



# **Les éléments qui facilitent la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté**

**Mémoire**

**Jean-Michaël Dubé-Rousseau**

**Maîtrise en service social - avec mémoire**  
Maître en service social (M. Serv. soc.)

Québec, Canada



# **Les éléments qui facilitent la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté**

**Mémoire**

**Jean-Michaël Dubé-Rousseau**

**Maîtrise en service social**

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

Sous la direction de :

Gilles Tremblay, directeur de recherche

Québec, Canada

## **Résumé**

Pour plusieurs hommes, la demande d'aide psychosociale est un processus qui demeure, encore aujourd'hui, particulièrement difficile. La littérature scientifique identifie certains éléments qui peuvent faciliter ce parcours, tels que l'influence positive de la conjointe et du médecin (SOM, 2018). Cependant, comme ces études sont principalement de nature quantitative, elles ne permettent pas de comprendre comment ces éléments influencent la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté. C'est pourquoi la présente étude vise à approfondir les divers facteurs qui, aux yeux de ces hommes, facilitent ce processus et les incitent à aller chercher l'aide requise lorsqu'ils rencontrent des difficultés importantes dans leur vie. Pour atteindre cet objectif, une étude qualitative et exploratoire a été réalisée auprès de 10 hommes qui ont consulté un intervenant psychosocial pour de telles difficultés. Une analyse thématique a été réalisée à partir du modèle de la demande d'aide en trois étapes de Gross et McMullen (1983) pour analyser les résultats. Les résultats de la présente recherche permettent d'établir que plusieurs facteurs ont facilité chacune des étapes de la demande d'aide et que d'autres ont favorisé l'engagement des participants dans un suivi psychosocial après leur demande initiale. Dans l'ensemble, ils permettent de confirmer ce qui était déjà présent dans la littérature scientifique sur ce sujet tout en apportant des précisions sur quelques éléments, comme les stratégies utilisées par les médecins pour favoriser la demande d'aide ou la constatation des pères selon laquelle leurs problèmes affectent négativement leurs enfants. Enfin, les constats tirés de l'analyse des résultats permettent d'avancer quelques pistes de solutions pour faciliter la demande d'aide psychosociale des hommes, notamment sur le plan de la sensibilisation des médecins et de la promotion de la santé.

## **Abstract**

For many men, seeking psychological help remains a difficult process. Scientific literature points toward some factors that facilitate help-seeking, such as the support of a significant other or the positive influence of a general practitioner (SOM, 2018). However, because of the quantitative nature of most of these studies, they generally cannot explain how these factors facilitate men's help-seeking process. This current study aims to acquire a better understanding of how these factors simultaneously encourage men to seek help when they experience hardships and facilitate the help-seeking process. To achieve this objective, a qualitative, exploratory study has been carried out with 10 men who have consulted a therapist for personal problems. A thematic analysis, based on Gross and McMullen's (1983) three-step model of the help-seeking process, was used to analyze the data. This research found that while various factors have facilitated each of the three steps of the participants' help-seeking process, others facilitated participant engagement in the psychosocial process after the initial contact with health services. Overall, the findings confirm what was already known in the scientific literature regarding factors that can make men's help-seeking easier. Furthermore, they provide additional knowledge on some of those factors, such as strategies used by a general practitioner to convince a man to see a psychosocial professional or a father's observation that his problems also have consequences on his children. Finally, the results make it possible to put forward some possible solutions to facilitate men's help-seeking process, mostly regarding the use of social marketing to target certain groups of men and the necessity to raise general practitioner's awareness of how they can encourage men to seek psychological help.

## Table des matières

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET TABLEAUX</b> .....	<b>VII</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 - LA PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>3</b>
1.1 LA SANTÉ DES HOMMES .....	3
1.2 LES HOMMES ET L'UTILISATION DES SERVICES .....	5
1.3 LA DEMANDE D'AIDE.....	8
1.3.1 <i>Les obstacles à la demande d'aide</i> .....	8
1.3.1.1 La socialisation masculine.....	9
1.3.1.2 Des différences entre les hommes.....	12
1.3.1.3 Les obstacles relatifs aux services d'aide.....	14
1.3.2 <i>Les éléments qui facilitent la demande d'aide</i> .....	17
1.3.2.1 Les motifs de consultation.....	17
1.3.2.2 L'influence du réseau informel et formel.....	18
1.3.2.3 Les facteurs facilitants relatifs aux services d'aide.....	22
1.3.2.4 La promotion de la santé.....	24
1.4 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES ACTUELLES .....	28
1.5 LA PERTINENCE SCIENTIFIQUE ET SOCIALE.....	29
<b>CHAPITRE 2 – LE CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>32</b>
2.1 LA PERCEPTION DU PROBLÈME .....	32
2.2 LA PRISE DE DÉCISION.....	35
2.3 LA RECHERCHE D'AIDE.....	37
<b>CHAPITRE 3 – LA MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>40</b>
3.1 L'APPROCHE PRIVILÉGIÉE.....	40
3.2 LE TYPE DE RECHERCHE .....	40
3.3 L'ÉCHANTILLONNAGE .....	41
3.4 LE RECRUTEMENT .....	42
3.5 LA COLLECTE DES DONNÉES .....	44
3.6 L'ANALYSE DES DONNÉES .....	45
3.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	46
3.7.1 <i>Consentement</i> .....	46
3.7.2 <i>Problèmes éthiques possibles</i> .....	47
<b>CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS</b> .....	<b>49</b>
4.1 LES OBSTACLES À LA DEMANDE D'AIDE .....	49
4.1.1 <i>Les obstacles liés aux facteurs personnels</i> .....	49
4.1.1.1 La faible connaissance des services .....	50
4.1.1.2 L'orgueil masculin et les perceptions quant aux contraintes de la masculinité.....	51
4.1.1.3 Les expériences antérieures négatives de demande d'aide.....	52
4.1.1.4 La tendance à dissimuler leur problème .....	54
4.1.2 <i>Obstacles liés aux facteurs environnementaux</i> .....	55
4.1.2.1 Les caractéristiques des services.....	55
4.1.2.1.1 Les délais d'attente.....	55
4.1.2.1.2 Le coût des services.....	56
4.1.2.2 La publicité.....	57
4.1.2.3 L'opposition d'un proche .....	57

4.2 LES FACTEURS FACILITANT LE PROCESSUS DE DEMANDE D'AIDE .....	59
4.2.1 <i>Les facteurs personnels contribuant à la demande d'aide</i> .....	59
4.2.1.1 Les intentions suicidaires .....	59
4.2.1.2 La tentative de suicide .....	61
4.2.1.3 Un suivi antérieur positif .....	61
4.2.1.4 La connaissance des ressources .....	62
4.2.2 <i>Les facteurs environnementaux facilitant la demande d'aide</i> .....	64
4.2.2.1 L'exposition à la publicité .....	64
4.2.2.1.1 L'impact à court terme.....	64
4.2.2.1.2 L'impact à long terme.....	65
4.2.2.1.3 Le témoignage dans la publicité .....	66
4.2.2.2 Le rôle du réseau informel.....	67
4.2.2.2.1 Le soutien du réseau informel.....	68
4.2.2.2.1.1 Le soutien informationnel.....	68
4.2.2.2.1.2 Le soutien émotionnel.....	70
4.2.2.2.1.3 Le milieu de travail .....	72
4.2.2.2.2 Le rôle de la confiance.....	74
4.2.2.2.3 L'impact sur les enfants .....	76
4.2.2.3 Le rôle du médecin .....	78
4.2.2.3.1 L'impact positif du médecin.....	79
4.2.2.3.2 La notoriété de la profession de médecin .....	81
4.2.2.3.3 L'attention portée à la demande initiale .....	82
4.2.2.3.4 Le soutien informationnel.....	83
4.2.2.3.5 La liaison vers un autre organisme.....	84
4.2.2.3.6 La référence psychosociale perçue comme une prescription.....	85
4.2.2.3.7 Le ton directif adopté devant une situation de crise.....	86
4.2.2.4 Les services d'aide psychosociale .....	87
4.2.2.4.1 Le premier contact avec la ressource d'aide .....	87
4.2.2.4.1.1 L'appel téléphonique.....	88
4.2.2.4.1.2 L'impact de la référence personnalisée.....	89
4.2.2.4.1.3 La demande d'aide non conventionnelle .....	90
4.2.2.4.2 Les caractéristiques des services .....	91
4.2.2.4.2.1 La rapidité du premier rendez-vous.....	91
4.2.2.4.2.2 La gratuité des services.....	93
4.2.2.4.2.3 Le sexe des intervenants.....	94
4.2.2.4.3 Le suivi psychosocial .....	95
4.2.2.4.3.1 La première rencontre .....	95
4.2.2.4.3.2 Un service adapté pour les hommes.....	96
<b>CHAPITRE 5 – LA DISCUSSION.....</b>	<b>98</b>
5.1 LE MODÈLE DE GROSS ET McMULLEN .....	98
5.1.1 <i>La perception de la situation problématique</i> .....	98
5.1.2 <i>La prise de décision</i> .....	100
5.1.3 <i>Les éléments qui déclenchent la recherche d'aide</i> .....	103
5.1.4 <i>Le double processus de demande d'aide</i> .....	106
5.2 LES FACTEURS PERSONNELS FACILITANT LA DEMANDE D'AIDE.....	111
5.2.1 <i>Les intentions suicidaires et la crise suicidaire</i> .....	111
5.2.2 <i>Les expériences antérieures de demande d'aide</i> .....	114
5.3 LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX FACILITANT LA DEMANDE D'AIDE.....	117
5.3.1 <i>La publicité</i> .....	117
5.3.1.1 La publicité utilisée comme moyen de prévention.....	118
5.3.1.2 La publicité comme élément déclencheur .....	120
5.3.1.3 La publicité dans les milieux fréquentés par les hommes .....	122
5.3.2 <i>La force du témoignage</i> .....	124
5.3.2.1 Le témoignage provenant des participants .....	127
5.3.3 <i>L'impact du réseau naturel</i> .....	130
5.3.3.1 L'attitude des proches.....	131
5.3.3.2 Le rôle de la conjointe .....	133
5.3.4 <i>L'influence des enfants</i> .....	136

5.3.5 <i>Le médecin : un puissant allié</i> .....	140
5.3.5.1 L'importance de la sensibilisation .....	141
5.3.5.2 Quelques pistes d'explications .....	142
5.3.6 <i>La référence personnalisée : soutenir l'homme après sa demande d'aide initiale</i> .....	147
5.3.7 <i>Les services d'aide</i> .....	150
5.3.7.1 Le premier contact .....	150
5.3.7.2 Les caractéristiques des ressources d'aide.....	151
5.3.7.3 Le suivi psychosocial .....	154
<b>LIMITES DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>156</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>159</b>
PISTES DE RECHERCHES FUTURES .....	159
IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE .....	161
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>166</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>170</b>

## Liste des sigles et tableaux

### Sigles :

CLSC : Centre local de services communautaires

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DES : Diplôme d'études secondaires

GMF : Groupe de médecine familiale

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MRC : Municipalité régionale de comté

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PAE : Programme d'aide aux employés

PAMSBEH : Plan d'action ministériel pour la santé et le bien-être des hommes

OMS : Organisation mondiale de la Santé

RPSBEH : Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes

### Tableaux :

Tableau 1 : Paradoxes du processus d'aide psychosociale



## **Remerciements**

Au même titre que pour la demande d'aide des hommes, l'écriture de ce mémoire fut une aventure difficile qui a nécessité le soutien de plusieurs personnes. Tout d'abord, je tiens à grandement remercier les participants à cette étude, ces 10 hommes qui ont osé partager leur trajectoire de demande d'aide afin de contribuer à l'avancement des connaissances sur les facteurs qui facilitent ce processus. Le partage de votre temps, de votre expérience et de votre courage jumelé à votre grande générosité a rendu possible la réalisation de ce mémoire.

J'ai eu l'incroyable opportunité d'être l'un des derniers étudiants sous la direction de Gilles Tremblay. Gilles, l'aide que tu m'as apportée durant la réalisation de cette recherche, la rapidité de tes réponses à mes nombreux courriels et le temps que tu me consacrais pour discuter lorsque l'inspiration était plus rare sont d'une valeur inestimable. Je te remercie infiniment pour tout ce que tu m'as apporté et je te souhaite une excellente retraite!

Ce mémoire ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui sans l'aide de mes merveilleux parents, qui m'ont appris l'importance de persévérer pour mener à terme ce qui nous tient à cœur et celle d'être résilient pour réussir à se relever des coups difficiles. Papa, maman, merci pour votre soutien durant la rédaction de ce mémoire, pour vos nombreux conseils et vos encouragements et surtout, pour tout l'amour que vous m'avez donné durant ma vie. Je vous aime gros comme tout ce qui se peut et tout ce qui se peut pas !

Je dois le maintien de ma santé mentale durant cette pandémie à mes amis, virtuellement présent durant ces longs mois d'isolement. Olivier et Samuel, ce fut un grand plaisir de travailler avec la présence de vos voix sur nos thèses et mémoires respectifs. Jvhel et Jvhelette, j'espère sincèrement poursuivre ces nombreuses soirées de jeux de société. Enfin, à mes amis de D&D, soit Kev, Sam, Math et JC, je vous souhaite simplement que le pouvoir de l'amitié, la force de votre courage et l'âme des cartes vous accompagnent pour toujours!

Enfin, un merci tout spécial au meilleur chien du monde, Cocasse. Coco, tu as été mon meilleur ami du moment où l'on t'a accueilli, encore jeune chiot, à notre domicile, et tu le seras pour le restant de mes jours. Merci pour toute la joie, l'amour et les rires que tu nous as donnés tout au long de ta vie. J'espère que nous avons pu t'offrir une vie à la hauteur de tout le bonheur que tu nous as gracieusement offert durant ces 18 merveilleuses années.

Je t'aimerai et te porterai dans mon cœur pour toujours.

## **Introduction**

L'espérance de vie au Canada entre les hommes et les femmes présente un écart d'environ 3,4 ans (Fleury-Payeur et Azeredo, 2021). La plus grande adoption de comportements à risque face à leur santé explique en partie la raison pour laquelle les hommes sont en surnombre par rapport aux 14 des 15 principales causes de décès au pays (Oliffe, Robertson, Frank, McCreary, Tremblay et Goldenberg, 2010). Au-delà des facteurs biologiques et sociodémographiques, les normes sociales reliées à la masculinité traditionnelle nuisent à l'adoption de comportements favorables à la santé, notamment pour l'utilisation des services de santé lorsqu'ils ont besoin d'aide (Tremblay et coll., 2016). Plusieurs hommes ont fortement besoin de recevoir de l'aide, mais en demander représente encore aujourd'hui : « un processus difficile [...] peu importe l'âge, l'origine ethnique, le statut socioéconomique ou encore l'orientation sexuelle » (Tremblay et coll., 2016, p. 12).

Si les principaux obstacles à la demande d'aide des hommes sont bien documentés dans la littérature scientifique depuis plusieurs années, l'intérêt envers les éléments qui facilitent ce processus est plus récent et les études qui documentent ce sujet sont moins nombreuses. À cet effet, un récent sondage réalisé en 2018 par la firme de recherche marketing SOM et commandé par le Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes [RPSBEH] auprès de 2 095 hommes a permis d'obtenir plusieurs données quantitatives sur les facteurs qui facilitent la demande d'aide psychosociale des hommes. De manière similaire à ce sondage, ce mémoire s'intéresse aux éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes et, dans une moindre mesure, à leur engagement dans un suivi avec un intervenant psychosocial.

## **Question examinée et objectifs de l'étude**

Ce mémoire cherche à répondre à la question de recherche suivante : « Quels sont, selon le point de vue d'hommes qui ont consulté, les éléments qui ont facilité leur processus de demande d'aide et qui les ont incités à aller chercher l'aide requise lorsqu'ils vivaient des difficultés importantes dans leur vie ? ». Bien que les résultats du sondage SOM (2018) apportent plusieurs éléments de réponses à cette question sur le plan quantitatif, les questions formulées dans celui-ci n'ont pas permis d'obtenir de données qualitatives. Ce projet de

mémoire vise donc, sur le plan qualitatif, à documenter et approfondir les divers éléments qui peuvent faciliter la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté au réseau formel. Considérant que certains hommes demandent de l'aide formelle sans toutefois s'engager dans la suite du processus, ce mémoire a également trois objectifs. 1) Documenter ce qui aide les hommes à se présenter à leur premier rendez-vous avec un professionnel et à s'investir dans un suivi psychosocial. 2) Offrir un complément à certaines données quantitatives du sondage SOM. 3) Utiliser les résultats pour offrir des pistes de solutions concrètes dans le but de faciliter le processus de demande d'aide des hommes en difficulté.

À noter que ce mémoire inclut dans l'aide psychosociale « formelle » l'aide prodiguée par un professionnel de la santé et des services sociaux dans le cadre de son travail, qu'il provienne des milieux communautaires, public ou privé. De plus, le concept plus large « d'hommes en difficulté » a été choisi pour décrire la population à l'étude afin de ne pas limiter la recherche à certains problèmes qui amènent les hommes à demander de l'aide psychosociale, telle que les séparations, les idées suicidaires ou la violence conjugale. Qui plus est, les données recueillies mettent en valeur les propos d'hommes ayant vécu des situations problématiques différentes les unes des autres.

### **Structure du document**

Ce mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier présente la problématique à l'étude en décrivant la santé des hommes puis en faisant l'état des connaissances actuelles sur la demande d'aide des hommes en difficulté. Le deuxième définit le cadre théorique choisi pour cette recherche, soit le modèle de Gross et McMullen (1983). Le troisième explique la méthodologie de la recherche et ses considérations éthiques. La quatrième présente les résultats de ce mémoire selon trois grandes catégories, soit les principaux obstacles à la demande d'aide rencontrés par les participants, les facteurs personnels qui ont permis de surmonter ces obstacles et faciliter la demande d'aide dans l'ensemble, et ensuite les facteurs environnementaux qui ont fait de même. Finalement, la dernière section porte sur une discussion des résultats en lien avec le cadre théorique et les connaissances scientifiques sur les éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes en difficulté.

## **Chapitre 1 - La problématique**

Ce chapitre présente d'abord un bref portrait de la santé des hommes au Québec et de leur utilisation des services de santé et des services sociaux. Il décrit ensuite les principaux obstacles à la demande d'aide psychosociale des hommes et les éléments qui la facilitent. Pour finir, les limites méthodologiques des études actuelles et la pertinence sociale et scientifique de la présente étude sont détaillées.

### **1.1 La santé des hommes**

Aux fins de ce mémoire, la santé est définie selon l'article 1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* et selon le *Plan d'action ministériel en Santé et bien-être des hommes 2017-2022* [PAMSBEH] comme : « la capacité physique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer de manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2017). Les hommes ont grandement amélioré leur santé au cours des dernières décennies. L'amélioration générale des habitudes de vie des hommes et de leurs conditions de travail explique en partie la réduction de l'écart de l'espérance de vie entre les deux sexes (MSSS, 2011 ; Tremblay et Alberio, 2014). Toutefois, malgré ces progrès, certains aspects de la santé des hommes demeurent préoccupants. Concernant les habitudes de vie, une plus grande proportion d'hommes que de femmes rapportent avoir de moins bonnes habitudes alimentaires et être atteints d'embonpoint (Joubert et Baraldi, 2016 ; MSSS, 2011). Du côté des habitudes de consommation, environ trois fois plus d'hommes que de femmes rapportent qu'ils ont une dépendance à l'alcool ou qu'ils en consomment de façon excessive (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). Deux fois plus d'hommes que de femmes disent consommer des drogues douces, comme le cannabis, ou des drogues dures comme la cocaïne (Camirand, Bernèche, Cazale, Dufour et Baulne, 2010). Enfin, les comportements plus à risque de certains hommes entraînent un plus grand nombre d'accidents causant des blessures non mortelles, mais suffisamment importantes pour limiter leurs activités normales (MSSS, 2011). Ces quelques comportements adoptés par les hommes et les femmes donnent un aperçu des différences qui existent entre les deux sexes et mettent en lumière la précarité de certains aspects de la santé des hommes.

Le taux de mortalité demeure probablement la donnée la plus préoccupante de l'ensemble du portrait de la santé des hommes au Québec. En effet, le taux de mortalité des hommes est supérieur à celui des femmes dans toutes les catégories d'âge. Cette donnée atteint par ailleurs un sommet chez les individus de 15 à 30 ans, les hommes appartenant à cette tranche d'âge mourant 2,2 fois plus que les femmes du même âge (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2013). Quelques raisons expliquent cet écart global du taux de mortalité entre les hommes et les femmes. Sur le plan physique, les hommes décèdent proportionnellement plus que les femmes de tumeurs et de maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire. Aussi, environ deux fois plus d'hommes meurent de traumatismes non intentionnels liés aux chutes, aux accidents de la route et aux intoxications accidentelles (MSSS, 2011). Sur le plan de la santé mentale, environ trois suicides sur quatre au Québec sont complétés par des hommes, ce qui représentait 845 décès sur un total de 1125 pour l'année 2014 (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2017). Le taux de suicide le plus élevé dans la province se situe chez les hommes de 45 à 64 ans, pour un total de 32,2 suicides par 100 000 habitants. Dans l'ensemble, peu importe l'âge ou la génération, le taux de suicide demeure plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Légaré et Hamel, 2013 ; Thibodeau, 2015).

Les autres statistiques en matière de santé mentale possèdent toutefois un plus mince écart entre les deux sexes. En effet, une plus petite proportion d'hommes rapportent un niveau de détresse psychologique élevé (16,6 % c. 23,2 %) ainsi qu'un stress élevé au quotidien (MSSS, 2011). De plus, une plus petite proportion d'hommes que de femmes relèvent avoir eu des idéations suicidaires sérieuses (2,6 % c. 3,0 %) et environ 1,5 fois plus de femmes confient avoir déjà fait une tentative de suicide (Baraldi et coll., 2015 ; Camirand, Traoré et Baulne, 2016). Les moyens plus létaux pour s'enlever la vie, notamment l'arme à feu qui est un moyen utilisé par six fois plus d'hommes que de femmes (INSPQ, 2017), apportent un élément de réponse pour expliquer la raison pour laquelle les hommes complètent autant de suicide comparativement aux femmes.

Les hommes entretiennent également un biais positif par rapport à leur santé. Ce biais signifie qu'ils perçoivent généralement que leur état de santé est meilleur qu'il ne l'est

réellement, comparativement aux femmes qui, pour leur part, rapportent une santé en moyenne plus mauvaise (Caroli et Weber-Baghdigian, 2016 ; Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil, 2005). À noter que ce biais n'influence pas seulement l'écart entre la détresse psychologique et le haut taux de suicide. Il agit également sur un écart plus général concernant certains problèmes objectifs de santé des hommes, considérant que ceux-ci ont davantage tendance à minimiser ou même nier leurs symptômes comparativement aux femmes (Addis et Cohane, 2005). Tremblay et ses collaborateurs (2005) résument ainsi la situation :

Des données montrent que les indicateurs “objectifs” de la santé des hommes (longévité, présence de maladies causant le décès, profil de risques, etc.) leur sont globalement défavorables. En revanche, les indicateurs “subjectifs” que fournissent les hommes (perceptions de la santé physique et mentale, déclaration de problèmes de santé, recherche de soins, etc.) suggèrent une vision sociosanitaire plus optimiste que celle des femmes (p. 5).

Il s'agit d'une situation qui affecte les hommes dès la perception initiale de leur problème de santé jusqu'à la décision et l'application d'une solution pour le résoudre (Tremblay et Déry, 2010).

## **1.2 Les hommes et l'utilisation des services**

Une plus grande utilisation des services de santé et des services sociaux par les hommes permettrait sans doute de réduire certaines inégalités liées à leur santé. Il existe, ici également, un écart entre les hommes et les femmes (Roy, Tremblay, Guilmette, Bizot, Dupéré et Houle, 2014). En général, les hommes utilisent entre 1,2 et 2 fois moins les divers services d'aide que les femmes, et ils sont globalement moins nombreux à estimer que leurs problèmes, indépendamment de la nature de ces derniers, nécessitent l'intervention de ces services (Cazale, Poirier et Tremblay, 2013 ; MSSS, 2011 ; Roy et Tremblay, 2017). Les hommes sont également moins nombreux à considérer qu'ils ont des besoins non comblés sur le plan des soins, de l'aide à domicile ou de la consultation de professionnels de la santé et des services sociaux (Cazale, Poirier et Tremblay, 2013 ; Fournier, Dubé, Cazale, Godbout et Murphy, 2013). Un écart persiste entre les hommes et les femmes sur la perception d'avoir besoin de ces services, bien que l'ampleur de cet écart tende à varier selon le type du service d'aide et du professionnel consulté.

En ce qui concerne les services de santé, le médecin est le professionnel le plus consulté par les deux sexes (MSSS, 2011). Celui-ci représente, aux yeux des hommes, un professionnel crédible qui possède un pouvoir d'influence sur leurs décisions en matière de santé (SOM, 2018). Toutefois, seulement 70,1 % des hommes disent avoir consulté un tel professionnel dans la dernière année, comparativement à 84,6 % des femmes (MSSS, 2011). Cet écart devient proportionnellement plus grand lorsqu'il s'agit de la consultation d'un médecin spécialiste. Par ailleurs, les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir un médecin de famille (73,1 % c. 84,1 %), et cet écart est beaucoup plus marqué chez les 44 ans et moins (Dubé-Linteau, Pineault, Lévesque, Lecours et Tremblay, 2013). Enfin, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à avoir consommé des médicaments prescrits par un médecin dans la dernière année (66,5 % c. 83,3 %), mais cet écart rétrécit progressivement en fonction de l'âge (Dubé, Sirois et Tremblay, 2013).

L'écart qui existe entre les hommes et les femmes relativement à la consultation des professionnels des services de santé- est encore plus grand lorsqu'il est question des services sociaux. En effet, les hommes consultent les professionnels des services sociaux proportionnellement 1,5 fois moins que les femmes (Cazale, Poirier et Tremblay, 2013). De plus, contrairement au médecin, l'âge n'est pas un facteur qui favorise la consultation de ces professionnels, considérant que l'écart entre les deux sexes varie peu en fonction de l'âge des individus. Les motifs de consultation des hommes à l'égard de ces services sont d'abord et principalement de nature psychologique (79,9 %) et peu de différences sont globalement répertoriées au sujet de ces motifs entre les deux sexes (Cazale, Poirier et Tremblay, 2013). De plus, il existe toujours une différence significative en ce qui a trait à la consultation dans les Centres locaux de services communautaires [CLSC] pour l'ensemble des services disponibles, les hommes représentant seulement 42,5 % de cette clientèle. Au total, c'est environ un homme sur quatre qui reçoit au moins un service dans un CLSC, et cette proportion diminue à environ un sur huit chez les hommes de 18 à 49 ans (ISQ, 2013).

Concernant les demandes aux CLSC pour les services psychosociaux généraux et les services en santé mentale, Roy et Tremblay (2017) ont calculé à partir de données transmises par le MSSS que les hommes sont deux fois moins nombreux que les femmes à faire appel à

ce type de services. Les proportions sont d'ailleurs similaires par rapport à la consultation des professionnels de la santé. En effet, pour l'année 2013-2014, seulement 8,2 % des hommes de plus de 12 ans, comparativement à 14,5 % des femmes, disent avoir consulté un tel professionnel par rapport à un problème de santé émotionnelle ou mentale (Joubert et Baraldi, 2016).

La sous-consultation des hommes est donc encore plus significative lorsqu'il est question des professionnels des services sociaux et lorsque les motifs de consultation sont de nature psychosociale ou associés à leur santé mentale (Lajeunesse, Houle, Rondeau, Bilodeau, Villeneuve et Camus, 2013). Bien que l'ensemble de ces données puisse laisser croire que les hommes sont moins présents dans ces services simplement parce que leurs besoins sont moins nombreux, les inégalités en lien avec leur santé, telles que leur haut taux de mortalité et de suicide, rappellent que leurs difficultés sont bel et bien réelles. À cet effet, 87 % des hommes se disent à l'aise de consulter un professionnel de la santé physique, comparativement à seulement 67 % pour ce qui est d'un professionnel d'aide psychosociale (Tremblay et coll., 2015). Toutefois, cette dernière donnée ne semble pas refléter les véritables comportements des hommes sur le plan de la consultation. En effet, le sondage du SOM (2018) révèle que seulement 29 % des hommes qui vivaient probablement de la détresse psychologique lorsqu'ils y ont répondu ont consulté un intervenant psychosocial au cours de l'année l'ayant précédé, ce nombre diminuant à 12 % pour la totalité des hommes. Une hypothèse pouvant expliquer cette situation serait que certains hommes se disent à l'aise avec l'idée de rencontrer un intervenant psychosocial s'ils en avaient besoin, mais ne font pas la démarche concrète lorsque vient le temps de consulter un tel professionnel.

De plus, au cours de l'année précédant ce sondage, une forte majorité des répondants qui souffraient de détresse psychologique n'ont pas consulté un intervenant psychosocial, mais 82 % d'entre eux se sont tournés vers un médecin (SOM, 2018). Ainsi, les données des sondages de 2014 et de 2018 (SOM, 2018 ; Tremblay et coll., 2015) semblent démontrer qu'il paraît plus facile et acceptable pour plusieurs hommes de demander de l'aide à un médecin lorsqu'ils vivent des difficultés personnelles ou émotionnelles que de faire une demande d'aide psychosociale.



### **1.3 La demande d'aide**

La section précédente a permis d'établir que les hommes sont moins nombreux à recourir aux services de santé que les femmes. L'une des raisons qui explique cet écart est la difficulté éprouvée par plusieurs à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin. Bien qu'un bon nombre d'études s'intéressent au sujet, il n'existerait pas de définition universelle pour le terme « demande d'aide » ou *help-seeking* (Rickwood et Thomas, 2012). En fait, la demande d'aide n'est pas qu'une décision personnelle. Il serait plus adéquat de la concevoir comme une interaction dynamique entre les individus, les personnes significatives et les services de santé mentale qui sont eux-mêmes gouvernés par divers paramètres sociaux (Wenger, 2011). À la suite d'une recension des écrits sur le sujet, la définition suivante est proposée : « *In the mental health context, help-seeking is an adaptive coping process that is the attempt to obtain external assistance to deal with a mental health concern* » (Rickwood et Thomas, 2012, p. 180). Cette définition sera retenue dans le cadre de ce mémoire pour définir la demande d'aide psychosociale.

Force est de constater qu'encore aujourd'hui, de nombreux hommes sont réticents à demander de l'aide lorsqu'ils vivent des difficultés. Il importe donc d'identifier les obstacles qui freinent leur demande d'aide ainsi que les facteurs qui peuvent la faciliter. La prochaine section, qui sera divisée en deux parties, en dressera un portrait.

#### **1.3.1 Les obstacles à la demande d'aide**

Les hommes en difficulté attendent généralement longtemps avant de demander de l'aide. Certains décident de passer à l'action lorsque la situation est devenue particulièrement grave, alors que d'autres ne demanderont jamais d'aide, et ce, peu importe les circonstances (Dulac, 2001). Par ailleurs, 58 % des hommes hésiteraient à recourir à une aide externe même s'ils ont la certitude que cela pourrait les aider à résoudre leur problème, ce qui témoigne de la grande réticence de plusieurs hommes à consulter un intervenant (Tremblay et coll., 2015). Il s'agit d'un processus particulièrement difficile pour une grande variété d'hommes (Dulac, 2001).

Cette section sera divisée en trois parties et présentera les obstacles qui expliquent cette difficulté qu'ont plusieurs hommes à demander de l'aide : la première a trait aux obstacles liés à la socialisation masculine, la deuxième présente les différences entre les hommes et la troisième se rapporte aux obstacles liés aux services d'aide.

### 1.3.1.1 La socialisation masculine

Alors qu'il n'est encore qu'un garçon, l'homme commence déjà à intégrer, par un processus de socialisation, les différentes valeurs, attitudes et normes associées au modèle dominant de masculinité. Le rôle de genre masculin est donc un ensemble d'attentes et de comportements culturellement approprié par les hommes et socialement défini comme étant « masculin » (O'Neil, 1981). Bien qu'il existe de multiples façons de se définir en tant qu'homme et d'exprimer sa masculinité (Tremblay et L'Heureux, 2010), le rôle masculin « traditionnel » serait défini, selon Jansz (2000), par quatre attributs : le stoïcisme, l'autonomie, la réussite et l'agressivité. Ces attributs sont associés à des normes et des règles imposant certaines exigences que les hommes doivent respecter pour correspondre à ce modèle masculin traditionnel. Les exigences de la masculinité identifiées par Brooks (1998) sont présentées dans le Tableau 1.

