n'irais pas au karaté. » « Tu es sûr ? Tu disais l'autre jour que le karaté, ça t'aidait et que ça te rendait heureux. » « Ah oui ! c'est vrai, je vais y aller. » C'est de tout le temps le garder motivé dans ses démarches. Le garder sur sa ligne droite. **Sarah.**

La plupart des participants ont mentionné qu'ils seraient intervenus plus tôt si c'était à refaire ou si la situation se reproduisait. En raison de ce constat, il semble que le réseau informel est parfois inconfortable à l'idée d'intervenir auprès de l'homme en difficulté, ce qui fait qu'il retarde son implication dans le processus de demande d'aide.

Si c'est la première fois, dès que la personne pense que son conjoint ne va pas bien, vraiment d'intervenir tout de suite et ne pas attendre la vraie crise.

Parce qu'après ça c'est très très lourd. C'est sûr que ce n'est pas facile quand la personne ne veut pas d'aide, mais il faut aussi penser [à soi]. **Gabrielle.**

Dans cette situation-là? Je le réfèrerais plus tôt plutôt que d'endurer une année à faire des choses qui ne servent à rien, maintenant qu'on le sait. Je lui suggèrais d'aller chercher un aide d'une autre personne, plus tôt. **Laurent.**

Pour plusieurs répondants, la réaction de l'homme à la suite des interventions a pu jouer un rôle dans le choix et l'intensité des interventions faites par le proche. Dans ce cas, c'est davantage l'attitude de fermeture de l'homme qui a retardé l'intervention, plus qu'un inconfort à l'égard de l'aide thérapeutique. Les premières interventions visant à emmener l'homme à demander de l'aide sont souvent mal reçues et peuvent freiner l'envie d'intervenir trop directement. Pour Maude, cela s'est traduit par des interventions visant davantage le soutien émotionnel et la préservation du lien de confiance.

Ça finissait souvent qu'il se fâchait parce que « je ne savais rien et que je n'étais pas passé par là parce que je ne le savais pas! » Bref souvent il réagissait comme ça. Sinon, il se fâchait avec ma mère – mais ça, c'est leur relation – et il se fâchait des fois quand mon père réagissait fort. Ça faisait un peu une engueulade. **Maude.**

Avant d'intervenir auprès de leur proche vivant des difficultés diverses, souvent les répondants ont indiqué avoir cherché du soutien et des conseils dans leur propre réseau. Cette démarche avait souvent pour but de valider leurs observations quant aux comportements problématiques de l'homme de leur entourage et de convenir d'une orientation optimale afin de bien répondre aux besoins de l'homme.

C'est surtout mon père qui était responsable, mais on s'aidait là-dedans et on s'appuyait là-dedans. C'était très difficile pour nous deux alors on en parlait, on échangeait des idées pour trouver la meilleure stratégie pour aiguiller [mon frère] disons. Moi, j'étais à l'école, mais à cette session-là j'étais « à distance » et mon père travaillait, donc, bref, on se partageait les tâches pour que ce soit moins dur. **Maude.**

Par ailleurs, les participants se sont dirigés vers certaines personnes de leur entourage en particulier parce que celles-ci avaient une expertise dans le domaine de la relation d'aide. D'autres ont plutôt parlé à des proches ayant déjà vécu le même type de problème que l'homme de leur entourage. Le partage de savoirs théoriques et expérimentiels était donc un aspect important dans les démarches précédant l'intervention du proche auprès de l'homme.

J'en ai parlé à une amie. Je lui parle de tout aussi. Elle étudie en psychologie. On en a parlé longtemps et elle me disait : « Je pense que c'est une bonne chose que tu l'aides parce que je pense qu'il en a besoin aussi », mais j'ai pas mal fait les démarches seule. Ma mère aussi m'a aidé parce qu'elle le savait.

Anne-Sophie.

Ce soutien social de la part du réseau social auprès de la personne aidante s'est souvent poursuivi durant le processus de demande d'aide. À cet égard, bien que les répondants ont souvent été les personnes les plus actives dans le processus de demande d'aide de l'homme, plusieurs autres membres du réseau social élargi de l'homme ont eu une influence, à différents degrés.

Bien que les membres du réseau social aient constitué la source la plus consultée par les participants, plusieurs ont recherché de l'information sur le problème vécu par le proche ou sur les services disponibles. En améliorant leurs connaissances concernant la situation posant problème, les participants étaient en mesure de mieux conseiller l'homme de leur entourage par la suite, lorsque ce dernier en avait besoin. Les répondants ont donc consulté des sites Internet, des dépliants informatifs ou ont contacté certaines ressources d'aide.

J'ai regardé un peu sur Internet, j'en ai parlé avec mon père. On a fait des recherches pour des centres d'hommes en détresse, mais Jonathan n'a jamais voulu aller là. **Maude.**

Somme toute, il est souvent difficile pour le proche d'identifier le moment exact où il a commencé à intervenir, dans le but que l'homme de son entourage accepte d'aller consulter un professionnel. L'une des raisons est que les interventions ont tendance à

changer et à s'intensifier au fil du temps. En effet, dans plusieurs situations, les participants ont mentionné s'être adaptés à la réponse de l'homme et à l'évolution du problème. L'évaluation, par les répondants, des besoins de leur proche, les aiguille alors sur le type d'intervention à effectuer.

Les participants ont pour la plupart semblé commencer le processus d'aide par de l'aide de type émotionnelle, puis par du soutien prenant la forme d'échange d'information. Il semble que le soutien social sous forme d'échanges de ressources instrumentales est celui qui a été utilisé en dernier, et c'est ce type qui a ultimement permis aux hommes d'accéder au stade de l'action, soit la demande d'aide comme telle. Le délai entre l'intervention de type instrumentale du proche et la demande d'aide formelle a été relativement court dans plusieurs situations.

Alors, je suis retourné voir, au début de la session, en août ou en septembre, et je me suis informé pour voir s'il y avait quelque chose pour aider les gens avec des difficultés comme ça. La madame m'a donné un pamphlet et je suis allé lui porter et je lui ai dit : « là, tu t'inscris à ça, c'est de même que ça marche – je l'ai un peu forcé – là tu vas t'inscrire ». C'était en ligne alors je lui ai montré le formulaire « là tu remplis ça ». Finalement, il a une psy qui l'a pris quelques semaines après. **Laurent.**

Pour Laurent, c'est vraiment le fait d'avoir été proactif et d'avoir fourni les outils à son ami pour qu'il s'inscrive qui ont fait que celui-ci a pu rencontrer une psychologue. À ses yeux, de donner de l'information sur les ressources disponibles n'aurait pas été suffisant afin de convaincre son ami, ou du moins, cela aurait retardé grandement le processus de demande d'accès aux services d'aide.

Je savais qu'en lui disant d'aller à telle ressource et de rencontrer telle personne, ça ne se ferait pas aussi rapidement. Et en plus, ce serait quelque chose que j'aimerais qu'on me fasse, si j'avais un problème. **Laurent.**

Le type de stratégie employée par le proche n'est cependant pas l'unique facteur pouvant expliquer la décision de l'homme de se tourner vers de l'aide psychosociale. Parfois des facteurs extérieurs au proche ont aussi contribué à motiver l'homme à adopter

un changement dans ses comportements. Pour le conjoint de Sarah, l'évènement qui a précipité sa décision d'aller consulter un centre de thérapie a été prise lorsqu'ils ont fait des démarches pour se procurer des assurances-vie. Ce sont les coûts supplémentaires, reliés au fait de se déclarer comme étant consommateur de drogue, qui lui ont fait réaliser que sa consommation avait des impacts sur sa vie, bien que cela avait été déjà soulevé par Sarah.

Et aussi quand on est allé chercher des assurances-vie [ça a été le déclic]. Ils lui ont demandé si on fumait. « Si, disons, tu fumes en cachette et que les assurances sont au courant, ta conjointe elle n'aura pas une cenne. » [...] C'est con comme prétexte, mais ça coûte plus cher d'être déclaré fumeur.

Sarah.

Des facteurs externes à l'homme ou aux proches ont donc joué un rôle dans le processus de demande d'aide. La prochaine section examinera d'ailleurs si le genre de la personne aidée a pu également influencer ce processus.

5.3 L'impact du genre dans les stratégies de soutien

Dans le cadre de cette étude, il semblait important d'explorer jusqu'à quel point le fait d'intervenir auprès d'un homme, au lieu d'une femme, a joué un rôle dans le choix des stratégies utilisées. Afin d'explorer cette question, il a été demandé aux participants de réfléchir à l'impact du genre de la personne aidée sur leur façon de lui venir en aide. Cinq participants sur huit ont nommé qu'ils auraient agi de la même manière si la personne aidée avait été une femme plutôt qu'un homme. Pour eux, le sexe de la personne aidée n'avait donc pas vraiment d'incidence sur le type de soutien social ni sur les interventions effectuées. C'est plutôt les traits de personnalité de la personne aidée qui auraient dicté la manière dont ils sont intervenus.

Je ne crois pas que le fait que j'ai été directif avait rapport que c'était un homme. C'était surtout le fait que c'était sa personnalité qui fonctionnerait mieux, selon moi, avec ce genre de contrôle là, si on veut. [...] Je ne pense pas que j'aurais agi nécessairement différemment avec une femme, j'aurais agi différemment avec une personne qui est différente. Je me verrais aussi réagir de la même façon avec une femme qui a le même type de caractère et

en qui je n'ai pas confiance pour régler soi-même ses problèmes. Je me verrais le faire comme ça. **Laurent.**

Pour trois participants, le fait que le proche aidé soit un homme a influencé leurs actions. Pour ces répondants, les femmes ont tendance à être plus ouvertes à parler de leur souffrance et de leurs émotions, alors qu'avec un homme, selon eux, il faut être plus prudent lorsqu'on tente d'aborder de tels sujets, parce que le risque que ce dernier se referme serait plus présent. Porter son aide à une femme serait donc plus facile, en général, selon ces répondants. C'est notamment le cas de Gabrielle, qui a pu comparer son expérience d'aide auprès de son conjoint avec une autre expérience d'aide auprès de sa belle-sœur.

C'est complètement différent, parce que ma belle-sœur, quand je lui dis juste « comment ça va ? », je ne fais aucun effort et elle a juste envie de parler. C'est automatique, elle me dit tout, c'est quoi les problèmes. On dirait qu'elle le sait, elle a juste besoin de quelqu'un pour écouter. **Gabrielle.**

Pour Gabrielle, la détection des signaux de détresse est donc aussi plus facile avec une femme, puisqu'une question ouverte peut suffire pour détecter la présence d'un problème. En intervenant auprès d'un homme de son entourage, les signaux sont plus subtils puisque l'homme s'ouvre moins aisément.