**Tableau 1 : Paradoxes du processus d'aide psychosociale**

<b>Exigences de la masculinité</b>	<b>Exigence de la démarche d'aide</b>
Cacher la vie privée	Dévoiler la vie privée
Maintenir le contrôle	Renoncer au contrôle
Sexualisation de l'intimité	Intimité non sexuelle
Montrer sa force	Montrer ses faiblesses
Exprimer sa fierté	Faire l'expérience de la honte
Être invincible	Être vulnérable
Être indépendant	Chercher de l'aide
Être stoïque	Exprimer les émotions
Agir-faire	Être introspectif
Éviter les conflits	S'attaquer aux conflits interpersonnels
Nier sa douleur, sa souffrance	Confronter sa douleur, sa souffrance

Tel que ce tableau le démontre, Brooks (1998) affirme que ces exigences sont diamétralement opposées à celles de la démarche d'aide. À cet effet, bon nombre d'auteurs soulignent que l'adhésion aux normes et aux exigences de la masculinité traditionnelle peut nuire à la consultation des professionnels et à l'utilisation du système de santé lorsque nécessaire (Addis et Mahalik, 2003 ; Courtenay, 2000 ; Mahalik, Burns et Syzdek, 2007). Ces différences entre les exigences de la masculinité traditionnelle et celles reliées à la consultation d'un professionnel deviennent donc un obstacle important à la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté.

Les hommes qui adhèrent plus fortement aux normes de la masculinité traditionnelle perçoivent généralement un plus grand nombre de barrières à la demande d'aide, ce qui rend leur parcours pour rencontrer un professionnel beaucoup plus difficile (Boman et Walker, 2010 ; Courtenay, 2011). Par exemple, plusieurs vivent un malaise important à l'idée de révéler leur vulnérabilité et leurs faiblesses (Bernier, 2005, Bizot et Dessureault, 2013, Dupéré, 2011, Genest-Dufault, 2013, Gobeil, 2010, cités dans Roy et Tremblay, 2017). La honte, le sentiment dominant chez les hommes lorsqu'ils ont l'impression de faillir aux standards sociaux, ne leur est pas inconnue quand ils se retrouvent dans une situation où ils doivent demander de l'aide à un professionnel (Dulac et Groulx, 1999, Keebler et Rondeau, 2002, Kurgman, 1995, Osherson et Krugman, 1990, cités dans Tremblay et L'Heureux, 2010 ; Tremblay et coll., 2015). Ce sentiment peut générer plusieurs mécanismes de défense pouvant nuire au processus de demande d'aide (Tremblay et L'Heureux, 2010). Un homme sur quatre mentionne aussi qu'il se sentirait faible s'il devait demander de l'aide, et certains hommes ne consulteront pas un intervenant afin d'éviter la stigmatisation découlant du risque de paraître faibles aux yeux des autres (Sierra-Hernandez, Han, Oliffe et Ogrodniczuk, 2014 ; Tremblay et coll., 2015). Enfin, plusieurs hommes espèrent simplement que le problème se réglera ou disparaîtra de lui-même, ou bien pensent que les services d'aide ne sont pas nécessaires pour le résoudre (Bizot et Dessureault, 2013, Dulac, 2001, Turchetto, 2012, cité dans Roy et Tremblay, 2017).

Cette tendance à éviter d'avoir recours aux services serait liée à une valeur clé de la

socialisation masculine, c'est-à-dire l'autonomie (Roy et coll., 2014). Les hommes de tout âge recherchent une forme d'autonomie dans les différents rôles qu'ils occupent en société, dans leur relation avec les autres et dans leur mode de résolution de problèmes (Dupéré, 2011, Houle, 2005, Houle, Poulin et Codaire, 2006, Quéniart et Imbeault, 2003, cités dans Roy et coll., 2014). Cette quête d'autonomie peut, par ailleurs, avoir comme effet de retarder leur demande d'aide (Bizot et Dessureault-Pelletier, 2013, Ducharme et coll., 2007, Turchetto, 2012, cités dans Roy et Tremblay, 2017). En effet, lorsque les hommes sont confrontés à un problème, 84,6 % d'entre eux préfèrent essayer de le régler sans aide, et 67,8 % préfèrent ne pas en parler aux autres (Tremblay et coll., 2015). Même si leur situation est critique et qu'ils songent sérieusement à s'enlever la vie, plusieurs hommes privilégient l'indépendance dans leur mode de résolution de problèmes, ce qui peut également créer des réticences à contacter les services d'aide (Houle, 2005). Il existe certains groupes d'hommes pour qui la valeur d'autonomie est encore plus importante, notamment chez les hommes appartenant à la diversité sexuelle, chez les hommes en situation de pauvreté et chez les nouveaux pères. En résumé, la quête d'autonomie serait l'une des raisons qui explique la distance entre de nombreux hommes en difficulté et les services (Roy et coll., 2014).

Le choix des hommes face aux comportements qu'ils décident d'adopter à l'égard de leur santé, comme le fait de demander de l'aide aux professionnels de la santé lorsqu'ils vivent des situations difficiles, est également influencé par les comportements d'autrui. En effet, un homme sera davantage porté à endosser un certain comportement relativement à sa santé lorsqu'il perçoit que ce même comportement est adopté par les hommes de son réseau social ou de son pays en général (Perkins, 2003). Il estimera alors que le comportement observé est normal pour un homme et, indépendamment de l'impact positif ou négatif de ce comportement sur sa santé, sera davantage porté à l'adopter à son tour afin de se conformer aux normes (Mahalik et coll., 2007). À noter qu'une perception n'a pas à être un parfait reflet de la réalité pour influencer un comportement. À cet effet, Courtenay (2004) note que l'homme : « *might overestimate his peers' involvement in unhealthy behaviour, which would encourage him to engage in unhealthy behaviour, or underestimate his peers' adoption of healthy habits, which would discourage him from adopting healthy habits himself* » (p. 275).

Ce principe peut être plus spécifiquement appliqué à la consultation des professionnels. Un homme qui perçoit que les hommes doivent normalement se débrouiller seuls lorsqu'ils sont confrontés à un problème risque d'attendre longtemps ou de ne jamais demander d'aide lorsqu'il vit lui-même une période difficile. De plus, un homme qui désire rencontrer un professionnel risque d'éprouver une difficulté encore plus grande si les autres hommes dans son entourage désapprouvent ou même dénigrent ceux qui consultent les professionnels lorsqu'ils en ont besoin plutôt que de se débrouiller seuls (Addis et Mahalik, 2003). Selon Hammer, Voguel et Heimerdinger-Edwards (2013), les hommes qui entretiennent cette perception négative envers les autres hommes qui consultent un professionnel d'aide psychosociale en cas de besoin éprouvent eux-mêmes une difficulté particulièrement grande à demander de l'aide pour régler leurs propres problèmes.

### **1.3.1.2 Des différences entre les hommes**

Si la masculinité traditionnelle est encore présente aujourd'hui dans la société québécoise, ce ne sont pas tous les hommes qui adhèrent aux normes et aux contraintes de celle-ci, ou du moins, tous les hommes n'y adhèrent pas de la même manière ni avec la même intensité. De nos jours, le modèle traditionnel masculin est loin d'être adopté à l'unanimité par les hommes, ceux-ci intériorisant à des niveaux très variés les différentes normes que ce modèle véhicule (Robertson, 2007 ; Tremblay et Déry, 2010). Des changements générationnels amènent les hommes à adopter des comportements plus favorables à leur santé (Bizot, Viens et Moisan, 2013 ; Tremblay et Careau, 2014). Les jeunes hommes, qui ont davantage tendance à prendre de la distance par rapport au modèle de masculinité traditionnelle : « expriment plus facilement leurs émotions, ils sont plus ouverts aux comportements affectifs entre hommes, ils partagent davantage les tâches domestiques et celles liées aux enfants » (Tremblay et coll., 2016, p. 12). Les jeunes hommes, si la famille juge négativement les services d'aide, éprouvent tout de même de la difficulté à demander de l'aide (Voguel, Wade, Wester, Larson et Hackler, 2007). De leur côté, les hommes plus âgés mentionnent plus souvent que l'éducation reçue par rapport aux comportements masculins socialement acceptés entraîne des difficultés pour demander de l'aide. Cependant, malgré ces différences entre les générations par rapport à l'adhésion au modèle de masculinité traditionnelle, les auteurs notent que le fait de demander de l'aide demeure un

processus généralement difficile autant chez les jeunes hommes que chez leurs aînés (Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2015).

En plus de l'aspect générationnel, d'autres variables sociodémographiques influent sur l'adhésion aux normes de la masculinité traditionnelle et sur la demande d'aide. En effet, cette dernière semble encore plus difficile pour les hommes célibataires, à faible revenu ou peu scolarisés (Tremblay et coll., 2015). Au sujet de cette dernière variable, Hammer et ses collaborateurs (2013) précisent que les hommes qui ont un plus faible niveau d'éducation ont tendance à avoir des attitudes moins favorables à l'égard de la demande d'aide et à se conformer davantage aux normes de la masculinité traditionnelle. Quant à eux, les hommes ayant un plus faible revenu craindraient davantage d'être stigmatisés s'ils devaient consulter un intervenant, augmentant la difficulté à demander de l'aide (Nadeem et coll., 2007, cités dans Hammer et coll., 2013). Toutefois, certaines études n'ont pas trouvé de différence significative sur le plan du revenu quant à la perception du risque d'être stigmatisés en cas de demande d'aide (Hammer et coll., 2013).

Finalement, le fait de vivre en zone urbaine ou en zone rurale est aussi une variable qui peut avoir un impact sur la demande d'aide des hommes. En effet, l'image stéréotypée de l'homme traditionnel fort et indépendant serait généralement plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain, ce qui augmenterait le risque de stigmatisation ou la perception du risque d'être stigmatisés si ces hommes dévient des normes sociales. La difficulté à préserver la confidentialité dans les petits milieux augmenterait la perception du risque de stigmatisation liée à la demande d'aide (Hammer et coll., 2013). Les fortes pressions à se conformer à la norme, ajoutées aux difficultés propres aux milieux ruraux, telles que l'éloignement des services d'aide spécialisés et l'accès plus difficile aux transports pour se présenter aux rendez-vous, entravent la demande d'aide des hommes vivant en campagne (Robertson, Elder et Coombs, 2010 ; Roy, Tremblay, Oliffe, Jbilou et Robertson, 2013).

Les citadins ne sont toutefois pas à l'abri de ces pressions. En effet, selon une étude menée par Tremblay et Careau (2014) sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux [CSSS] de la Vieille-Capitale, donc en milieu urbain, les répondants perçoivent eux

aussi que l'image de l'homme traditionnel est toujours bien présente aujourd'hui et que celle-ci rend leur demande d'aide plus difficile. L'étude de Legris et Landry (2020) réalisée sur le territoire de l'Est-de-l'Île-de-Montréal obtient des résultats similaires. Les participants décrivent que « l'égo masculin » est toujours ancré chez les hommes, qu'il est « hors norme » pour eux d'exprimer un problème psychologique et qu'il est difficile de consulter un intervenant psychosocial en raison de la peur d'être jugés par les autres.

### **1.3.1.3 Les obstacles relatifs aux services d'aide**

Les services ayant pour mission d'aider les hommes sont eux aussi confrontés à un bon nombre d'obstacles à la demande d'aide. Les travaux de Dulac (2004) ont permis d'établir l'existence d'un manque de ressources pour les hommes au début des années 2000, les services d'aide étant peu adaptés à leurs besoins, selon l'auteur. Les hommes interrogés dans le cadre de son étude, dont certains jugeaient leur situation particulièrement urgente au moment de leur demande d'aide, déploraient la longueur des listes d'attente (Dulac, 1997). Ce long délai avant de recevoir des services a par ailleurs été rapporté plus récemment par les hommes comme étant nuisible au processus de demande d'aide (Tremblay et Careau, 2014). De plus, certains hommes perçoivent encore aujourd'hui que le système de santé et des services sociaux est complexe, technocratisé et difficile d'accès, ce qui les éloigne davantage des services offerts (Tremblay et coll., 2016). Les hommes plus âgés, ceux ayant un plus faible revenu ou provenant d'une communauté culturelle semblent être plus nombreux à percevoir que certains aspects techniques rendent l'accès aux services encore plus difficile (Lajeunesse et coll., 2013).

De manière générale, la méconnaissance des services d'aide est aussi un obstacle à l'utilisation des services, et donc à la demande d'aide (Woods et coll., 2005). Le sondage *Où en sont les hommes québécois en 2014 ?* réalisé dans le cadre du projet *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services* a révélé que près de 40 % des hommes n'ont pas la moindre idée du fonctionnement des services qui peuvent s'offrir à eux en cas de difficulté et cela est particulièrement le cas chez les hommes moins scolarisés ou à faible revenu (Tremblay et coll., 2015). À noter que le plus récent sondage du SOM (2021) indique que cette proportion a diminué à environ 30

% des hommes. Bien qu'il s'agisse d'une amélioration depuis le dernier sondage, ces chiffres indiquent, somme toute, que la méconnaissance des ressources d'aide demeure problématique pour un grand nombre d'hommes. Cette information importante, également soulignée dans les groupes de discussion réalisés à Québec et à Montréal, témoigne bien de la distance qui existe entre les hommes et les services de santé et des services sociaux (Lajeunesse et coll., 2013 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2016). Ajoutée parfois à l'incompréhension ressentie par les hommes devant les contraintes organisationnelles des services, cette méconnaissance contribue à distancier les hommes en difficulté des services qui sont là pour leur venir en aide (Roy et Tremblay, 2017).

Bien que plusieurs obstacles à la demande d'aide relatifs au système de santé concernent l'accès aux services, certaines difficultés rencontrées par les hommes proviennent de la relation avec les professionnels qu'ils rencontrent. D'abord, certains hommes se font référer de service en service après avoir eu une première rencontre d'évaluation avec un intervenant. Le dévoilement lors de la première rencontre pouvant déjà être difficile, les références multiples impliquent de devoir raconter de nouveau leur histoire à un ou quelques autres intervenants, ce qui peut représenter une difficulté supplémentaire pour certains hommes (Lajeunesse et coll., 2013).

Par ailleurs, une difficulté à décoder la détresse masculine en intervention serait présente chez certains intervenants. Au lieu d'exprimer leur détresse de manière conventionnelle (en pleurant, par exemple), certains hommes l'expriment par de l'irritabilité, ce qui peut rebuter un intervenant qui interprète mal ce symptôme de détresse (Dulac, 2001). De plus, environ 20 % des hommes rapportent avoir perçu, de la part des intervenants, un manque de sensibilité à leur réalité et à leurs besoins. D'autres hommes déplorent également un manque d'empathie ou d'écoute pendant les consultations (Tremblay et coll., 2015). Une telle expérience jugée négative peut devenir un obstacle à l'engagement dans le suivi actuel ainsi qu'à une demande d'aide pour de futurs problèmes. Aussi, plusieurs auteurs pointent l'importance de mieux former les intervenants pour mieux intervenir auprès des hommes (Houle, 2005, Lajeunesse et coll., 2013, cités dans Tremblay et coll., 2016).



Les hommes en dépression qui se rendent chez le médecin se heurtent également à ce problème de détection de la détresse. La dépression serait par ailleurs, selon plusieurs auteurs, sous-diagnostiquée chez les hommes en raison des modes d'expression propres aux hommes et des critères de dépistage qui sont traditionnellement plus « féminins » (Cochran et Robinovitz, 2000, Kirmartin, 2005, Lynch et Kilmartin, 1999, cités dans Roy et Tremblay, 2017). Une étude réalisée au Nouveau-Brunswick par Séguin et ses collaborateurs (2005) concernant les hommes s'étant enlevé la vie a démontré, grâce à des autopsies psychologiques, que la majorité de ceux-ci étaient en dépression au moment du suicide. De plus, environ 50 % de ces hommes avaient rencontré un médecin ou avaient été contactés avec des services spécialisés en santé mentale ou en toxicomanie dans le mois précédant le passage à l'acte, cette proportion augmentant à environ 75 % des hommes lorsque la période observée s'échelonnait sur une année plutôt qu'un mois. Cependant, malgré ces contacts avec les professionnels, la dépression n'avait pas été diagnostiquée dans la forte majorité des cas (Séguin et coll., 2005). Ce problème sur le plan du dépistage représente un obstacle à la demande d'aide chez les hommes en détresse qui rencontrent leur médecin sans recevoir un diagnostic de dépression, et qui quittent leur bureau sans être orientés vers une ressource d'aide psychosociale. Cependant, une étude récente réalisée auprès des hommes de l'Est-de-l'Île-de-Montréal en arrive à des conclusions quelque peu différentes. Selon les participants, le problème ne réside pas dans la détection de la détresse psychologique par le médecin, mais bien dans l'absence de référence vers les services d'aide psychosociale une fois que cette détresse est dépistée. Les participants des groupes de discussion notent un traitement des symptômes physiques, mais un manque sur le plan de la continuité vers les services psychosociaux (Legris et Landry, 2020).

Somme toute, selon les auteurs, un travail de fond sur le plan sociétal demeure nécessaire afin de déconstruire les normes et les règles rigides liées à la masculinité traditionnelle afin de libérer les hommes de ces contraintes. Cette déconstruction faciliterait l'expression de formes de masculinité qui ne seraient pas en opposition avec les comportements favorables à la santé, comme la demande d'aide et l'utilisation des services de santé. Il s'agit certes d'un travail de longue haleine, mais qui pourrait éventuellement fortement contribuer à l'amélioration de la santé des hommes (Houle, 2005 ; Tremblay et

coll., 2016).

### **1.3.2 Les éléments qui facilitent la demande d'aide**

Comme il est possible de le voir, la demande d'aide est un parcours difficile pour de nombreux hommes, mais elle peut tout de même être facilitée par différents facteurs. Tel que cette section le démontre, les effets de ces éléments peuvent être variés, certains d'entre eux aidant les hommes à surmonter un obstacle en particulier qui se dresse sur leur trajectoire de demande d'aide, alors que d'autres favorisent cette dernière de manière générale.

Plus précisément, cette section fait un survol des principaux éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes. Elle aborde brièvement les motifs de consultation qui déclenchent la demande d'aide, puis s'attarde à l'influence des proches, aux services d'aide et à la promotion de la santé.

#### **1.3.2.1 Les motifs de consultation**

Dulac (1997) identifie trois principaux motifs qui déclenchent la demande d'aide chez les hommes : le corps qui flanche, les pressions de l'entourage ou une situation de crise. Ces éléments déclencheurs surviennent particulièrement lorsque l'homme a attendu longtemps avant de faire sa demande d'aide et que la situation problématique s'est dégradée. Ce sont souvent les symptômes physiques liés à une dépression, tels que la fatigue ou l'insomnie, et non la dépression en elle-même, qui amènent les hommes à consulter leur médecin (Dulac, 2001). Plus récemment, le sondage SOM (2018) détaille davantage les motifs de consultation en documentant les probabilités qu'un homme demande de l'aide et consulte un intervenant selon diverses situations. Le sondage demandait : « Sur une échelle de 1 à 10, quelle serait la probabilité que vous consultiez un intervenant si... ». Les réponses à cette question identifient deux motifs dont les probabilités sont significativement plus élevées que les autres : lorsque la situation ou le problème a un impact sur les enfants, pour une moyenne de 7,9/10, et lorsque l'homme a des pensées suicidaires, pour une moyenne de 7,4/10. À cet effet, une récente étude réalisée sur la demande d'aide des pères au foyer en dépression obtient des résultats similaires quant à l'influence de l'impact de leur état de santé mentale sur les enfants (Caperton, Butler, Kaiser, Connely, et Knox, 2020). Les problèmes liés au

couple, soit les difficultés conjugales et la séparation, obtiennent ensemble potentiellement la troisième position dans le sondage SOM (2018), ces deux motifs de consultation ayant été mesuré séparément et obtenant chacun une probabilité de 6,1/1. Il est donc permis de croire que ces deux facteurs auraient pu obtenir une probabilité plus élevée s'ils avaient été mesurés comme un seul facteur. Les autres situations mesurées par le sondage, soit le fait de se sentir déprimé, de perdre son emploi ou sa libido, obtenaient des moyennes de probabilité de consultation d'environ 6/10, plaçant l'impact sur les enfants et la présence d'idées suicidaires comme des facteurs motivant la consultation qui sont potentiellement plus puissants que les autres (SOM, 2018).

### **1.3.2.2 L'influence du réseau informel et formel**

Les membres du réseau social informel, aussi appelé réseau naturel, peuvent avoir un impact positif sur le processus de demande d'aide des hommes en difficulté. Le réseau naturel est composé de l'ensemble des liens sociaux qui sont entretenus par un individu donné et peut être constitué de membres de la famille, d'amis, de connaissances et de collègues de travail (Caron et Guay, 2005). Le réseau naturel est bien souvent la source du soutien social des hommes lorsqu'ils traversent des difficultés, même s'ils sont moins portés à se tourner vers ce réseau en cas de problème (Boisvert et Paradis, 2008 ; Tremblay et coll., 2005). Le soutien social est ici défini comme : « *The provision or exchange of emotional, informational, or instrumental resources in response to the perception that others are in need of such aid* » (Cohen, Underwood et Gottlieb, 2000, p. 4). Ces types de ressources peuvent être définis plus en détail dans les travaux de House (1981). Cet auteur identifie le soutien émotionnel comme l'expression d'affects positifs dans le but d'apporter du réconfort, de la réassurance et de la protection, le soutien informationnel comme la transmission de connaissances, de conseils ou de suggestions afin de résoudre un problème, et le soutien instrumental comme le fait de rendre service aux autres dans les situations difficiles. Des exemples de services dans ce contexte peuvent être reliés au transport et au prêt d'argent ou de bien matériel. Le mémoire de Fortin (2016) sur l'influence des proches dans la demande d'aide formelle des hommes en difficulté stipule qu'ils peuvent utiliser ces trois types de soutien pour accompagner les hommes dans leur processus de demande d'aide.

Les auteurs ne s'entendent pas tous sur la place qu'occupe le réseau informel dans le processus de demande d'aide des hommes en difficulté. Dulac (2001) rapporte que les hommes préfèrent s'adresser à leur réseau informel avant d'effectuer une demande d'aide formelle, alors que Tremblay, Morin, Desbiens et Bouchard (2007) mentionnent que les hommes répondant aux critères de dépression sévère préfèrent s'adresser directement aux professionnels et évitent souvent d'informer leurs proches de leur démarche. Pour sa part, le mémoire de Fortin (2016) démontre que certains hommes se tournent vers leur réseau informel avant de demander de l'aide aux services formels. Selon le sondage de Tremblay et ses collaborateurs (2015), une forte majorité d'hommes consulteraient leur conjointe ou leur médecin en cas de problème, et environ la moitié consulterait un parent ou un autre membre de la famille, surtout les plus jeunes hommes. La conjointe serait par ailleurs souvent la première personne, voire parfois la seule, à qui les hommes se confieraient en cas de problème (Roy, De Koninck, Clément et Couto, 2012 ; Tremblay et coll., 2005). Les jeunes hommes semblent par ailleurs avoir une certaine propension à consulter leurs amis en cas de difficulté (Tremblay et coll., 2015). Somme toute, le réseau naturel semble intervenir dans le processus de demande d'aide de plusieurs hommes en difficulté, même si certains hommes préfèrent ne pas parler de leur démarche à leurs proches et s'adresser directement aux professionnels concernés, par exemple à un médecin.

Par ailleurs, les médecins, qui font partie du réseau formel, se trouvent régulièrement sur la trajectoire de demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté, et ils ont un grand pouvoir d'influence pour la susciter. Les participants du sondage du SOM (2018) identifient ce professionnel comme étant l'individu qu'ils écouteront le plus probablement si celui-ci leur dit de consulter un intervenant. Évaluée sur une échelle de 1 à 10, cette probabilité est estimée minimalement à 9/10 par presque la moitié des hommes, pour une moyenne de 7.8/10 parmi tous les participants. Le médecin est par ailleurs le deuxième individu qui est le plus probablement consulté par les hommes en cas de problème, juste derrière la conjointe. Cette dernière possède également un bon pouvoir d'influence sur la demande d'aide de son conjoint, bien que généralement moins puissant que celui du médecin. Un homme serait toutefois moins sensible aux recommandations de sa conjointe par rapport à sa santé lorsqu'il juge sa relation avec elle comme insatisfaisante (de Montigny et coll.,

2017). Les amis de l'homme, pour leur part, sont beaucoup moins consultés en cas de problème que le médecin et le/la conjoint/e, et ils possèdent un pouvoir d'influence plus limité (SOM, 2018 ; Tremblay et coll., 2015). À noter que chez certaines catégories d'hommes, comme les jeunes adultes, les homosexuels, les bisexuels et les hommes possédant un plus haut niveau d'éducation, le pouvoir d'influence des médecins et des conjoints est un peu plus élevé que pour la moyenne des hommes, et ce sont les amis qui sont les plus consultés chez les jeunes (SOM, 2018).

L'importance du pouvoir d'influence ressort également de l'étude menée par Cusack, Deane, Wilson et Ciarrochi (2004). Les résultats de cette recherche démontrent qu'au moins une personne est intervenue pour tenter d'influencer le processus chez 96 % des hommes qui ont demandé de l'aide, et qu'au moins deux personnes sont intervenues chez la majorité des hommes. Bien qu'un peu moins du tiers des participants mentionnent que l'intervention des autres n'a pas du tout influencé leur décision de consulter un professionnel d'aide psychosociale, 37 % des hommes ont tout de même rapporté qu'ils n'en auraient probablement jamais consulté un sans cette intervention. Similairement aux résultats du sondage du SOM (2018), le/la conjoint/e et le médecin sont identifiés comme étant les personnes les plus fréquemment consultées par les hommes et possédant le plus grand pouvoir d'influence sur leur processus de demande d'aide (Cusack et coll., 2004). Des résultats similaires par rapport à l'influence positive de ces deux types d'individus sur la demande d'aide des hommes sont également soulignés ailleurs dans la littérature scientifique (Berger, Addis, Green, Mackowiak, et Goldberg, 2013 ; Harding et Fox, 2015). D'autres études stipulent par ailleurs que plusieurs hommes consultent des professionnels en raison de facteurs présents dans l'environnement, tels que des pressions des proches, et que ce choix ne serait pas toujours volontaire (Hammer et Voguel, 2013 ; Turcotte, Dulac, Lindsay, Rondeau et Turcotte, 2002). Il est toutefois important de préciser que l'étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) ne cherchait pas à savoir si certains hommes se sentaient obligés de consulter un intervenant sous la pression des proches.

L'influence du réseau naturel sur la demande d'aide des hommes en difficulté peut se manifester de diverses façons. Par exemple, les hommes qui perçoivent que leurs proches ont

une attitude positive vis-à-vis de la demande d'aide ou que l'un d'eux a déjà consulté un intervenant psychosocial dans le passé sont plus favorables à la demande d'aide, et la probabilité qu'ils consultent le moment venu augmente (Sierra-Hernandez et coll., 2014 ; Voguel et coll., 2007). Réaliser que le suivi psychosocial a permis à une personne significative d'améliorer sa situation peut augmenter la motivation d'un homme à demander de l'aide pour ses propres problèmes (Harding et Fox, 2015). L'étude de Houle et ses collaborateurs (2017) mentionne que plus les hommes se sentent soutenus par les membres de leur réseau naturel, comme leurs conjointes, collègues et amis, plus ils seront portés à adopter des comportements favorables à leur santé, ce qui inclut la demande d'aide. Les participants du mémoire de Fortin (2016) ont généralement dirigé les hommes vers des ressources qu'ils avaient déjà consultées dans le passé et qu'ils avaient alors jugées aidantes. Témoigner de leur propre expérience de demande d'aide en recommandant la ressource alors consultée reflète du même coup aux hommes en difficulté une attitude positive à l'égard de la demande d'aide. Pourtant, seulement un homme sur quatre du sondage du SOM (2018) dit trouver très aidant le fait qu'un proche lui recommande une ressource ou un intervenant en particulier.

En plus de pouvoir être influencée par le réseau naturel, la demande d'aide est parfois initiée par l'un de ses membres. En effet, lorsque la demande d'aide n'est pas effectuée par l'homme lui-même, c'est souvent la conjointe qui s'occupe de formuler la demande initiale, et parfois un autre proche (Babin, 2008 ; Dulac, 2001). D'autres hommes rapportent que c'est plutôt leur employeur qui a fait les démarches nécessaires pour favoriser et amorcer leur demande d'aide (Tremblay et coll., 2016). Il semble toutefois que cette situation ne représente qu'une minorité d'hommes, considérant que le sondage du SOM (2018) révèle que seulement un homme sur 10 considère le fait que quelqu'un prenne le premier rendez-vous pour lui comme « très aidant », et que 61 % jugent cette action peu ou pas aidante à leur processus de demande d'aide. Considérant l'importance que représente la valeur d'autonomie pour certains hommes, il est possible d'avancer que certains d'entre eux préfèrent effectuer ces démarches par eux-mêmes plutôt que quelqu'un d'autre en prenne la responsabilité.

### **1.3.2.3 Les facteurs facilitants relatifs aux services d'aide**

Si certaines caractéristiques des services d'aide peuvent nuire à la demande d'aide des hommes en difficulté, d'autres peuvent au contraire favoriser cette demande. D'abord, la proximité géographique des ressources, la visibilité de celles-ci et leur capacité à offrir rapidement des services sont identifiées comme des éléments aidants par les hommes (Tremblay et Careau, 2014 ; Turcotte et coll., 2002). Le fait que les services soient gratuits ou offerts à un coût modique est également identifié dans le sondage du SOM (2018) comme l'un des facteurs qui facilite le plus la demande d'aide, et ce, particulièrement chez les homosexuels, les jeunes adultes, les célibataires, et les hommes dont la santé mentale est passable ou mauvaise. Des heures d'ouverture qui simplifient la vie, probablement en dehors des heures régulières de travail, sont de plus rapportées comme étant particulièrement facilitantes (SOM, 2018). Ces deux derniers facteurs sont également mentionnés comme importants par les hommes dans les groupes de discussion de l'étude de Legris et Landry (2020). Le fait de savoir ce à quoi s'attendre relativement à l'intervention et de pouvoir s'informer sur les ressources avant de les contacter permet de rassurer les hommes, ce qui peut faciliter leur demande d'aide. Enfin, la disponibilité des services en anglais est identifiée par les anglophones comme étant le facteur qui facilite le plus leur processus de demande d'aide (SOM, 2018).

Souvent, les hommes ont des préférences en matière d'intervention et celles-ci peuvent favoriser la persévérance et l'engagement dans leur suivi psychosocial. Une forte majorité d'hommes cherchent un intervenant professionnel, assurant la confidentialité, capable de créer un climat de confiance et qui leur donne le sentiment d'être pris au sérieux et d'être écoutés dans leurs problèmes (Tremblay et coll., 2015). La présence d'intervenants formés à venir en aide aux clientèles masculines est également un élément qui peut faciliter la demande d'aide et l'engagement dans le suivi (Turcotte et coll., 2002). Plusieurs hommes peuvent préférer que l'intervention soit concrète et centrée sur les pensées, plutôt qu'elle soit principalement orientée sur l'expression des émotions (Johnson, Oliffe, Kell, Galdas et Ogrodniczuk, 2012 ; Rochlen et O'Brien, 2002). La relation de continuité avec le même intervenant est aussi très importante pour les hommes, considérant que certains d'entre eux préfèrent même attendre avant de recevoir des services, dans la mesure où cette attente peut

leur assurer de conserver le même intervenant (Lajeunesse et coll., 2013 ; Legris et Landry, 2020 ; SOM, 2018). Davantage d'intervenants masculins dans les services d'aide pourraient faciliter la demande d'aide de certains hommes en leur offrant le choix du sexe de l'intervenant (Tremblay et Careau, 2014). À ce sujet, près des deux tiers des hommes n'auraient toutefois pas de préférence quant au sexe de l'intervenant pour discuter de leurs problèmes (SOM, 2018). Enfin, en lien avec l'importance de la valeur d'autonomie dans la socialisation masculine, souvent les hommes préféreraient un rapport égalitaire et horizontal avec les professionnels, à l'opposé de l'approche verticale et plus traditionnelle d'expert-patient (Roy et coll., 2014). L'approche salutogène (Macdonald, 2005) est identifiée dans les écrits comme étant efficace dans l'intervention auprès des hommes puisque celle-ci se centre sur les forces et les compétences de l'homme plutôt que sur ses défauts et ses faiblesses. De plus, plusieurs hommes aimeraient que l'intervention soit davantage centrée sur les solutions et l'action, que celle-ci les aide à comprendre ce qu'ils vivent et que l'intervenant leur offre des conseils et des outils concrets (Roy et coll., 2014 ; SOM, 2018).