Par ailleurs, l'ensemble des participants a déclaré avoir évité l'utilisation de stratégies qui exigeaient que l'homme exprime ses émotions, puisque la personne qu'ils tentaient d'aider n'était pas à l'aise avec cet aspect. Ils ont donc tous privilégié une approche axée sur les faits, le partage de leurs observations et les encouragements.

Avec ma sœur, je serais plus allé dans l'émotion. Avec mon père, c'est plus les faits : « tu as ça, ça, ça et ça ». C'est plus les faits. C'est plus facile de parler de stress et d'anxiété que de parler de dépression avec mon père. Être stressé, c'est plus normal. C'est normal, un homme, on peut être sur les nerfs ; ça, c'est normal. Mais de parler que tu souffres ou que tu as peur, que tu es en pleurs, non, ça n'aurait pas passé. Tandis qu'avec une femme, parler des peurs ou de refléter des émotions, [...] c'est plus facile. **David.**

Le cas de Laurent illustre également comment le malaise envers le dévoilement de soi et l'expression des émotions a été présent dans le processus de demande d'aide de son ami Mathieu.

Il n'a pas aimé le formulaire parce qu'il a trouvé ça long! Il était comme « bien là! » parce que c'était des questions du genre « comment vous vous sentez? », un formulaire très général : « quels sont vos problèmes, comment vous vous sentez? » et il était « ah mais là, c'est gênant écrire tout ça! » **Laurent.**

La présence du proche à cette étape cruciale de la demande d'aide a ainsi permis de garder une motivation à consulter malgré les émotions négatives que pouvait procurer le formulaire. Cela nous amène à croire que bien que le sexe de la personne aidée n'a pas été un facteur déterminant dans le choix de stratégies d'intervention selon la majorité des participants, certains comportements, associés généralement aux normes de socialisation masculine, tels l'agressivité, le contrôle de ses émotions, la dominance et l'autonomie, ont vraisemblablement eu une influence dans le processus d'aide et dans le choix des stratégies qui ont été mises en place pour convaincre le proche d'avoir recours à une aide formelle.

Outre le genre de la personne aidée, l'étape à laquelle se trouve la personne dans le processus de changement semble également jouer un rôle dans l'expérience de la demande d'aide. La section suivante détaillera comment les proches ont adapté leurs interventions selon le stade de changement où l'homme se trouvait.

5.4 L'adaptation des interventions des proches selon le stade de changement

Les formes de soutien social adoptées par les proches afin d'aider l'homme de leur entourage à demander de l'aide n'ont pas toujours été les mêmes durant le processus de demande d'aide. Ceci peut s'expliquer par le fait que les proches d'hommes en difficulté rapportent avoir adapté leurs interventions au fur et à mesure. Sur ce plan, on peut faire le lien avec le stade de changement auquel l'homme se trouvait.

Au stade de la précontemplation, lorsque l'homme ne reconnaissait pas ses problèmes et, par le fait même, la nécessité de procéder à un changement, les répondants ont eu tendance à choisir des interventions plus subtiles, en nommant de temps en temps leurs préoccupations. L'essentiel des interventions visait davantage le maintien du lien de confiance avec l'homme, de manière à pouvoir lui venir en aide lorsqu'il serait davantage prêt à changer.

C'était toujours mon objectif de garder contact parce que j'avais l'impression que s'il n'y avait plus de contact, là ça allait déraiser alors que s'il savait que j'étais là, que je l'appuyais et que je l'encourageais, j'avais l'impression qu'il allait rebondir et que ça allait finir par aller mieux après. [...] Je pense que de voir que j'essayais de le supporter et que ça me faisait beaucoup de peine de le voir comme ça, ça lui faisait lui-même de la peine. Même si ses problèmes étaient plus forts que ça. Ce n'était pas assez pour [qu'il amorce un changement]. **Maude, 24 ans.**

Du moment que l'homme nomme lui-même être dans une situation problématique, malgré une réticence à consulter, la nature des interventions faites par les proches semble changer considérablement. Au stade de la contemplation, les interventions sont beaucoup plus directes et visent à faire pencher la balance décisionnelle vers la demande d'aide, soit en augmentant le malaise de l'homme à l'égard de sa situation, ou en diminuant le malaise à consulter.

Il y a un moment où je lui ai dit : « là, je n'en peux plus, et tu ne fais rien. Si tu ne fais rien, moi je ne vais pas tomber malade comme toi. » C'est des moments qui sont très difficiles parce que tu essaies de l'aider, mais s'il ne s'aide pas non plus, je vais être obligé de le laisser seul. Et c'est là qu'il a demandé de l'aide [...] Parce que juste dire : « je pense que là ce serait mieux de faire ça » d'une manière amicale, ça ne marche pas. Si je mets en danger quelque chose, là il met un peu de côté sa maladie. **Gabrielle, 30 ans.**

Le jour que je suis partie, il est allé consulter lui-même. **Geneviève, 35 ans.**

Au stade de la préparation, l'homme, parfois avec l'aide de ses proches, a souvent identifié un moyen afin de changer ses comportements ou sa situation problématique. Il hésite toutefois encore à consulter, ou n'est pas totalement investi dans la démarche thérapeutique. À cette étape, les répondants ont eu tendance à accompagner l'homme dans sa démarche, pour diminuer le malaise ressenti à devoir s'ouvrir à un professionnel.

Je lui ai amené ça [de consulter un psychologue en couple] pour le convaincre, en lui disant que moi aussi j'ai besoin. Ça l'a comme convaincu parce qu'il a vu que ce n'était pas seulement lui qui avait un problème, que ce n'était pas lui le gros problème. Donc, j'ai dit que je pensais que ça nous ferait du bien à tous les deux et qu'on allait s'entraider. Lui dire que lui aussi il allait m'aider - parce que ce n'était pas facile comme situation - ça lui a donné un peu de confiance en lui [...]. Ça a été ma tactique pour l'entraîner, parce que, sinon, je ne crois pas qu'il y serait allé lui-même. **Geneviève, 35 ans.**

Pour David, comme son père était toujours récalcitrant à aller consulter, il lui a proposé de passer prendre un café avant de se rendre avec lui à l'hôpital, de manière à diminuer l'inconfort relié à cette situation :

Malgré que je voulais être ferme, je voulais qu'il sente que ça me touche. Je voulais qu'il sente que ça ne me fait pas plaisir de l'emmener à l'hôpital et que, dans le contexte qui est contraignant, on peut se ménager une petite fenêtre de plaisir pour dire que ça va être moins pire. **David, 34 ans.**

Même lorsqu'ils ont reconnu avoir un problème et identifié le moyen pour le résoudre (soit un suivi psychosocial dans ce contexte-ci), certains hommes voient le fait de demander de l'aide comme synonyme de faiblesse, ce qui peut être suffisant pour les dissuader à consulter. Cela fait en sorte que le proche améliore les chances de l'homme de demander de l'aide en diminuant l'impression de ce dernier d'être faible s'il fait le choix de consulter. Cette stratégie permet de diminuer considérablement le temps entre l'apparition du problème et la demande d'aide, ce qui peut réduire le niveau de crise vécu par l'homme au moment qu'il débute son suivi.

Pourquoi je suis arrivé et je lui ai dit : « on remplit ça et c'est comme ça que ça se passe ? » Parce que je n'étais pas sûr qu'il le ferait par lui-même... Il utilise souvent l'expression « c'est gênant ». Il est gêné et il a comme honte d'avoir des problèmes... Ça le gêne parce qu'il se trouve « poche » d'être « poche ». Je savais qu'en lui disant d'aller à telle ressource et de rencontrer telle personne, ça ne se ferait pas aussi rapidement. **Laurent, 27 ans.**

Au stade de l'action, l'homme est engagé activement dans la démarche thérapeutique, car il voit les bénéfices associés à celle-ci. Les proches manifestent leur intérêt envers la démarche, l'encouragent, etc. Ils s'investissent toutefois moins activement, puisque la motivation de l'homme à changer son comportement est assez élevée.

Donc, il est allé au programme d'aide et la psychologue [...] elle l'a écouté et elle l'a beaucoup questionné. Elle lui a donné des lectures à faire, parfois des textes sur papier d'une dizaine de pages. Finalement, il en a fait huit rencontres et à chaque fois il correspondait avec nous par Skype et il nous disait : « je ne vous parlerai pas de ma rencontre, c'est personnel, mais je suis content de vous dire à quel point ça m'a fait du bien. Comment j'aime son approche et les textes qu'elle me propose de lire, c'est tellement pertinent, c'est comme si c'était des textes où on parlait de moi! Je me sens tellement compris dans ce cheminement-là! » Je dirais que ça allait de mieux en mieux. **Carole.**

Au stade du maintien, les interventions menées par les proches sont plus espacées et moins directes, prenant surtout la forme de soutien émotionnel. L'homme aidé reconnaît plus aisément les avantages de consulter un professionnel et a moins besoin de ses proches pour détecter les signes avant-coureurs d'une situation potentiellement problématique. Par contre, les proches demeurent souvent vigilants aux signaux de détresse et agissent davantage en prévention, à ce stade.

Je sais comment agir pour qu'il aille voir quelqu'un avant qu'arrive le moment où il n'est plus capable de rien faire. Même là, quand il va au travail, si je vois qu'il commence à donner des signes que ça ne va pas, là on s'assoit

ensemble, on voit qu'est-ce qui ne va pas, qu'est-ce qu'on peut faire de différent. **Gabrielle.**

Rappelons que, selon Prochaska et Velicer (1997), le processus de changement est rarement linéaire, ce qui fait que la majorité des individus retourneraient à des stades inférieurs à plusieurs reprises durant le processus de changement. À cet égard, les résultats de cette étude sont en conformité avec l'aspect non-linéaire du modèle transthéorique puisque peu d'hommes, parmi ceux aidés par les répondants de ce projet, ont traversé les étapes de changement sans retourner à un stade antérieur, à un moment donné durant le processus, du moins selon les dires des répondants. Pour certains, il n'y a pas encore eu nécessairement de changements à long terme dans leur comportement, malgré le fait qu'ils aient consulté un professionnel de la relation d'aide durant plus de quatre rencontres.