En plus de respecter leur préférence en matière d'intervention, un autre élément pour favoriser l'engagement et la persévérance des hommes dans leur suivi consisterait à créer des programmes de santé de manière à ce qu'ils soient « sensibles au genre ». Un programme qui est sensible au genre signifie que celui-ci a été spécifiquement conçu, dans son contenant et dans son contenu, en fonction des intérêts des hommes dans une visée d'adoption de comportements promoteurs de santé (Sharp et coll., 2018). Plus spécifiquement, Robertson, Witty, Zwolinsky et Day (2013) identifient quelques thèmes récurrents dans les programmes sensibles au genre qui fonctionneraient bien avec les hommes : fournir un environnement qui facilite l'engagement, entendre et incorporer la rétroaction des hommes, offrir un soutien régulier et établir des partenariats avec des groupes communautaires respectés. L'utilisation de tels programmes permet non seulement de susciter l'engagement des hommes, mais elle diminuerait l'abandon et améliorerait les résultats et les gains obtenus (Bottorff et coll., 2015).

Des services adaptés qui répondent aux besoins des hommes en matière d'intervention favoriseraient certes l'engagement dans les rencontres, mais le suivi en lui-



même pourrait également devenir un élément qui faciliterait une prochaine demande d'aide. En effet, les études indiquent qu'une expérience positive de suivi psychosocial améliore l'attitude d'un homme vis-à-vis de la consultation et facilite généralement sa décision de demander de l'aide une seconde fois, puisque cette expérience normalise le processus, lui apporte de nouvelles connaissances sur le fonctionnement des services et lui démontre que cette stratégie est efficace pour résoudre ses problèmes (Cusack et coll., 2004 ; Deane et Todd 1996 ; Fisher et Farina, 1995 ; Kim, Saw et Zane, 2015). Un homme dans cette situation serait par ailleurs plus porté le moment venu à retourner vers les services d'aide qu'il a déjà consultés puisque la confiance envers ceux-ci est déjà bien établie (Turcotte et coll., 2002).

#### **1.3.2.4 La promotion de la santé**

Diverses actions à plus grande échelle visant à faciliter la demande d'aide des hommes lorsqu'ils en ont besoin, telles que le fait de chercher activement à les joindre là où ils sont et de publiciser les services d'aide, relèvent de la promotion de la santé et du *marketing* social. La promotion de la santé est par ailleurs ici définie comme : « une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2016, n. p.). Devant le résultat du sondage de 2014 stipulant que près de 40 % des hommes ne connaissent pas les services et voulant que le manque de connaissances puisse nuire à la demande d'aide, l'équipe de Tremblay et ses collaborateurs (2015) recommande de publiciser les services en s'adressant spécifiquement aux hommes. Cette publicisation des services peut se faire via divers médias, tels que la télévision, les dépliants ou encore Internet. Comme les hommes de tous les âges ont tendance à d'abord consulter Internet pour obtenir de l'information, l'idée a également été émise de mettre en ligne un site web pour les hommes afin de publiciser les services en réunissant tout ce qui leur est accessible au même endroit (Robinson et Robertson, 2014 ; SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014). Ce site pourrait également inclure des conseils sur la santé et des témoignages d'hommes qui ont consulté un professionnel afin de normaliser la demande d'aide (SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014). Un tel site web doit contenir des informations sur la santé qui sont spécialisées pour les hommes afin d'être efficace dans ses communications (Robinson et Robertson, 2014).

S'adresser spécifiquement aux hommes demande de prendre en considération, lorsque vient le temps de créer des messages publicitaires, qu'ils entretiennent un rapport différent avec leur santé, avec les services et avec les informations transmises dans les campagnes publicitaires. Pour être efficaces, les messages publicitaires doivent donc être personnalisés en fonction du fait qu'ils s'adressent à un public masculin (Conrad et White, 2010 ; Robinson et Robertson, 2014). Par exemple, l'étude d'Hammer et Voguel (2010) démontre qu'une brochure obtient de meilleurs résultats pour changer l'attitude des hommes en dépression envers la demande d'aide si celle-ci a été spécifiquement conçue pour joindre cette clientèle, en adoptant notamment un langage plus familier et moins stigmatisant. Ensuite, comme il existe diverses formes de masculinité et différents groupes d'hommes, il peut être pertinent, selon les circonstances, de modeler un message publicitaire en fonction des caractéristiques d'une catégorie d'hommes en particulier afin d'obtenir une meilleure réceptivité au sein de la population ciblée (Conrad et White, 2010). Un message publicitaire peut également être modelé en fonction d'une tranche d'âge ou d'une étape de vie précise, telle que les hommes qui viennent de devenir père ou qui sont à l'étape de prendre leur retraite (Robinson et Robertson, 2014). Enfin, ces publicités peuvent inclure des campagnes dans les médias traditionnels, mais considérant la propension de certains hommes à demeurer passifs lorsqu'ils ont un problème, il importe également de publiciser les services directement là où ils sont afin de mieux les joindre. Certains lieux fréquentés par les hommes, par exemple les milieux sportifs, les centres de formation pour les hommes, les quincailleries ou encore les milieux de travail typiquement masculins, sont des endroits pertinents pour appliquer des stratégies proactives pour mieux les joindre (Robinson et Robertson, 2014 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2016).

Le rapport produit par le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes en 2004, aussi connu sous le nom du « Rapport Rondeau », souligne l'importance de promouvoir les aspects positifs de la masculinité ainsi que la santé des hommes en général tant dans les publicités que dans les personnages masculins présents dans les médias, dans le but de réduire la stigmatisation des hommes et de promouvoir une image plus positive de ceux-ci. Il importe également d'illustrer dans les médias qu'il existe plusieurs façons d'être

un homme en utilisant des images représentant diverses masculinités et divers groupes d'hommes, incluant des hommes démunis ou marginalisés, et non seulement une forme dominante de masculinité (Gough, 2006, Robertson et Williamson, 2005, Smith, 2007, Smith et Robertson, 2008, cités dans Robinson et Robertson, 2010). Ces auteurs recommandent également que les campagnes de *marketing* social prennent en considération les connaissances scientifiques et les études sur la santé des hommes lorsque vient le temps de concevoir des campagnes publicitaires qui visent l'adoption de comportements sains pour leur santé.

Les chercheurs de la scène québécoise insistent justement sur l'importance de : « bien choisir les messages sociaux à véhiculer et de revoir la façon dont les messages sont livrés pour mieux joindre les hommes dans les campagnes de promotion » (Tremblay et coll., 2016, p. 15). Cette recommandation est émise dans le contexte où des campagnes de promotion peuvent avoir, à long terme, un impact positif sur la demande d'aide en contribuant à déconstruire certaines règles de la masculinité traditionnelle qui font obstacle à l'utilisation des services de santé et des services sociaux par les hommes (Tremblay et coll., 2016). L'approche salutogène de Macdonald (2005) trouve également des applications sur le plan de la promotion de la santé qui cadrent bien avec cette recommandation. Par exemple, une campagne de *marketing* social a été réalisée auprès de garçons fréquentant un cégep afin de valoriser leur réussite scolaire en mettant de l'avant leurs capacités plutôt qu'en les abordant par le biais du décrochage (Tremblay et coll., 2006, cités dans Tremblay et L'Heureux, 2010). Appliquée à la demande d'aide et à la consultation des hommes dans les services, la campagne publicitaire élaborée au Saguenay *Demander de l'aide, c'est fort* est un bon exemple d'une campagne de *marketing* social réalisée au Québec se situant dans une logique salutogène (Garneau, 2004). Cette campagne utilise un aspect positif de la masculinité, en l'occurrence la force, pour aider les hommes à contrer un aspect négatif de celle-ci, soit la propension à vouloir régler leurs problèmes seuls, afin de les inviter à demander de l'aide en cas de problème. Des campagnes qui publicisent les services en abordant le sujet de la demande d'aide sous un angle qui valorise une force des hommes permettent de faciliter leur processus de demande d'aide, sans se baser sur les stéréotypes masculins négatifs qui renforcent, à long terme, les contraintes associées à la socialisation masculine (Hammer et

Voguel, 2010 ; Tremblay et coll., 2016 ; Tremblay et Déry, 2010).

Les participants de l'étude de Legris et Landry (2020) suggèrent que des campagnes publicitaires soient mises en place dans une visée préventive à l'intention des hommes qui ne font pas face actuellement à des problèmes ou des difficultés. Selon eux, la sensibilisation ou l'éducation à la demande d'aide et aux services de santé pourrait aider les hommes à se préparer à demander de l'aide psychosociale s'ils rencontraient un jour des difficultés qui nécessitent l'intervention de professionnels. Il s'agit d'un avis partagé par les participants de l'étude de Tremblay et Careau (2014) qui ajoutent que la publicité devrait faire connaître les premiers signes de la détresse chez les hommes pour les inciter à demander de l'aide avant d'être en situation de crise et utiliser des thèmes liés au rétablissement et à l'espoir de s'en sortir. À cet effet, la campagne *Et moi, comment ça va ?* enseigne aux hommes sur le site *Allume.org* à s'autoévaluer pour reconnaître les signes directs et indirects leur signifiant qu'ils sont en train de vivre des difficultés importantes, telles que l'anxiété, la dépression ou les idées suicidaires. Le site associe également des solutions possibles à chacune de ces difficultés. Dans l'évaluation de la campagne, il s'agit d'un outil qui a été apprécié par les participants (Roy et Villeneuve, 2016).

De telles mesures préventives peuvent être mises en place par le biais de la publicité, mais également par des stratégies proactives dans les milieux fréquentés par les hommes. Ceux qui ne consultent pas recommandent d'avoir des intervenants qui se déplacent sur les lieux de travail des hommes pendant les heures de diner afin d'offrir des présentations ou des ateliers sur les différents services (Tremblay et Careau, 2014). Les ateliers *SOS rupture* organisés par le Centre de prévention du suicide de Québec et l'organisme communautaire *Autonhommie*, et présentés dans les entreprises à concentration masculine, en sont un bon exemple. Ils visaient à joindre les hommes pour les outiller advenant une séparation, et ce, indépendamment de leur statut conjugal. Ces ateliers avaient aussi pour but de promouvoir la demande d'aide comme solution en cas de séparation difficile, et permettaient potentiellement de joindre des hommes extérieurs au réseau de la santé afin de les introduire aux services (Tremblay, Déry, Desgagnés, Beaulieu et Nadeau, 2009).

Somme toute, il importe d'utiliser des stratégies de promotion de la santé qui permettent d'obtenir à la fois des résultats à court terme pour amener les hommes à demander de l'aide et qui contribuent, à plus long terme, à déconstruire les normes de la masculinité traditionnelle qui font obstacle à leurs démarches. Qui plus est, mieux comprendre ce qui facilite et déclenche la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté permettrait de soutenir la préparation de contenus de promotion de la santé pour mieux les joindre.

#### **1.4 Limites méthodologiques des études actuelles**

Une limite méthodologique se rapportant aux études qui fournissent des données sur les éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes concerne la petite taille des échantillons utilisés (Legris et Landry, 2020 ; Sierra-Hernandez et coll., 2014). Cette limite touche également certains groupes de discussion faisant partie du rapport de recherche de Tremblay et ses collaborateurs (2016). Bien que la méta-analyse de Roy et ses collaborateurs (2014) fournisse des résultats intéressants à bien des égards, les études qui la composent ont utilisé des méthodologies et des critères d'inclusion différents, ce qui limite les possibilités de comparaison. Les études qui recueillaient des données basées sur l'autodéclaration ou sur l'opinion des participants, par exemple certaines données publiques utilisées dans le rapport de Tremblay et ses collaborateurs (2016), l'étude de Voguel et ses collaborateurs (2007) ou le sondage du SOM (2018), peuvent présenter un biais relatif à la mémoire des participants ou à la désirabilité sociale. En effet, les participants peuvent avoir oublié ou omis de mentionner certains détails aux chercheurs, ou peuvent avoir voulu présenter une image plus positive d'eux-mêmes. Les études australiennes qui analysent certains aspects de la demande d'aide psychosociale des hommes (Cusack et coll., 2004 ; Deane et Todd, 1996) possèdent par ailleurs la même limite par rapport à l'autodéclaration. Enfin, certaines études rapportent que la majorité de leurs participants présentent les mêmes caractéristiques sociodémographiques, par exemple des jeunes hommes blancs hétérosexuels possédant un niveau élevé d'éducation, ce qui peut rendre la généralisation des résultats à l'ensemble des hommes plus difficile (Sierra-Hernandez et coll., 2014 ; Voguel et coll., 2007).

Par ailleurs, plusieurs données recueillies sur les éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes québécois proviennent du sondage de 2018. Or, la nature uniquement

quantitative des résultats de celui-ci peut représenter une limite en soi. Par exemple, bien que ceux-ci identifient le médecin et la conjointe comme étant des personnes qui possèdent un grand pouvoir d'influence sur la décision des hommes à demander de l'aide, ils ne permettent pas de comprendre les moyens que ces personnes utilisent pour exercer cette influence positive et inciter les hommes à passer à l'action (SOM, 2018). L'étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) présente la même limite en identifiant les personnes qui influencent la demande d'aide des hommes sans pour autant comprendre comment elles s'y prennent. Cette limite s'applique à la fois aux professionnels de la santé, tels que le médecin, et aux membres du réseau naturel des hommes, qu'il s'agisse de la conjointe, de la famille ou encore des amis. Aussi, certaines études identifient les caractéristiques des services d'aide recherchés par les hommes, sans pour autant comprendre comment celles-ci sont prises en considération dans la décision des hommes à demander de l'aide psychosociale (SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2015). La présente étude vise donc à pallier certaines de ces lacunes notamment en approfondissant, sur le plan qualitatif, l'impact des divers facteurs qui facilitent la demande d'aide des hommes en difficulté, qu'il s'agisse des stratégies utilisées par les membres du réseau naturel et formel, des caractéristiques des services d'aide ou encore des campagnes publicitaires cherchant à joindre ces hommes.

### **1.5 La pertinence scientifique et sociale**

Ce mémoire s'inscrit dans les orientations du *Plan d'action ministériel pour la santé et le bien-être des hommes 2017-2022* (MSSS, 2017). Celui-ci établit les trois grandes orientations sur lesquelles travailler pour améliorer la santé et le bien-être des hommes : mieux les joindre par des stratégies de promotion et de prévention, adapter les services pour en améliorer l'accès et pour mieux répondre à leurs besoins, et améliorer la compréhension des dynamiques masculines et des pratiques (MSSS, 2017). Une recherche visant à documenter plus en profondeur la demande d'aide des hommes en difficulté ainsi que leur relation avec les services et comportant un volet en lien avec la promotion de la santé cadre bien avec ces orientations. Par ailleurs, une meilleure compréhension des éléments qui facilitent et déclenchent la demande d'aide psychosociale permettrait potentiellement d'apporter des nuances aux messages plus informatifs en promotion de la santé s'adressant aux hommes en difficulté qui hésitent à faire cette demande d'aide. Une telle compréhension

pourrait aussi permettre d'apporter des suggestions concernant le contenu des campagnes ayant pour objectif la sensibilisation et la prévention, comme l'ont suggéré les participants d'études antérieures (Legris et Landry, 2020 ; Tremblay et Careau, 2014), et d'obtenir des pistes supplémentaires sur les endroits fréquentés par les hommes où il leur serait utile de recevoir de l'information sur les services d'aide à leur disposition en cas de besoin.

De plus, parmi les études qui comportent des données sur les éléments facilitant la demande d'aide des hommes, peu d'entre elles offrent des précisions sur les moyens utilisés par les acteurs qui se trouvent sur la trajectoire de ces hommes pour les inciter à demander de l'aide. L'étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) et le sondage du SOM (2018) identifient notamment la conjointe et le médecin comme ayant une forte influence sur la demande d'aide des hommes, mais la nature quantitative de ces études ne permet pas d'expliquer les moyens ayant été mis en place par ces deux ressources pour les amener à passer à l'action. De plus, bien que le sondage du SOM (2018) ait déterminé qu'un homme va probablement consulter un intervenant s'il réalise que son problème a un impact sur ses enfants, peu d'études semblent documenter ce phénomène sur le plan qualitatif. Celle de Caperton et ses collaborateurs (2020) ne peut représenter l'ensemble des pères étant donné qu'elle a exclusivement été menée auprès de pères au foyer en dépression. Sur le plan de la pertinence scientifique, une étude permettant d'obtenir des données qualitatives auprès d'hommes qui ont déjà demandé de l'aide psychosociale est nécessaire pour apporter des précisions sur ces divers phénomènes. Par exemple, l'importance de la sensibilisation des médecins quant à leur influence sur la demande d'aide des hommes a déjà été soulignée par certains auteurs (Cusack et coll., 2004 ; SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014). Les données de la présente étude documenteront les gestes efficaces qu'ils peuvent poser afin d'exercer cette influence, et permettront de préciser les actions à mener pour les sensibiliser.

Enfin, la recension des écrits de la présente étude a permis d'établir que la difficulté qu'éprouvent de nombreux hommes à demander de l'aide aux services de santé et aux services sociaux entraîne une plus faible utilisation de ces services et le maintien de certains écarts de santé (Tremblay et coll., 2016). Rappelons que les hommes sont surreprésentés en matière de suicide et qu'ils sont également les auteurs de 80 % des homicides intrafamiliaux

(Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012 ; INSPQ, 2017). Il s'agit de situations entraînant de lourds coûts humains et sociaux qui sont en partie expliquées par la réticence des hommes à aller chercher de l'aide même en situation de crise, et qui pourraient être partiellement évitées s'ils consultaient plus rapidement ces services lorsqu'ils en ont besoin. Sur le plan de la pertinence sociale, une documentation plus approfondie des facteurs qui peuvent faciliter leur demande d'aide est pertinente non seulement dans une optique de prévention du suicide et de ce genre d'homicides, mais aussi pour améliorer globalement la santé des hommes, la demande d'aide plus rapide étant associée à une réduction du coût des soins et à une augmentation des chances de guérison et de survie (Sierra-Hernandez et coll., 2014).



## **Chapitre 2 – Le cadre théorique**

Le cadre théorique qui est utilisé pour cette recherche est le modèle de demande d'aide de Gross et McMullen (1983). Plusieurs études s'en servent comme cadre théorique lorsqu'il est question de la demande d'aide, comme celle de Turcotte et ses collaborateurs (2002) sur la trajectoire de la demande d'aide des hommes ayant des comportements violents ou encore le mémoire de Rochette (2014) sur le processus de demande d'aide des hommes de 65 ans et plus en situation de maltraitance. Ce modèle a également été repris par Dulac (1997) et appliqué à la trajectoire des hommes en difficulté qui demandent de l'aide psychosociale. Il divise le processus de demande d'aide d'un individu en trois étapes non linéaires et interreliées. À chacune des étapes, l'individu effectue une analyse des coûts et des bénéfices l'amenant à prendre une décision quant à la prochaine action à entreprendre. Ce modèle est un choix judicieux pour la présente étude puisqu'il permet d'analyser le processus de demande d'aide des hommes en difficulté en fonction de ces différentes étapes afin de mieux comprendre leur réalité, les obstacles qui ont nui à cette demande et surtout, les éléments qui l'ont facilitée et qui leur ont permis de surmonter certains obstacles.

### **2.1 La perception du problème**

La première étape, qui est liée à la reconnaissance d'une situation comme étant problématique, possède deux principales composantes : la perception des symptômes reliés à la situation difficile vécue par la personne et la reconnaissance de ces symptômes comme étant un problème (Gross et McMullen, 1983). Il peut être plus facile pour une personne d'identifier des symptômes lorsque les situations vécues sont généralement lourdes de conséquences, comme c'est souvent le cas lors d'une séparation difficile ou de la mort d'un proche. Il peut aussi arriver qu'un individu ne parvienne pas à percevoir ou à ressentir de symptômes, ou encore que des symptômes jugés problématiques par une personne soient considérés comme normaux par une autre (Dulac, 1997). Il s'agit donc d'une étape qui peut être vécue différemment selon les individus, étant donné qu'elle fait davantage référence à leur perception de la situation et à leur subjectivité qu'à des critères objectifs.

Plusieurs éléments agissent sur la reconnaissance du problème et peuvent avoir un impact à cette étape du processus de demande d'aide, soit les facteurs personnels, comme le

genre, la race ou les expériences antérieures, et les facteurs sociaux, comme les normes sociales, la peur du jugement ou encore la comparaison sociale (Turcotte et coll., 1995). La perception qu'a l'individu de la normalité d'une situation quelconque peut également avoir une incidence sur cette reconnaissance (Gross et McMullen, 1983). Par exemple, un homme qui juge que ses comportements sont excessifs ou anormaux lorsqu'il se compare aux autres hommes de son entourage risque davantage d'étiqueter sa situation comme étant problématique (Dulac, 2001). La probabilité que l'homme étiquette ainsi sa situation est également dépendante de plusieurs variables, telles que ses valeurs et sa classe sociale ou encore son adhésion aux normes et règles contraignantes associées à la socialisation masculine. En effet, la reconnaissance du problème peut être plus difficile si un homme accorde une grande importance à certaines caractéristiques, comme le fait de garder le contrôle en tout temps ou d'être stoïque devant la douleur, et qu'il en arrive à minimiser l'importance du problème vécu (Addis et Cohane, 2005). Par ailleurs, il peut devenir complexe pour plusieurs hommes de prendre conscience qu'ils vivent un problème. Notamment, la socialisation masculine favorise une forme de désensibilisation sur le plan physique : ayant appris à demeurer stoïques devant la douleur, plusieurs hommes ressentent moins les malaises physiques, souvent très tardivement, ou du moins ne les considèrent pas comme « un problème ». De même, il existe souvent une forme de désensibilisation sur le plan émotionnel : ayant appris souvent jeunes à réprimer leurs émotions, telles que la peine, la tristesse, l'angoisse ou la peur, il leur devient d'autant plus difficile de les reconnaître lorsqu'elles se présentent. Enfin, selon Tremblay et L'Heureux (2010), cette désensibilisation est aussi présente sur le plan relationnel, de telle sorte que les malaises relationnels sont plus difficilement identifiés. Ces différents facteurs peuvent expliquer pourquoi il est difficile pour certains hommes de reconnaître qu'ils ont un problème (Tremblay et L'Heureux, 2010).

Lorsque le problème est reconnu, pour éventuellement parvenir à consulter un professionnel, l'homme doit en arriver à percevoir que sa situation problématique relève de la demande d'aide, ce qui appartient également à la première étape du modèle de Gross et McMullen (1983). Si la perception des symptômes et la reconnaissance qu'ils constituent un problème sont souvent essentielles pour accéder à la deuxième étape, dans la mesure où la personne doit généralement réaliser l'existence d'un problème pour prendre une quelconque

décision par rapport à celui-ci, il est tout à fait possible pour l'homme de passer à cette étape du modèle sans pour autant avoir associé son problème à la demande d'aide psychosociale. À titre d'exemple, un homme peut reconnaître qu'il se sent déprimé depuis un certain temps et décider d'agir pour remédier par lui-même à ce problème, une possibilité qui fait partie de la deuxième étape du modèle qui sera approfondie dans la prochaine section, sans pour autant avoir réalisé qu'un intervenant psychosocial peut être en mesure de l'aider à mieux comprendre ce qu'il vit et à améliorer son état. Une telle situation illustre le caractère non linéaire du modèle de Gross et McMullen. Précisons que le fait d'associer une situation problématique à la consultation d'un professionnel, bien qu'essentiel à l'ensemble du processus, n'est pas en soi un élément qui déclenche automatiquement la demande d'aide des hommes en difficulté. Il importe en effet de considérer que la forte majorité des hommes préfèrent régler leurs problèmes seuls et que plus de la moitié d'entre eux hésiteraient à demander de l'aide même s'ils avaient la certitude que cette stratégie pourrait les aider à les résoudre (Tremblay et coll., 2015).

Enfin, il existe divers facteurs dans l'environnement de l'homme qui peuvent l'aider à percevoir son problème et ainsi favoriser le passage à la prochaine étape du modèle. Par exemple, certains participants du mémoire de Fortin (2016) ont été portés à utiliser des stratégies plus subtiles lorsque l'homme qu'ils cherchaient à soutenir n'admettait pas avoir un problème, notamment en verbalisant leurs inquiétudes vis-à-vis de la situation problématique, afin de susciter une première prise de conscience. Du côté du réseau formel, un médecin pourrait aider l'homme à concevoir que les symptômes qui l'ont amené à le consulter sont également du ressort de la consultation d'un intervenant psychosocial, et ainsi faire germer l'idée que la demande d'aide est une solution complémentaire au volet médical. Une campagne de promotion de la santé ayant un objectif de sensibilisation sur un sujet touchant la santé des hommes peut également engendrer une prise de conscience d'un problème et de ses symptômes. Enfin, de manière similaire aux conclusions de Cusack et ses collaborateurs (2004) et de Deane et Todd (1996) voulant qu'un homme qui a vécu une expérience positive de demande d'aide sera plus disposé à consulter un intervenant psychosocial dans le futur, il est possible qu'un homme prenne plus rapidement conscience de la gravité de ses symptômes et du fait qu'ils sont sans doute du ressort de la demande

d'aide psychosociale s'il a déjà consulté un intervenant par le passé pour un problème identique ou similaire.

## **2.2 La prise de décision**

La deuxième étape du modèle concerne la décision que l'individu prend une fois qu'il a reconnu avoir un problème. Ce choix est effectué parmi trois possibilités : ne rien faire, tenter de régler seul son problème ou demander de l'aide externe. Une évaluation des coûts et des bénéfices accompagne le choix arrêté à cette étape et différents facteurs peuvent agir sur cette décision (Gross et McMullen, 1983). Il n'est pas rare que les hommes adoptent diverses stratégies pour tenter d'ignorer ou de régler par eux-mêmes leur problème et leurs symptômes. Il est possible de tracer des liens entre la nature de ces stratégies et les contraintes associées à la masculinité traditionnelle. Par exemple, la consommation plus importante d'alcool, de tabac ou de drogue peut être utilisée comme stratégie pour tenter d'engourdir ou de ne pas ressentir la douleur. Les hommes peuvent également tenter de s'isoler socialement pour cacher leurs difficultés à leur entourage et éviter d'affronter leur problème, ce qui peut en soi mener à une aggravation des symptômes et des difficultés. L'adage selon lequel « le temps va arranger les choses » est également présent pour expliquer pourquoi plusieurs hommes endurent la souffrance pendant un certain temps avant de considérer sérieusement la demande d'aide (Dulac, 1997).

Quelques autres facteurs peuvent influencer la décision de l'homme à cette étape du processus. Par exemple, si le problème est perçu par l'individu comme échappant complètement à son contrôle et n'ayant pas de solutions possibles, il est probable que la situation problématique soit acceptée telle qu'elle est et qu'aucune action ne soit posée pour la régler (Turcotte et coll., 1995). Un individu qui perçoit que son besoin d'aide est lié à un manque de compétences risque de développer une image plus négative de lui-même et est alors porté à cacher son problème (Fisher, Nadler et Withner-Alagna, 1983, cités dans Turcotte et coll., 1995). À l'inverse, il est plus probable qu'un individu considère la possibilité de discuter de sa situation problématique avec un proche s'il perçoit qu'il ne peut résoudre la situation problématique par lui-même en raison de la complexité de celle-ci (Dulac, 2001). De leur côté, Gross et McMullen (1983) rapportent que les personnes en

difficulté sont plus portées à demander de l'aide si elles jugent que la personne aidante subira peu de conséquences négatives et retirera des bénéfices importants de l'aide apportée.

Généralement, les hommes décident de parler de leur problème à un membre de leur réseau naturel lorsqu'ils sont confrontés à l'inefficacité de leurs autres stratégies (Dulac, 1997). Bien qu'ils décident parfois de s'adresser directement à un professionnel de la santé, de manière générale, ils demandent de l'aide d'abord à leur réseau naturel, et ensuite à une ressource formelle (Dulac, 2001 ; Tremblay et coll., 2007). À noter que le réseau social peut spontanément offrir son soutien à l'homme si les difficultés reliées à la situation problématique sont apparentes et non stigmatisantes. Par contre, lorsque les problèmes sont plus stigmatisants, que l'homme dissimule ses symptômes ou encore que le réseau naturel est de plus faible qualité, il est possible que l'offre de soutien spontanée ne soit pas adéquate et qu'il devienne nécessaire pour l'homme de rechercher activement de l'aide (Moos et Mitchell, 1982). En fonction de la situation vécue, le soutien offert par le réseau naturel peut prendre des formes différentes. Par exemple, il peut s'agir d'un soutien émotionnel pour permettre à l'homme de « ventiler » ses problèmes ou encore d'un soutien permettant de l'orienter dans sa démarche de demande d'aide psychosociale (Fortin, 2016). Par ailleurs, les pressions de certains membres de l'entourage, par exemple la conjointe ou l'employeur, créent parfois une pression suffisante pour déclencher la demande d'aide formelle de l'homme (Dulac, 1997).

Les facteurs qui amènent un homme à prendre la décision de demander de l'aide sont sensiblement les mêmes que ceux qui peuvent favoriser la perception du problème. Ainsi, le mémoire de Fortin (2016) rapporte que les proches utilisent des interventions beaucoup plus directes pour faire pencher la balance décisionnelle en faveur de la demande d'aide lorsque l'homme reconnaît son problème, mais qu'il ne parvient pas à se décider à consulter un intervenant, notamment dans le but d'augmenter l'inconfort de la situation problématique ou de réduire celui lié à la demande d'aide. Le partage de leur propre expérience de demande d'aide est une stratégie utilisée par certains proches qui s'est également avérée efficace pour favoriser la consultation d'un intervenant psychosocial (Sierra-Hernandez et coll., 2014 ; Voguel et coll., 2007). Le médecin est également en position de faire pencher la balance

décisionnelle d'un homme en lui recommandant, par exemple, de consulter une ressource d'aide et en lui remettant les informations nécessaires pour la contacter. La décision de l'homme peut de plus être influencée par les services d'aide qui publicisent les caractéristiques généralement recherchées par les hommes (cout modique, heures d'ouverture étendues, rapidité de la première rencontre, etc.) dans leurs dépliants, site web ou publicités diverses (SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014). Enfin, il est plus facile pour un homme de prendre la décision de consulter un professionnel lorsqu'il rencontre un problème si une demande d'aide antérieure a déjà démontré l'efficacité de cette stratégie (Cusack et coll., 2004 ; Deane et Todd, 1996).

### **2.3 La recherche d'aide**

En fonction de la décision prise à la deuxième étape, la troisième permet de mettre en place les stratégies pour obtenir l'aide désirée (Gross et McMullen, 1983). Ces stratégies peuvent mener l'homme à diverses ressources. Par exemple, il arrive fréquemment que les professionnels de la santé physique soient les premiers à recevoir la demande d'aide formelle des hommes en difficulté. Rappelons que, de manière générale, les hommes se disent plus à l'aise de consulter un tel professionnel dont ils connaissent l'existence qu'un intervenant psychosocial (Tremblay et coll., 2015). Cette première demande d'aide peut ne pas être suffisante pour répondre aux besoins de l'homme en difficulté. Dans un tel cas, une deuxième demande d'aide, cette fois de nature psychosociale, peut s'avérer nécessaire.

Encore une fois, divers facteurs peuvent nuire aux hommes lorsqu'ils tentent de mettre en place les stratégies pour obtenir l'aide désirée. Plusieurs participants de l'étude de Dulac (1997) déplorent le jugement et les moqueries des autres hommes dans les milieux de travail typiquement masculins lorsqu'ils apprennent qu'un de leurs collègues consulte un intervenant, cette demande d'aide étant perçue comme un comportement contraire aux normes de la masculinité traditionnelle. Cette crainte du jugement peut représenter un obstacle à cette étape du processus, dans la mesure où l'homme qui désire demander de l'aide peut percevoir un risque que l'information se propage parmi ses collègues s'il doit demander à son patron de s'absenter du travail de manière hebdomadaire pour prendre part à ses rencontres. Le caractère de plus en plus technocratique des services d'aide, les références

multiples avant d'arriver dans le bureau de l'intervenant qui le prendra en charge et le fait que certains d'entre eux ne sont pas formés pour composer avec les réalités masculines sont des facteurs reliés aux services d'aide qui peuvent nuire à la mise en place des stratégies utilisées par les hommes et entraîner l'abandon des démarches de recherche d'aide (Lajeunesse et coll., 2013 ; Tremblay et coll., 2016). Aussi, comme les exigences de la masculinité traditionnelle sont inverses à celles de la demande d'aide (Brooks, 1998), il est possible que les hommes se sentent honteux de se retrouver dans le bureau d'un intervenant et qu'ils tentent de rétablir leur image masculine par l'entremise de certains comportements, tels que l'agressivité envers l'intervenant, la remise en question de sa compétence comme professionnel ou la recherche de contrôle dans la relation d'aide (Tremblay et L'Heureux, 2010). Si les intervenants ne sont pas sensibilisés et formés pour décoder la détresse masculine, ils peuvent être enclins à prendre ces comportements au premier degré et à réagir de manière négative, ce qui peut devenir un obstacle majeur au suivi psychosocial (Dulac, 1997).