Donc, c'est ça avec le temps, il a beau aller consulter, il ne veut tout simplement pas ou il ne reconnaît pas tout à fait les problèmes. C'est assez difficile. **David, 34 ans.**

Comme il en sera question dans la prochaine section, portant sur l'expérience du proche, ce recul à un stade antérieur peut effectivement être décourageant pour le proche, qui vit cela comme un échec.

Discussion

De manière générale, les répondants ont eu tendance à référer l'homme vers des ressources qu'ils avaient déjà expérimentées eux-mêmes par le passé. Cette conclusion se rapproche, à certains égards, de celle de l'étude de Turcotte *et al.* (2002), selon laquelle la plupart des hommes auraient tendance à aller chercher de l'aide chez des organismes où ils ont déjà obtenu des services auparavant.

Pour plusieurs répondants, la proximité géographique de la ressource d'aide formelle qu'ils ont choisie est ce qui a motivé leur choix de se diriger vers cette ressource plutôt qu'une autre. Cet élément était également présent dans les travaux de Turcotte *et al.* (2002) qui ont aussi démontré que la proximité géographique est un critère qui influence la

demande d'aide. Étant donné la résistance dont plusieurs hommes peuvent faire part lorsqu'il est question de consulter un service d'aide formelle, il apparaît logique de croire qu'un service trop éloigné, nécessitant des coûts financiers et du temps de déplacement, peut suffire à dissuader certains hommes.

De plus, les répondants se sont d'ailleurs tous tournés vers des organismes publics (tels que le CLSC, l'hôpital ou le CRDQ) ou privés (PAE, psychologue au privé, maison de thérapie, etc.). L'une des raisons mentionnées par les proches pour justifier le choix du service d'aide fut la méconnaissance des organismes communautaires, notamment les organismes offrant des services spécifiques aux hommes. Le sondage mené dans le cadre du *Rapport final sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de leur santé* (Tremblay *et al.*, 2016) a d'ailleurs permis d'observer que 40% des hommes ignorent quels sont les services d'aide disponibles pour répondre à leurs besoins. Il semble bien que les proches des hommes connaissent aussi très peu les services qui sont spécialement dédiés à la clientèle masculine. Contrairement aux conclusions émises par Turcotte *et al.* (2002) et Lemay et Villeneuve (2006), les coûts reliés aux services n'ont pas semblé être un critère dans la décision des proches d'orienter l'homme vers une ressource plutôt qu'une autre.

Les participants ont déclaré avoir utilisé les trois types de soutien social (échange de ressources instrumentales, émotionnelles et d'information). Ces interventions ont varié durant le processus de demande d'aide, selon le stade où l'homme se trouvait, en se basant sur le modèle transthéorique de Prochaska *et al.* (West, 2005). Le but des interventions menées par les proches se résumait pour la plupart du temps à faire diminuer le malaise de l'homme à l'égard de la demande d'aide comme telle, ainsi qu'à augmenter son malaise envers la situation problématique vécue, autrement dit à influencer la balance décisionnelle vers la consultation d'une aide professionnelle. Ces interventions correspondent par ailleurs au rôle du soutien social selon Wester *et al.* (2007), soit que le soutien social diminuerait les conséquences négatives associées à certains comportements normalement prohibés, tels que l'expression des émotions ou de la souffrance. Pour plusieurs hommes, la socialisation masculine a fait en sorte que la demande d'aide est vue comme un signe de faiblesse et qu'il est moins souffrant de renoncer à l'aide que de paraître faible aux yeux des autres

(Sierra-Hernandez *et al.*, 2014). Les proches ont donc agi de manière à changer cette perception de faiblesse, en utilisant divers types de soutien social.

Dans les étapes antérieures, soit les stades de la contemplation et de la préparation, les interventions visaient généralement à faire ressortir les répercussions négatives du problème et du fait de ne pas consulter pour le régler. À titre d'exemple, la menace d'une rupture ou la fin d'une relation amoureuse a souvent accéléré le processus de demande d'aide formelle chez les hommes aidés par les participants, puisque ce changement dans leur situation conjugale a eu pour effet d'augmenter leur besoin de consulter un professionnel. Bon nombre d'hommes iraient effectivement consulter des services professionnels à la suite des pressions de la part de leurs proches (Turcotte *et al.*, 2002). Selon cette même étude, la menace de rupture, prenant souvent la forme d'un ultimatum, est souvent le motif de demande d'aide principal pour l'homme, bien que ce genre de motivation ne garantisse pas une implication à long terme dans le processus thérapeutique. La dégradation de la relation conjugale a donc permis d'accélérer le processus de demande d'aide dans certaines situations, ce qui amène une nuance importante aux conclusions émises par deMontigny *et al.* (soumis, cité par Tremblay *et al.*, 2016), à l'effet qu'une relation conjugale insatisfaisante rendrait l'homme moins sensible aux recommandations de sa conjointe à l'égard de sa santé. Certains hommes aidés dans le cadre de cette étude ont d'ailleurs amorcé des suivis thérapeutiques dans le but de réparer la relation. Comme en témoigne l'étude de Tremblay *et al.* (2016), la fin d'une relation peut effectivement être vécue difficilement par certains hommes, pour qui la rupture entraîne une désorganisation importante nécessitant de l'aide professionnelle.

Bien que l'objectif de modifier les perceptions négatives à l'égard de la demande d'aide ne soit pas exclusif à ces deux étapes, c'est surtout aux stades de l'action et du maintien, en poursuivant le processus thérapeutique avec les encouragements de leurs proches, que plusieurs hommes aidés auraient été en mesure de briser (ou du moins nuancer davantage) cette perception que la demande d'aide est synonyme de faiblesse. À cet égard, plusieurs répondants ont choisi de diriger leur proche vers une ressource qu'ils avaient eux-mêmes utilisée par le passé. Cette stratégie vient confirmer les conclusions de l'étude de Sierra-Hernandez *et al.* (2014) qui relève que les hommes qui perçoivent que leur réseau

social a une attitude positive à l'égard de la psychothérapie auraient tendance à consulter plus aisément. En effet, le membre du réseau social, en nommant à l'homme qu'il a lui-même déjà consulté un professionnel et qu'il croit que cette ressource pourrait être aidante, démontre une attitude positive à l'égard de l'aide psychosociale. Wills (1992, cité dans Turcotte *et al.*, 2002) avait d'ailleurs mentionné que l'un des rôles des membres du soutien social est de transmettre des attitudes, des valeurs ou des normes à propos du fait de demander de l'aide formelle. De plus, les participants ont pour la plupart agi à titre d'agent de référence auprès des ressources d'aide formelle, autre rôle mentionné dans l'étude de Wills (1992, cité dans Turcotte *et al.*, 2002), en communiquant avec les services d'aide pour faire la référence et en donnant à l'homme de l'information sur ces services. Les participants de cette étude ont également eu l'impression qu'en vivant des expériences positives en contexte d'aide formelle, l'homme en difficulté a aussi pu modifier sa perception envers l'aide thérapeutique.

Enfin, le genre de la personne aidée semble avoir eu peu d'impact sur le choix des interventions ou des stratégies adoptées pour lui venir en aide. La majorité des participants ont mentionné ne pas avoir eu l'impression d'agir différemment à l'égard d'un homme et s'être plutôt adaptés à la personnalité de la personne aidée. Ils ont toutefois privilégié des stratégies axées sur l'action et des solutions concrètes, au lieu d'utiliser des interventions demandant à l'homme de s'ouvrir sur ses émotions et sur sa souffrance. Il est permis de croire que ce type de stratégies, visant des actions concrètes, a effectivement été efficace auprès des hommes, puisque ces derniers, de manière générale, auraient généralement une préférence pour ce type d'intervention, en comparaison à celles centrées sur l'expression des émotions (Tremblay *et al.*, 2016). Plusieurs participants ont par ailleurs mentionné que l'homme de leur entourage vivant des difficultés était mal à l'aise ou agressif, lorsqu'ils tentaient des interventions axées sur l'expression des émotions, confirmant ainsi les postulats émis par Lajeunesse *et al.* (2013) quant à l'attitude réfractaire de plusieurs hommes envers le dévoilement de soi et à la difficulté de plusieurs d'entre eux à reconnaître et à exprimer leurs besoins. Le fait de devoir remplir un formulaire axé sur le dévoilement de soi peut ainsi être suffisant pour inhiber la demande d'aide chez plusieurs hommes. Cependant, certains hommes aidés auraient répondu positivement aux interventions axées sur l'expression des émotions, lorsque ces dernières n'étaient pas trop

intrusives (encouragements, questions sur la thérapie, écoute, etc.) et il est permis de croire que ce type de soutien a été nécessaire au maintien du lien de confiance tout au long du processus. Les proches ont d'ailleurs eu tendance à utiliser l'expression des émotions et l'écoute au stade de précontemplation, de manière à garder une bonne relation avec l'homme et d'être disponible lorsque ce dernier serait plus disposé à demander de l'aide. Il est possible que l'aide psychosociale ait contribué à modifier l'attitude de l'homme envers le dévoilement de soi et à l'expression des émotions, à la suite d'une ou plusieurs expériences positives dans le cadre du suivi psychosocial.

Dans plusieurs cas, l'homme aidé ne reconnaissait d'abord pas son problème, ou tendait du moins à en minimiser l'ampleur. Selon Dulac (1997, cité dans Tremblay *et al.*, 2004) cette sous-évaluation aurait pour origine la socialisation masculine, qui ferait en sorte que plusieurs hommes sont moins sensibles aux signes précurseurs d'une situation de crise ou d'un problème de santé et prendraient plus de risque que ne le font les femmes. Ils verraient leur santé comme meilleure qu'elle ne l'est en réalité, et ne verraient donc pas l'importance de consulter un professionnel pour leurs problèmes. Devant cette situation, l'échange de ressources d'information à propos du problème vécu par l'homme a été utilisé dans le but d'augmenter la sensibilité de ce dernier envers les signaux précurseurs d'une crise ou d'un problème de santé. Il a ainsi fallu plusieurs interventions de la part des proches avant que plusieurs de ces hommes en difficulté admettent avoir un problème et accepte de prendre des moyens pour le régler.

CHAPITRE 6 : L'EXPÉRIENCE DU PROCHE

6.1 La demande d'aide : une expérience difficile

Ce chapitre s'intéresse à la manière dont le proche a vécu le fait de venir en aide à un homme dans son entourage. À la lumière de l'expérience des répondants de cette étude, venir en aide à quelqu'un parmi son entourage peut être difficile émotionnellement, puisque cela s'accompagne souvent d'un sentiment de responsabilité envers l'autre, ou un sentiment de devoir répondre aux besoins de la personne en difficulté.