Tout comme pour les étapes précédentes, les proches peuvent soutenir l'homme en difficulté à la troisième étape du modèle. Ils peuvent notamment utiliser un soutien de nature instrumentale pour faciliter ou accélérer la participation de l'homme à une première consultation, par exemple en prenant rendez-vous à sa place, en remplissant les papiers administratifs ou en lui offrant le transport nécessaire pour s'y rendre (Fortin, 2016). En fonction du milieu dans lequel il exerce son travail et des relations qu'il entretient avec les organismes et professionnels de sa région, le médecin peut lui aussi être en mesure d'offrir une forme de soutien à l'homme pour l'appuyer dans ses démarches. Quand il décide de mettre en place une stratégie pour obtenir de l'aide, il importe que l'homme en difficulté puisse compter sur la présence d'un intervenant au bout du fil pour le soutenir dans cette étape. Le fait que son appel entre dans une boîte lorsqu'il contacte une ressource pour obtenir de l'aide peut le dissuader de poursuivre sa démarche. En effet, un homme sur quatre rapporte qu'il abandonnerait ses démarches dans une telle situation (SOM, 2018). Enfin, concernant le suivi avec l'intervenant, le fait que ce dernier soit formé à comprendre les réalités masculines pourrait potentiellement réduire le risque que l'homme abandonne sa démarche

en cours de route et augmenter la probabilité qu'il complète son suivi psychosocial (Tremblay et coll., 2016).

Bref, ce modèle permet à la fois de comprendre ce qui peut rendre plus difficile, mais aussi plus facile pour les hommes, la reconnaissance de leurs problèmes, la prise de décision de demander de l'aide psychosociale et la recherche d'aide en elle-même. Il permet également de déterminer le/s facteur/s aura/ont permis, par exemple, de surmonter un obstacle plus important à une étape donnée du processus. Il devient ainsi possible de déterminer ce qui déclenche concrètement leur demande d'aide et d'identifier les stratégies utilisées pour recevoir l'aide formelle recherchée.



## **Chapitre 3 – La méthodologie**

Ce chapitre présente les éléments de la méthodologie, soit l'approche privilégiée, le type de recherche, l'échantillonnage, le recrutement, la collecte des données, l'analyse des données et les considérations éthiques.

### **3.1 L'approche privilégiée**

Dans cette recherche, l'approche qualitative a été choisie pour différentes raisons. D'abord, l'objectif de cette recherche, qui est d'explorer et de mieux comprendre les éléments qui facilitent le processus de demande d'aide des hommes en difficulté, concorde bien avec l'approche qualitative : « Les méthodes qualitatives permettent d'explorer les phénomènes en profondeur et d'une façon plus détaillée du fait que les données recueillies ne sont pas délimitées par des catégories d'analyse prédéterminées » (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000, p. 57). L'approche qualitative s'intéresse aux perceptions des personnes ainsi qu'à leurs croyances et leur compréhension de la réalité (Mayer et coll., 2000). Ce mémoire vise à comprendre ce qui a facilité, selon le point de vue des hommes, leur processus de demande d'aide, et ce, peu importe l'origine de ces éléments aidants. Comme la recherche vise également à bonifier certains résultats du sondage du SOM (2018), l'approche qualitative s'avère appropriée, étant donné qu'elle permet d'analyser des dimensions qui sont moins facilement observables avec une approche quantitative (Alami, Desjeux et Garabua-Moussaoui, 2009). Finalement, une approche qualitative permet de mener à terme la recherche avec un nombre restreint de participants, ce qui est plus réaliste qu'un autre type de méthodologie dans un contexte de maîtrise, où les ressources sont plus limitées (Gauthier, 2009).

### **3.2 Le type de recherche**

Cette recherche est de type exploratoire, car elle a pour but de bonifier l'ensemble des connaissances sur les éléments qui facilitent le processus de demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté. Il s'agit d'un sujet relativement peu exploré au Québec, les données connues provenant principalement du rapport final du sondage auprès des hommes québécois (SOM, 2018). Il est certes connu, par exemple, que plusieurs hommes sont davantage portés à demander de l'aide lorsqu'ils ont épuisé les solutions alternatives, sont

aux prises avec des idées suicidaires ou réalisent que leur problème a un impact sur leurs enfants (SOM, 2018 ; Tremblay et coll., 2016). Toutefois, ce qui les amène à demander de l'aide avant d'être au bout du rouleau demeure relativement moins compris, selon la littérature scientifique. De plus, cette recherche possède des caractéristiques qui correspondent aux études exploratoires. En effet, ces études se prêtent bien à un sujet dont les informations disponibles et la compréhension demeurent plus limitées. Ces études peuvent permettre d'établir les bases pour des recherches futures qui auraient un devis plus descriptif. Par ailleurs, la présente recherche n'a pas d'hypothèse précise à vérifier, comme c'est généralement le cas pour les études exploratoires (Yegidis et Weinback, 2006).

### **3.3 L'échantillonnage**

Le type d'échantillonnage sélectionné pour cette recherche est non probabiliste typique avec des participants volontaires, tous les membres de la population n'ayant pas eu les mêmes probabilités de participer à l'étude (Chauchat, 1985). En effet, la population est constituée des hommes de 18 ans et plus de la région de Chaudière-Appalaches ayant effectué une demande d'aide psychosociale durant les cinq dernières années. Le recrutement s'est exclusivement fait en partenariat avec l'organisme communautaire Partage au Masculin. Cet échantillon ne représente donc pas statistiquement la population à l'étude et il n'y a pas de hasard dans sa composition (Patton, 1990). De plus, ce dernier mentionne qu'il n'y a pas de règles fixes par rapport à la taille de l'échantillon dans les recherches qualitatives considérant que la taille requise peut varier en fonction de divers facteurs. Afin de répondre au critère de faisabilité de ce mémoire, cette recherche a initialement voulu obtenir un échantillon comprenant 10 participants.

Deux techniques d'échantillonnage ont été utilisées pour le recrutement de ces 10 participants. Dans un premier temps, la technique volontaire a été appliquée pour joindre les potentiels participants. Étant donné que Mayer et ses collaborateurs (2000) recommandent d'utiliser cette technique conjointement avec une autre, l'échantillonnage par quota fut ensuite retenu. Cette technique s'est avérée appropriée dans le cadre de cette recherche, car elle permet « de s'assurer d'inclure certaines caractéristiques de la population au sein de l'échantillon » (Mayer et coll., 2000, p. 80). Cette technique d'échantillonnage a pu être mise

en application, car plus de 10 hommes répondant aux critères d'admissibilité ont manifesté leur intérêt pour participer à cette étude. Cette technique permet par ailleurs d'assurer l'inclusion d'éléments divers de la population dans l'échantillon (Neuman, 1997). Comme le territoire couvert par l'étude est la région de Chaudière-Appalaches, il importait, dans la mesure du possible, d'obtenir des participants provenant de différentes municipalités régionales de comté [MRC]. Puisqu'une forte proportion des hommes ayant manifesté leur intérêt avait consulté un intervenant au point de service de Saint-Georges, certains d'entre eux n'ont pas été sélectionnés dans le but de favoriser une meilleure répartition régionale en privilégiant des hommes qui avaient consulté à des points de service différents, comme ceux de Saint-Romuald, Saint-Lazare, Montmagny et Saint-Jean-Port-Joli.

Bien que l'échantillonnage par quota n'ait pas été utilisé pour les autres données sociodémographiques, les participants de l'échantillon présentent néanmoins une certaine hétérogénéité par rapport à ces données. La taille finale de l'échantillon est constituée de huit participants et tous sont d'origine québécoise. L'âge des participants varie entre 27 et 68 ans, pour une moyenne d'environ 48 ans. La tranche d'âge 35-50 ans n'est toutefois pas représentée dans l'échantillon. Le revenu annuel de la moitié des participants varie entre 30 000 et 60 000 \$, alors que celui de l'autre moitié est supérieur à 60 000 \$. Les participants étaient à l'emploi (ou en arrêt de travail temporaire pour des raisons liées à leur motif de consultation) au moment de l'entrevue. Le plus haut niveau de scolarité complété varie entre un diplôme d'études secondaires [DES] et une maîtrise universitaire. À l'exception d'un participant, tous étaient en relation de couple au moment de la demande d'aide, bien que la moitié d'entre eux aient été en processus de séparation. À noter que la majorité des motifs de consultation des participants étaient liés à des problèmes conjugaux ou à une séparation.

### **3.4 Le recrutement**

Le recrutement des participants s'est fait en collaboration avec l'organisme communautaire Partage au Masculin, qui vient en aide aux hommes en difficulté de la région de Chaudière-Appalaches. Quelques raisons ont appuyé le choix de collaborer avec cet organisme communautaire pour recruter les participants. Tout d'abord, en raison de la mission de l'organisme, celui-ci est directement en contact avec des hommes qui répondent

aux critères d'inclusion de l'étude. Aussi, il reçoit des demandes d'aide d'hommes en difficulté en lien avec une grande gamme de problèmes psychosociaux, et les CLSC de la région lui réfèrent une quantité non négligeable d'hommes en difficulté qui ont initialement effectué une demande d'aide psychosociale auprès du réseau public (Partage au Masculin, 2020). De plus, cet organisme couvre l'ensemble du territoire à l'étude grâce à ses neuf points de service. La région de Chaudière-Appalaches a par ailleurs été choisie pour réaliser cette recherche en raison principalement du critère de faisabilité du mémoire et aussi de la diversité de sa population qui comprend des secteurs ruraux, des agglomérations de petite à moyenne taille, et un grand centre urbain (Lévis). Partage au Masculin était donc le partenaire de recrutement tout indiqué. L'organisme a été contacté par courriel afin de solliciter sa participation. L'étude, ses objectifs, la proposition de collaboration pour le recrutement ainsi que les bénéfices et conséquences possibles à cette collaboration ont alors été expliqués. L'organisme a répondu positivement à la demande de collaboration et a accepté de s'impliquer dans le recrutement.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être un homme de 18 ans et plus ; 2) résider dans la région de Chaudière-Appalaches ; 3) avoir effectué une demande d'aide pour des problèmes psychosociaux au cours des cinq dernières années. Pour leur part, les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) recevoir actuellement des services à Partage au Masculin ; 2) avoir terminé un épisode de service à Partage au Masculin depuis moins d'un mois. De plus, comme l'étudiant-chercheur travaille à Partage au Masculin comme intervenant depuis cinq ans, un critère d'exclusion a été ajouté pour des raisons éthiques, soit : 3) avoir déjà effectué un suivi à Partage au Masculin avec l'étudiant-chercheur.

Le recrutement s'est effectué selon la procédure prévue avec le Comité d'éthique et de la recherche de l'Université Laval. Les participants ont été recrutés par courriel en décembre 2019 à partir de la liste d'envoi de Partage au Masculin. Le courriel comportait un court texte expliquant la nature et les objectifs de l'étude ainsi que les avantages et les inconvénients à la participation. Il indiquait aussi aux hommes intéressés comment ils pouvaient contacter l'étudiant-chercheur. Les personnes intéressées par l'étude étaient invitées à laisser un message téléphonique dans la boîte vocale confidentielle de l'étudiant-

chercheur située à l'Université Laval ou à lui écrire à son adresse courriel se terminant par « @ulaval.ca ». Un contact téléphonique a ensuite été effectué par l'étudiant-chercheur afin d'expliquer davantage aux participants potentiels en quoi consistait l'étude, de répondre à leurs questions et de vérifier leur éligibilité en fonction des critères d'admissibilité.

Ce courriel a généré un nombre d'hommes admissibles supérieur à la taille de l'échantillon de 10 participants visée par cette étude. Comme tous les participants ont été recrutés par l'envoi de ce courriel, il n'a pas été nécessaire de mettre en place d'additionnelles modalités de recrutement, telles que l'envoi de lettres ou l'établissement d'une collaboration avec d'autres organismes communautaires, comme cela avait été initialement prévu. Au total, huit participants parmi ceux qui ont été sélectionnés ont manifesté leur intérêt par courriel et deux l'ont fait en laissant un message dans la boîte vocale prévue à cet effet. Toutefois, deux hommes ont dû être exclus de l'échantillon, car le contenu de leur entrevue n'apportait que très peu d'éléments pertinents en lien avec les questions et les thèmes abordés durant l'entretien. L'échantillon aux fins des analyses est donc composé de huit personnes.

### **3.5 La collecte des données**

La méthode de collecte des données utilisée pour cette recherche est l'entrevue individuelle semi-structurée à questions ouvertes. Les données recueillies se basent uniquement sur la mémoire des participants et l'étude ne possède qu'un seul temps de mesure. Le but poursuivi par l'utilisation de ce mode de collecte de données est de laisser l'opportunité aux participants d'approfondir ce qui a facilité l'ensemble du processus pour en arriver à passer à l'action et à concrétiser une demande d'aide. Dans ce genre d'entretien, la liberté de réponse est plus limitée que dans une entrevue en profondeur, car les questions sont définies à l'avance, mais les participants demeurent toujours libres de répondre comme bon leur semble (Mayer et coll., 2000). Par ailleurs, des questions ont parfois été ajoutées spontanément durant les entretiens en fonction du contenu émergeant dans l'intention d'obtenir certaines précisions sur celui-ci. Ce type d'entrevue cadre bien avec la population à l'étude ainsi qu'avec les buts poursuivis par cette recherche, car il « se prête bien aux recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'il adopte, les attitudes qu'il manifeste » (Mayer et coll., 2000, p. 120).

Le plan de l'entretien tenait compte du thème général et des buts de la recherche dans la composition et l'ordre des questions (Mayer et coll., 2000). De plus, comme le modèle de Gross et McMullen (1983) identifie trois étapes dans le processus de demande d'aide, le guide d'entretien a été divisé en trois sections principales afin de décortiquer le processus de demande d'aide des participants en fonction de celles-ci. La première section invitait principalement les participants à décrire la période au cours de laquelle leurs problèmes sont apparus, la deuxième portait sur les stratégies utilisées pour tenter de régler la situation problématique et la troisième traitait de la demande d'aide comme telle et du rapport des participants avec les services d'aide. Le guide comprenait également une quatrième section qui visait principalement à faire un retour sur l'ensemble du processus de demande d'aide.

Le guide était principalement composé de questions ouvertes afin d'inviter les participants à s'exprimer en profondeur sur les éléments qui ont facilité leur processus de demande d'aide psychosociale (Mayer et coll., 2000). Comme recommandé par Creswell (2007), un prétest du guide d'entrevue a été effectué afin d'estimer le temps requis pour compléter l'entretien et de tester l'instrument pour s'assurer que les questions abordées seraient bien comprises par les futurs participants. Ce prétest a permis de retirer, regrouper et modifier quelques questions en fonction des commentaires reçus dans le but d'en faciliter la compréhension, et de s'assurer que l'entretien pouvait être complété en moins d'une heure.

La période de collecte de données a commencé en décembre 2019 et s'est terminée en avril 2020, soit après avoir réalisé les 10 entrevues avec des hommes qui avaient déjà fait une demande d'aide psychosociale. Les entretiens qui ont été réalisés avant la fin de mars 2020 ont eu lieu dans les locaux de Partage au Masculin. Afin d'assurer la sécurité des participants et de l'étudiant-chercheur en raison des risques associés à la COVID-19, deux dernières entrevues ont été effectuées en avril 2020 par téléphone.

### **3.6 L'analyse des données**

Une fois les données recueillies, celles-ci ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique selon le modèle de Paillé et Mucchielli (2008). Cette méthode nécessite de

transposer « un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de recherche » (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 162). Il s'agissait donc d'identifier les différents thèmes liés aux éléments qui ont facilité la demande d'aide des participants, puis de constater, par exemple, si les différents passages associés à ces thèmes se rejoignaient ou divergeaient.

Les étapes présentées dans Thomas (2006) pour codifier le contenu ont guidé la démarche. Le contenu des entrevues a d'abord été transcrit à l'ordinateur, puis imprimé. Une première lecture flottante a ensuite été réalisée dans le but de comprendre le sens général des transcriptions littérales. Cette première lecture a permis d'obtenir une vue d'ensemble des données ainsi qu'une idée préalable du découpage de celles-ci. Le découpage des extraits pertinents liés aux objectifs de l'étude a suivi ; cette étape a principalement consisté à cibler les passages reliés aux éléments qui ont facilité le processus de demande d'aide psychosociale des participants. Les thèmes abordés lors des entretiens ont également servi à découper d'autres passages pertinents. Les entretiens ont alors été importés dans le logiciel *QDA Miner* pour permettre la codification des extraits en différentes catégories basées sur les thèmes qui ont émergé lors des entrevues. Un premier codage a ainsi été effectué avec les extraits sélectionnés pour obtenir diverses catégories, dont certaines ont dû être subdivisées en sous-catégories afin d'augmenter la précision de la classification. Les codes « obstacle », « facilitant », et « le plus facilitant » ont été ajoutés au codage de certains extraits dans le but de les différencier des extraits plus descriptifs. Finalement, une révision de ces catégories a ensuite permis de redéfinir, regrouper et supprimer certaines catégories pour conserver celles qui étaient les plus pertinentes au processus de demande d'aide des participants. Cette dernière étape fait partie d'un processus itératif présent tout au long de l'analyse. Finalement, les différents constats qui ont émergé à la suite du découpage des entrevues ont été analysés principalement en fonction du modèle de Gross et McMullen (1983).

### **3.7 Les considérations éthiques**

#### **3.7.1 Consentement**

Le formulaire de consentement a été systématiquement remis aux participants avant

le début de leur entretien. Ils ont été libres de poser toutes les questions qu'ils jugeaient nécessaires à l'étudiant-chercheur par rapport à leur participation à l'étude. Une copie papier a été lue, remise et signée par les participants qui ont été rencontrés en personne avant la fin du mois de mars 2020. Une copie électronique a été envoyée par courriel et lue avec les participants qui ont fait l'entrevue téléphonique en raison de la COVID-19, et ces participants ont donné leur consentement verbal pour participer à la recherche avant de commencer l'entretien.

### **3.7.2 Problèmes éthiques possibles**

Cette recherche comporte quelques considérations éthiques. D'abord, étant donné que l'étudiant-chercheur travaille comme intervenant à Partage au Masculin, des mesures ont été prises pour assurer le respect et la confidentialité des participants et éviter de potentiels biais. Les hommes qui ont déjà rencontré l'étudiant-chercheur en tant qu'intervenant ne pouvaient participer à l'étude. De plus, les hommes qui recevaient activement des services de l'organisme ne pouvaient faire partie de la recherche afin d'éviter que l'entretien influence leur suivi. Les hommes qui avaient terminé un épisode de service avec l'organisme depuis moins d'un mois ne pouvaient pas participer afin d'éviter que l'entretien ne les replonge dans leurs problèmes. L'étudiant-chercheur n'a eu accès à aucune information personnelle sur les participants, sauf les informations qu'ils ont eux-mêmes données pour être joignables afin de vérifier leur admissibilité, telles que leur nom, numéro de téléphone et adresse courriel, ainsi que les données sociodémographiques recueillies lors de l'entretien. L'étudiant-chercheur a collaboré en tout temps avec l'organisme communautaire Partage au Masculin pour cette recherche dans son rôle d'étudiant-chercheur, et non en tant qu'employé ou intervenant. De plus, aucune information personnelle sur les répondants n'a été transmise à l'organisme.

Il est possible que la participation à une telle étude amène certains participants à se remémorer une période plus difficile de leur vie et que cela entraîne des conséquences négatives pendant ou après l'entretien. C'est pourquoi un document comprenant le numéro de téléphone d'Urgence-Détresse ainsi qu'une liste des noms, adresses et numéros de téléphone des ressources d'aide psychosociale du réseau communautaire de Chaudière-Appalaches a été remis à chaque participant avant le début de l'entretien. Ce document leur



permettait ainsi de savoir à qui s'adresser en cas d'inconfort ou de détresse psychologique à la suite de l'entretien. Un protocole en cas de manifestations de détresse psychologique a également été mis au point afin d'encadrer les démarches à suivre si un participant manifestait une telle détresse durant son entretien. Il n'a pas été nécessaire de mettre ce protocole en application puisqu'aucun participant n'a vécu de détresse psychologique durant son entretien.

Les participants ont été avisés qu'ils étaient en droit de ne pas répondre à une ou plusieurs questions, et qu'ils avaient le droit de se retirer à tout moment de l'étude sans avoir à motiver leur décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Ils ont également été avisés qu'ils pouvaient obtenir une copie du formulaire de consentement s'ils le désiraient, bien qu'aucun n'en ait manifesté l'intérêt. Ils ont été informés que leur participation à cette étude n'affectait en rien la demande de futurs services à Partage au Masculin et qu'aucune information personnelle ne serait jamais transmise à l'organisme. Les participants ont également eu la liberté de choisir le lieu de l'entrevue, soit leur domicile ou un local de l'organisme, et tous ont préféré être rencontrés dans les locaux de l'organisme, excluant les deux participants qui ont réalisé leur entrevue par téléphone. Une fois les entrevues terminées, toutes les données ont été conservées sous clé, dans le classeur de l'étudiant-chercheur, et seront détruites deux ans après la diplomation. Pour terminer, des pseudonymes sont utilisés dans le mémoire et dans toutes les publications futures afin de préserver l'anonymat des participants, et toutes les informations qui auraient pu permettre d'identifier un participant n'ont pas été incluses dans l'analyse des données. À noter que le numéro d'approbation donné par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval est le 2019-274 / 31-10-2019.

## **Chapitre 4 : Les résultats**

Ce chapitre dévoile les résultats de l'analyse des entretiens avec les participants. Il est divisé en trois sections. D'abord, il présente les principaux obstacles à la demande d'aide liés aux facteurs personnels et environnementaux rencontrés par les participants. Ensuite, il décrit les facteurs personnels qui ont facilité le processus de demande d'aide, soit le processus suicidaire, la présence d'un suivi antérieur positif, la connaissance des services et l'exposition à la publicité. Finalement, la troisième partie est constituée des différents facteurs environnementaux qui ont facilité ce processus, soit le rôle du réseau informel, du médecin et des services d'aide psychosociale.

### **4.1 Les obstacles à la demande d'aide**

Les hommes qui veulent demander de l'aide psychosociale lorsqu'ils vivent des difficultés sont souvent confrontés à des obstacles qui ralentissent, et même arrêtent, leur processus. Les participants à cette étude n'y font pas exception : tous ont nommé avoir rencontré au minimum quelques obstacles dans leur processus de demande d'aide. Bien que l'objectif principal de cette étude ne soit pas d'analyser en profondeur tous les obstacles possibles à la demande d'aide des hommes, survoler les grandes catégories d'obstacles que les participants ont rencontrés dans leur processus permet deux choses. D'abord, cela réaffirme que la demande d'aide est, encore aujourd'hui, un processus particulièrement difficile à traverser pour plusieurs hommes en difficulté. Cela permet aussi de mieux comprendre comment les éléments facilitant le parcours des participants les ont aidés à surmonter ces obstacles.

Les obstacles au processus de demande d'aide peuvent être divisés en deux grandes catégories : les obstacles liés aux facteurs personnels et aux facteurs environnementaux. Cette section analyse les principaux obstacles que les participants ont rencontrés dans leur parcours dans chacune de ces deux catégories.

#### **4.1.1 Les obstacles liés aux facteurs personnels**

Les obstacles liés aux facteurs personnels font référence aux connaissances, aux caractéristiques ou encore à l'expérience de chaque individu. Plusieurs obstacles nommés

par les participants lors des entretiens appartiennent à cette catégorie. Cette section survole les facteurs qui ont pu nuire au processus de demande d'aide des participants, soit la faible connaissance des services, l'orgueil et les perceptions quant aux contraintes de la masculinité ainsi que les expériences négatives antérieures de demande d'aide et une tendance à dissimuler leur problème.

#### **4.1.1.1 La faible connaissance des services**

L'un des principaux obstacles qui a été rencontré par les participants est le manque de connaissances sur les ressources d'aide psychosociale. En effet, la moitié des participants possédaient un très faible degré de connaissances en la matière. L'étendue des connaissances de ces quatre participants sur ce sujet se résume en deux points : consulter leur médecin s'ils ne vont pas bien et rencontrer un psychologue privé si leur budget le leur permet.

Autrement au niveau "aide" telle quelle, à part qu'il existe des psychologues... eeehh, autrement non, aucunement. (Gérard)

De plus, même si quelques participants avaient déjà entendu parler d'une ressource d'aide, ils ne savaient pas nécessairement si cette ressource offrait des services pouvant les aider ou ils ignoraient comment y accéder :

Je savais pas, j'avais aucune, aucune idée. [...] Aucune idée de c'était quoi le Partage au Masculin. (Albert)

En effet, ne connaissant que le nom de la ressource, Albert et François ont complété par eux-mêmes les informations manquantes.

Partage au Masculin là, moi pour moi, c'était, c'était une réunion de de de masculin là de de de d'homosexuels là. (François)

Ces deux hommes ont longtemps perçu, à tort, que leur situation problématique ne cadrerait pas avec la nature de l'organisme, et qu'ils n'avaient donc aucune raison de contacter celui-ci.

Que ce faible degré de connaissances soit accompagné de fausses croyances ou non, il n'en demeure pas moins que cette méconnaissance des ressources d'aide a agi comme un obstacle majeur dans le processus de demande d'aide de ces quatre participants. En effet, ce manque d'informations a eu une importance suffisante pour ralentir ou altérer la mise en

place de stratégies en lien avec la demande d'aide, et ce, même si la consultation d'un professionnel d'aide psychosociale était considérée parmi les solutions possibles.

On se disait : "Faudrait ben le faire" Mais on le faisait pas. [...] On le faisait pas parce qu'on savait pas comment, on savait pas qui, on pensait qu'on avait pas nécessairement les sous pour ça non plus. (Gérard)

Il est intéressant de constater que Gérard associe directement le fait de ne pas être passé à l'action pour demander de l'aide à son manque de connaissances. Il ignorait non seulement à quel endroit s'adresser pour obtenir de l'aide, mais il ne connaissait pas plus les étapes à franchir pour obtenir cette aide ni la manière d'obtenir ces informations. Édouard, qui a référé plusieurs hommes en difficulté de son entourage vers des professionnels, commente le sujet :

Ils sentent qu'ils ont des difficultés, mais ils savent pas où peut-être se tourner. (Édouard)

L'impact négatif du manque de connaissances a été vécu par la moitié des participants, mais cela a également été observé dans l'entourage de certains participants.

En somme, ce manque de connaissances rend plus difficile le processus de demande d'aide en augmentant le nombre de barrières à franchir pour en recevoir, particulièrement lorsque l'homme ne sait pas où s'adresser ni ce qu'il doit faire pour obtenir les informations manquantes pour avancer dans son processus.

#### **4.1.1.2 L'orgueil masculin et les perceptions quant aux contraintes de la masculinité**

L'orgueil a été nommé par la moitié des participants comme ayant été une caractéristique qui a ralenti leur processus de demande d'aide. Chez les participants qui avaient une attitude fermée à l'égard de la demande d'aide et qui en étaient à leur première expérience, l'orgueil a été l'un des obstacles particulièrement difficile à franchir. Le meilleur exemple pour illustrer ces dires est celui de Benoit, pour qui l'orgueil a négativement affecté sa perception de la demande d'aide :

L'orgueil mâle, je te dirais, c'est très très fort ça [...] Tu crois toujours que... demander de l'aide c'est paraître trop faible. (Benoit)

Cette perception de la demande d'aide était directement liée à sa perception de la nature des hommes qui consultent les ressources d'aide.

J'ai toujours cru que c'étaient des personnes faibles qui consultaient ce genre d'organisme là. (Benoit)

Demander de l'aide allait à l'encontre de sa propre image d'homme fort et autonome. Cela lui demandait de poser un geste qu'il jugeait faible en soi, en faisant appel à un organisme ou en faisant affaire avec un professionnel que seuls les hommes faibles rencontrent. Il risquait ainsi d'y être associé et de perdre, à ses yeux et éventuellement aux yeux des autres, cette image d'homme fort.

Il est possible d'associer la puissance de l'orgueil à certaines perceptions quant aux contraintes de la masculinité traditionnelle qui agissent comme un obstacle à la demande d'aide, par exemple le fait qu'un homme doit être fort et qu'il n'a pas besoin de l'aide des autres pour résoudre ses problèmes. L'exemple de Benoit permet de voir que ces contraintes peuvent agir négativement à différentes étapes du processus de demande d'aide. Elles peuvent notamment empêcher l'homme d'initialement considérer la demande d'aide comme une solution possible pour résoudre la situation problématique.

Non [cela ne m'avait jamais traversé l'esprit de dire "je pourrais aller voir un intervenant au CLSC"] à cause, on pense toujours qu'on est assez fort pour passer au travers ça. (Benoit)

Une fois la demande d'aide initiale formulée, au 811 dans le cas de Benoit, ces contraintes peuvent continuer d'agir. Le doute d'avoir posé le bon geste et la crainte d'être perçu comme un homme faible ont perduré jusqu'au premier rendez-vous avec la ressource.

Toi, tu les appelles jamais à cause que tu retombes dans ton vieux pattern d'orgueil et d'homme fort. [...] Quand j'ai débarqué du stationnement pis j'ai monté là, eeehh... C'est le jugement de dire "Aille, si y en a qui me voit rentrer ici". Mais après la première rencontre là... [...] je savais que cette ressource-là avait de quoi à m'apporter. (Benoit)

Bien que l'orgueil semble plus fort chez Benoit que chez les autres participants, son témoignage illustre bien comment cette caractéristique peut nuire de diverses façons au processus de demande d'aide d'un homme plus traditionnel.

#### **4.1.1.3 Les expériences antérieures négatives de demande d'aide**

La majorité des participants n'en étaient pas à leur première demande d'aide. Alors

que certains disent avoir de bons souvenirs de leurs anciens suivis psychosociaux, d'autres relatent avoir eu une expérience différente. Denis, Hugo et François confient avoir eu au moins une expérience négative en lien avec une demande d'aide qui précédait celle qui a été analysée dans le cadre de cette recherche, comme en feront foi les prochains exemples. Il est intéressant de noter que la majorité des faits rapportés concernent seulement des expériences négatives relativement à la première rencontre avec l'intervenant ou au suivi en général.

Les entretiens ont permis d'identifier deux catégories d'insatisfactions liées à l'intervention. La première touche à l'écart entre les attentes de l'homme et la réalité du suivi, notamment par rapport au type d'aide reçue. Questionné sur ses attentes et son expérience avec une psychologue en cabinet privé, François répond :

Moi je m'attendais d'aller là et de sortir avec un coffre d'outils. Tout à fait le contraire. (François)

François, comme bien des hommes, recherchait dans l'intervention une aide et des outils « concrets », ce qu'il affirme ne pas avoir trouvé dans ses rencontres avec la psychologue. Selon lui, il s'agit d'une expérience négative qui aurait pu le dissuader de tenter l'expérience à nouveau avec un autre intervenant.

Le deuxième type d'insatisfactions rapporté est lié au jugement négatif qu'aurait porté l'intervenant lors d'un suivi antérieur. Hugo connaissait l'organisme Partage au Masculin depuis longtemps grâce à un proche, mais a longuement attendu avant de formuler une demande de l'aide. Lorsque questionné sur les raisons de cette attente, celui-ci répond :

La peur de l'inconnu, savoir : "Ah, il va me juger, ils vont, ils vont m'envoyer promener comme la psychologue l'a fait" et, ben c'était mon interprétation. (Hugo)

Cette peur de se sentir à nouveau jugé par un intervenant l'a freiné dans son processus. Plus tard dans l'entrevue, Hugo se rappelle une autre demande d'aide qu'il avait faite dans un centre d'écoute lorsqu'il était adolescent :

Là, je me suis mis à pleurer au téléphone, et là elle, la fille au bout du fil, elle me dit : "Est-ce que c'est une joke que tu nous fais là? Nous autres, c'est pour des problèmes sérieux là seulement qu'on règle là". Faque là ben, je suis resté longtemps avec ça dans la tête là. (Hugo)

En résumé, une expérience négative dans un suivi antérieur peut constituer un obstacle à une future demande d'aide, laissant un doute dans l'esprit de l'homme indiquant que ce suivi ne sera pas différent du précédent.

#### **4.1.1.4 La tendance à dissimuler leurs problèmes**

Certains participants ont caché leurs problèmes et leur détresse aux membres de leur entourage pendant un certain temps avant de demander de l'aide. En effet, même si plusieurs participants en sont éventuellement arrivés à parler de leurs problèmes à un membre de leur entourage, cela a particulièrement tardé, voire ne s'est jamais produit, pour certains d'entre eux.

Et tsé, on dit toujours “Je suis capable, je suis capable, tsé je suis grand, je suis plus un bébé”. (Gérard)

La volonté de régler son problème seul sans impliquer son entourage, liée à l'importance de l'autonomie, était forte chez Gérard. Il est également possible de tracer des liens similaires entre les contraintes de la masculinité traditionnelle et le fait que certains participants ont beaucoup tardé avant de s'ouvrir à leurs proches.

Mais c'est des émotions : Tu gardes, tu gardes, tu gardes! (Albert)

Indépendamment de l'intention exacte des participants de garder leurs problèmes pour eux-mêmes, il est permis de croire que cela a constitué un obstacle dans le processus de demande d'aide, comme en fait foi l'exemple de François :

Je pense que j'ai essayé de cacher mon état. [...] Je pense que oui, moi ça moi “ça va tout le temps bien” [...] Je pense que si j'avais été plus... naturel, ouvert, que oui, j'aurais pu écouter, et quelqu'un aurait pu déceler, et me dire, va dont voir. (François)

Le fait de s'ouvrir sur son état aurait pu, selon lui, provoquer une intervention de ses proches et une mise en place d'une stratégie de demande d'aide beaucoup plus rapidement.

Dissimuler son état et ses problèmes à son entourage peut donc retarder le processus de demande d'aide notamment en empêchant les proches de jouer un rôle aidant auprès de l'homme et de lui offrir soutien et conseils en plus de la possibilité de prendre du recul.

## **4.1.2 Obstacles liés aux facteurs environnementaux**

La majorité des obstacles cités par les participants concernant les facteurs environnementaux sont liés aux caractéristiques des services d'aide. Quelques participants ont également donné leur opinion sur la publicité ciblant des problèmes et des ressources pour hommes. Pour terminer, l'opposition à la demande d'aide de l'un des participants de la part d'un membre de son entourage sera explorée.

### **4.1.2.1 Les caractéristiques des services**

Les principaux obstacles reliés aux facteurs environnementaux que les participants ont rencontrés sont liés aux délais entre la demande d'aide initiale et le début du suivi ainsi qu'au coût associé aux services.

#### **4.1.2.1.1 Les délais d'attente**

Les délais d'attente ont constitué un obstacle dans le parcours de certains participants lorsqu'ils ont considéré la possibilité de contacter d'autres ressources ou qu'ils sont entrés en contact avec celles-ci avant leur premier contact avec la ressource sélectionnée, en l'occurrence Partage au Masculin. L'exemple d'Albert, qui avait initialement contacté une psychologue en cabinet privé, est éloquent.

Elle m'a réécrit, comme quoi ça irait juste dans trois semaines, tsé deux, trois semaines. [...] Ça m'a refroidi là. [...] C'était trop loin là... [...] Ah non non, c'était tout de suite là. (Albert)

Comme plusieurs hommes, il avait attendu d'être au bout du rouleau avant de demander de l'aide et avait cherché à en recevoir immédiatement. Cela peut expliquer pourquoi il avait trouvé le délai de deux à trois semaines trop long pour avoir un premier rendez-vous. Albert a d'ailleurs choisi de ne pas consulter cette intervenante en raison de ce délai.

D'autres participants, qui n'ont pas eu une expérience similaire à celle d'Albert, se sont néanmoins prononcés sur l'impact négatif qu'auraient pu avoir de potentiels longs délais d'attente sur leur processus de demande d'aide. Benoit, par exemple, est formel à ce sujet :

[Si on m'avait dit "on vous voit dans trois semaines, on vous voit dans un



mois”], ça aurait été très négatif. [...] Quand tu te vires vers le CLSC, de rencontrer un travailleur social, il y a des délais de trois, quatre, cinq semaines. [...] C’est trop ça. Quand une personne en difficulté là, que ça soit un homme ou une femme, le délai devrait être de maximum 48 heures, 36 heures, 48 heures gros maximum. (Benoit)

Sa demande d’aide initiale avait déjà été particulièrement difficile et adressée dans un contexte de forte détresse psychologique. Un long délai d’attente à la suite de cette demande aurait donc probablement eu un effet dissuasif. Il s’agit certes de son opinion, mais elle reflète néanmoins très bien à la fois sa position sur le sujet ainsi que l’effet négatif qu’un tel délai aurait pu avoir sur son processus de demande d’aide.

#### **4.1.2.1.2 Le cout des services**

Quelques participants ont rencontré des obstacles liés au cout de certains services avant de se tourner vers une ressource d’aide qui les offrait gratuitement. L’obstacle le plus commun est le manque d’argent pour consulter un professionnel en cabinet privé.

Je le savais que tsé, j’aurais pu aller au privé tout ça, mais je n’avais pas les moyens de me payer un professionnel privé. (Charlie)

Pour certains, ce n’était simplement pas une solution envisageable. L’aspect financier constitue donc un obstacle à la demande d’aide auquel se sont heurtés quelques participants lorsqu’ils ont envisagé la possibilité de consulter une ressource privée.

Pour des hommes comme Gérard, qui n’ont jamais demandé d’aide auparavant et qui possèdent une faible connaissance des services, l’obstacle, ou du moins la perception de celui-ci, devient beaucoup plus difficile à franchir.

Donc pas de démarche pour trouver un intervenant quelconque. Je cours après mes cennes, faque c’est certain que j’allais pas dépenser à ce que je pensais, les 1 000 \$ là là-dessus. [...] C’est, c’est une barrière de plus. (Gérard)

Gérard n’avait qu’une vague idée du cout d’une consultation en cabinet privé. Il ignorait, à ce moment, l’existence des organismes communautaires et du réseau public qui offraient des services gratuits ou à faible cout. Cette perception de l’obligation de dépenser une somme pouvant atteindre au total jusqu’à 1 000 \$ a été assez forte pour nuire à sa recherche d’aide pendant plusieurs années.

En somme, le cout élevé de certaines ressources est, encore aujourd'hui, un obstacle à la demande d'aide des hommes, surtout si l'homme ne connaît pas l'existence d'alternatives gratuites ou à faible cout.

#### **4.1.2.2 La publicité**

Quelques participants se sont prononcés sur les lacunes en matière de publicité destinée aux hommes, lacunes pouvant nuire à la demande d'aide. Édouard, qui évolue dans le milieu des affaires et côtoie divers professionnels, commente ainsi la publicité présente dans les milieux professionnels :

On va dans des bureaux d'architectes, on va dans des bureaux, des places, on voit de la promotion des fois oui sur l'immobilier, on voit de la promotion sur des massothérapeutes, on en a rarement sur la relation d'aide et mettons pour Partage au Masculin genre. (Édouard)

Il poursuit en disant que ce sont des milieux où évoluent bon nombre d'hommes, dont plusieurs n'ont qu'une vague idée des ressources d'aide qui sont disponibles pour eux en cas de besoin. Benoit, de son côté, relève le peu de sensibilisation faite dans la publicité sur certains problèmes qui touchent les hommes et qui se traduit par un manque de connaissances de plusieurs hommes sur ces ressources. Notamment, concernant les hommes victimes de violence conjugale, il mentionne :

C'est un tabou, personne n'en parle, et y a pas un homme qui, y en a pas beaucoup en tout cas, qui vont se virer pour aller demander de l'aide, et c'est méconnu ça. Je pense que c'est l'ignorance. (Benoit)

Selon lui, le fait qu'on parle peu des services offerts aux hommes dans la publicité contribue à la méconnaissance de certains problèmes et à la sous-consultation des hommes qui sont victimes de violence conjugale.

#### **4.1.2.3 L'opposition d'un proche**

La désapprobation qui provient d'un proche au sujet d'une demande d'aide que l'homme a l'intention d'adresser peut faire obstacle à cette dernière. Une personne très significative aux yeux de Charlie s'est fortement opposée à ce qu'il demande de l'aide professionnelle par rapport à sa situation problématique.

J'ai attendu [pour demander de l'aide] parce [...] la personne la plus réfractaire à ce que je me fasse aider dans mon, quand ça c'est vraiment mis à mal aller, c'était mon épouse. [...] Quand je parlais de peut-être de consulter quelqu'un elle se fâchait carrément [...] Elle avait l'impression de faillir à son rôle, si on peut dire, parce que j'avais besoin, parce que moi je lui disais que je voulais avoir l'aide de quelqu'un extérieur à notre couple. [...] Faque là, c'est sûr que j'ai attendu. (Charlie)

En effet, bien que la conjointe soit généralement une alliée dans la demande d'aide des hommes en difficulté, celle de Charlie percevait négativement la possible demande d'aide de son conjoint et réagissait en conséquence lorsqu'ils abordaient le sujet.

Charlie considérait fortement la stratégie de demander à un professionnel de l'aider à composer avec son problème. En confiant ses intentions à sa conjointe de demander une aide professionnelle, il cherchait à obtenir son soutien ou son approbation pour passer à l'action. Par son opposition, elle a entravé le processus de demande d'aide, ce qui a eu un impact direct et négatif sur l'activation de cette stratégie, et a même créé une réorganisation des stratégies à mettre en place. En effet, Charlie a décidé d'attendre avant de demander de l'aide, plutôt que de le faire quand il en a eu initialement l'intention, en raison de l'opposition de sa conjointe. Il a également adopté la stratégie proposée par celle-ci, soit de discuter avec elle de ses problèmes lorsqu'il en ressentait le besoin. Toutefois, aux yeux de Charlie, il s'agissait d'une stratégie inefficace pour améliorer ou régler cette situation problématique.

J'ai essayé de faire comme elle m'a dit, que tsé, de lui en parler plus à elle. Essayer qu'on s'arrange ensemble justement. [...] Ça l'avait pas du tout l'effet... Ça donnait pas selon ce que moi j'avais besoin. (Charlie)

Malgré l'absence de résultats positifs après avoir tenté d'appliquer cette stratégie à quelques reprises, Charlie a attendu longtemps pour demander de l'aide professionnelle. Ainsi, même si cela semble peu fréquent parmi les répondants, l'opposition d'un proche, surtout s'il s'agit d'une personne très significative aux yeux de l'homme, peut fortement ralentir son processus de demande d'aide et ainsi faire obstacle à la consultation d'un professionnel.

Cette section a abordé les principaux obstacles liés aux facteurs personnels et environnementaux que les participants ont rencontrés dans leur processus de demande d'aide. La prochaine section présente les facteurs personnels leur ayant permis de franchir certains

de ces obstacles et, de manière plus générale, ayant facilité leur processus de demande d'aide.

## **4.2 Les facteurs facilitant le processus de demande d'aide**

Les deux grandes catégories de facteurs qui ont facilité la demande d'aide des répondants sont, au même titre que les obstacles, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Ceux-ci peuvent également intervenir à différentes étapes du processus de demande d'aide des hommes en difficulté.

### **4.2.1 Les facteurs personnels contribuant à la demande d'aide**

Cette section aborde les facteurs personnels qui ont facilité le processus de demande d'aide à partir de la reconnaissance de la situation problématique jusqu'à la décision de mettre en place une stratégie de demande d'aide formelle. De manière plus précise, cette section rapporte l'impact positif sur le processus de demande d'aide qu'ont pu avoir les intentions et les tentatives suicidaires, un suivi antérieur positif et la connaissance des ressources.

#### **4.2.1.1 Les intentions suicidaires**

Selon Berman, Silverman et Bongar (2000), il est possible de concevoir le processus suicidaire sur un continuum comprenant quelques étapes : les idéations suicidaires occasionnelles ou chroniques, les comportements suicidaires indirects, les intentions suicidaires, soit le fait d'avoir un plan vague ou précis pour s'enlever la vie, et enfin, la tentative de suicide. La majorité des participants ont rapporté avoir eu des idées suicidaires avant de demander de l'aide. Le contenu des entretiens avec ceux qui ont eu des idéations suicidaires, mais qui n'ont jamais fait de plan pour s'enlever la vie ne permet pas d'affirmer que ces idéations ont eu un quelconque impact sur leur demande d'aide. Il est toutefois possible d'identifier un tel impact chez les participants qui ont minimalement atteint l'étape des intentions suicidaires durant leur processus de demande d'aide.

Lorsqu'elles atteignent l'étape des intentions suicidaires, les personnes commencent à élaborer un plan pour s'enlever la vie. Ce fut le cas pour trois des participants. Ce plan était défini avant la première demande d'aide au réseau formel. La présence de tels plans démontre que les participants vivaient une forte détresse psychologique pendant la période qui

précédait la demande d'aide. Ces intentions suicidaires ont d'ailleurs été un tournant chez eux, constituant un moment où ils ont remis en question certains aspects liés à leur situation problématique.

Je suis parti à pleurer et moi je me disais juste... Regarde je vais repartir, je vais monter le char au fond et je vais m'enligner dans un arbre, dans n'importe quoi de solide, et je... j'ai dit "Ça va être fini". [...] Je me rappelle qu'il y a un déclic qui s'est faite cette journée-là [...] Je me disais "c'est pas normal que j'aie la vie devant moi et que j'aie envie que ça se termine là". [...] C'est là que je me suis dit : "Faut que je fasse de quoi". Et je savais pas quoi, mais je me suis... Moi c'était clair et net que le lendemain matin j'allais chez mon médecin. (Charlie)

La présence de ces intentions suicidaires a entraîné des prises de conscience chez ces participants, prises de conscience qui ont facilité leur processus de demande d'aide. Pour certains participants, les intentions suicidaires ont directement déclenché leur demande d'aide initiale. Ils ont même identifié comment ces intentions ont modifié leurs comportements afin de privilégier la demande d'aide.

Non seulement les intentions suicidaires les ont-ils motivés à demander de l'aide, mais la pensée des impacts que leur suicide aurait pu avoir sur leurs proches les a poussés à demander de l'aide.

À cause que mes deux garçons étaient dans la maison et je voulais pas qu'ils voient leur père finir comme... comme ça. (Benoit)

Pour Benoit, ses intentions suicidaires ont suscité une crainte liée aux répercussions négatives qu'aurait son suicide sur ses garçons, notamment en le retrouvant mort.

Leurs intentions suicidaires ont également permis à ces participants de franchir certains obstacles qui les freinaient dans leur processus. Par exemple, pour Benoit, cela lui a permis d'aller au-delà de l'impression de paraître faible s'il demandait de l'aide. Pour Charlie, cela l'a amené à surmonter l'obstacle que représentait l'objection de sa conjointe à ce qu'il demande de l'aide à un professionnel.

J'y dis "Là, moi, j'ai juste envie de me tirer une balle dans la tête" [...] j'y ai dit "Regarde, je sais que ça va te faire chier, mais regarde, moi, je me fais aider, je suis plus capable". Et c'est le lendemain je suis allé voir mon médecin. (Charlie)

En résumé, les intentions suicidaires ont non seulement facilité la demande d'aide de ces hommes en difficulté, mais elles ont forcé également le passage à l'action.

#### **4.2.1.2 La tentative de suicide**

Un troisième participant, François, a également eu des intentions suicidaires mais, contrairement à Benoit et Charlie, il a franchi la quatrième étape du processus suicidaire, soit la tentative de suicide, avant sa demande d'aide. Il ne parvient pas à expliquer pourquoi il n'est pas parvenu à demander de l'aide avant, bien qu'il ait considéré la consultation d'un médecin comme une solution possible, sans l'avoir effectuée. La tentative de suicide a entraîné, la soirée même, une rencontre avec les policiers et une travailleuse sociale qui lui a alors suggéré d'aller consulter quelqu'un.

Ça m'a tout bouleversé là, je viens fou là, faut je fasse de quoi là, j'ai des idées noires même, faque, va consulter. [...]. C'était... une bulle, un soir. J'étais même pas en boisson, j'avais emmené, j'ai dit "Je vais m'endormir comme ça et ça va finir là". [...] [Parlant de l'intervention d'urgence] c'est sûr qu'elle [la travailleuse sociale] me l'a proposée, mais dans ma tête à moi là, j'étais là là. Faut que j'y aille là. (François)

Somme toute, l'impact de la tentative de suicide de François a eu chez lui un effet très similaire aux intentions suicidaires présentes chez les deux autres participants en constituant l'élément déclencheur de la demande d'aide.

#### **4.2.1.3 Un suivi antérieur positif**

La majorité des hommes ayant participé à cette étude n'en étaient pas à leur première demande d'aide. Quelques-uns disent avoir globalement apprécié leurs précédents suivis psychosociaux avec leur intervenant. Ces participants rapportent, par exemple, qu'ils ne se sont pas sentis jugés lors du suivi, ou encore que leur intervenant les a beaucoup aidés à solutionner les problèmes qui les avaient amenés, à l'époque, à obtenir de l'aide. Contrairement à ceux qui n'avaient jamais demandé d'aide auparavant, ces participants tiraient un avantage d'avoir développé une familiarité avec le processus d'intervention.

Deux intervenants différents que j'ai rencontrés à quelques occasions et ça m'a beaucoup aidé ; c'est sûr que ça, ça fait moins peur de recommencer [...] Ça aide à faire confiance au système, si on peut dire. [...] Ayant déjà été suivi avant, je me sentais relativement à l'aise de le refaire. (Charlie)

Cet extrait de l'entrevue avec Charlie permet de constater que le fait d'avoir une meilleure connaissance du terrain ainsi que du chemin à emprunter pour s'y rendre peut faciliter le parcours de demande d'aide. En effet, cet homme savait ce qu'il devait faire pour obtenir de l'aide, et considérait que le suivi psychosocial est une stratégie qui avait démontré son efficacité pour régler une situation problématique antérieure.

Parmi tous les participants, ceux qui avaient déjà consulté et qui avaient eu une expérience positive possédaient également une attitude plus favorable que les autres à l'égard de la demande d'aide, une telle attitude étant, en soi, un facteur qui peut faciliter le processus de demande d'aide. Une expérience positive peut même aider l'homme en difficulté à vaincre les obstacles dressés par ses expériences négatives antérieures de demande d'aide. L'expérience d'Hugo montre que le simple fait de s'être déjà confié à une personne étrangère, peu importe sa formation, peut être aidant. En effet, avant de demander de l'aide à Partage au Masculin, ce dernier dit avoir grandement apprécié une série de rencontres qu'il avait eues avec une voyante.

Je trouvais que c'était une madame qui était très gentille, et elle me donnait de l'espoir. [...] Je me suis dit : "Ah, si ça a fonctionné avec elle..." [...] Ce qui a fonctionné, c'est de rencontrer quelqu'un qui, au départ, ça me faisait peur d'aller la voir. Et je me suis dit : "Si, si j'ai été à l'aise avec elle de parler librement, je pourrais aller à Partage au Masculin" (Hugo).

Il y a, bien sûr, une différence notable entre les personnes qui offrent ce genre de consultation et l'aide professionnelle. Hugo fait tout de même un lien direct entre ses rencontres avec cette dame et le fait d'avoir surmonté les obstacles causés par ses expériences négatives antérieures de demande d'aide.

En résumé, une expérience antérieure positive avec un intervenant facilite le parcours de demande d'aide de l'homme en difficulté en le familiarisant avec le suivi psychosocial et les avantages qu'il peut en retirer. Cela peut également l'aider à franchir potentiellement d'autres obstacles présents dans son parcours de demande d'aide.

#### **4.2.1.4 La connaissance des ressources**

Les hommes qui ont une meilleure connaissance des ressources d'aide rencontrent

généralement moins d'obstacles liés à la collecte d'informations leur permettant de savoir où et comment demander de l'aide. Cet avantage peut être observé dans le parcours de Denis, qui possédait une très bonne connaissance des services qu'offrait Partage au Masculin avant d'adresser sa demande d'aide auprès de cet organisme.

Je connaissais l'organisation, je connaissais ce qu'on y faisait, je connaissais comment ça se déroulait. Pour moi, c'était pas de l'inconnu. [...] Si jamais, j'aurais pas connu Partage ou l'existence des gars, je serais peut-être allé pareil consulter. J'avais besoin de parler à cœur ouvert, sans filtre. [...] Mais, je serais peut-être allé un peu plus de reculons. (Denis)

Comme il participait depuis quelques années aux cafés-discussion de l'organisme, Denis savait à qui s'adresser pour obtenir un suivi psychosocial individuel, et comment s'y prendre pour effectuer sa demande. Après avoir réalisé qu'il ne pouvait pas régler sa situation par lui-même et que Partage au Masculin pouvait lui apporter une aide à cet effet, le pas a été facile à franchir : la connaissance de l'organisme a donc facilité sa demande d'aide auprès de celui-ci, même s'il est probable qu'il serait de toute façon allé chercher de l'aide éventuellement.

Tous les participants ne possédaient pas une connaissance aussi grande que celle de Denis de Partage au Masculin. Toutefois, même la plus élémentaire des connaissances peut s'avérer utile pour demander de l'aide en cas de difficulté. En effet, même si Benoit ne possédait presque aucune connaissance sur les ressources d'aide psychosociale, il a toutefois, au fil des années, entendu à répétition le nom d'un service d'aide en particulier.

Pour les enfants, j'ai appelé souvent Info-Santé. Mais il y a une ligne, il y a une option que tu... Info-Détresse. [...] J'ai... J'ai cliqué là-dessus, j'ai pesé sur le piton pour avoir le lien. (Benoit)

Bien qu'il n'ait jamais eu besoin d'utiliser la ressource lorsqu'il appelait pour ses enfants, il l'a ultimement contactée alors qu'il était au plus profond de sa détresse. Cet appel de Benoit au 811, alors qu'il ne connaissait que le nom du service, démontre que cette connaissance, même si elle est très limitée, lui a finalement offert une alternative au suicide qu'il envisageait fortement cette soirée-là.

Les principaux éléments associés aux facteurs personnels qui ont facilité le processus de demande d'aide des participants étaient le processus suicidaire, la présence d'un suivi



antérieur positif et la connaissance des ressources. Si ces éléments ont été essentiels dans la démarche de certains participants, les facteurs environnementaux l'ont tout autant été.

#### **4.2.2 Les facteurs environnementaux facilitant la demande d'aide**

La forte majorité des éléments qui ont facilité le processus de demande d'aide des participants appartiennent à la catégorie des facteurs environnementaux. Ces éléments sont divisés en quatre grandes catégories qui sont présentées au fil de cette section, soit l'exposition à la publicité, le rôle du réseau informel, le rôle du médecin et les services d'aide psychosociale.

##### **4.2.2.1 L'exposition à la publicité**

Les participants ont été plus portés à demander de l'aide aux ressources qu'ils connaissaient déjà plutôt qu'à chercher activement de nouvelles informations sur d'autres services d'aide. La publicité peut donc être un moyen efficace pour améliorer les connaissances des hommes en la matière ou encore pour déconstruire de fausses perceptions et ainsi faciliter leur parcours jusqu'à la demande d'aide.

###### **4.2.2.1.1 L'impact à court terme**

L'analyse de l'entretien de Gérard met en lumière l'impact instantané qu'une publicité peut avoir pour amener un homme à passer à l'action et demander de l'aide. Gérard reconnaissait depuis longtemps qu'il existait un problème au sein de son couple et qu'un suivi psychosocial aurait sans doute pu l'aider. En revanche, il ne parvenait pas à mettre en place les stratégies liées à cette demande d'aide formelle, notamment en raison de ses connaissances très limitées sur les ressources d'aide. Pour lui, passer à l'action représentait son plus gros défi.

C'est [consulter une ressource d'aide] vraiment le premier pas à faire, que tu fais pas, donc si tu le fais pas, ben t'avances pas là. [...] [Parlant d'une publicité sur Partage au Masculin qu'il a vu dans le journal], c'est ça qui était l'élément déclencheur [pour passer à l'action]. C'est le fait de voir la ressource affichée, et c'est de dire : "Ah bon, coudonc, c'est là il faut que j'aïlle".  
(Gérard)

Même si Gérard n'était pas activement à la recherche de solutions pour régler la situation

problématique qui était présente dans son couple, cette publicité sur l'organisme proposant des services d'aide a contribué à le faire sortir de sa passivité pour poser les gestes nécessaires pour recevoir de l'aide. C'est principalement le fait que l'information nécessaire soit venue directement à lui par le biais de cette publicité qui a grandement facilité ce premier pas pour obtenir de l'aide.

Bien sûr, l'exposition à la publicité n'est pas en elle-même suffisante. Encore faut-il que son contenu interpelle la personne qui la regarde. Plus précisément, Gérard identifie deux aspects de cette publicité qui l'ont amené à contacter l'organisme. Le premier élément est axé sur les services présentés dans la publicité qui étaient directement en lien avec la situation problématique vécue. Ainsi, à ses yeux, cet organisme était devenu une solution évidente et efficace pour résoudre son problème. Le deuxième élément se rapporte au ton utilisé dans la publicité, Gérard ayant été touché par la façon de présenter la ressource et ses services.

La façon de proposer le service, ça a cliqué tout suite, et j'ai dit : "Oui, qu'est-ce que c'est ça? Ça a ben de l'allure". [...] Moi, ce que je retiens vaguement en mémoire, je dis : "Tu vis telle situation, ben peut-être qu'on peut t'aider". Je dis ah bon, ben c'est en plein ça que je vis. C'est en plein ça. [...] Vraiment les mots étaient vraiment humains. Tu voyais que c'était pas une machine là qui proposait de quoi [...] ça m'a touché en dedans, de dire "Viens donc me voir, on est là pour toi". (Gérard)

Ces deux éléments quant au contenu de la publicité ont convaincu Gérard de mettre enfin en place la stratégie de la demande d'aide psychosociale. Il rapporte avoir fait sa demande d'aide auprès de Partage au Masculin moins de quelques jours après avoir vu cette publicité.

#### **4.2.2.1.2 L'impact à long terme**

Même s'ils ne vivaient pas de situation problématique nécessitant l'intervention d'un professionnel au moment où ils ont été exposés à une publicité, des répondants à l'étude rapportent qu'elle a tout de même pu avoir un effet à longue échéance. Ce fut le cas pour Charlie, qui possédait déjà une connaissance relativement bonne des services d'aide. Il avait vu quelques publicités sur la prévention du suicide, dont une qui avait entraîné une discussion sur ce sujet avec ses parents. Cette discussion a eu lieu à un moment où Charlie n'était pas encore aux prises avec sa situation problématique. Toutefois, la veille de sa demande d'aide auprès de son médecin, alors que les idées suicidaires étaient présentes et fortes, cette

publicité lui est revenue en tête.

Elle avait passé à la TV, et mon père avait dit [...] : “C’est plate de sacrifier autant de belles choses, pour faire arrêter une chose”. [...] [Plus tard], je me disais : “C’est pas normal que j’aie la vie devant moi et que j’aie envie que ça se termine là”. Et je sais... Et c’est là que je me rappelais toutes les affaires [...] “Une solution définitive à un problème qui est temporaire” là des, toutes les campagnes anti-suicide. (Charlie)

L’exposition à cette publicité de prévention du suicide dans le passé l’a aidé à prendre conscience de la gravité de la situation qu’il vivait et à décider de mettre en place la stratégie de demander de l’aide, même si cela lui demandait de surmonter l’obstacle que représentait l’opposition de sa conjointe à cet effet.

#### **4.2.2.1.3 Le témoignage dans la publicité**

Le témoignage d’un homme sur ses difficultés passées et sur la demande d’aide qu’il a faite pour s’en sortir est une autre forme de publicité qui a été identifiée comme étant potentiellement aidante dans le processus de demande d’aide. Bien qu’aucun participant ne rapporte avoir vu une publicité d’un homme qui relate son expérience de demande d’aide, deux d’entre eux ont nommé que ce type de témoignage aurait pu les amener à demander plus tôt de l’aide.

Moi, moi personnellement, ça serait de mettre des témoignages d’hommes qui s’en sont sortis. [...] C’est pas toutes des gens qui sont sur l’aide sociale. Il y a des gens, il y a des professionnels qui ont eu besoin de ces ressources-là. [...] J’ai toujours cru que c’étaient des personnes faibles qui consultaient ce genre d’organisme là... C’était un très très faux jugement de ma part. (Benoit)

Les perceptions de Benoit sur les services et sur les hommes qui les consultent étaient plutôt négatives et faisaient obstacle à son processus de demande d’aide. Un tel témoignage, ajouté au fait qu’il demandait alors de l’aide pour la première fois, aurait pu normaliser la demande d’aide et lui aurait permis de déconstruire ses fausses perceptions.

Benoit fait valoir que les témoignages ont le pouvoir de montrer que tout le monde peut avoir besoin d’aide et donc bénéficier d’une ressource d’aide. De manière similaire, même s’il ne faisait pas référence aux publicités diffusées dans les médias de masse, Hugo souligne qu’il aurait souhaité voir des témoignages sur le site Internet de Partage au Masculin

alors qu'il effectuait une recherche sur les services d'aide suivant la recommandation d'un proche.

S'il y avait eu un témoignage, mais pas un témoignage écrit par un... un docteur de français là mais, un vrai témoignage. [...] Sans que ça soit trop intense ni trop, trop léger là, juste de quoi de... d'avoir plusieurs témoignages.  
(Hugo)

Les passages de ces deux participants se rejoignent sur deux points, soit de recourir dans la publicité à des témoignages d'hommes qui ont demandé de l'aide et qui s'en sont sortis et de présenter des témoignages pouvant être perçus comme authentiques et réalistes provenant d'hommes « comme tout le monde ». Pour ces deux participants, le fait de s'identifier à de tels témoignages aurait pu faciliter leur processus de demande d'aide en démystifiant le service d'aide et en démontrant que ces services sont utilisés par d'autres hommes vivant des problèmes similaires aux leurs. Cette démonstration par l'exemple leur aurait permis de constater que le service d'aide est adapté à leur personne et à leurs besoins, pouvant donc leur apporter une aide concrète pour régler leur situation problématique.

En somme, l'exposition à la publicité a facilité (ou aurait pu faciliter) le processus de demande d'aide de certains participants, notamment en leur offrant une alternative pour résoudre leur problème. Les témoignages d'hommes qui s'en sont sortis semblent également représenter une avenue intéressante pour inciter les hommes en détresse à consulter un intervenant psychosocial.

#### **4.2.2.2 Le rôle du réseau informel**

Considérant que la consultation des proches est généralement plus facile, rapide et économique que l'accès à un professionnel, et qu'elle peut être suffisante pour régler la situation problématique, il est compréhensible que plusieurs optent pour la mise en place de cette stratégie avant de se tourner vers un intervenant.

À cet effet, l'entourage de plusieurs participants a effectivement joué un rôle important pour les amener à demander de l'aide. Cette section traite plus particulièrement du

soutien du réseau informel, de la confiance des participants envers leurs proches et de l'impact sur les enfants en lien avec les facteurs qui facilitent le processus de demande d'aide psychosociale.

#### **4.2.2.2.1 Le soutien du réseau informel**

Une forte majorité des participants ont reçu une forme de soutien de leur réseau informel, par exemple de leur famille, de leurs amis ou encore de leur milieu de travail avant d'approcher le réseau formel, qu'il s'agisse de leur médecin, d'un organisme communautaire ou bien d'un professionnel en intervention psychosociale via le service téléphonique 811. Ce sont généralement les participants eux-mêmes qui ont initié le contact avec leur réseau informel dans l'intention de recevoir une forme de soutien.

[Parlant d'une collègue et amie], c'est moi qui l'ai appelée, c'est moi qui l'ai carrément appelée parce que je savais où elle avait passé, elle aussi là [...] Je savais qu'elle m'écouterait parce qu'elle est ben fine là, elle est humaine, et je savais qu'elle pourrait me conseiller aussi. (François)

Bien que le soutien ait souvent été sollicité par le participant, il est toutefois arrivé occasionnellement qu'il ait été offert spontanément par un membre de l'entourage, par exemple lorsque la sœur de Benoit a appris que celui-ci se séparait :

Côté familial, j'ai une de mes sœurs que quand j'y ai annoncé, elle, elle m'a soutenu beaucoup là-dedans, pour me conseiller, mais aussi m'écouter. (Benoit)

Dans ces exemples, le proche a apporté à l'homme deux catégories de soutien, soit un soutien informationnel et un soutien émotionnel. Il s'agit des deux types de soutien qui ont été les plus recensés dans le cadre de cette recherche. Cette sous-section analyse comment le soutien informationnel et le soutien émotionnel ont facilité le processus de demande d'aide des participants. Le rôle important que le milieu de travail a joué pour quelques participants est exploré par la suite.