6.1.1 La crainte pour la sécurité

Dans certains cas, la nature des problèmes vécus par l'homme implique une part de risque pour la sécurité de ce dernier. De plus, l'homme a parfois pris un certain temps à demander de l'aide, ce qui fait que sa situation a pu empirer jusqu'à devenir très problématique, à un point où le proche peut craindre pour la sécurité de ce dernier. Plusieurs participants ont nommé que la possibilité que leur proche perde la vie, malgré leur aide, a été la chose la plus difficile pour eux. Les participants ne se sentaient pas toujours bien outillés afin de conseiller leur proche qui éprouvait des problèmes complexes tels que la toxicomanie, un trouble mental (dépression ou autre) ou des idéations suicidaires. Le membre du réseau social peut parfois ressentir énormément d'anxiété, puisqu'il a l'impression que la sécurité de l'homme repose entièrement sur ses épaules.

C'était l'angoisse constante. Je ne savais pas quoi dire pour l'aider, pour ne pas qu'il se suicide et je me trouvais poche. Je ne trouvais pas que j'étais une bonne amie, et s'il se suicidait, c'était de ma faute, parce que je n'ai pas su comment l'aider. Ça, c'est « tough ». **Sarah.**

J'habite à Québec pour les études, et j'avais peur des fois les fins de semaine où je partais chez moi. Je prenais des nouvelles, parce que je voulais être sûr qu'il allait bien. J'avais la phobie de le trouver pendu. Il avait l'air tellement perdu que j'avais peur. **Anne-Sophie.**

J'ai réalisé que j'ai vraiment eu peur que mon frère meure. J'avais vraiment peur pour mon frère et c'était vraiment la chose principale. Il était vraiment

sur une pente descendante à pic. Il ne travaillait pas, il n'allait pas à école... Il faisait juste consommer pendant un bout. C'est vraiment épeurant. On est vraiment proche et je n'aurais pas pu faire juste : « c'est ma vie arrange-toi je m'en fou! » Ce n'était pas une possibilité. **Maude.**

À cet égard, Geneviève, une répondante qui est venue en aide à son ex-conjoint, reconnaît qu'il aurait été préférable qu'elle contacte de l'aide professionnelle plus tôt, dès l'apparition des idées suicidaires de celui-ci. La peur constante que son ex-conjoint passe à l'acte a été éprouvante pour elle et elle connaît maintenant mieux les ressources à contacter.

Si c'était à refaire, j'appellerais plus vite au Centre de prévention du suicide quand il a des passes de suicide comme ça, parce que ça ne relève pas de moi. Il faut que ce soit dit un moment donné. N'aise pas. J'aurais fait ça. **Geneviève, 35 ans.**

À travers ses différents propos, il apparaît clair que ces proches ressentent un sentiment de responsabilité envers l'homme aidé, bien que cela n'ait pas toujours été nommé explicitement.

6.1.2 L'ampleur du problème

Pour d'autres, c'est de découvrir l'ampleur du problème qui a été la chose la plus difficile. Dans la situation de Laurent, son ami était confronté à des échecs scolaires, mais cela n'avait pas nécessairement de répercussions graves sur son avenir puisque ce dernier avait la possibilité de travailler dans l'entreprise familiale malgré tout. Le fait que le problème vécu par son ami n'avait pas de répercussions aussi graves que pour d'autres participants a fait en sorte que Laurent n'a pas ressenti énormément de détresse durant le processus d'aide. Toutefois, l'ampleur du problème a fait en sorte que les stratégies déployées pour aider son ami n'ont pas fonctionné. Pour lui, le fait d'avoir dû faire des démarches auprès d'un professionnel a donc été vu comme une sorte d'échec.

Il n'y a pas eu grand-chose qui m'a aidé, ça a été un échec mon affaire! Il a fallu que je le réfère à quelqu'un d'autre. [...] Ma partie à moi n'a comme pas été bonne jusqu'à temps que je le passe à quelqu'un d'autre. Le seul point positif ça a été que je le passe à quelqu'un d'autre. **Laurent.**

L'ampleur du problème vécu par l'homme est donc aussi un élément difficile dans l'expérience du proche, puisque cela fait souvent en sorte qu'il faille remettre en question ses interventions en tant que membre du réseau social. Le temps investi à trouver des solutions au problème peut être vu comme inutile, le proche regrettant de ne pas avoir agi plus tôt.

Dans cette situation-là? Peut-être que j'irais plus tôt. Je le réfèrerais plus tôt plutôt que de « *tougher* » une année à faire des choses qui ne servent à rien, maintenant qu'on le sait. **Laurent.**

Parfois, bien que le proche constate la nécessité d'intervenir, la personne ayant un problème n'a pas la même vision du problème. Certains hommes aidés parlaient peu de leurs problèmes et pouvaient parfois tenter de minimiser la gravité de leur situation, jusqu'à ce que ce ne soit plus possible. Pour Sarah, la confiance envers son conjoint a été plus fragile à la suite de la découverte du problème.

J'épiais tout ce qu'il faisait à un moment donné : cell, courriel, n'importe quoi, pour voir s'il ne prenait pas de drogue en cachette. C'était rendu trop intense. **Sarah.**

Chez les majorités des répondants, de sentir que la personne de son entourage souffre a aussi été difficile sur le plan émotionnel :

De le voir souffrir comme ça, moi, ça a été quelque chose de très difficile. Il a comme fallu que je mette ça de côté pour réussir à le faire parce que sinon j'aurais juste voulu me sauver. **David.**

Le proche n'ayant pas la même distance qu'un professionnel envers la personne de son entourage ayant un problème, il est difficile de ne pas être touché par les répercussions de la situation. Parfois, le problème de l'homme avait des répercussions sur la relation de ce

dernier avec le répondant. Le problème prend plus d'ampleur, ce qui laisse moins de place aux interactions positives.

J'essayais d'être le moins possible à la maison, quand je partais au travail par exemple, j'étais plus heureuse parce que je n'étais plus capable d'être là-dedans. [À la maison], l'ambiance est lourde. **Gabrielle.**

Dans le cas de Gabrielle, la présence d'un réseau de soutien et le fait que son conjoint ait accepté de faire des démarches pour aller mieux lui ont permis de préserver leur relation, malgré les difficultés. Comme il en sera question dans la prochaine section, cela n'a pas été le cas pour d'autres participants.

6.1.3 Le contexte de la rupture

Pour deux des participants, le soutien à l'homme dans sa démarche pour obtenir de l'aide formelle a eu lieu dans un contexte de rupture. Ainsi, le manque de réseau de soutien chez l'homme a fait en sorte que l'ex-conjointe est demeurée très présente dans le processus de demande d'aide, sentant qu'il allait de sa responsabilité de venir en aide à cette personne. Cette situation peut amener son lot d'inconfort, puisque la personne ayant mis fin à la relation peut ressentir le besoin de s'éloigner de l'autre, ce qui peut toutefois entrer en contraction avec la nécessité d'être présent et soutenant pour l'homme en processus de demande d'aide. Les rôles d'ex-conjointe et de membre du réseau de soutien sont donc difficilement compatibles. De plus, dans le cas d'Anne-Sophie, le fait d'avoir initié la rupture a fait en sorte qu'elle avait le sentiment de contribuer à la détresse, déjà présente, de son ex-copain.

Je savais que là, il venait de me perdre encore, c'était encore un autre deuil. Pas la même affaire qu'un deuil [la mort d'un proche], mais le deuil qu'une relation. [...] Je ne l'aime plus comme je l'aimais, mais je l'aime quand même comme ami. Je ne voudrais pas que lui arrive [quelque chose]. J'essaie de prendre des nouvelles, de voir comment il va, mais ce n'est pas facile. **Anne-Sophie.**

Il est important de préciser que les deux répondantes ont affirmé ne pas regretter d'avoir mis fin à la relation, mais cette décision a quand même amené son lot d'anxiété et de culpabilité, ce qui a été pénible pour elles.

6.1.4 Le changement de rôles

Plusieurs troubles mentaux peuvent faire en sorte qu'il est difficile pour la personne qui en souffre de subvenir à ses besoins et de réaliser les tâches de la vie quotidienne. Deux des participants ont trouvé difficile de pallier aux tâches de la vie quotidienne, en attendant que l'homme qu'ils aidaient chemine dans son rétablissement. Pendant un certain temps, ils ont dû assumer seuls les rôles associés aux activités de la vie quotidienne et domestique. Dans ce cas, c'est surtout la durée du processus de demande d'aide qui a fait en sorte que l'aidant a dû assurer le bon fonctionnement des tâches quotidiennes sur une période de temps parfois très longue, au risque de s'épuiser.

Cette transition de la maladie jusqu'à ce qu'il soit guéri et que je puisse le traiter comme une personne « normale », c'est très difficile. Il y a un moment où je suis fatiguée de tout faire. J'ai besoin d'aide, mais je ne peux pas demander cette aide. C'est le plus difficile. **Gabrielle.**

Je l'ai pris sur mes épaules, c'était devenu mon fils. Il fallait que je m'en occupe. Je le nourrissais. Tout le temps. Je lavais son linge. **Sarah.**

Il existe donc une pression sur le proche, qui doit jongler entre les besoins de l'homme qu'il aide et ses propres besoins. Lorsque l'aide concrète dure sur une longue période, cela peut représenter un défi.

Pour David, ce changement de rôle a été particulièrement difficile puisqu'il a dû faire figure d'autorité envers son père. En raison des problèmes de consommation de son père, les rôles se sont donc inversés, en quelque sorte.

De constater que mon père était rendu vraiment vraiment très bas. De dire que ce n'est plus lui qui a l'autorité, mais nous autres. De constater que déjà je

doive remplacer mon père auprès de ma mère - entre guillemets - dans le sens que le rôle d'autorité de la famille qu'il avait, il l'a perdu. **David.**

Ce changement de rôle a apporté un certain inconfort chez le participant, entre autres parce que le fait d'être une figure d'autorité s'accompagne souvent d'une plus grande responsabilité dans le bien-être de l'autre. Chez ce participant, les rechutes dans le processus de changement de son père ont également été un élément difficile, comme il en sera question dans la prochaine section.

6.1.5 La rechute

Le processus de changement est rarement linéaire, ce qui fait que les individus ont tendance à connaître des périodes de rechute durant leur parcours. Bien que normales, ces périodes peuvent être vécues difficilement par le proche qui a l'impression de devoir recommencer tout le processus.