##### *4.2.2.2.1.1 Le soutien informationnel*

Le soutien informationnel est le type de soutien qui a été le plus souvent mentionné par les participants. La forte majorité de ceux qui en ont reçu de la part de leurs proches indiquent que ce soutien les a aidés, à divers degrés, à avancer dans leur processus de

demande d'aide. La forme la plus courante de soutien informationnel offerte aux participants est en lien avec la demande d'aide. En effet, certains proches, voyant l'être cher aux prises avec les conséquences liées à sa situation problématique, lui ont directement suggéré de demander de l'aide à des professionnels.

Me conseiller, surtout que si j'avais besoin de demander de l'aide. [...] C'était, elle m'avait dit : "Hésite pas là, moi je suis là, si t'as besoin, a dit, de l'aide extérieure". (Benoit)

Bien que cette recommandation émise par la sœur de Benoit ne l'ait pas orienté de façon précise, elle validait la demande d'aide formelle. Les proches de certains autres participants ont fait des suggestions plus précises dont celle de rencontrer leur médecin ou, dans le cas d'Hugo, d'aller consulter une ressource en particulier.

Mon père, il me disait, il m'avait dit depuis 5 ans : "Tu devrais aller au Partage au Masculin, ça te ferait du bien" [...] La manière qu'il vantait ça, mon père, il me disait que ça pouvait être très bénéfique pour moi, et ça m'a motivé à faire un pas pour m'inscrire, pour aller voir ça. (Hugo)

La suggestion de la demande d'aide, soutenue par des arguments positifs en sa faveur, a donc facilité le processus de demande d'aide de cet homme en difficulté.

Le soutien informationnel offert par les proches peut aider les hommes à différentes étapes de leur processus de demande d'aide. Dans l'exemple ci-dessus, l'intervention du père d'Hugo l'a aidé à mettre en place sa stratégie de demande d'aide formelle, en l'amenant à faire le premier pas vers la ressource. L'intervention des proches peut également avoir lieu plus tôt dans le processus de demande d'aide et avoir un impact positif, tel qu'il est possible de le constater dans le témoignage de François à propos des conseils que lui a offerts une amie et collègue de travail. François avait de la difficulté à arrêter de travailler en raison de ses valeurs plus traditionnelles liées à l'emploi. Les conseils de cette personne, qui avait traversé une épreuve similaire, l'ont aidé à percevoir que sa propre situation était problématique et à prendre conscience qu'il avait besoin de davantage de temps pour se rétablir.

Elle m'a influencé positivement, dans le sens de "Prends du temps pour toi, reste arrêté" [...] C'est ça, c'est un début de prise de conscience. (François)

Il est possible de voir que l'amie de François se préoccupait également de l'état de santé de celui-ci. Il en fut de même pour l'une des proches de Denis, qui lui a fait part de sa perception de son état de santé.

Elle m'a dit : "Denis, a dit, t'es en détresse là, ça marche pas là, faut que tu fasses quelque chose". (Denis)

Le soutien peut également se manifester par des conseils plus généraux sur la santé psychologique, comme l'a fait le père de Charlie. De plus, ses parents lui ont offert un soutien particulier pour l'aider à surmonter l'obstacle de l'opposition de sa conjointe à sa demande d'aide.

Il y avait souvent des rappels de "fais attention à toi et reste à l'affût de comment tu te sens". [...] Ils m'ont aidé à accepter que je pourrais pas faire ma vie avec une personne sans y faire de la peine jamais. Et ils m'ont aussi aidé à, à trouver les bons mots comment dire, pour expliquer à ma conjointe que, qu'elle pouvait pas toute faire. [...] et ça je pense que ça m'a aidé moi-même à l'accepter. (Charlie)

Cette aide particulière apportée par les parents de Charlie démontre que le soutien peut être dirigé spécifiquement vers l'obstacle qui freine la demande d'aide de l'homme en difficulté.

En résumé, le soutien informationnel chez les répondants a pris diverses formes. Les proches de ces hommes en difficulté leur ont donné de l'information sur les ressources d'aide disponibles ou leur ont suggéré directement d'aller demander de l'aide. Ils ont également donné leur opinion sur divers aspects qui touchent le processus de demande d'aide, comme leur état de santé ou la marche à suivre pour résoudre la situation problématique.

#### *4.2.2.2.1.2 Le soutien émotionnel*

Une forte majorité de participants ont reçu du soutien émotionnel de la part d'au moins un membre du réseau informel. Il est arrivé qu'ils reçoivent du soutien sans que celui-ci soit sollicité ou encore qu'ils en recherchent activement. L'intention la plus courante derrière cette recherche de soutien émotionnel est de se sentir épaulés ou simplement de « ventiler » ses problèmes, comme le témoigne ce passage de Denis :

Mais, tsé souvent, je veux pas qu'ils règlent mon problème, je veux juste qu'ils m'entendent. [...] C'est juste que j'ai besoin d'en parler, pour le dire à quelqu'un là. (Denis)

Contrairement au soutien informationnel, il est difficile d'établir si le soutien émotionnel a directement facilité le processus de demande d'aide des participants. Cela ne signifie pas pour autant que cette forme de soutien leur a été inutile puisqu'ils ont généralement rapporté qu'elle soulageait leur douleur ou encore qu'elle leur a apporté un sentiment de bien-être.

Je vais te le dire franchement aussi ce qui m'a aidé [...] c'est des personnes, une personne qui est à côté de moi. La serveuse qui me servait, qui me connaît depuis 20 ans. Ça me faisait du bien d'en parler. (Albert)

Ce passage d'Albert permet d'établir l'impact positif de ce type de soutien sur son état émotionnel. Les autres participants et lui n'ont toutefois pas fait de lien explicite entre un tel effet et le processus les conduisant à une demande d'aide au réseau formel. Il est certes possible d'émettre l'hypothèse que les participants qui ont ressenti les bienfaits du soutien émotionnel dispensé par leur réseau informel sont potentiellement devenus plus favorables à rencontrer un professionnel d'aide psychosociale. Toutefois, aucun passage dans le contenu des entretiens ne permet de soutenir directement une telle hypothèse.

Même si un lien direct n'a pas pu être établi, il est néanmoins possible de démontrer que la recherche de soutien émotionnel a néanmoins pu créer des conditions particulières qui ont eu un impact positif sur le processus de demande d'aide de quelques participants. Par exemple, motivé par son besoin de recevoir du soutien émotionnel, Denis a eu quelques interactions avec des proches qui l'ont amené à considérer la demande d'aide comme une solution à sa situation problématique.

Il y a un des participants, à l'atelier de rupture amoureuse, qui consulte les gars individuellement. Et on est, on est des bons chums depuis un bout de temps-là, et on partage des fois nos affaires et ça fait du bien, et moi je me suis dit : "Peut-être que je pourrais faire comme lui moi aussi". (Denis)

Ce n'est pas le sentiment de bien-être en tant que tel qui a fait germer chez lui l'idée de la consultation, mais plutôt le fait de constater, au fil des discussions, que ce proche avait opté pour la stratégie de la demande d'aide individuelle.



Le besoin de soutien émotionnel exprimé par l'homme en difficulté ou perçu par le proche peut être une occasion pour celui-ci de lui offrir un soutien informationnel, comme ce fut le cas pour Denis. En effet, après avoir pris le temps de l'écouter, son amie lui a offert un soutien informationnel en lui donnant son avis sur son état de santé et sur l'ensemble du problème, tout en lui conseillant de réagir à cette situation.

[Je voulais] sentir un peu d'empathie [...] mon amie à qui j'en ai parlé qui m'a dit 'regarde, ça marche pas ton affaire' [...] Elle m'a juste donné le coup de pouce pour passer à l'action. (Denis)

L'ensemble des interactions de Denis avec ses proches dans sa recherche de soutien émotionnel l'a donc aidé à considérer la demande d'aide comme une option envisageable pour résoudre sa situation problématique.

Somme toute, la recherche de soutien émotionnel a pu créer des occasions pour le réseau informel d'offrir à certains répondants un soutien informationnel, qui a pu les aider dans leurs démarches.

#### *4.2.2.2.1.3 Le milieu de travail*

Au même titre que les autres membres de l'entourage, les collègues de travail et les gestionnaires font partie du réseau informel des répondants qui ont apporté à plusieurs d'entre eux un soutien pour les aider à traverser la période difficile. Ils ont offert un mélange de soutien émotionnel et de soutien informationnel à l'homme en difficulté, agissant alors un peu comme la famille et les amis. Le cas d'Albert, lorsqu'il approchait ses collègues dans l'intention de « ventiler » ses problèmes sur sa séparation, en est un bon exemple :

Tsé, dire : “Albert, t'es pas tout seul dans cette situation-là, moi je l'ai vécue” [...] Ils m'encourageaient à dire “Écoute, c'est sûr que ça peut pas se régler de même, mais avec le temps ça va se régler”. [...] Et “Va chercher de l'aide, tsé t'as besoin d'aide là”. (Albert)

On trouve ici de l'écoute devant sa détresse, un partage de vécu et des conseils sur la marche à suivre. Ses collègues ont été importants dans la démarche d'Albert alors que celui-ci n'avait que très peu parlé de son état émotionnel à son entourage immédiat.

De plus, en raison de la nature de la relation qui existe entre un patron et son employé,

l'intervention d'un patron peut avoir un très grand impact sur ce processus.

Il m'a dit : "Tu prends soin de toi, t'as des assurances, on te paye des assurances, c'est là pour ça, tu vas t'en servir, là tu prends soin de toi. Tu t'occupes de toi". [...] Ben j'étais content, j'étais content parce que moi, j'ai toujours été gêné d'arrêter de travailler. Tu as pas le droit d'arrêter. [...] Bon. C'est beau. Fais-le là, du moins, j'avais un appui. (François)

Selon ce que François rapporte, son patron a été très directif dans sa façon d'intervenir, de telle sorte qu'il a considéré qu'il ne s'agissait plus de conseils, mais bien d'ordres à suivre. Ce type d'intervention a été très apprécié par François. Il est fort probable que cet impact positif n'aurait pas été le même s'il n'avait pas été spécifiquement suscité par son patron. En refusant le retour au travail de son employé, le patron l'a aidé à mettre en priorité son état de santé et à justifier son arrêt de travail, ce qui ne cadrerait pas avec les valeurs traditionnelles du répondant.

Son patron l'a également référé aux services du programme d'aide aux employés [PAE] de l'entreprise, ce qui semble également avoir eu un impact positif.

Ça l'existe, sers-toi en donc. (François)

Comme il s'agissait d'un programme qui existait au sein de l'entreprise et qui était destiné aux employés, la référence par son employeur à ce service a aidé François à normaliser l'utilisation des services d'aide. Bien que le milieu de travail n'ait pas été ce qui a ultimement déclenché la demande d'aide de François et que celui-ci n'a consulté son PAE qu'après avoir consulté Partage au Masculin, il est intéressant de voir que son employeur l'a soutenu activement dans son processus de demande d'aide, notamment en l'amenant à voir sa situation sous un angle différent et en lui procurant un mélange de soutien informationnel et instrumental.

Le milieu de travail peut donc être en mesure d'offrir un soutien instrumental à l'homme en difficulté. Ce type de soutien peut se traduire en actions concrètes que l'employeur pose pour venir en aide à son employé. Par exemple, l'employeur de Benoit, qui ne pouvait compter sur un PAE, s'est chargé d'effectuer des recherches sur les services d'aide pour lui transmettre ensuite les résultats de celles-ci.

Au travail là, ils ont pris vraiment ça à cœur de de... que je me rétablisse. [...]  
La personne des ressources humaines, elle a fait des téléphones et elle me l'a dit, elle a dit "si t'as besoin de quoi que ce soit" et ils m'ont parlé de Partage au Masculin. (Benoit)

Une autre forme de soutien instrumental relevée par des participants est le fait d'offrir une flexibilité d'horaire afin de permettre à l'homme, par exemple, de participer à des rencontres avec un intervenant.

Ils me permettaient d'aller m'absenter pour suivre ces [rencontres] là. En tout cas, je partais du travail, j'allais suivre le cours, je retournais au travail. (Hugo)

Bien que le soutien instrumental n'ait pas été autant cité par les participants que les autres types de soutien, il se traduit néanmoins en actions que l'employeur a pu parfois poser pour faciliter le processus de demande d'aide de certains répondants.

Pour conclure, le soutien des proches a été une composante essentielle dans le processus de demande d'aide de nombreux participants. Les membres du réseau informel ont offert différents types de soutien et posé divers gestes concrets qui semblent avoir facilité ce processus. Le milieu de travail a également joué un rôle important pour amener certains répondants, notamment ceux ayant des valeurs plus traditionnelles, à demander de l'aide.

#### **4.2.2.2 Le rôle de la confiance**

Les proches qui ont eu un fort impact sur le processus de demande d'aide des participants semblent principalement ceux en qui l'homme avait grandement confiance. L'importance de celle-ci joue principalement un rôle lorsqu'il est question du soutien informationnel offert par les proches. Par exemple, quelques participants ont identifié l'impact positif sur leur processus de demande d'aide de la confiance qu'ils avaient envers le proche qui leur fournissait des références ou des conseils.

Comme j'avais confiance en sa perception, ou son analyse, ben ça, ça m'a aussi ouvert les yeux. (Denis)

La confiance que le répondant possède envers le proche semble rendre l'opinion et les conseils que celui-ci peut lui donner plus crédibles, augmentant les probabilités qu'il les prenne en considération dans sa réflexion. De plus, ce facteur semble augmenter, aux yeux

du répondant, la valeur attribuée à une ressource d'aide lorsqu'elle est recommandée et jugée comme compétente par un proche digne de confiance. Quand Édouard cherchait une solution aux problèmes qu'il a rencontrés au début de sa vie d'adulte, soit il y a environ une quinzaine d'années, il a approché son frère :

J'ai parlé de ça un peu avec mon frère, mon frère m'a dit : "Regarde, moi Édouard, je vais voir tel psychologue, il m'a aidé beaucoup". Faque à partir, à l'âge de 22 ans, entre 20-22, j'ai commencé à consulter un psychologue. [...] La confiance envers la référence qui me l'a conseillé, ça fait que ça m'a aidé. (Édouard)

Il est intéressant de constater que le frère d'Édouard a jugé que la meilleure façon de répondre à son besoin de soutien informationnel était de lui confier, sans que celui-ci le lui demande, qu'il consultait lui-même un psychologue. Cette confiance a eu un impact positif chez Édouard puisqu'il est ensuite allé consulter spécifiquement ce psychologue. Comme son frère est quelqu'un en qui Édouard avait grandement confiance, et qu'il jugeait que ce psychologue était un professionnel compétent, cela a aidé Édouard à lui faire confiance avant même de le rencontrer. Cet exemple démontre à la fois comment le partage de vécu et l'importance de la confiance l'ont aidé à avancer dans son premier processus de demande d'aide psychosociale.

Le prochain passage est particulièrement révélateur de l'impact que la confiance, liée au soutien informationnel et à la perception qu'on se préoccupe de lui, peut avoir sur le processus de demande d'aide d'un homme en difficulté. En répondant à la question sur ce qui a été le plus facilitant dans son processus de demande d'aide, Charlie répond :

Je pense celui qui est vraiment au premier plan, je dirais vraiment que c'est l'influence de mon père [...] Quand quelqu'un qu'on a en haute estime nous dit : "Tu serais peut-être mieux de demander de l'aide", ça a un gros gros impact. [...] Là, ça adonne que ça a été mon père, mais tsé, ça aurait été mon meilleur ami, ça aurait eu le même impact, je pense. (Charlie)

Conseiller de demander de l'aide, comme le père de Charlie l'a fait, témoigne de l'intérêt que la personne significative porte envers l'homme en difficulté et de l'inquiétude qu'elle éprouve à son sujet. Ce témoignage démontre que le répondant n'attribue pas la force de cet impact positif à la nature de la relation père-fils ni à l'autorité qu'un père peut avoir sur ses enfants, mais plutôt au fait que son père est une personne très significative qui l'aime, s'inquiète pour lui et veut le soutenir. Le participant manifeste envers lui une grande

confiance, similaire à celle qu'il accorde à son meilleur ami. Cela fait ressortir que la nature du lien entre l'homme et cette personne significative importe peu : qu'il s'agisse d'un parent, d'un/e ami/e ou encore d'un/e conjoint/e, c'est davantage la présence et la force du lien de confiance entre cette personne et le répondant qui suscitent l'impact positif de l'intervention, en l'occurrence un conseil bienveillant et direct à l'effet de demander de l'aide professionnelle.

#### **4.2.2.2.3 L'impact sur les enfants**

L'impact sur les enfants signifie que l'homme perçoit que sa situation problématique affecte négativement ses enfants ou que les conséquences négatives de celle-ci en viennent à les affecter. Cela se rapporte également à la possibilité ou à la crainte perçue par l'homme qu'ils souffriront éventuellement des répercussions liées au maintien de la situation problématique. À noter que les résultats présentés dans cette section concernent seulement les participants ayant des enfants mineurs. Seulement trois participants avaient des enfants mineurs à leur charge au moment de leur demande d'aide. Cette section aborde principalement la crainte de répercussions négatives sur les enfants de Benoit et Charlie, puis quelques mots seront glissés sur la situation d'Édouard. La grande différence entre les deux premiers est qu'une conséquence risquait de se produire dans un futur très rapproché chez Benoit tandis qu'elle risquait de s'ensuivre dans un futur plus lointain et incertain chez Charlie. La crainte de répercussions négatives sur leurs enfants a favorisé chez ces participants la mise en place de stratégies pour demander de l'aide psychosociale, leur permettant ainsi de surmonter certains obstacles présents dans leur parcours.

Pour que la crainte d'impacts possibles sur les enfants ait un effet sur le processus de demande d'aide de l'homme, il faut d'abord que celui-ci prenne conscience que les conséquences de sa situation problématique peuvent potentiellement s'étendre jusqu'à son enfant. Charlie ne s'était jamais rendu compte que sa détresse et son épuisement pouvaient éventuellement avoir des répercussions négatives sur son enfant de deux ans. Croyant être le seul à subir les contrecoups de sa situation problématique, cela n'était pas suffisant pour justifier une confrontation avec sa conjointe, qui faisait à ce moment-là encore obstacle à la demande d'aide professionnelle. Ce sont les parents de Charlie qui l'ont finalement amené à

voir que les conséquences du maintien et de l'aggravation de sa situation problématique risqueront, tôt ou tard, d'affecter également son enfant.

Quand ils sont très jeunes, c'est les besoins primaires hein, c'est manger, avoir une couche propre, dormir quand ils en ont besoin. On n'entrevoit pas vraiment les conséquences que ça peut avoir.[...] "et ça ça pourrait être très difficile pour lui". [...] Il [son père] a dit : "ça, ça va être un autre gros coup de masse si vous allez pas bien et que quelqu'un arrive et qu'il ramasse votre enfant". Il m'a aidé à entrevoir aussi dans l'avenir, jusqu'où ça pouvait aller. [...] De voir la conséquence que ça peut avoir, c'est une méchante poussée, pour dire, "il faut que je fasse quelque chose" [...] Ça a été un gros coup de masse : le, non le bien-être de mon, de mon garçon a été une grosse motivation. Quand c'est venu à mon esprit là, par justement mes parents, ça a été une grosse motivation pour... justement piler sur l'orgueil de ma femme. (Charlie)

Cette prise de conscience de la possibilité de répercussions négatives sur son enfant dans le futur et du risque de la perte de ce dernier si jamais la situation devenait plus critique a été très marquante pour Charlie. Cela lui a fait réaliser que le maintien du statu quo de sa stratégie actuelle (ne pas demander d'aide professionnelle et s'en tenir à discuter avec sa conjointe), risquait éventuellement de nuire à son fils. Comme la stratégie qu'il avait considérée dans un premier temps, soit de demander de l'aide à un professionnel, lui permettait maintenant de protéger son fils, cette crainte rattachée à la sécurité et à la perte possible de son enfant a été l'un des éléments qui a déclenché sa demande d'aide initiale auprès de son médecin.

Benoit, de son côté, craignait que ses enfants ressentent les répercussions négatives de sa récente séparation conjugale. Il a souvent agi pour potentiellement limiter ces impacts. Toutefois, malgré la dégradation de son état psychologique au fil des semaines, il ne voyait pas comment une demande d'aide pouvait être liée à la protection de ses garçons. La crainte d'impacts négatifs sur ses enfants, même s'il se souciait de leur bien-être, a longtemps été sans effet sur son processus de demande d'aide. Cette crainte l'a finalement non seulement incité à entreprendre un processus de demande d'aide, mais elle a également fait en sorte qu'il ne s'enlève pas la vie. La détresse psychologique de Benoit, qui a été engendrée par cette séparation, était devenue si forte qu'à ses yeux, il ne restait que deux options : s'enlever

la vie ou appeler le 811.

Ça, c'était mon autre grosse grosse appréhension : les garçons. [...] J'avais peur de leurs réactions. [...] J'étais en décision de savoir si je m'enlevais la vie ou bien non. [...] J'avais mon arme à feu. [...] J'étais sur la balançoire dehors et... c'est là que j'ai pris le téléphone au lieu d'avoir pris le pistolet. [...] Ben, je me suis dit : "faut pas que mes garçons me voient". C'est dans un instant de lucidité dans la panique que j'avais là. (Benoit)

La motivation première de Benoit d'appeler pour obtenir de l'aide était la protection de ses garçons, avant même d'empêcher son suicide. Dans ce moment de panique et de forte détresse psychologique, sa réflexion n'était pas liée aux impacts futurs et incertains qu'une vie sans père pouvait avoir sur ses enfants, mais au choc de découvrir leur père décédé à la suite du coup de feu. Protéger ses garçons de ce traumatisme était son objectif, et empêcher son suicide en appelant le 811 est le moyen qu'il a utilisé pour atteindre ce but dans l'immédiat, ce qui a déclenché sa première demande d'aide.

Il faut souligner brièvement qu'Édouard, le troisième participant ayant des enfants mineurs à charge, ne voyait plus d'obstacles à la consultation d'un professionnel en relation d'aide. Il n'a donc pas attendu d'observer ou de craindre des impacts négatifs sur ses enfants pour demander de l'aide à Partage au Masculin.

En résumé, la conscience de répercussions possibles dans le futur sur leurs enfants d'âge mineur a été suffisante pour amener Charlie et Benoit à demander de l'aide. Ils n'ont pas attendu, en effet, de se rendre compte des impacts négatifs sur eux dans le présent pour demander de l'aide, même s'il est raisonnable d'avancer que l'observation directe de tels impacts les aurait fait réagir de façon similaire. La crainte d'impacts négatifs sur leurs enfants d'âge mineur a agi comme un levier d'action puissant.

#### **4.2.2.3 Le rôle du médecin**

Il est bien connu dans la littérature scientifique que les hommes ont tendance à se tourner vers leur médecin lorsqu'ils optent pour la stratégie de consulter un professionnel de la santé. Il n'est donc pas rare de retrouver le médecin de famille quelque part durant le parcours de demande d'aide d'un homme en difficulté, et la présente recherche n'y fait pas

exception. En effet, la majorité des participants ont consulté leur médecin en lien avec leur situation problématique avant leur première rencontre avec un professionnel d'aide psychosociale. De ces cinq participants, quatre ont eu une discussion avec leur médecin sur la possibilité de consulter un professionnel d'aide psychosociale en plus d'obtenir une prescription des médicaments.

Cette section porte principalement sur les propos de ces quatre participants concernant les échanges qu'ils ont eus avec leur médecin. Elle identifie d'abord l'influence positive que le médecin a pu avoir sur le processus de demande d'aide psychosociale des participants, considérant qu'au moment de la consultation, aucun n'avait encore demandé ce type d'aide. Ensuite, elle examine comment la notoriété que le médecin possède aux yeux des participants peut affecter positivement leur processus de demande d'aide. Finalement, elle étudie le contenu de leurs propos lors de la consultation avec leur médecin dans le but de déterminer, de façon plus précise, ce que ces derniers ont fait pour faciliter leur processus de demande d'aide psychosociale.

#### **4.2.2.3.1 L'impact positif du médecin**

Le rôle qu'a joué le médecin dans le processus de demande d'aide de trois de ces quatre participants fut crucial. Le contenu des entretiens confirme la présence d'un impact positif pour Denis, François et Charlie, et établit que cet impact a été majeur, surtout pour ces deux derniers.

Moi j'ai beaucoup d'estime pour les gens qui exercent la profession de médecin, faque de me faire dire par un professionnel : "C'est normal de pas être capable d'affronter ça tout seul". Et il m'dit : "moi, je considère que t'as besoin d'aide, et de quelqu'un qui veille sur toi si on peut dire". Il m'dit. Ça joue beaucoup sur l'acceptation. (Charlie)

Une manifestation évidente de cet impact positif sur leur processus de demande d'aide transparait dans la rapidité avec laquelle ils ont fait une demande d'aide à la suite de la consultation médicale. En effet, Charlie et François ont été en contact avec une ressource quelques heures au plus après la fin de la consultation.

J'ai tout de suite appelé. Pris le numéro, j'appelle : "Je veux rencontrer".  
[Intervieweur : Tout de suite après?] Oui. (François).



Pour ces deux hommes, la rencontre avec le médecin a été un moment charnière dans leur processus de demande d'aide psychosociale. À la question : « Qu'est-ce qui vous a amené à faire le plus gros pas en avant pour arriver dans le bureau à Partage au Masculin la première fois ? »

La recommandation de mon doc, sinon... je suis pas sûr je serais venu. (François)

Pour Denis et Benoit, l'intervention du médecin n'a pas eu un impact aussi marquant et n'a pas fait en sorte qu'ils demandent de l'aide dans les heures suivant leur consultation médicale. Pour Denis, elle a tout de même alimenté sa réflexion sur la possibilité de consulter un professionnel d'aide psychosociale.

La décision de passer à l'action pour Partage était peut-être pas encore tout à fait installée. Mais c'est parce que là, j'y pensais, mais c'est parce que, prendre conscience que je pourrais, moi aussi, être de l'autre côté de la chaise, et de venir ici à titre de consulter. (Denis)

L'impact favorable de la consultation psychosociale, plus faible que chez François et Charlie, est tout de même venu s'ajouter aux autres éléments qui étaient déjà présents dans sa réflexion. Par contre, pour Benoit, bien que son médecin l'ait informé et référé directement à l'organisme, son opinion était claire.

Ça a pas eu d'impact. [...] J'étais pas là. Là, j'étais amaigri, j'étais affaibli, je dormais plus, là je focussais qu'il fallait que je dorme. C'était ça. (Benoit).

L'expérience de Benoit présente un contraste intéressant avec les autres : malgré les interventions du médecin pour l'amener à accepter l'aide de Partage au Masculin, il est demeuré fermé à cette possibilité dans un premier temps, bien qu'il ait repensé plus tard à cette conversation.

[Intervieweur : Et y avez-vous repensé après à votre consultation, comme juste avant de demander de l'aide : "comme mon médecin me l'a dit?"] Oui.

[Intervieweur : Vous y avez, ça vous a repassé dans la tête?] Oui oui. (Benoit)

Ce passage n'est cependant pas suffisant pour affirmer que le médecin a eu un effet positif sur son processus de demande d'aide, même s'il s'agit peut-être d'un effet à retardement.

Afin de mieux comprendre ce qui rend le médecin un allié puissant dans le processus

de demande d'aide psychosociale des hommes, il importe de comprendre ce que représente la profession de médecin aux yeux des participants.

#### **4.2.2.3.2 La notoriété de la profession de médecin**

La profession de médecin est généralement vue d'un bon œil au sein de la population. Pour les trois participants dont le processus de demande d'aide a été facilité par leur médecin, il est possible d'identifier pour chacun un passage indiquant clairement leur haute opinion de cette profession.

C'est quelqu'un qui a une tête sur les épaules, c'est une médecin. [...] j'avais confiance en sa perception, ou son analyse. (Denis)

[Mon médecin m'a dit :] "Va voir X, c'est un intervenant, et qui, qui est reconnu". [...] Ben y'a ben vu mon état le doc, et il dit : "c'est ça que t'as besoin". (François)

Pour ces participants, l'image du médecin résonne profondément en eux comme un professionnel dégageant une certaine autorité, une personne qui inspire confiance et respect. En raison de ces différents éléments qui caractérisent positivement la notoriété du médecin, il devient un professionnel très crédible aux yeux de plusieurs hommes, et ses conseils ne sont pas matière à discussion : cette confiance dans la profession de médecin ajoute une valeur et une crédibilité supplémentaires à ses interventions.

Je pense que le fait que lui-même le dise... Que ça arrive à tout le monde et qu'on peut avoir besoin d'aide, ça aide à y aller. [...] Mon médecin, c'est ben c'était pas seulement de par le titre professionnel [...] Tsé, quand tu as de l'estime pour quelqu'un... Puis que cette personne que tu t'identifies [...] te dit : "T'as le droit de faire ça. T'as le droit de te sentir mal. T'as le droit de brailler quand ça va pas". Ça, c'est sûr ça, c'est sûr moi, je pense que ça l'a un impact vraiment majeur. (Charlie)

Il est possible d'analyser l'origine de cet « impact vraiment majeur » de l'intervention en trois éléments, tels que Charlie les décrit. D'abord, le contenu de l'intervention, c'est-à-dire la normalisation de vivre des difficultés et de demander de l'aide pour s'en sortir, a été aidante pour lui. Ensuite, le fait que ces paroles proviennent spécifiquement de quelqu'un qui a le titre professionnel de médecin, et tout ce que ce titre représente à ses yeux comme crédibilité, professionnalisme, etc. Finalement, le fait que Charlie a beaucoup d'estime pour la personne, indépendamment de son titre professionnel.

Pour comprendre de quelle façon les interventions du médecin peuvent favoriser la demande d'aide des hommes en difficulté, le contenu de ces interventions permet d'apporter des précisions sur ce qui a été efficace pour favoriser la demande d'aide des participants.

#### **4.2.2.3.3 L'attention portée à la demande initiale**

Pour que le médecin puisse avoir un impact quelconque sur le processus de demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté, il importe que les difficultés psychologiques soient abordées durant la consultation. Or, trois des quatre participants ont consulté initialement leur médecin dans le but d'obtenir un billet médical ou des médicaments.

Je suis allé voir mon médecin de famille, à cause que là je dormais plus. [...] J'ai dit "Je veux juste de quoi pour dormir. Je veux être capable de m'endormir, point final. Moi, si je dors, je suis correct". (Benoit)

Ce passage, représentatif de ce qu'ont rapporté quelques autres participants, démontre que l'intention première de Benoit en allant voir son médecin était de contrôler un symptôme physique afin de demeurer fonctionnel grâce à l'utilisation d'un médicament. L'obtention d'informations pour rencontrer un professionnel d'aide psychosociale ne faisait pas partie de ses intentions.

Devant une telle situation, les faits rapportés par les participants permettent d'identifier deux modes de fonctionnement distincts employés par les médecins. D'abord, bien que le contenu des transcriptions ne permette pas de déterminer le processus de réflexion qui a amené les médecins à agir de la sorte, quatre d'entre eux ont cherché à comprendre ce qui se cachait derrière la motivation de leur patient à demander des médicaments ou encore un billet médical.

Il dit "[Partage au Masculin] c'est une belle ressource, tu vas peut-être trouver quelque chose qui peut t'aider" [...] Après ça, il m'a dit "Il y a des psychologues, tu peux rencontrer un psy, ou une travailleuse sociale" [Intervieweur : C'est vous qui aviez initialement parlé de Partage au Masculin?] Du tout, c'est lui qui l'a apporté. (Benoit)

Les médecins ont approfondi la situation vécue par leurs patients, ce qui les a amenés à aborder avec eux la question de l'aide psychosociale et à leur suggérer de consulter une

ressource ou un intervenant. Considérant que les participants n'auraient probablement pas abordé ce sujet par eux-mêmes, cela a sans doute facilité la suite de leur parcours de demande d'aide psychosociale.

À titre de comparaison, il importe d'analyser le cas d'Albert, le cinquième participant qui a également consulté son médecin avant d'effectuer une demande d'aide psychosociale. Comme les autres participants, il consultait lui aussi dans l'intention d'obtenir des médicaments et un billet médical.

“Faut que tu me prescribes des pilules. Plus capable là. Ça me prend des antidépresseurs, ça me prend de quoi, des ativan” [...] et avoir un papier d'arrêt de travail. (Albert)

Bien qu'il puisse être possible d'identifier des nuances quant au choix des mots utilisés, la demande initiale d'Albert était similaire à celle des autres participants. Toutefois, à l'inverse des autres médecins, le sien s'est principalement contenté de répondre à ce que son patient lui demandait. Il importe de préciser qu'Albert était activement à la recherche d'aide psychosociale durant la période où il a consulté son médecin, étant même prêt à payer pour rencontrer un psychologue en cabinet privé.

Il n'a pas poussé dans la direction [de rencontrer un psychologue]. [...] Avant de venir au Partage au Masculin, je voulais prendre un rendez-vous avec un psychologue. J'ai été voir la liste des psychologues.

Il est probable qu'Albert n'ait pas réalisé que son médecin aurait probablement pu lui donner les informations nécessaires pour consulter un intervenant. Somme toute, Albert n'a pas identifié d'impacts positifs découlant de la consultation avec son médecin sur son processus de demande d'aide psychosociale, à l'inverse de la majorité des autres participants.

L'ensemble des propos des participants met en évidence le fait que le médecin peut faciliter le processus de demande d'aide psychosociale même si l'homme ne formule initialement aucune demande de la sorte, dans la mesure où la détresse du patient est décelée et que le sujet de la demande d'aide est abordé avec lui.

#### **4.2.2.3.4 Le soutien informationnel**

Une fois engagée la discussion sur l'aide psychosociale avec ces quatre participants,

les médecins ont offert un soutien informationnel important à leurs patients. Par exemple, le médecin de François lui a spécifiquement offert l'information sur la ressource qu'il jugeait la plus appropriée pour lui.

C'est le médecin qui me l'a donnée [l'information sur la ressource]. (François)

Comme François n'avait donc plus besoin de rechercher par lui-même l'information nécessaire pour faire sa demande, le processus en lui-même devenait plus facile, car le nombre de barrières qu'il devait franchir pour rencontrer un intervenant était réduit. Le médecin de Charlie, pour sa part, a brièvement survolé avec lui les diverses options disponibles (psychologue privé, CLSC, thérapie de groupe) avant de les éliminer (services trop dispendieux, trop longs délais d'attente, services non adéquats pour le problème vécu) et de lui en proposer une qui lui paraissait la meilleure pour son patient.

#### **4.2.2.3.5 La liaison vers un autre organisme**

Une fois les renseignements sur les ressources transmis, il est possible pour le médecin de référer l'homme à un endroit précis. Certes, conseiller à l'homme de consulter un intervenant de manière générale est mieux que de ne rien lui recommander du tout, mais le fait de ne lui donner aucune orientation précise et de ne lui fournir que peu de détails risque d'amoinrir la force de l'impact.

Il m'a juste donné un billet en voulant dire : "Ça serait bon que t'aïlles consulter quelqu'un". [...] Il m'a dit : "t'as une assurance collective, va au CLSC". [...] Ça m'a un peu comme : ok, ok. C'est, ça c'est une solution. C'est pas la solution, mais c'est une solution, mais c'est une avenue à explorer.  
(Denis)

Ce type d'intervention peut aider à voir la demande d'aide comme une solution possible, mais il laisse à l'homme la responsabilité de chercher, de choisir et de contacter une ressource par lui-même.

À l'inverse, orienter l'homme de façon précise, en le référant par exemple à une ressource en particulier, est beaucoup plus facilitant pour l'aider à surmonter certains obstacles liés à la demande d'aide. Cela attribue à cette ressource une valeur importante ; la confiance que le médecin témoigne à l'endroit de cette ressource en l'y référant donne à son tour confiance à l'homme en cette ressource. Cela amène celui-ci à croire qu'il pourra y

trouver l'aide concrète lui permettant de régler son problème, comme en font foi les propos de François.

Il faut avoir de quoi de concret, le doc je sais qu'il connaît ça, il m'a convaincu qu'il connaissait ça : "Faut que t'ailles là". (François)

Ce type de référence précise apporte une assurance supplémentaire au patient voulant que la ressource est apte à lui apporter l'aide recherchée, et que les efforts déployés pour demander de l'aide et s'investir dans un suivi ne seront pas vains. À noter que l'effet est similaire lorsque le médecin le réfère à un professionnel ou à une ressource en particulier. Certains médecins ont même renforcé positivement la ressource en donnant de l'information sur celle-ci.

Mon médecin de famille m'a dit ça, il dit : "C'est une belle ressource". Et il dit : "Tu vas peut-être trouver quelque chose qui peut t'aider". (Benoit)

Le médecin de François l'a même référé à un professionnel en particulier.

[Mon médecin m'a dit :] "Va voir X, c'est un intervenant, et qui, qui est reconnu". (François)

En émettant une recommandation positive de la sorte, les médecins ont ainsi augmenté la confiance de ces répondants envers la ressource ou l'un de ses intervenants et ont contribué à les amener à faire appel à des services psychosociaux.

#### **4.2.2.3.6 La référence psychosociale perçue comme une prescription**

Alors que deux participants n'ont vu dans la suggestion de leur médecin de consulter un intervenant psychosocial qu'une simple recommandation, deux autres l'ont considéré sous un angle différent. Ces deux hommes rapportent, de façon spontanée, qu'ils ont perçu cette recommandation comme une forme de prescription du médecin.

Moi je voyais ça un peu comme si c'était un autre aspect de la prescription, aussi je me dis : "Je te prescris le médicament, mais aussi ça". (Charlie)

Aïe! C'est presque prescrit, c'est presque prescrit par le doc. Tu y vas. (François)

Cette recommandation du médecin s'est fait apposer par le participant l'étiquette de « prescription ». Aux yeux de Charlie, pour l'aider à résoudre son problème, il se devait donc

de traiter cette recommandation avec le même degré d'importance que la prise de sa médication qui, quant à elle, était une « vraie » prescription. Pour François, peu importe la nature de la prescription, elle possède une signification importante, et il doit donc la suivre sans la remettre en question.

Peu importe que leur médecin leur ait « officiellement prescrit » une consultation psychosociale et qu'il n'ait pas utilisé le terme « prescription » pour décrire la recommandation, cela ne semble néanmoins pas les avoir empêchés d'accorder à cette « prescription informelle » une valeur et une importance similaires à leur « vraie » prescription d'antidépresseurs, ce qui les a aidés à accepter de recevoir de l'aide psychosociale.

Bref, à la lumière des témoignages de quelques participants, il est possible d'avancer que le fait de considérer la recommandation du médecin de consulter un professionnel d'aide psychosociale comme une prescription facilite l'acceptation et le processus de demande d'aide psychosociale.

#### **4.2.2.3.7 Le ton directif adopté devant une situation de crise**

Une autre caractéristique ressort chez les médecins qui ont orienté leurs patients vers un organisme ou un professionnel en particulier. En effet, les répondants en question ont noté que ces médecins ont tous utilisé un ton directif lorsqu'ils les y ont référés.

Quand j'y ai juste dit ce que j'avais envisagé de faire, comment je me sentais, il m'a juste dit : “Bon, je vais te donner quelque chose pour essayer de t'aider à, à garder les idées claires et je vais te faire rencontrer pour au moins une première fois la travailleuse sociale ici”. (Charlie)

Selon les propos du répondant, le médecin aurait adopté une position relativement ferme dans sa façon d'orienter l'homme vers la travailleuse sociale. Il lui aurait présenté un traitement en deux volets pour régler la situation problématique, soit la médication et l'aide psychosociale. François rapporte une attitude tout aussi directive devant l'ampleur de la détresse qu'il venait d'exprimer.

“On va repartir à la base. On va te faire dormir, manger”. Tsé contrôler [...] Là le doc il me dit ça : “Va rencontrer X”. Faque là, j'ai appelé tout de suite.

(François)

Ainsi, ce médecin l'aurait orienté et lui aurait simplement expliqué les deux volets du traitement proposé, ce qui semble avoir été aidant dans le processus de demande d'aide.

Dans l'ensemble, cette section permet de conclure que le médecin peut avoir un puissant impact positif sur la demande d'aide des hommes en difficulté en les amenant, notamment, à contacter les ressources d'aide psychosociale. La prochaine section analysera comment ces services peuvent aider les hommes à entreprendre et à compléter un suivi psychosocial.

#### **4.2.2.4 Les services d'aide psychosociale**

Les sections précédentes ont abordé différents points qui ont favorisé l'évolution du processus de demande d'aide des hommes jusqu'au contact initial avec une ressource. Toutefois, certains hommes qui demandent de l'aide ne se présentent jamais à leur premier rendez-vous avec un professionnel d'aide psychosociale, et d'autres ne reviennent pas après cette première rencontre. Il est donc pertinent d'analyser comment il est possible de faciliter le parcours des hommes en difficulté du premier contact avec la ressource jusqu'à la fin du suivi psychosocial.

Cette section sera divisée en trois parties : le premier contact avec la ressource d'aide, les caractéristiques des services et le suivi psychosocial.

##### **4.2.2.4.1 Le premier contact avec la ressource d'aide**

Le contact initial avec la ressource d'aide sert généralement à formuler la demande d'aide, à ouvrir un dossier et souvent à obtenir une date de premier rendez-vous. Cette section explore comment le premier contact avec la ressource peut faciliter la demande d'aide des hommes et faire en sorte qu'ils poursuivent leur processus et se présentent à leur premier rendez-vous. Elle traite d'abord de la situation des hommes qui ont demandé de l'aide de manière traditionnelle, soit en appelant la ressource d'aide. Elle présente ensuite le cas d'un participant qui a opté pour une manière moins conventionnelle de demander de l'aide à la ressource.



#### 4.2.2.4.1.1 *L'appel téléphonique*

Tout d'abord, la quasi-totalité des participants de l'étude a initialement contacté la ressource d'aide par téléphone. Ils se sont abstenus de commenter l'appel ou en ont parlé en bien.

C'était... c'était chaleureux, c'était très très engageant là. (Gérard)

Alors que certains participants demeurent relativement brefs et vagues par rapport à ce qu'ils ont apprécié de ce premier contact, d'autres, comme Hugo, sont plus précis :

Il était calme puis il savait répondre, il prenait le temps de... Il faisait pas une séance avec moi au téléphone là, mais il était poli et courtois au téléphone. [...] Ça m'a confirmé que c'était, j'avais la perception que c'était une bonne idée de continuer. (Hugo)

Le professionnalisme et le savoir-être du responsable de l'accueil de l'organisme ont été appréciés par Hugo, et l'ont aidé à poursuivre sa démarche.

Le premier contact téléphonique, qu'il soit établi par le responsable de l'accueil ou par l'intervenant à qui le dossier est transféré, est l'occasion privilégiée pour mettre en confiance les hommes qui pourraient encore avoir des réticences à consulter un professionnel d'aide psychosociale. Pour ces hommes comme Benoit, le premier contact avec la ressource, s'il se déroule bien, peut avoir un effet positif et direct sur leur parcours de demande d'aide.

J'ai eu zéro doute aussitôt qu'ils m'ont appelé. J'ai parlé un petit peu avec le monsieur qui m'a appelé d'ici, j'avais plus aucun doute, je savais que j'allais venir m'asseoir ici. [...] Il m'a demandé comment ça allait, si j'avais pris le temps de manger, si je prenais le temps de me laver comme il faut, de prendre l'air, d'aller prendre des marches, puis il m'a demandé si vraiment fallait qu'il me rencontre, si j'étais encore en détresse autant que la veille. (Benoit)

L'écoute et la considération exprimée par l'intervenant pour la sécurité de cet homme en détresse lors du premier contact avec la ressource semblent avoir favorisé l'engagement à se présenter au premier rendez-vous. Cet impact est également bien décrit par Charlie pour qui la travailleuse sociale de la clinique médicale a tissé un filet de sécurité similaire lors du premier contact.

D'avoir moins l'impression d'être juste un dossier parmi tant d'autres. [...]

Ça te donne vraiment la forte impression que tu développes une relation avec quelqu'un, et ça l'aide à s'engager dans le processus. (Charlie)

Pour d'autres participants, ce premier appel semble plutôt être de l'ordre d'un appel de routine, une étape obligatoire à franchir sans signification particulière. Toutefois, même si ce n'est pas le cas pour tous, un premier contact téléphonique empathique avec la ressource peut aider à créer un lien de confiance et ainsi favoriser la présence de l'homme en difficulté à son premier rendez-vous.

#### *4.2.2.4.1.2 L'impact de la référence personnalisée*

Le premier appel vers une ressource d'aide psychosociale ne se fait pas toujours directement auprès de la ressource d'aide qui offre un suivi à l'homme en difficulté. Lorsqu'elles sont contactées en premier, les ressources qui offrent un service ponctuel de consultation téléphonique, telles qu'Info-Social ou encore Urgence-Détresse, dirigent l'homme vers la ressource qui répond le mieux à ses besoins en fonction des problèmes discutés.

Lorsque Benoit a appelé Info-Social au moment où il avait de fortes intentions suicidaires, à la fin de la discussion l'intervenante a posé une action qui a fait une différence pour lui.

Cette personne-là, elle m'a dit : "Je vais donner ton numéro de téléphone à Partage au Masculin et ils vont t'appeler demain". [...] [Le lendemain,] c'est comme s'il y avait eu une communication avec la personne de la veille, qui lui avait dit : "Bon, cette personne-là est en détresse sévère". [...] J'ai eu l'impression, j'ai senti qu'un... que le suivi se faisait. (Benoit)

La référence directe et personnalisée de l'intervenante a été décisive dans le parcours de demande d'aide de Benoit. Lorsque Partage au Masculin l'a contacté le lendemain, il a bien senti que l'intervenante d'Info-social n'avait pas transféré que son nom et son numéro de téléphone. Bien que Benoit n'ait jamais su le contenu exact de l'échange entre les intervenants, ce transfert d'information a fait en sorte qu'il s'est senti pris au sérieux dans sa détresse. Cela l'a mis en confiance et l'a aidé à se présenter au premier rendez-vous. D'ailleurs, lorsque questionné sur l'élément qui a été le plus aidant dans tout son parcours de

demande d'aide, Benoit répond :

C'est l'appel... c'est l'appel au 811. [...] la personne nous réfère, dire "Regarde, je vais les appeler pour toi là, et ils vont t'appeler". Cet effet-là, je pense que ça a été l'élément déclencheur. [...] Tsé que ça soit pas moi qui sois obligé des appeler. Eux-autres ils m'ont appelé. (Benoit)

Au lieu de simplement donner de l'information sur Partage au Masculin à Benoit, l'intervenante a pris la responsabilité du contact initial. Elle s'est assurée que l'organisme allait tendre la main à l'homme en détresse, plutôt que de lui laisser le poids du premier appel. C'est ce geste de la part de l'intervenante, combiné à l'appel d'un intervenant de Partage au Masculin le lendemain, qui a fait en sorte que Benoit entame un suivi avec l'organisme. À l'inverse, si elle lui avait remis la responsabilité d'appeler Partage au Masculin par lui-même, la réponse de Benoit aurait été différente.

Ils te donnent un numéro de téléphone et... toi, tu les appelles jamais. À cause que tu retombes dans ton vieux pattern d'orgueil et d'homme fort. (Benoit)

Bien qu'il ne s'agisse que d'une situation vécue par un seul participant, la référence personnalisée a été un moyen efficace pour augmenter les probabilités qu'un contact initial à une ressource d'aide ponctuelle de consultation téléphonique, comme Info-Social, permette d'amorcer un suivi psychosocial auprès de la ressource vers qui il a été dirigé.

#### *4.2.2.4.1.3 La demande d'aide non conventionnelle*

Sauf Albert, tous les participants ont demandé de l'aide en appelant directement soit la ressource, soit leur médecin qui les a alors invités à contacter la ressource d'aide. Contrairement aux autres, Albert a utilisé une méthode plus inhabituelle pour entrer en contact avec Partage au Masculin et demander de l'aide : il s'est présenté en personne.

La fois que j'ai arrêté là, j'ai dit : "Là ça, ça y est". Tsé, moi j'étais pas pour appeler là. Moi je, j'arrête directement et, je rouvre la porte et je rentre. [Reçu par l'adjoint administratif], c'est lui le premier que j'ai rencontré, et là il voyait que... c'était urgent là. [...] Ils sont alertes et ils laissent pas trainer là. [...] Ils te laissent pas aller. [...] Tout de suite ils voient que c'est sérieux là. On le laisse pas aller dans la nature comme ça là, il faut faut s'en occuper. [...] C'est ça qui m'a accroché. (Albert)

Albert rapporte que l'adjoint administratif a pris le temps de l'accueillir et de l'écouter alors

qu'il était en crise. Il dit également s'être senti pris au sérieux dans sa détresse et avoir eu l'impression que l'organisme a réagi en fonction de celle-ci en le prenant en charge. Cette capacité de s'adapter, démontrée par l'organisme en reconnaissant la détresse derrière cette demande d'aide non conventionnelle, a été très significative pour Albert. À l'inverse, si l'organisme ne s'était pas adapté à sa demande d'aide non conventionnelle en lui demandant, par exemple, de repartir chez lui et d'appeler pour ouvrir un dossier, il est permis de supposer que cela aurait eu un effet dissuasif sur son parcours de demande d'aide.

Pour conclure, même si le premier contact n'est pas aussi déterminant pour tous, le fait qu'il se soit bien déroulé a amené plusieurs participants à sentir qu'ils étaient pris au sérieux dans leur détresse, ce qui les a aidés à poursuivre leur démarche.

#### **4.2.2.4.2 Les caractéristiques des services**

Les différents services d'aide psychosociale offerts à la population n'ont pas tous les mêmes caractéristiques. Certaines d'entre elles ont été aidantes et ont permis aux participants d'avancer dans le processus de demande d'aide.

Cette section présente les éléments en lien avec les services qui ont aidé les participants à mettre en place des stratégies pour obtenir de l'aide et à les maintenir. Elle traite des caractéristiques relevées par les répondants qui les ont aidés à se présenter au premier rendez-vous avec la ressource d'aide, soit le court délai entre la prise de contact et le premier rendez-vous, la gratuité des services et, pour l'un des participants, le sexe de l'intervenant.

##### *4.2.2.4.2.1 La rapidité du premier rendez-vous*

Considérant qu'ils attendent parfois longtemps avant de formuler une demande d'aide, les hommes en difficulté veulent souvent que leur dossier soit pris en charge rapidement lorsqu'ils se décident à le faire. Il s'agit d'une caractéristique explicitement appréciée par plusieurs participants, ceux-ci mentionnant avoir rencontré pour une première fois leur intervenant moins d'une semaine après leur demande d'aide initiale.

Une journée après ou deux jours, pas longtemps après. [...] Là je savais que

j'allais avoir rendez-vous, on dirait ça m'a fait du bien là : "J'ai quelqu'un qui va m'aider là. Tsé j'ai j'ai trouvé la place". (Albert)

Albert, qui avait refusé un rendez-vous avec une psychologue en raison de l'obstacle que représentait l'attente de quelques semaines, était visiblement soulagé d'avoir trouvé une ressource où il pourrait être rencontré rapidement. Il mentionne également que ce court délai d'attente est l'un des éléments qui a été le plus significatif dans son processus de demande d'aide.

Ça a été d'être pris rapidement. [...] Ben ça a été quand je suis rentré ici la première fois. T'arrives dans un environnement que tu connais pas, et que la personne s'aperçoit tsé, qui te donne un rendez-vous le plus rapidement possible, si rapidement là. (Albert)

Pour ce participant, ce sont donc le sentiment de reconnaissance de sa détresse et la rapidité du premier rendez-vous avec l'intervenant qui ont été les plus facilitants pour avancer dans son processus d'aide.

Les hommes qui ont épuisé leur bassin de solutions alternatives à la consultation d'un professionnel au moment de la demande d'aide peuvent vivre une forte détresse psychologique dans les jours suivant l'appel initial. Pour Benoit, qui faisait partie de cette catégorie d'hommes, la rapidité du premier rendez-vous a été très importante.

C'est un... vendredi je crois, et le dimanche matin j'étais assis drette dans la chaise ici et avec un intervenant de Partage au Masculin. Ça a été très rapide. (Benoit)

Si le début de son suivi ne s'était pas amorcé si rapidement, Benoit, qui s'était ouvertement opposé aux longs délais d'attente, précise néanmoins que le délai aurait été plus acceptable dans la mesure où il aurait minimalement obtenu une première rencontre en très peu de temps.

Ça serait moins pire là un coup que t'as rencontré une personne et que cet, tu sais qu'il y a une personne qui est là pour t'aider. (Benoit)

La rapidité du premier rendez-vous n'est pas seulement importante pour les hommes vivant une forte détresse psychologique.

Le fait de pas avoir un rendez-vous dans trois mois, c'est sûr ça l'avait un impact. [...] C'était plus le fait de dire : "D'y aller rapidement, tu recules plus,

tu veux ou pas, t'hésites plus". Tsé, je sais pas, si ça t'est déjà arrivé, on planifie toutes sortes de patentes, et juste avant de partir : "Ah ça me tente plus là. Ah bof, ouin ça va couter cher, ah ben eeehh..." C'est facile des fois revirer de bord. (Gérard)

Le témoignage de Gérard permet de comprendre comment un premier rendez-vous rapide a pu faire en sorte qu'il conserve sa motivation à recevoir de l'aide et lui a permis d'éviter de retomber dans ses vieilles habitudes. En plus de favoriser la présence des hommes à leur première rencontre, une telle rapidité peut avoir certains effets inattendus. Par exemple, Charlie a été interpellé par la rapidité de l'appel de la travailleuse sociale de son groupe de médecine familiale [GMF] après la référence du médecin.

Moi ça m'a fait réfléchir [...] "Ça va peut-être encore plus mal que je pensais" [...] On dirait, plus ça semble sérieux pour les gens autour, on dirait que ça rend vigilant. (Charlie)

Ainsi, la perception que la situation est grave au regard des professionnels de la santé a suscité chez lui une prise de conscience qui l'a amené à considérer que sa demande d'aide était encore plus justifiée qu'il ne le croyait.

En résumé, le fait d'obtenir rapidement un rendez-vous est un élément qui a grandement facilité le parcours de demande d'aide de plusieurs répondants jusqu'à leur première rencontre, en les amenant notamment à voir qu'ils sont pris au sérieux dans leur demande d'aide et qu'ils pourront, avec l'aide reçue, trouver des moyens pour soulager leur détresse.

#### *4.2.2.4.2.2 La gratuité des services*

Une autre caractéristique recherchée par un certain nombre d'hommes en ce qui a trait aux ressources d'aide est le faible coût ou encore la gratuité du service. Dans le cadre de cette recherche, l'impact positif de l'accès à une ressource gratuite peut surtout être observé chez les participants qui ont été confrontés aux honoraires des thérapeutes en cabinet privé.

On s'imagine que ça va couter la peau des fesses, et que qu'on aura pas les moyens d'aller voir un consultant comme ça. (Gérard)

Et puis je me suis dit : "c'est surtout le fait que c'était gratuit". (Hugo)

Ces participants jugeaient ne pas avoir les moyens d'accéder aux services de ces

professionnels, et ont éventuellement demandé de l'aide à une ressource qui offrait gratuitement ce type de services. Ainsi, la gratuité a été aidante dans leur processus de demande d'aide. Cet impact est toutefois plus évident dans le parcours d'Hugo, qui a un revenu annuel un peu moins élevé que les autres participants. C'est aussi le seul à avoir ouvertement mentionné que la gratuité était une caractéristique importante dans les facteurs facilitant la demande d'aide.

#### 4.2.2.4.2.3 *Le sexe des intervenants*

Parmi tous les participants, Hugo est le seul qui a trouvé aidante la certitude de pouvoir consulter un homme à Partage au Masculin.

Quin que ça soit des rencontres individuelles et que ça soit avec un homme.  
(Hugo)

Le fait que l'organisme n'engage que des hommes est une information qu'Hugo avait trouvée sur le site web de la ressource avant de faire sa demande d'aide, et c'est l'un des éléments qui l'a justement convaincu d'effectuer la démarche pour rencontrer l'un de ses intervenants. Dans le contexte où il avait vécu quelques expériences négatives dans le passé avec des intervenantes, Hugo accordait davantage sa confiance à un intervenant masculin avant même de se présenter à une première rencontre.

Ben d'être compris, et de pas être jugé, et de d'avoir des conseils qui viennent d'un homme. (Hugo)

Hugo semble avoir attribué le fait de s'être senti jugé et incompris dans ses suivis antérieurs au sexe de l'intervenante, et avoir conclu qu'un intervenant masculin comprendrait mieux ses problèmes. Dans ce contexte, la certitude de rencontrer un homme l'a aidé à surmonter l'obstacle que représentaient ses expériences antérieures négatives.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une caractéristique qui soit recherchée par la majorité des participants, le sexe de l'intervenant, du moins pour un répondant, a pu néanmoins avoir un impact facilitant le processus de demande d'aide. À noter que deux autres participants ont également mentionné avoir des préférences quant au sexe de l'intervenant, mais le contenu des entretiens ne permet pas d'établir si cette préférence a joué un quelconque rôle dans leur processus de demande d'aide.

#### 4.2.2.4.3 Le suivi psychosocial

Lorsque commence le suivi psychosocial, les hommes qui demandent de l'aide pour la première fois se retrouvent dans un milieu inconnu, ce qui requiert notamment qu'ils mettent de côté certaines contraintes associées à la masculinité traditionnelle. Cette section relève l'importance qu'ont eue la première rencontre pour les répondants et l'offre de services adaptés à leur réalité afin de favoriser leur engagement dans le suivi.

##### 4.2.2.4.3.1 La première rencontre

L'établissement du lien de confiance est une clé importante de la relation d'aide, qui est brièvement mentionné par plusieurs participants. En effet, la majorité d'entre eux rapportent que l'intervenant a su les mettre à l'aise ou les mettre en confiance dès la première rencontre, comme le témoigne ce passage de Gérard :

Il m'a mis en confiance, souriant [...] Je voyais qu'il était pour l'organisme.  
Il était là pour aider les gens. (Gérard)

Les participants rapportent avoir senti, au terme de leur première rencontre avec l'intervenant, qu'ils pouvaient avoir confiance en ce dernier et en l'organisation que celui-ci représentait. Le professionnalisme, l'empathie et l'écoute des intervenants semblent avoir été les points centraux pour développer cette confiance chez le participant.

Il m'écoutait... je voyais qu'il comprenait ce que je disais. Il comprenait ma douleur que j'avais, ma détresse que j'avais. [...] Mais après la première rencontre là... [...] je savais que cette ressource-là avait de quoi à m'apporter. Qu'est-ce que ça allait m'apporter ? Je savais pas sur l'instant, mais je sentais que ça allait me faire avancer.  
(Benoit)

Cette confiance a amené certains participants à sentir que l'organisme pouvait réellement leur apporter une aide concrète qui les guiderait dans leur situation problématique. Ces participants avaient alors l'impression que le temps et les efforts investis avec leur intervenant ne seraient pas en vain, ce qui les a incités à revenir à une prochaine rencontre.

En somme, l'intervenant joue un rôle important pour faciliter l'engagement de l'homme dans son suivi psychosocial. Sa capacité à mettre les hommes en confiance et à leur faire sentir qu'ils vont obtenir une aide concrète est une des caractéristiques qui a favorisé



l'engagement des participants dans leur suivi, et ce, dès leur première rencontre.

#### *4.2.2.4.3.2 Un service adapté pour les hommes*

Certains motifs de consultation, comme la rupture amoureuse, sont assez fréquents chez les hommes. Adapter l'intervention en leur offrant des services en fonction de leurs réalités spécifiques peut être une méthode efficace pour contribuer à leur engagement dans le suivi.

Ce que j'ai aimé dans Partage au Masculin, c'est que l'intervention ciblée était en fonction des difficultés relationnelles amoureuses, des séparations, faque le processus de deuil est vraiment fait en sorte de ça. [...] Le besoin est ciblé à cet item-là. (Édouard)

Édouard, qui vivait justement une séparation, a particulièrement apprécié l'intervention de groupe spécialement conçue pour aider les participants à traverser les difficultés éprouvées par les hommes en rupture amoureuse.

Peu importe le motif initial de consultation, l'adaptation du suivi en fonction des besoins des hommes est nécessaire. Certains participants mentionnent qu'ils cherchaient à obtenir une aide « concrète » ou encore à recevoir des outils qu'ils pourraient mettre en application dans leur vie quotidienne. Ce passage de François, alors qu'il compare l'aide reçue par deux ressources différentes dans son parcours, en est un bon exemple :

Je m'en allais là, je dis : "Je ressors de là avec un coffre d'outils, je suis capable de passer au travers le reste de mes jours". Oublie ça, oublie ça. Non. Alors que j'ai eu ici pas mal plus le coffre d'outils que là. (François)

Il mentionne par ailleurs, à la fin de son entretien, qu'il serait davantage porté à redemander de l'aide à Partage au Masculin dans le futur en raison des outils concrets qu'il y a reçus. Cela démontre qu'au-delà des discussions pendant l'intervention, il était important pour François de se sentir « outillé » à la sortie de ses rencontres.

D'autres participants ont également mentionné avoir apprécié l'aspect concret de l'aide reçue à Partage au Masculin. Cette aide concrète peut toutefois prendre différentes formes en fonction des participants et de leurs besoins. Par exemple, Hugo, qui déplorait la passivité des intervenants et la rigidité du format des rencontres en référence à certains suivis

antérieurs, mentionne :

Ce que j'aimais avec Y, c'est qu'il intervenait tout de suite quand on disait de quoi, il faisait des schémas sur son tableau et il expliquait. On dirait qu'il avait des réponses à tout. (Hugo)

Pour lui, l'utilisation de support visuel jumelée à des conversations et des interventions qui allaient droit au but répondait à ce qu'il attendait des rencontres. Benoit, de son côté, a vécu une expérience similaire démontrant le rôle important que joue l'intervenant pour adapter les services offerts aux hommes et leur offrir une aide qu'ils jugent concrète.

Je vais dire que l'animateur qu'on avait a favorisé beaucoup aussi le cheminement. [...] Il nous proposait des sujets à discuter, et c'était vraiment du concret. [...] Ça a été un impact direct pour continuer d'avancer. (Benoit)

Cette aide concrète a été, pour un homme comme Benoit, un point clé pour poursuivre son suivi.

En résumé, plusieurs participants ont apprécié le fait de recevoir une aide concrète et d'obtenir des outils pendant leurs rencontres. L'adaptation des services à la réalité masculine et la capacité des intervenants à répondre à leurs besoins sont des éléments importants qui favorisent l'engagement des hommes dans leur suivi.

Somme toute, les facteurs environnementaux que sont l'exposition à la publicité, le rôle du réseau informel, le rôle du médecin et les services d'aide psychosociale facilitent le processus de demande d'aide des hommes en difficulté. Dans la prochaine section, les principaux résultats en lien avec les facteurs personnels et environnementaux seront discutés.

## **Chapitre 5 – La discussion**

La section qui précède a décrit les résultats provenant d'entrevues de huit hommes racontant leur parcours pour parvenir à demander de l'aide psychosociale et à s'engager dans un suivi avec un intervenant. Ce chapitre met en relation les résultats provenant de ces entretiens avec le cadre théorique et la littérature scientifique. D'abord, le parcours des participants sera discuté et mis en lien avec le modèle sur la demande d'aide de Gross et McMullen (1983). Ensuite, les résultats liés aux facteurs personnels et aux facteurs environnementaux qui ont facilité le parcours des participants seront comparés à ce que l'on trouve dans la littérature scientifique. Enfin, des pistes de recherches futures à partir des résultats de ce mémoire seront explorées et seront suivies de leurs implications pour la pratique clinique.

### **5.1 Le modèle de Gross et McMullen**

Le modèle de Gross et McMullen (1983) sur les étapes du processus de demande d'aide est utilisé comme cadre d'analyse afin d'explorer les divers facteurs qui ont facilité la démarche des participants. Rappelons brièvement que ce modèle se divise en trois étapes : la perception de la situation problématique, la prise de décision et la recherche d'aide. Tout d'abord, cette section examine le processus de recherche d'aide des participants selon les différentes étapes du modèle. Elle approfondit aussi les éléments qui ont déclenché la demande d'aide des participants et enfin, elle aborde le fait que certains d'entre eux ont traversé deux processus distincts de demande d'aide.

#### **5.1.1 La perception de la situation problématique**

L'étape de la perception de la situation problématique se compose de trois parties distinctes. D'abord, l'individu doit prendre conscience de ses symptômes ou de sa situation difficile. Ensuite, il doit reconnaître que ceux-ci représentent véritablement un problème et enfin, il doit associer la situation jugée problématique et les conséquences ou symptômes qui en découlent à la possibilité de demander de l'aide.

Les participants sont généralement parvenus sans difficulté à percevoir les premiers symptômes liés aux changements de leur situation. Pour certains, ces symptômes se sont

manifestés graduellement sur une période de quelques semaines ou quelques mois. Denis, par exemple, identifie que la pression qu'il ressentait au travail s'est insidieusement installée durant quelques mois, sans toutefois pouvoir cibler exactement le moment où sa santé mentale a commencé à se détériorer. Quelques autres participants ont plutôt identifié qu'un évènement marquant, souvent la séparation soudaine d'avec leur conjointe, a représenté le début d'une période pénible dans leur vie. Il demeure difficile d'affirmer avec certitude que des facteurs comme l'adhésion aux normes masculines traditionnelles, la dissociation physique ou la dissociation émotionnelle aient pu nuire à la perception de ces premiers symptômes (Tremblay et coll., 2005). Même les participants qui adhéraient davantage aux normes de la masculinité traditionnelle ne semblent pas avoir rencontré de difficultés particulières à percevoir que quelque chose n'allait pas dans leur situation. Par exemple, après sa séparation, Benoit a avisé son employeur que sa situation familiale était très difficile et que son rendement au travail allait possiblement diminuer dans les temps à venir. En somme, la perception des symptômes initiaux a probablement été l'étape la plus facile à franchir pour les participants.