Pour David, son père a demandé de l'aide à plusieurs occasions, mais les problèmes de consommation de ce dernier n'ont jamais vraiment cessé à long terme.

À la fin de tout ça, je me suis dit que c'était le mieux qui pouvait arriver dans les circonstances et j'espérais que, cette fois-là, ce serait la bonne. À chaque fois, c'est ça. Là, cette fois-là, il va vraiment changer, il n'a plus rien, plus de sortie, il est obligé... Il est obligé, mais ça a pas tant changé pareil. **David.**

Les reculs dans le processus de changement peuvent ainsi diminuer la motivation du proche à maintenir son soutien et son aide, et le maintien de lien peut parfois présenter un défi.

6.2 Les éléments facilitants

Bien que le fait d'aider un proche à demander de l'aide professionnelle lorsque la situation le requiert puisse être difficile, certains éléments ont semblé faciliter la tâche des

répondants. Ce mémoire a donc cherché à identifier les facteurs ayant joué un rôle positif dans la demande d'aide, du point de vue des participants.

6.2.1 Garder une distance

Le fait de pouvoir « garder une distance » a été nommé par l'ensemble des participants comme étant la chose la plus aidante. Pour certains, le contexte faisait en sorte qu'ils étaient en mesure de garder une distance émotionnelle à l'égard de l'homme, de manière à ce que le problème de ce dernier ne devienne pas un problème aussi pour la personne aidante. Pour Geneviève, il a été possible de constater l'impact d'une distance émotionnelle, uniquement à la suite de sa rupture avec son conjoint qui vivait des difficultés. Le fait de ne plus être impliquée dans une relation amoureuse et de ne plus vivre avec lui a grandement facilité sa capacité à exercer un soutien social :

Ça ne tournait pas rond là-dedans. Il fallait que je fasse attention de ne pas réagir, mais ça, ce n'est pas facile quand tu vis avec la personne. Je ne suis pas avec lui actuellement et je n'ai pas de misère. Je ne péterai jamais les plombs avec lui. Je reste calme. **Geneviève.**

Pour plusieurs participants, la distance était émotionnelle, mais également géographique, ce qui a influencé grandement la manière avec laquelle ils sont intervenus. En effet, le fait de vivre dans des villes ou des régions différentes de l'homme en difficulté leur a forcé d'intervenir moins activement.

On était habitué d'être à distance comme ça et je pense que j'aurais vraiment trouvé ça dur de le voir au quotidien s'enfoncer comme ça. Je ne pense pas que j'aurais été plus efficace en tant que sœur aidante. **Maude.**

C'est vrai qu'il y a la distance. À cause de la distance, on a des façons de faire. Je pense que si j'avais été plus près physiquement, ça aurait pu être trop. J'aurais eu tendance à faire 56 petits plats, lui apporter ci, faire son lavage... **Carole.**

Le fait de garder une distance n'est toutefois pas le seul élément ayant été facilitant pour les participants de l'étude. Dans certaines situations, il est plus difficile de se retirer,

ce qui fait en sorte qu'il faut trouver d'autres moyens pour demeurer aidant. L'un de ses moyens est de chercher du soutien social à l'intérieur de son entourage.

6.2.2 Le soutien des membres du réseau informel

Le soutien social à l'intérieur du réseau informel a également joué un rôle central pour le bien-être du proche. Le fait d'être bien entourés et de ne pas intervenir seuls auprès de l'homme en difficulté a été nommé par plusieurs répondants comme étant un autre facilitant important. Ce soutien social peut avoir plusieurs formes. Pour Gabrielle, son réseau social lui permettait surtout de se changer les idées, de s'éloigner de la maladie de son conjoint, afin de mieux pouvoir l'aider par la suite :

Juste de sortir et aller là où j'avais de la chaleur humaine et des gens qui me faisait oublier ça et penser à autre chose ça m'a donné vraiment de l'énergie à chaque fois, de revenir et de continuer. De me changer les idées et de penser à autre chose, de voir que la vie est belle encore. Ma batterie est chargée et je peux encore aider. **Gabrielle.**

Pour d'autres, le soutien du réseau informel a permis de répartir la responsabilité sur plusieurs personnes et d'échanger sur les meilleures solutions possible afin d'amener l'homme à consulter un professionnel. Ce fut le cas pour Maude :

C'est surtout mon père qui était responsable, mais on s'aidait là-dedans et on s'appuyait là-dedans. C'était très difficile pour nous deux alors on en parlait, on échangeait des idées pour trouver la meilleure stratégie pour l'aiguiller, disons. Moi, j'étais à l'école, mais, à cette session-là, j'étais « à distance » et mon père travaillait, donc, bref, on se partageait les tâches pour que ce soit moins dur. C'est moins dur quand tu n'es pas tout seul. **Maude.**

Cette pratique a pour avantage de répartir la responsabilité de la démarche auprès de plusieurs personnes puisque venir en aide à un proche peut être extrêmement exigeant au plan émotionnel. De plus, le fait d'intervenir à plusieurs peut, selon certains répondants, accélérer la reconnaissance du problème et, ultimement, le processus demande d'aide.

Au début, quand tu dis : « il va falloir que tu vois le psy », il va toujours croire qu'il peut gérer lui-même. Si c'est une personne qui n'a jamais vécu ça, ça prend les exemples de l'autre [...] Je dirais de regarder les gens qui ont eu un problème ou qui ont été dans la même place et ont vécu cette expérience, ça, je trouve que ça aide énormément. C'est uniquement quand la personne voit le problème qu'elle se dit : « OK [je vais aller consulter]. » Il faut qu'elle voit que c'est vrai et que ce n'est pas uniquement moi [la conjointe] qui dis que ça va arriver. C'est arrivé à telle et telle personne. Il faut que la personne puisse vraiment voir que ça s'en vient. **Gabrielle.**

Notons que les participantes pour qui l'homme en difficulté était leur conjoint ont eu à intervenir seules et n'ont donc pas pu partager cette responsabilité avec d'autres membres du réseau informel.

En fait, j'aurais toujours voulu qu'il y ait quelqu'un d'autre qui aurait été là avec moi pour l'aider, vu que j'étais toute seule. L'avis d'une personne c'est bien facile, mais quand tu en as deux qui t'en parle, peut-être que ça donne un signe? **Anne-Sophie.**

L'incapacité de l'homme à exprimer sa souffrance et ses besoins à d'autres personnes que sa conjointe a donc déterminé d'une certaine manière la charge émotionnelle de la personne qui l'aide. Divers facteurs ont ainsi amoindri les impacts négatifs associés au fait de venir en aide à un proche afin qu'il ait accès à de l'aide formelle. Ces facteurs facilitants ont accéléré le processus d'accès aux services. L'expérience d'aide ne comporte toutefois pas uniquement des aspects négatifs, comme en témoignera la prochaine section.

6.3 La demande d'aide : une expérience positive

L'expérience du proche, bien que comportant des aspects plus difficiles, n'est pas toujours perçue comme négative par ce dernier. Pour Sarah, le fait que son partenaire lui demande son soutien dans sa démarche de demande d'aide a été vécu positivement.

Lui, il avait besoin de quelqu'un qui l'aide ; je trouvais ça valorisant qu'il m'ait choisi. Il a déjà eu des blondes avant moi et il n'a jamais témoigné le besoin d'arrêter. Là, il se sentait prêt et il m'a choisie pour l'épauler là-dedans. J'étais contente qu'il me permette de l'accompagner là-dedans.

Sarah.

Le fait d'aider un homme de son entourage à demander de l'aide peut donc comporter des aspects positifs pour la relation avec ce dernier. La majorité des répondants ont d'ailleurs eu des remerciements de la part de l'homme aidé, pour l'avoir épaulé durant tout le processus.

Après sa première rencontre [avec la psychologue de l'Université], il m'a remercié. **Laurent.**

Puis, la semaine passée [mon ex-conjoint] m'a dit : « écoutes, merci d'avoir été là, parce que je ne m'en serais pas sorti. J'ai mis tout en application ce que tu m'as dit et ça fonctionne. » **Geneviève.**

Je sais qu'il est reconnaissant, mais dans ce temps-là il ne le disait pas. Quand il parlait, c'était pour dire qu'il était triste. Il ne parlait pas de rien d'autre. Là on s'est parlé cette semaine et il m'a dit que ce que j'avais fait ça l'avait beaucoup aidé - je me rappelle plus des mots exacts - mais qu'il était reconnaissant, que j'avais fait une grosse différence et qu'il m'aimait beaucoup. Ça m'a surpris parce qu'il ne dit jamais ces choses-là. C'était inespéré! J'étais contente qu'il me dise ça. **Sarah.**

Pour Geneviève et Sarah, malgré le fait que l'expérience d'aide eut été difficile sur le coup, cette expression de reconnaissance de la part de l'homme aidé vers la fin du processus a permis de vivre plus positivement cette expérience, en rétrospective. Pour d'autres, le fait de voir que les problèmes de l'homme semblent être en voie de se régler a également permis de mieux vivre avec cette expérience éprouvante.

Là c'est vraiment un moment facile pour moi [de reparler de cette expérience en entrevue] parce que je vois que les choses sont en train de s'améliorer

pour mon fils du point de vue personnel et professionnel alors je me sens tellement allégée! **Carole.**

Par ailleurs, la plupart des participants n'ont pas ressenti le besoin de consulter eux-mêmes un professionnel durant celle-ci. Dans leur cas, le soutien et l'écoute de leurs proches ont été suffisants. Certains ont quand même mentionné avoir ressenti le besoin d'avoir de l'aide formelle à la suite de la démarche de l'homme, afin d'être mieux outillés et protégés pour l'avenir.

Parce qu'avec toute cette pression que j'ai vécue, il y a une peur que j'ai que ça recommence. Et il faut que je sache comment gérer ça. **Gabrielle.**

La majorité des participants ont cependant mentionné avoir ressenti le besoin de demander de l'aide au sein de leur réseau informel, bien que les émotions que ce contexte a suscitées n'aient pas été jugées assez importantes pour aller consulter un professionnel :

C'est sûr que les affaires de mon père ont fait que j'ai été obligé de demander de l'aide un moment donné dans ma vie. [...] Ça m'a amené à demander de l'aide, mais à mon réseau plus que d'aller chercher de l'aide dans une ressource. [...] Je suis capable de gérer cette émotion-là avec l'aide de mes amis. **David.**

Le fait que plusieurs participants ont décidé de se confier à des membres de leur entourage confirme par ailleurs l'importance du réseau social, même le réseau élargi, dans la demande d'aide. Ces individus n'avaient pas forcément de lien direct avec l'homme en difficulté, mais leur soutien a tout de même eu un impact indirect sur sa situation.

Discussion

Le fait d'aider un homme de son entourage à demander de l'aide a été difficile pour la plupart des participants de cette étude. Les répondants avaient parfois l'impression que le succès ou l'échec de la demande d'aide reposait sur leurs épaules, ce qui a été anxiogène. Des situations à haut risque pour la sécurité de l'homme, telles que la surconsommation de psychotropes ou les menaces suicidaires, ont été particulièrement éprouvantes pour les

participants qui n'avaient pas la même distance émotionnelle envers leur proche que peut l'avoir un professionnel, mais devaient tout de même intervenir souvent seuls. Le refus chez plusieurs hommes de demander de l'aide peut également devenir frustrant pour le proche, notamment la conjointe, qui subit souvent les répercussions du problème de l'homme et aimerait que la situation change plus rapidement. Cela a fait en sorte que certaines participantes ont ressenti le besoin de mettre fin à la relation, entre autres en raison des impacts du problème vécu par l'homme.

Dans la même veine, d'autres ont trouvé difficile le fait de voir une personne proche être en souffrance, parfois à cause d'un trouble mental, comme la dépression. Il est permis de croire que c'est lorsque l'homme se trouvait aux étapes de la précontemplation et de la contemplation que cela était le plus frustrant pour le proche, puisqu'à ces étapes l'homme reconnaît peu l'impact de ses comportements problématiques et ne manifeste pas nécessairement le besoin de consulter. Ces étapes sont souvent synonymes d'impuissance pour le proche, qui se limite à exprimer ses inquiétudes et à maintenir le lien de confiance.

Bien que le processus de demande d'aide ait été éprouvant pour la plupart, ce ne sont pas tous les proches qui ont vécu difficilement cette expérience. La gravité du problème vécu par l'homme, de même que la proximité du lien avec l'homme en difficulté, ont semblé influencer le niveau de détresse vécu par le proche.

Par ailleurs, la distance géographique a été nommée par deux participantes comme étant l'aspect le plus aidant durant le processus de demande d'aide. Le fait de ne pas vivre les répercussions du problème vécu par l'homme de manière directe a sans doute aidé les répondantes à garder une plus grande objectivité et l'impossibilité d'être présente en tout temps pour l'homme les a forcés à répartir la tâche de supporter celui-ci avec d'autres personnes. L'importance de ne pas intervenir seul, afin de se protéger de l'épuisement et du stress, a d'ailleurs été nommée par la majorité des répondants.

CONCLUSION

Plusieurs problèmes reliés au bien-être semblent plus présents chez les hommes, dont celui du suicide qui est particulièrement préoccupant de par sa prévalence et ses effets importants sur les proches. La difficulté chez de nombreux hommes à demander de l'aide, et le fait que plusieurs d'entre eux soient isolés socialement, pourraient expliquer, du moins en partie, les écarts de santé entre les hommes et les femmes. Les hommes seraient généralement plus réfractaires à demander de l'aide, attendant que le problème soit critique avant de faire appel à des professionnels de la santé et des services sociaux (Dulac, 2001). Dans une étude récente (Tremblay et coll., 2015), près de 85% des hommes rapportent qu'ils feraient tout pour se débrouiller seuls. Les hommes formeraient d'ailleurs un groupe plus à risque d'isolement social, ce qui a des effets directs sur leur bien-être.

La majorité des études sur le sujet indique par ailleurs que le réseau social a une incidence sur la demande d'aide et, plus globalement, sur le bien-être. Bon nombre d'hommes demeurent réfractaires à se confier à un professionnel et ont besoin du soutien de leur entourage pour amorcer un processus de demande d'aide. Les connaissances disponibles laissent supposer que les membres du réseau social sont souvent les premiers à voir les signes précurseurs d'une crise de nature psychosociale et à pouvoir intervenir, lorsqu'ils en ont les outils. Des actes aux conséquences tragiques tels que le suicide et l'homicide intrafamilial pourraient ainsi être évités (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012). Or, le peu de recherches qualitatives se penchant sur le rôle du réseau social dans le processus de demande d'aide des hommes fait en sorte que nous ignorons les moyens et les stratégies utilisés par les proches afin d'en arriver à faciliter la demande d'aide et le contexte dans lequel les proches décident d'intervenir. Ces données semblent toutefois cruciales à une compréhension globale de ce phénomène.

C'est pour cette raison que le présent projet de mémoire cherche à mieux comprendre l'expérience et le point de vue du proche dans le processus de demande d'aide chez les hommes. De ce fait, il s'agit d'une étude qualitative exploratoire dans laquelle huit personnes ayant influencé un homme de leur entourage à consulter un professionnel ont été

rencontrées dans le cadre d'entretiens semi-dirigés. L'un des objectifs de cette étude était de mieux décrire l'expérience du proche durant le processus de demande d'aide.

À la lumière des entretiens, il apparaît clair qu'il existe une diversité d'expériences chez les proches d'hommes ayant des difficultés. La demande d'aide des hommes gravite autour d'une pluralité de problèmes, allant de la toxicomanie aux problèmes scolaires, en passant par la rupture amoureuse. Pour certains participants, le processus a donné lieu à une seule demande d'aide formelle et à l'engagement de l'homme dans un processus thérapeutique visant à apporter des changements concernant sa situation ou ses comportements. Pour d'autres, la demande d'aide pour laquelle ils ont supporté l'homme a été une étape dans un plus long cheminement, au cours duquel plusieurs demandes d'aide se sont succédé avant d'observer les premiers changements. Dans certains cas, il n'y a pas eu de changements à long terme chez l'homme, malgré la demande d'aide formelle, mais la majorité des répondants ont mentionné que l'homme qu'ils ont accompagné dans sa demande d'aide a été en mesure d'apporter des changements à son problème. La durée du processus entre l'apparition des premiers signaux et le début du suivi psychosocial a aussi varié allant de quelques mois à plusieurs années.

Bon nombre de participants se sont d'ailleurs tournés vers des membres de leur réseau informel avant de consulter des organismes d'aide formelle, ce qui a joué un rôle dans la longueur du processus. Ces différents cheminements s'expliquent, entre autres, par la diversité des problèmes vécus par les hommes dans le besoin. En effet, plusieurs hommes étaient aux prises avec des troubles mentaux ou des problèmes de consommation, problèmes qui peuvent parfois être complexes et plus difficiles à résoudre, en comparaison avec des problèmes plus situationnels, tels qu'un échec scolaire ou des difficultés relationnelles. La complexité des problèmes vécus peut faire en sorte qu'il est peu probable de revenir au niveau d'avant la crise et que l'objectif du traitement soit plutôt de stabiliser l'état de la personne plutôt que de faire disparaître tous les symptômes ou les comportements néfastes. Les interventions du proche et l'attitude de l'homme à l'égard de la demande d'aide ont aussi eu une influence dans le processus de demande d'aide.

Le lien entre le répondant et l'homme est un autre facteur ayant influencé la nature de l'expérience d'aide. En effet, pour plusieurs répondants, c'est un conjoint qu'ils ont aidé à

demander de l'aide. L'absence de réseau de soutien a souvent fait en sorte qu'ils étaient les seuls en mesure d'intervenir. Les hommes célibataires ont, pour leur part, été aidés par d'autres membres de leur famille (parents, sœur, fils, etc.) ou par un autre membre du réseau social, tel qu'un ami. Tous semblaient entretenir un lien de confiance avec la personne aidée, ce qui a sans doute joué un rôle dans l'évolution du processus de recours à l'aide formelle.

Cette étude visait également à savoir de quelle façon les proches arrivaient à influencer un homme de leur entourage. Nonobstant la diversité des expériences des répondants, il apparaît toutefois clair que ces derniers ont eu une influence dans le processus de demande d'aide de leur proche, à la lumière de leurs témoignages. Ils ont été en mesure d'identifier relativement tôt les signes de détérioration dans l'état de l'homme, que ce soit sur le plan de l'humeur ou dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. Ils ont aussi été sensibles au risque suicidaire, accentuant leur présence et leurs interventions lorsque celui-ci était davantage présent.

En observant divers signaux de détresse chez l'homme, les proches ont utilisé plusieurs types de stratégies durant le processus, afin de convaincre l'homme de consulter un professionnel. Ces stratégies (instrumentales, émotionnelles ou informationnelles) ont généralement toutes été utilisées à un moment ou à un autre durant le processus. Les répondants ont mentionné s'être adaptés à la personnalité de l'homme et à ses réactions afin de choisir la meilleure intervention pour l'amener à demander de l'aide formelle. L'évaluation des besoins de l'homme par le proche a donc été un point important dans le choix de la stratégie. En effet, lorsque l'homme avait davantage besoin d'encouragement et de soutien (selon l'avis du proche), les répondants ont privilégié une approche basée sur l'échange de ressources émotionnelles. Lorsque l'homme semblait vouloir consulter, mais hésitait à faire les démarches, les proches ont alors opté pour une approche plus directe et instrumentale, de manière à accélérer le processus. Ce type d'approche avait uniquement lieu lorsque le proche ne craignait pas la réaction de l'homme, ou qu'il n'y avait plus d'autres solutions possibles. Les proches ont aussi agi à titre de référence pour l'homme, en contactant directement les organismes d'aide.

Le modèle transthéorique a été choisi comme cadre théorique pour cette étude. Sans que ce modèle soit nécessairement connu par les répondants, l'évaluation des besoins de l'homme qu'ils en ont faite a spontanément ainsi pris en considération l'étape à laquelle l'homme se trouvait dans sa démarche de demande d'aide. Les stratégies employées étaient très différentes selon que l'homme refusait de voir qu'il vivait une situation problématique ou qu'il était impliqué dans le processus d'aide. La majorité des interventions ont visé à maintenir ou augmenter la motivation de l'homme à consulter. Somme toute, il paraît juste d'affirmer que les proches ont été particulièrement sensibles au fait de respecter le rythme de l'homme et sur l'importance de nourrir son sentiment d'efficacité personnelle, afin que l'homme ait le sentiment de pouvoir améliorer sa situation en recourant à une aide professionnelle. Certains événements, tels qu'une rupture ou une menace de rupture, ont particulièrement influencé l'homme dans son choix de demander de l'aide, en augmentant la détresse de ce dernier.

Les répondants ont pour la plupart trouvé difficile d'intervenir de manière active auprès d'un homme de leur entourage, homme qui n'était pas toujours enclin à recevoir de l'aide. Ce type de processus est souvent plus long que ce que le proche s'attend au départ et les divers reculs dans le processus peuvent parfois être vus comme des échecs. Pour certains participants, le sentiment de responsabilité à l'égard de la santé et de la sécurité de l'homme de leur entourage a causé une certaine anxiété ou détresse. La relation avec l'homme en difficulté s'est parfois détériorée, à certains moments durant le processus, notamment chez certaines répondantes qui ont choisi de mettre fin à la relation avec l'homme en difficulté avant que ce dernier ait accès à de l'aide.

Par contre, chez les participants pour qui l'homme aidé a apporté des changements dans sa situation à la suite d'un suivi psychosocial, il semble y avoir une certaine fierté d'avoir pu faire partie de ce processus et un soulagement de voir que la personne qu'ils ont aidée semble aller mieux. Plusieurs ont d'ailleurs reçu des remerciements de la part de l'homme qu'ils ont aidé et ont pu constater que leur intervention a eu un effet positif sur l'homme et sur leur relation. La majorité des répondants ont recommandé à un proche désireux soutenir un homme de son entourage dans un processus de demande d'aide de ne pas intervenir seul, d'être bien entouré. L'importance du soutien social semble donc aussi

primordiale pour le bien-être de l'aïdant, qui a un grand rôle à jouer dans le processus de demande d'aide.

Limites de l'étude

L'une des limites importantes réside dans le fait que les hommes aidés dans le cadre de ce projet de mémoire habitent presque tous en milieu urbain (n=7). Le seul participant dont le père vivait en milieu rural a d'ailleurs ajusté son intervention au manque de ressources dans le milieu. Le fait d'inclure un plus grand nombre de participants dont la personne aidée vit en milieu rural aurait donc peut-être permis de dégager des constats différents quant au processus de demande d'aide. Outre l'accès aux services qui semble différent selon la région habitée, le fait de vivre en milieu rural serait également relié à une attitude plus négative à l'égard de l'aide psychosociale et à une plus grande crainte d'être stigmatisé en demandant de l'aide (Gunnell et Martin, 2004; Roy, Tremblay, Oliffe, Jbilou et Robertson, 2013)).

Les hommes aidés étaient également tous francophones et d'origine canadienne, il est donc impossible de statuer si les conclusions de ce mémoire s'appliquent à des personnes issues d'autres cultures. L'origine ethnique peut influencer le processus de demande d'aide et l'expérience des proches, en raison du fait que la relation entre les conjoints peut varier selon les cultures, entre autres (Cusack *et al.*, 2004). On sait également que la demande d'aide peut être vécue différemment pour les membres de certains groupes spécifiques, tel que les Autochtones, les militaires, les agriculteurs et les aînés (Tremblay *et al.*, 2016).

Une autre limite de ce projet repose sur le fait que les observations sont basées sur les propos des proches. Acteurs externes, il est possible que les interventions que les proches estiment avoir été aidantes ne l'aient pas été du point de vue des hommes aidés ou qu'elles l'aient été davantage que ce que le proche en a retenu. À cet égard, il aurait été intéressant de comparer les propos des proches avec ceux des hommes aidés afin d'en faire ressortir les similitudes et les différences.

De plus, tous les participants de cette étude avaient un niveau de scolarité relativement élevé, la majorité avait complété ou était en voie de compléter des études universitaires (n=7). L'autre participant avait fait des études collégiales et fréquentait tout de même l'université. Il est toutefois possible que le niveau d'étude ait eu une influence sur l'expérience d'aide des répondants et leur connaissance des ressources. Un niveau d'étude plus élevé signifie peut-être une plus grande capacité, pour les participants, à rechercher l'information nécessaire afin de venir en aide à un proche, notamment sur Internet, ce qui a pu avoir un impact sur le processus de demande d'aide. Il est aussi possible qu'un niveau de scolarité supérieur soit associé à une plus grande capacité à exprimer et reconnaître les émotions. Il apparaît logique de croire que les coûts reliés aux services d'aide auraient pu constituer un critère plus important pour une clientèle dont le revenu est plus faible, n'ayant pas accès à certains services tels qu'un Programme d'aide aux employés ou à des assurances privées. La participation d'aidants ayant une scolarité plus faible aurait ainsi assuré une plus grande représentativité pour l'étude.

Dans la même veine, deux des participants rencontrés avaient une formation en relation d'aide, ce qui a pu influencer considérablement la manière avec laquelle ils sont intervenus auprès de l'homme de leur entourage et avec laquelle ils ont raconté leur expérience en entrevue. Les deux participants ont toutefois mentionné ne pas avoir eu l'impression d'agir différemment en raison de leur expertise, notamment en raison de la proximité du lien entre eux et la personne aidée. Il est possible que ces personnes aient naturellement plus de facilité à interagir avec une personne en difficulté et étaient plus à l'aise avec les habiletés d'intervention et l'offre de service.

La taille somme toute petite de l'échantillon (n=8) est une autre limite présente dans cette étude, puisque le point de saturation des données n'a pas pu être atteint. Il aurait été intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon afin de recueillir un plus grand éventail d'expériences de demande d'aide.

Finalement, la méthodologie choisie pour cette recherche, soit l'entrevue individuelle en face à face, comporte également différents biais, tels que la désirabilité sociale et le fait que les propos rapportés reposent entièrement sur la mémoire des

participants. À cet égard, la participation des hommes aidés aurait pu amoindrir ces biais possibles.

Recommandations

Les résultats présentés dans cette étude comportent plusieurs implications pour la pratique en service social. En effet, à la lumière des résultats de ce mémoire, il apparaît nécessaire, lorsqu'il est question de l'intervention auprès d'une clientèle masculine, de prendre en considération le point de vue des proches, notamment en ce qui a trait à la manière de rejoindre les hommes pour faciliter l'accès aux services d'aide. Les proches sont souvent ceux qui font la première référence et se sont également eux qui jouent le rôle de motivateur auprès de l'homme, afin que ce dernier s'implique activement dans le suivi. Dans la même veine, les recherches portant sur la demande d'aide chez les hommes devraient également inclure le point de vue des proches, pour ces mêmes raisons.

Le rôle central joué par les participants, les conjoint/es en particulier, confirme également l'importance de mieux soutenir les proches. Les propos recueillis à propos de l'expérience des membres du réseau social semblent confirmer que la demande d'aide peut entraîner de la détresse psychologique et de l'anxiété chez les proches, qui n'ont souvent pas les ressources nécessaires pour obtenir de l'aide psychologique durant cette période critique. Il apparaît pertinent de prévenir l'épuisement chez ces acteurs-clés. De ce fait, une approche systémique, incluant à la fois l'homme en difficulté et son entourage, semble être une voie prometteuse, en ce qui a trait à l'intervention auprès d'une clientèle masculine.

Références

- Addis, M.E. et Mahalik, J.R. (2003) Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5-14.
- Baldwin, M.W., Keelan, J.P.R., Fehr, B., Enns, V. et Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 94-109.
- Boucher, K. et Laprise, R. (2001). Le soutien social selon une perspective communautaire. Dans F. Dufort et J. Guay (Éd.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social* (p. 117-152.). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Brooks, G. (1998). *A new psychotherapy for traditional men*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Caron J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30 (2), 15-41. Repéré à : <http://www.erudit.org/revue/smq/2005/v30/n2/012137ar.html>
- Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (2012). *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*. Québec : MSSS. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-803-02.pdf>
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J. et Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go to therapy? *International Journal for the advancement of Counselling*, 26 (3), 271-283.
- Devault, A., Péladeau, N. et Bouchard, C. (1992). *Étude des préoccupations, des difficultés et des sources de soutien social de pères de familles monoparentales : une comparaison avec des mères*. Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale et Département de psychologie, UQAM.
- Devault A. et Fréchette, L. (2002). Le soutien social et l'intervention de nature psychosociale ou communautaire. *Cahier du GÉRIS : séries recherches*, (19).
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal : VLB éditeur.
- Dulac, G., et Laliberté, A. (2003). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Montréal : Le Centre d'études appliquées sur la famille. Université McGill.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research*, 2, 164-194. Thousand Oaks: Sage Publications.

Gunnell, D., et Martin, R. M. (2004). Patterns of general practitioner consultation for mental illness by young people in rural areas. A cross-sectional study. *Health Statistics Quarterly*, 21, 30–33.

Hammer, J. H. et Voguel, D. L. (2013). Assessing the Utility of the Willingness/Prototype Model in Predicting Help-Seeking Decisions. *Journal of Counseling Psychology*, 60 (1), 83-97. doi: 10.1037/a0030449

Hammer, J. H., Voguel, D. L. et Heimerdinger-Edwards, S. R. (2013). Men's help seeking: Examination of differences across community size, education and income. *Psychology of men & masculinity*, 14 (1), 65-75.

Houle, J., Mishara, L. B. et Chagnon F. (2005). Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ? *Santé mentale au Québec*. 30 (2), 61-84. Repéré à : <http://www.erudit.org/revue/smq/2005/v30/n2/012139ar.html>

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.

Lemay, Y. et Villeneuve, R. (2006). *Les facteurs facilitant la demande d'aide des hommes*. Montréal : Regroupements pour la valorisation de la paternité. Repéré à : <http://www.rvpaternite.org/documentation>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec, Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec, Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-04F.pdf>

Mo, P. K. et Mak, W. S. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese: The application and extension of the theory of planned behavior. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (8), 675-684.

Möller-Leimkühler, A.-M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1–9.

Pratte, V. (2016) *La demande d'aide chez les parents vivant des difficultés avec leur adolescent : exploration de trajectoires à travers les réseaux d'aide formelle et informelle*. Québec : Université Laval.

Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A. S. E. Gurman, & S. B. E. Messer (dir.), *Essential psychotherapies : Theory and practice* (pp. 403-440). New York, NY: Guilford Press.

Prochaska, J. O. et Velicer, W. F. (1997) The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–48.

- Rickwood, D. J. et Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39, 563–572.
- Rondeau, G., Lindsay, J., Brochu, S. et Brodeur, N. (2006). *Application du modèle transthéorique du changement à une population de conjoints aux comportements violents*. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (Cri-Viff)
- Roy, J., Tremblay, G., Guilmette, D., Bizot, D., Dupéré, S. et Houle, J. (2014). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé – Méta-synthèse*. Québec : Masculinités et Société.
- Roy, J., Cazale, L., Tremblay, G., Cloutier, R., Lebeau, A., Paré, L. et Sirois-Marcil, J. (2015). *Un portrait social et de santé des hommes au Québec : Des défis pour l'intervention*. Québec : Masculinités et Société.
- Roy, P., Tremblay, G., Oliffe, J., Jbilou, J. & Robertson, S. (2013). Male Farmers with Mental health disorders: A Scoping review. *Australian Journal of Rural Health*, 21 (1). 3-7
- Schechtman, Z., Voguel, D. et Maman, N. (2010). Seeking psychological help: A comparison of individual and group treatment, *Psychotherapy Research*, 20 (1), 30-36, DOI: 10.1080/10503300903307648.
- Schutt, R. K., Meschede T. et Rierdan J. (1994). Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults, *Journal of Health and Social Behavior*, (35), 134-142.
- Sierra-Hernandez, C. A., Han, C., Oliffe, J. L. et Ogradniczuk, J. S. (2014). Understanding help-seeking among men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15 (3), 346–354.
- Smith, J. P., Tran, G. Q. et Thompson, R. D. (2008). Can the Theory of Planned Behavior Help Explain Men's Psychological Help-Seeking? Evidence for a Mediation Effect and Clinical Implications. *Psychology of Men and Masculinity*, 9 (3), 179-192. doi: 10.1037/a0012158.
- Solky-Bytzel, J., et Ryan, R.M. (1997). The Dynamics of Volitional Reliance: A Motivational Perspective on Dependence, Independence, and Social Support. Dans G.R. Pierce, B. Lakey, I.G. Sarason, B.R. Sarason (dir.). *Sourcebook of social support and personality*, 49-67. New York and London: Plenum Press.
- Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G. et Turcotte, P. (2002). *Les trajectoires de demande d'aide des hommes en difficulté*. Québec et Montréal : CRI-VIFF (Études et Analyses, 21).
- Tremblay, G. et al. (2016) *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services*. Rapport final. Québec : Masculinités & Société.
- Tremblay, G., Fonséca F. et Lapointe-Goupil, R. (2004). Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux. Annexe 2. Dans Comité de travail en

matière de prévention et d'aide aux hommes. *Les hommes : s'ouvrit à leurs réalités répondre à leurs besoins*. Québec : MSSS.

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

Vaswani, N. (2011). Encouraging help-seeking behavior among young men: a literature review. Report for the Child Protection Committee report. Glasgow: Youth Justice. [PDF] Repéré à: <http://www.glasgow.gov.uk/CHttpHandler.ashx?id=5252>

Vaux, A. (1992). Assessment of social support, dans H.O.F Veiel et U. Baumann (dir.), *The Meaning and measurement of social support* (193-216), New York: Hemisphere publishing corporation.

Voguel et Wester (2003). To Seek Help or Not to Seek Help: The Risks of Self-Disclosure, *Journal of Counseling Psychology*, 50 (3), 351-361. doi: 10.1037/0022-0167.50.3.351

Voguel, D. L., Wester S. R., Larson, L. et Hackler A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 233-245.

Voguel, Wester, Hammer et Downing-Matibab (2014). Referring Men to Seek Help: The Influence of Gender Role Conflict and Stigma. *Psychology of men & masculinity*, 15 (1), 60-67.

Wagner, J., Burg, M. et Sirois, B. (2004). Social support and the transtheoretical model: Relationship of social support to smoking cessation stage, decisional balance, process use, and temptation. *Addictive behaviors*, 29 (5), 1039-1043.

West, R. (2005), Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x

Wester, S. R., Christian, H. F., Vogel, D. L. et Wei, M. (2007). Gender role conflict and psychological distress: The role of social support. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 215-224. doi:10.1037/1524-9220.8.4.215

Yegidis, B. L., Weinbach, R. W. (2006). *Research methods for social workers*. Boston: Allyn and Bacon.

Yuet-Wah-Yeung, E., Irvine, F., Ng, S.-M. et Tsang, S. K. (2013). Role of Social Networks in the Help-Seeking Experiences among Chinese Suffering from Severe Mental Illness in England: A Qualitative Study, *British Journal of Social Work*, 43, 486-503.

Zimet, G., Powell, S., Farley, G., Werkman, S. et Berkoff, K. (1990). Psychometric characteristics of the multi-dimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-617.

Annexe a

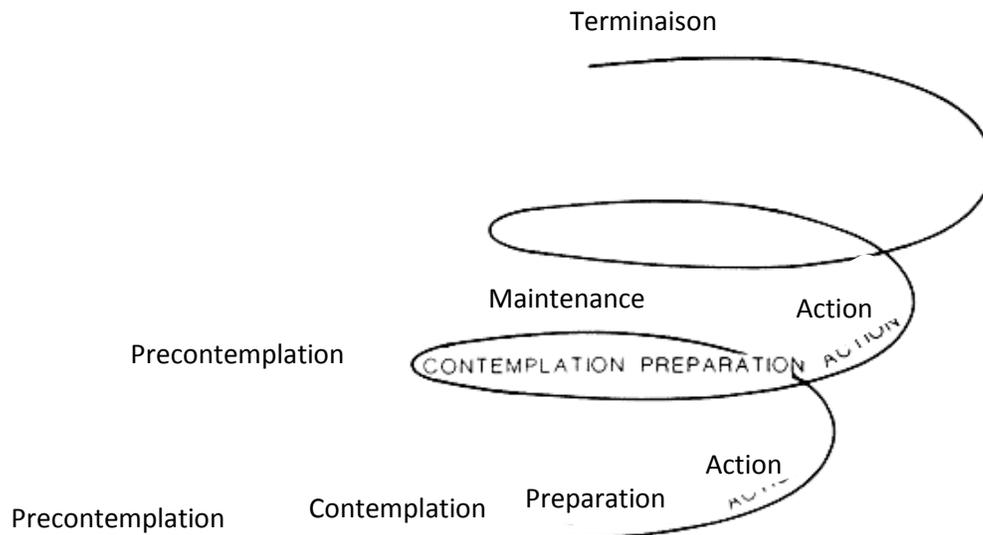


FIGURE 11.1. A spiral model of the stages.

Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A. S. E. Gurman, & S. B. E. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies : Theory and practice*. (pp. 403-440). New York, NY: Guilford Press.

Annexe b

Guide d'entrevue

Introduction

Je vous remercie d'accepter de participer à cette entrevue, qui vise à explorer le vécu des personnes ayant aidé un homme de leur entourage à demander de l'aide, alors qu'il vivait une difficulté importante. Avant de débiter, j'aimerais relire avec vous le formulaire de consentement (*remise du formulaire de consentement au participant*).

Contexte de la demande d'aide

- Pour commencer, nous allons parler du contexte dans lequel vous êtes intervenu/e auprès de A.
 - 1- Au moment où vous avez décidé de lui venir en aide, quel était votre lien avec A?
 - 2- Quels signaux vous ont-ils amené à ressentir le besoin d'intervenir auprès de lui?
 - Pour quelles raisons pensiez-vous que A avait besoin de consulter un professionnel?
 - 3- Est-ce que vous aviez aidé un autre proche à demander de l'aide par le passé?
 - En quoi la situation avec A était-elle semblable ou différente?
 - 4- Avant d'intervenir auprès de A, avez-vous cherché du soutien auprès de quelqu'un d'autre?
 - Pourquoi avoir choisi cette personne/organisme?
 - Quels conseils cette personne/organisme vous a donnés?

Stratégies employées

- Ici nous allons explorer les stratégies et les moyens que vous avez mis en place afin d'aider A à obtenir de l'aide.
 - 1- Qu'est-ce que vous avez fait qui a permis à A d'aller consulter?
 - Pour quelles raisons avoir choisi ces moyens plutôt que d'autre?

2- Comment A a-t-il réagi (*par rapport aux actions nommées dans la question précédente*)?

3- Auriez-vous utilisé les mêmes stratégies pour venir en aide à une femme, plutôt qu'un homme? OU Comment le fait que la personne que vous désiriez aider était un homme (plutôt qu'une femme) a-t-il influencé votre façon d'intervenir?

L'expérience du proche dans le processus de demande d'aide

- Les prochaines questions portent sur la manière dont vous avez vécu le processus de demande d'aide

1- Comment vous êtes-vous senti durant la démarche de demande d'aide?

- Durant tout le processus (constatation du problème jusqu'à l'accès à des services d'aide), quelles ont été les choses les plus difficiles?

- Qu'est-ce qui a été facilitant?

2- Quelles sont les choses que vous feriez différemment si c'était à refaire?

- Si A se trouvait à nouveau dans une situation difficile, comment agiriez-vous?

3- Que recommanderiez-vous à une autre personne qui veut aider un homme près d'elle qui vit une difficulté importante?

- Le fait de venir en aide à quelqu'un de son entourage peut être difficile émotionnellement. De ce fait, avez-vous ressenti le besoin de chercher de l'aide de votre côté?

Profil du répondant

- Nom :

- Âge :

- Ville :

- Niveau d'étude :

- Prénom de l'homme que vous avez aidé :

- Âge de l'homme que vous avez aidé :

- Lien avec l'homme que vous avez aidé (ex : conjoint, ami, frère, etc.):

- Origine ethnique : du répondant et de l'homme

Annexe C



UN PROCHE VOUS A AIDÉ À DEMANDER DE L'AIDE ?

NOUS AIMERIONS
QU'IL NOUS FASSE PART
DE SON EXPÉRIENCE !

ÉTUDE

**L'INFLUENCE
DES PROCHES
SUR LE PROCESSUS
DE DEMANDE
D'AIDE FORMELLE
DES HOMMES
EN DIFFICULTÉ**

Marc-Philippe Fortin,
étudiant à la maîtrise
à l'École de service social
de l'Université Laval

Sous la direction
de **Gilles Tremblay**



CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Adulte (homme ou femme) ayant aidé de manière qu'elle juge significative un homme de son entourage à demander de l'aide auprès d'un professionnel de la santé et des services sociaux. La demande d'aide doit avoir mené à un suivi psychosocial d'au moins quatre rencontres.

POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS OU POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS

Courriel : **marc-philippe.fortin.1@ulaval.ca**
Téléphone (sur notre boîte vocale) : **XXX XXX-XXXX**

Numéro d'autorisation CERUL : xxxxxxxx

marc-philippe.fortin.1@ulaval.ca
xxx xxx-xxxx

marc-philippe.fortin.1@ulaval.ca
xxx xxx-xxxx