Des différences notoires entre les participants sont apparues lorsqu'ils ont eu à reconnaître leur situation comme étant problématique. En effet, quelques-uns ont rapidement cerné le sérieux ou la gravité de la situation, alors que d'autres ont plutôt eu tendance à en minimiser l'ampleur, à juger qu'elle était passagère ou à percevoir qu'ils demeuraient malgré tout en contrôle. Les participants qui appartenaient à cette deuxième catégorie étaient généralement ceux qui adhéraient plus fortement à certaines normes de la masculinité traditionnelle et qui n'avaient jamais demandé d'aide psychosociale auparavant. Comme Dulac (1997) le souligne, la socialisation masculine plus traditionnelle a appris aux hommes à demeurer en contrôle, à être autonomes et indépendants, ce qui peut faire en sorte qu'ils éprouvent davantage de difficulté à reconnaître qu'ils ont un problème. Il est probable que ces facteurs ont retardé l'étiquetage de la situation comme étant problématique jusqu'à ce qu'elle s'aggrave davantage. La tendance de nombreux hommes à nier leurs problèmes en raison de leur difficulté à les accepter (Tremblay et coll., 2015) a été observée chez quelques participants de la présente étude. Pour leur part, les participants qui avaient déjà demandé de

l'aide par le passé, tels qu'Édouard et Charlie, semblent avoir eu davantage de facilité à reconnaître la gravité de leurs symptômes.

Enfin, certains participants ont difficilement associé le fait que leurs symptômes puissent relever de la demande d'aide psychosociale au point où ils ont temporairement, et peut-être inconsciemment, mis de côté cette sous-étape de la perception de la situation problématique. Par exemple, quelques-uns d'entre eux sont directement passés à l'étape de la décision en tentant de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes ou en utilisant une forme d'automédication en réaction aux conséquences de ceux-ci, et ce, bien avant que la possibilité d'une demande d'aide psychosociale ne germe dans leur esprit. La trajectoire de Denis démontre ce phénomène. Ce participant a d'abord tenté d'alléger les effets néfastes sur sa santé mentale de son environnement de travail en augmentant sa productivité dans le but de satisfaire sa patronne pour qu'elle le laisse tranquille. Il reconnaissait donc avoir un problème au travail et tentait activement de le résoudre pour réduire les impacts négatifs de cette situation sur sa santé mentale. Toutefois, ce n'est que plus tard qu'il a réalisé, en discutant avec un ami qui participait à des rencontres individuelles à Partage au Masculin, qu'il pouvait en faire autant afin de l'aider à remédier aux conséquences de son problème. En résumé, Denis a associé son problème au travail, une composante de la première étape du modèle, à la demande d'aide psychosociale seulement après avoir tenté par lui-même de résoudre cette situation, ce qui appartient à la deuxième étape. Ce segment de sa trajectoire illustre bien que les étapes du processus de demande d'aide du modèle de Gross et McMullen (1983) ne sont pas nécessairement linéaires.

### **5.1.2 La prise de décision**

À la deuxième étape du modèle de Gross et McMullen (1983), l'individu analyse les coûts et les bénéfices des solutions possibles à son problème et décide ensuite de celle(s) qu'il mettra en place. Comme le souligne le mémoire de Rochette (2014), qui utilisait également ce modèle comme cadre théorique, le fait qu'un homme soit conscient de son problème ne signifie pas nécessairement qu'il va immédiatement demander de l'aide pour le régler. Selon ce modèle, outre la demande d'aide formelle, il existe trois catégories possibles de choix : ne rien faire et attendre que le problème se règle de lui-même, tenter de le résoudre

seul et enfin, décider d'en parler avec quelqu'un, généralement dans l'intention d'obtenir une forme de soutien.

À propos de la décision de ne rien faire pour régler leurs problèmes, Dulac (1997) met en lumière la tendance de certains hommes à croire que le temps va finir par arranger les choses, un phénomène également observé chez plusieurs participants. La majorité des hommes ayant participé au sondage de Tremblay et ses collaborateurs (2015) identifient d'ailleurs cette tendance comme un obstacle à la demande d'aide. Après la reconnaissance de leur situation problématique, les participants de la présente étude ont généralement traversé une telle période au cours de laquelle ils sont restés passifs devant leurs problèmes, dissimulant parfois même leur présence et leurs impacts négatifs. Chez les participants qui accordent une plus grande importance aux normes de la masculinité traditionnelle, cette décision, qu'elle soit consciente ou non, semble y être associée. Selon Dulac (1997 ; 2001) et Brooks (1998), le fait qu'un homme doive demeurer stoïque devant l'adversité et qu'il ne doive pas montrer ses émotions ni ses faiblesses peut l'amener à agir comme si la situation ne l'affectait pas afin de préserver son image d'homme fort. Le cas de François, qui admet avoir tenté de cacher son état plus fragile à son entourage et à son travail, et celui d'Albert, qui mentionne avoir gardé ses émotions douloureuses pour lui-même pendant une certaine période, en sont des exemples.

L'automédication est l'une des stratégies souvent utilisée par les participants pour dissimuler leurs symptômes, éviter d'affronter leurs problèmes ou simplement alléger temporairement leur souffrance dans le but de donner le temps à la situation de se résorber d'elle-même. Les principales formes d'automédication identifiées dans les propos des participants sont le surinvestissement au travail, l'intensification de l'exercice physique et l'augmentation de la consommation d'alcool. À cet effet, l'étude de Bordeleau, Dumitru et Plante (2010) note que l'alcool est plus souvent utilisé par les hommes que par les femmes comme stratégie pour s'adapter au stress. Les participants de l'étude de Tremblay et Careau (2014) soulignent que les hommes ont effectivement tendance à s'investir dans le sport ou le travail pour éviter de se pencher davantage sur leurs problèmes. Ce style de comportement est identifié par Dulac (1997) sous le nom de « comportements de mise entre parenthèses ».

Il s'agit de stratégies utilisées par des hommes pour créer une distance entre eux et leurs problèmes afin de protéger leur intégrité. Ces stratégies ont de fait été utilisées par les participants spécifiquement dans l'intention d'alléger un symptôme ou d'engourdir une souffrance émotionnelle : l'alcool pour parvenir à dormir, l'entraînement pour éviter de ressentir la peine d'une séparation récente ou encore le travail pour mettre sur pause les problèmes de la vie personnelle. En somme, les résultats de la présente étude sur l'automédication des hommes lorsqu'ils vivent un problème vont dans la même direction que ceux que l'on trouve dans la littérature scientifique.

Confrontés à l'aggravation de leurs symptômes et à l'inefficacité de l'attente, la majorité des participants ont tenté par la suite de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes. Il s'agit d'une tendance régulièrement observée chez les hommes dans la littérature scientifique (Dulac, 1997 ; Tremblay et coll., 2015 ; Turcotte et coll., 2002). Les participants de l'étude de Tremblay et Careau (2014) soulignent que l'image de l'homme traditionnel est encore très forte aujourd'hui et qu'elle affecte directement cette tendance. À titre d'exemple, Gérard a décidé de ne pas parler de ses problèmes de couple à son entourage tout en essayant sporadiquement d'améliorer sa communication avec sa conjointe. S'il précise qu'il est loin d'avoir tout tenté pour résoudre ses problèmes, d'autres ont mis en place plusieurs stratégies avant de consulter un professionnel. Par exemple, Benoit a lu des livres de croissance personnelle, a fait des recherches sur Internet et a décidé d'arrêter sa consommation d'alcool. Hugo a également lu divers livres et effectué des recherches sur Internet pour tenter de régler ses problèmes. Ces multiples tentatives démontrent la grande importance que certains hommes accordent à l'autonomie, une valeur liée à la socialisation masculine et régulièrement identifiée comme étant un obstacle à la demande d'aide des hommes en difficulté (Bizot et Dessureault, 2013, Dulac, 1997, Roy et coll., 2014, Turchetto, 2012, cité dans Roy et Tremblay, 2017). Enfin, plusieurs participants en sont venus à parler de leurs problèmes avec des membres de leur réseau naturel avant leur demande d'aide au réseau formel. Ce facteur, qui a généralement facilité le processus de demande d'aide des participants, sera toutefois approfondi ultérieurement dans la discussion.

Il semble que l'intensité des symptômes et la gravité de la situation aient amené les participants à agir plus rapidement pour tenter de régler leurs problèmes. Quelques-uns ont traversé une seule période d'inaction à laquelle a succédé une période plus active au cours de laquelle ils ont tenté de résoudre seuls leurs problèmes par diverses stratégies avant d'en parler à leur entourage et de finalement décider de demander de l'aide. D'autres ont plutôt alterné plusieurs fois avec les options suivantes : ne rien faire, régler eux-mêmes le problème et discuter de la situation avec leurs proches. Ce phénomène a généralement été observé lorsqu'une très longue période s'est écoulée entre l'apparition du problème et la demande d'aide psychosociale. Une hypothèse permettant d'expliquer ce fait est que certaines stratégies ont pu être efficaces ou temporairement alléger les symptômes ou encore réduire la gravité de la situation et ainsi diminuer leur inconfort, ce qui a entraîné une nouvelle période d'inaction où ils percevaient, peut-être même à tort, que leurs problèmes étaient réglés pour de bon. Dans un tel cas de figure, ces participants ont eu à franchir de nouveau l'étape de la perception du problème, ce qui illustre une fois de plus le caractère non linéaire entre les étapes et les sous-étapes du modèle de Gross et McMullen (1983).

### **5.1.3 Les éléments qui déclenchent la recherche d'aide**

La troisième et dernière étape du modèle de Gross et McMullen (1983) est celle de la recherche d'aide. Les auteurs de ce modèle précisent que les résultats positifs liés à cette étape surviennent lorsqu'il y a une congruence entre le besoin de l'individu, l'aide qu'il recherche et l'aide qu'il réussit à obtenir. La recherche d'aide est généralement composée de la collecte d'informations, du contact initial avec l'organisme et du suivi psychosocial. Divers facteurs, tels que la disponibilité de l'information ainsi que les caractéristiques des ressources d'aide et de l'intervenant lui-même, peuvent concourir à la réussite ou conduire à l'échec de cette étape et donc entrer en jeu dans la résolution du problème. Comme l'ensemble de ces facteurs sera ultérieurement traité dans la discussion, cette section portera sur un aspect crucial du processus de demande d'aide des hommes en difficulté : l'élément déclencheur.

Dulac (1997) soutient que la demande d'aide chez les hommes est généralement déclenchée par un événement extérieur plutôt que par un désir d'approfondir leur



fonctionnement personnel. Les frontières sont parfois floues entre la décision d'aller chercher de l'aide et le début de cette recherche dans la mesure où l'homme peut prendre contact avec une ressource immédiatement après avoir pris la décision de passer à l'action. Le déclenchement de la recherche d'aide est donc un moment charnière entre ces deux étapes du modèle de Gross et McMullen (1983) et dans le processus de recherche d'aide de l'homme de manière générale. Toujours selon Dulac (1997), il existe trois facteurs principaux qui déclenchent la demande d'aide chez les hommes : la crise, les pressions du réseau naturel pour qu'ils consultent un professionnel et le fait d'être physiquement incapables de continuer à travailler.

La crise, qui constitue le premier facteur, est définie par Dulac (1997) comme l'incapacité dans le temps à tolérer davantage la souffrance. Elle se rapporte à la tendance des hommes à attendre d'être « au fond du baril » avant de demander de l'aide, soit lorsque leur situation est devenue beaucoup très lourde. Cette tendance est observée chez les participants de l'étude de Tremblay et Careau (2014) et chez certains participants de la présente étude. Quelques-uns d'entre eux ont effectivement attendu avant de demander de l'aide psychosociale et ne l'ont fait que lorsque de fortes intentions suicidaires se sont manifestées ou après avoir tenté de s'enlever la vie. Il semble que le fait de traverser une telle épreuve devient un indicateur pour ces hommes que le temps est venu de s'adresser à des professionnels.

Le deuxième élément identifié par Dulac (1997), soit l'influence du réseau naturel, n'a pas été observé chez les participants de la présente étude. Ce réseau a tout de même joué un rôle important pour faciliter le processus de plusieurs participants, comme nous le verrons plus loin, en leur offrant, par exemple, un soutien émotionnel, informationnel ou instrumental, un phénomène également répertorié dans la littérature scientifique (Dulac, 1997, 2001 ; Fortin, 2016 ; Sierra-Hernandez et coll., 2014). Une hypothèse pouvant expliquer la différence qui existe entre l'étude de Dulac (1997) et la présente étude, outre la petite taille de l'échantillon de cette dernière, est le fait, d'une part, que la conjointe est identifiée dans la littérature comme étant la personne du réseau naturel qui est la plus influente pour amener un homme à rencontrer un professionnel et, d'autre part, que la

majorité des participants étaient en processus de séparation au moment de leur demande d'aide (Berger et coll., 2013 ; Cusack et coll., 2004 ; Harding et Fox, 2015 ; SOM, 2018).

Le troisième et dernier facteur identifié par Dulac (1997) est que l'homme estime qu'il n'a plus la capacité physique de tolérer la situation problématique. Cette incapacité fait particulièrement référence à l'emploi, par exemple lorsqu'il n'est plus en mesure d'accomplir physiquement ses tâches au travail. De manière similaire, Smith et ses collaborateurs (2008a) soulignent que la difficulté à travailler, ou encore à poursuivre leurs activités de la vie quotidienne, est un signe pour les hommes que quelque chose ne fonctionne pas et qu'ils devraient demander de l'aide à leur médecin. Ce troisième type de déclencheur n'a toutefois pas été identifié chez les participants de la présente étude. Quelques-uns ont certes rapporté une diminution de rendement au travail, mais ils ne l'ont aucunement liée à une raison ayant pu motiver une demande d'aide et encore moins à un élément qui l'aurait directement déclenchée. Le seul cas qui s'y approche est celui-ci de Denis, qui a consulté son médecin pour obtenir un billet d'arrêt de travail parce qu'il ne se voyait plus capable d'aller travailler. Par contre, cette impossibilité de travailler se situait sur le plan émotionnel et psychologique, dans la mesure où son milieu de travail, et particulièrement sa patronne, était, selon lui, directement responsable de la dégradation de son état. Encore une fois, la petite taille de l'échantillon et peut-être également la nature des emplois des participants peuvent expliquer la raison pour laquelle ce facteur n'a pas pu être corroboré dans la présente étude. À noter que certains participants ont initialement consulté leur médecin en raison d'une grande difficulté ou d'une incapacité à dormir, un phénomène également identifié dans Dulac (1997).

Pour conclure cette section, il est important de mentionner que la demande d'aide de quelques participants ne semble pas avoir été déclenchée par l'un ou l'autre des trois facteurs identifiés par Dulac (1997) : ils ne traversaient pas de crise similaire à celle de Benoit, Charlie ou François, leurs proches les ont certes influencés dans leur processus sans toutefois exercer une pression sur eux qui aurait déclenché la demande d'aide et leur corps leur permettait toujours de fonctionner. Pour ces quelques participants, il semble que ce soit l'accumulation de divers facteurs, dont le passage du temps, qui a éventuellement déclenché leur demande

d'aide. Denis, par exemple, affirme qu'un mélange de l'aggravation de son état, des conseils de son médecin et de ceux de son amie, de l'inefficacité des stratégies précédemment utilisées et de sa bonne connaissance de Partage au Masculin l'a amené, au fil du temps, à prendre la décision de consulter un professionnel. Il est possible d'observer ici la présence de facteurs plus « négatifs » qui ont augmenté l'inconfort de Denis par rapport à sa situation difficile, mais également de facteurs plus « positifs » qui ont facilité l'ensemble de son processus de demande d'aide. Bien que la nature des facteurs varie en fonction des participants, le principe de base demeure le même : c'est l'accumulation de ces facteurs qui en vient à déclencher leur demande d'aide. L'hypothèse expliquant ce fait est que les divers facteurs qui ont facilité la trajectoire de ces hommes leur ont permis de surmonter les obstacles présents dans leur trajectoire de demande d'aide plus rapidement, plus facilement et surtout avant de se rendre au bout du rouleau et de traverser une crise suicidaire.

#### **5.1.4 Le double processus de demande d'aide**

Les entretiens avec les participants mettent en lumière un constat qui mérite d'être souligné en lien avec le modèle de Gross et McMullen (1983) : la majorité des participants ont traversé non pas un, mais bien deux processus de demande d'aide. En effet, bien que tous les participants aient fait une demande d'aide psychosociale puisqu'il s'agissait de l'un des critères de sélection pour participer à la présente recherche, certains d'entre eux avaient également effectué une demande d'aide médicale pendant leur parcours. Ces deux processus sont distincts l'un de l'autre, progressent chacun à leur rythme et possèdent les mêmes étapes à franchir pour parvenir à rencontrer un professionnel. Les résultats de ce mémoire montrent que certains obstacles, tels que la tendance des participants à dissimuler leurs problèmes, peuvent simultanément entraver la trajectoire des deux types de demande d'aide, alors que d'autres obstacles, comme la méconnaissance des services, les délais d'attente ou encore l'orgueil masculin, semblent principalement toucher la demande d'aide psychosociale. Il en est de même pour les facteurs qui facilitent la demande d'aide : certaines interventions des proches peuvent, par exemple, avoir spécifiquement comme objectif d'amener l'homme à rencontrer un professionnel en particulier, et elles peuvent tout aussi bien avoir pour but de l'aider, de manière plus générale, à prendre conscience de la gravité de sa situation. Ces deux demandes d'aide, même si elles possèdent manifestement des points en commun, demeurent distinctes l'une de l'autre.

Bien sûr, la nature de la situation problématique ne nécessite pas toujours l'intervention professionnelle à la fois du médecin et de l'intervenant psychosocial. À titre d'exemple, le problème de communication de Gérard avec sa conjointe n'a pas généré de symptômes nécessitant une intervention médicale et s'est résorbé lorsqu'il a effectué des consultations à Partage au Masculin. Il va également sans dire qu'un grand nombre de problèmes médicaux ne requièrent aucune consultation psychosociale. Toutefois, lorsque la situation problématique et les symptômes qui en découlent nécessitent une demande d'aide sur les deux plans (médical et psychosocial), les trajectoires des participants montrent que ces deux processus peuvent évoluer à des rythmes parfois similaires, parfois différents. Le parcours de Benoit illustre bien les deux processus qui se déroulent à des rythmes différents et le délai parfois considérable qui peut s'écouler entre les deux demandes d'aide. L'aggravation de son insomnie après sa séparation l'a rapidement amené à consulter son médecin dans l'intention spécifique d'obtenir des somnifères. Toutefois, malgré l'intervention de ce professionnel en faveur de la consultation d'un professionnel d'aide psychosociale, Benoit refusait d'admettre que l'ensemble de sa situation problématique était également du ressort de ce type de demande d'aide. Il est longtemps resté à la première puis à la deuxième étape du modèle de Gross et McMullen (1983) en ce qui a trait à sa demande d'aide psychosociale alors qu'il avait complété sa demande d'aide médicale. Benoit a finalement décidé de demander de l'aide psychosociale beaucoup plus tard pour des raisons tout à fait différentes de ce qui l'avait d'abord amené chez son médecin.

En revanche, le parcours d'Albert est un exemple de deux processus ayant progressé à un rythme similaire et dont les demandes d'aide ont été déclenchées par le même facteur. Après sa séparation, ce participant s'est tourné pendant un certain temps vers son entourage pour obtenir du soutien, mais le fait de toucher « le fond du baril » l'a amené à réaliser que le soutien de son réseau naturel n'était plus suffisant et que la consultation de professionnels devenait incontournable. Cette prise de conscience l'a simultanément amené à franchir l'étape de la prise de décision et celle de la recherche d'aide afin de rencontrer son médecin et un professionnel d'aide psychosociale. La consultation avec le médecin a tout de même eu lieu plusieurs jours avant la rencontre avec un intervenant, comme ce participant avait une

meilleure connaissance des ressources médicales que des ressources psychosociales. La trajectoire d'Albert démontre par le fait même qu'il n'y a aucune nécessité que l'un des deux processus de demande d'aide se termine pour que l'autre débute. Les demandes d'aide se situent non pas sur un, mais bien sur deux continuums différents. Le parcours d'Albert et celui de Benoit illustrent les différences qu'il peut y avoir dans le processus de demande d'aide médicale et psychosociale des hommes en difficulté.

Il n'en demeure pas moins que presque tous les participants qui ont consulté leur médecin possèdent une caractéristique en commun : ils ont rencontré ce professionnel avant de formuler leur première demande d'aide psychosociale. Certains d'entre eux ont conclu qu'un médecin pouvait sans doute les aider à soulager leurs symptômes bien avant d'associer leurs problèmes à la consultation d'un intervenant psychosocial. Cela signifie qu'ils n'avaient pas encore complété la première étape du modèle de Gross et McMullen (1983), soit la perception que leur problème relevait également de la demande d'aide psychosociale, au moment de consulter leur médecin. Quelques raisons peuvent expliquer cette situation. D'abord, les participants ont généralement affronté beaucoup plus d'obstacles dans leur processus de demande d'aide psychosociale qu'ils en ont rencontré en ce qui a trait à leur demande d'aide médicale. Sans en faire une liste exhaustive, il est possible d'identifier quelques-uns de ces obstacles : la méconnaissance des services, les expériences antérieures négatives avec un intervenant et, pour quelques participants, les exigences de la relation d'aide opposées aux normes de la masculinité traditionnelle. Il s'agit d'éléments également recensés dans la littérature scientifique (Brooks, 1998 ; Tremblay et coll., 2016). Une autre piste d'explication est que le médecin est en mesure d'apporter une aide instrumentale que les intervenants ne peuvent pas offrir, comme la prescription de médicaments et la signature d'un billet d'arrêt de travail, deux motifs de consultation identifiés à quelques reprises par les participants. Au sujet de l'arrêt de travail, Dulac (1997) précise que celui-ci peut avoir une valeur symbolique pour certains hommes, témoignant du sérieux de la situation problématique.

Les participants semblent donc avoir eu davantage de raisons de consulter ce professionnel et une plus grande aisance à le faire, et à ainsi compléter leur processus de demande d'aide médicale, qu'ils en ont eu pour rencontrer rapidement un professionnel

d'aide psychosociale. Ces résultats confirment les données qui se trouvent dans la littérature en lien avec la consultation des professionnels. À cet effet, rappelons brièvement que 87 % des hommes se disent à l'aise de consulter un professionnel pour une question de santé physique par rapport à 67 % pour ce qui est de l'aide psychosociale, que 71 % des hommes vivant une détresse psychologique probable disent avoir consulté un médecin dans la dernière année comparativement à seulement 29% qui ont fait appel à un intervenant psychosocial, et que les deux tiers des hommes rapportent qu'ils consultent leur médecin pour leurs problèmes émotionnels ou personnels (SOM, 2018 ; Tremblay et coll., 2015 ; Tremblay et coll., 2016). Dulac (2001) soulignait déjà la tendance des hommes à consulter leur médecin dans le but d'atténuer leur souffrance psychologique. Par ailleurs, le fait que les participants cherchaient généralement à obtenir un billet d'arrêt de travail ou des médicaments pour dormir, et non pas à se faire guider vers un intervenant psychosocial, tend à confirmer qu'ils étaient rendus moins loin dans les étapes de leur processus d'aide psychosociale au moment où ils ont consulté leur médecin.

Rappelons que les médecins sont identifiés dans la littérature scientifique comme des individus qui possèdent une grande influence sur les choix que font les hommes en matière de santé et sur leur demande d'aide psychosociale (Berger et coll., 2013 ; Cusack et coll., 2004 ; SOM, 2018). Les résultats de la présente étude sur l'influence du médecin auprès des hommes qui vivent des difficultés psychosociales vont dans la même direction. Lorsque cette influence est jumelée au fait que les hommes, au moment de consulter leur médecin, n'ont généralement pas encore pris la décision de consulter un intervenant psychosocial ou ne possèdent pas les informations nécessaires pour mener cette demande d'aide à terme, il est possible de conclure que les médecins se retrouvent alors dans une bonne position pour faciliter leur processus de demande d'aide. Cela rejoint les études qui indiquent que la demande d'aide médicale de certains hommes pour des problèmes de santé physique jugés légitimes les a ensuite amenés à demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale sous-jacents à leurs symptômes physiques (Bennet et coll., 2005, O'Brien et coll., 2005, cités dans Hoy, 2012).

En fonction de la situation de l'homme et de l'étape du modèle de Gross et McMullen (1983) à laquelle il se trouve dans son processus d'aide psychosociale, le médecin est donc en mesure de poser des actions concrètes pour faciliter le passage vers l'aide psychosociale. La rencontre entre François et son médecin illustre bien comment le médecin peut faciliter les différentes étapes du processus de demande d'aide psychosociale d'un homme en difficulté. L'analyse de cette rencontre permet d'établir que ce participant n'avait pas compris, en raison de son faible degré de connaissances des ressources d'aide et de leur fonctionnement, que son problème était également du ressort d'une demande d'aide à un organisme comme Partage au Masculin. Son médecin lui a donné de l'information ainsi qu'une référence à l'organisme qui lui ont permis non seulement de franchir l'étape de la perception que son problème relevait d'une demande d'aide psychosociale, mais également de parvenir à l'étape de la décision de demander cette aide. De plus, bien que le médecin ne lui ait pas directement offert de soutien à l'étape de recherche d'aide, le fait que François a appelé l'organisme en sortant de la consultation démontre que ce professionnel a facilité cette étape et grandement influencé la demande d'aide psychosociale de cet homme en difficulté.

Cet exemple démontre que le médecin peut avoir un rôle à jouer à chacune des trois étapes du modèle de Gross et McMullen (1983) pour faciliter la demande d'aide psychosociale d'un homme en difficulté tout en illustrant le principe d'un processus double de demande d'aide. Il est important de noter que ce processus double implique également qu'un homme puisse compléter son processus de demande d'aide psychosociale sans avoir pris la décision de consulter son médecin. En effet, des obstacles exclusifs à la demande d'aide médicale, tels que la crainte de recevoir une prescription de médicaments, le fait d'avoir déjà vécu une expérience négative avec un médecin ou la peur de devoir renoncer à certaines habitudes de vie, peuvent sans doute retarder la consultation avec un médecin (Griffith, Ober-Allen et Gunther, 2011 ; Lynch, Long et Moorhead, 2018). Dans la mesure où l'intervenant détecte que la situation problématique de l'homme nécessite qu'il doive également consulter un médecin, le professionnel d'aide psychosociale peut jouer un rôle similaire pour soutenir l'homme dans sa demande d'aide médicale. L'intervenant peut, par exemple, expliquer pourquoi il serait préférable que l'homme consulte également un médecin, démystifier les fausses perceptions sur la médication si tel est le problème, lui

donner l'information nécessaire pour qu'il complète sa demande, faire une référence personnalisée lorsque c'est possible. Cette hypothèse reste toutefois à vérifier puisque les participants qui ont consulté un médecin l'ont tous fait avant de rencontrer un intervenant psychosocial.

En conclusion, les résultats de la présente étude permettent d'établir, en fonction du modèle de Gross et McMullen (1983), que plusieurs hommes traversent deux processus de demande d'aide distincts, soit un processus médical et un processus psychosocial. Les prochaines sections examineront, un à un, les divers éléments qui ont facilité le processus de demande d'aide des participants aux différentes étapes du modèle de Gross et McMullen et qui ont été présentés dans la section portant sur les résultats. Des liens avec ce modèle seront établis au fil de ces différentes sections.

## **5.2 Les facteurs personnels facilitant la demande d'aide**

Cette section compare l'impact des facteurs personnels qui ont facilité le processus de demande d'aide des participants avec la littérature scientifique. Plus spécifiquement, elle analyse les effets des intentions suicidaires et de la crise suicidaire, ainsi que ceux des expériences antérieures de demande d'aide de quelques participants.

### **5.2.1 Les intentions suicidaires et la crise suicidaire**

Les propos des participants permettent d'affirmer que les intentions suicidaires ou une tentative de suicide ont eu un impact sur leur processus de demande d'aide. Quelques-uns ont en effet contacté une ressource d'aide pendant une crise suicidaire ou peu de temps après celle-ci, ce qui corrobore les travaux de Dulac (1997) sur ce sujet. Si l'effet d'une crise suicidaire sur la demande d'aide est sans équivoque chez ces participants, la littérature scientifique demeure partagée sur cette question. L'une des positions adoptées par différents auteurs est que la présence d'idées suicidaires est un élément qui facilite la demande d'aide et l'utilisation des services. Outre les travaux de Dulac (1997), les résultats du sondage du SOM (2018) et de l'étude de Deane et Todd (1996) indiquent que le fait de développer des idées suicidaires serait un facteur qui augmenterait les intentions des hommes à demander de l'aide. Ces résultats vont dans la même direction que ceux de Tremblay et Careau (2014),



qui mentionnent qu'une forte majorité des participants de leur étude avaient des idées suicidaires et étaient en crise au moment de la demande d'aide. Certains participants de cette étude avaient également fait au moins une tentative de suicide avant leur demande d'aide.

Une autre position qui est soutenue dans la littérature est que la présence d'idées suicidaires est, au contraire, un obstacle à la demande d'aide. Selon ces études, ces idées amèneraient les individus à développer une attitude plus négative par rapport à la demande d'aide, ce qui est en soi un obstacle à celle-ci (Calear, Batterham et Christensen, 2014). De plus, plusieurs auteurs notent que ces idées réduisent l'intention des individus à demander de l'aide (Calear, Batterham et Christensen, 2014 ; Carlton et Deane, 2000 ; Han, Batterham, Calear et Randall, 2018 ; Hom, Stanley et Joiner, 2015). Des auteurs rapportent qu'une corrélation négative existe entre ces deux variables : plus les idées suicidaires seraient fortes et moins les individus auraient l'intention d'aller chercher de l'aide en raison de celles-ci (Carlton et Deane, 2000). D'autres auteurs proposent le concept du *Help-negation* pour expliquer l'impact négatif que les idées suicidaires peuvent avoir sur les intentions de demander de l'aide. Selon ce concept, les individus ayant de fortes idées suicidaires ont tendance à rejeter le soutien des autres et les traitements en raison de leur pessimisme et du désespoir entraîné par leurs idées noires (Clark et Fawcett, 1992, Rudd, Joiner et Rajab, 1995, cités dans Hom, Stanley et Joiner 2015).

Les propos des participants corroborent les résultats des recherches soutenant la première de ces deux positions, soit celle voulant que les idées suicidaires facilitent la demande d'aide et l'utilisation des services. En effet, les intentions suicidaires de Benoit l'ont amené à contacter le 811 afin de protéger ses enfants. Pour sa part, les propos de François permettent d'affirmer que sa tentative de suicide l'a également aidé à réaliser que sa situation nécessitait l'intervention de son médecin. La crise suicidaire des participants a donc facilité, et déclenché pour certains, leur demande d'aide initiale auprès du médecin ou au 811. Appliquée au modèle de Gross et McMullen (1983), cette crise a influencé diverses étapes du processus de demande d'aide des participants. D'abord, devant l'intensité de leurs intentions suicidaires et l'augmentation de leur détresse, ils en sont venus à réaliser que leurs stratégies actuelles étaient inefficaces pour réduire la gravité de leurs problèmes et de leurs

symptômes, et que la décision de s'adresser à un professionnel devenait donc incontournable. De plus, considérant que la recherche d'aide a eu lieu très rapidement une fois leur décision prise, il est raisonnable d'avancer que cette crise a également facilité la mise en œuvre de la troisième étape du modèle de Gross et McMullen (1983).

Enfin, la crise suicidaire de Charlie est particulièrement intéressante à analyser, car en plus de permettre d'en observer l'impact à chaque étape du modèle de Gross et McMullen (1983) elle illustre aussi son caractère non linéaire. En effet, bien que Charlie ait depuis longtemps reconnu la dégradation de son état comme étant problématique et qu'il ait tenté de résoudre son problème par lui-même, la manifestation de ses fortes intentions suicidaires l'a amené à réévaluer l'ensemble de sa situation, ce qui fait partie de la première étape du modèle de Gross et McMullen. Il a alors réalisé que celle-ci était devenue critique et qu'il était anormal, selon sa perspective, qu'une personne ayant une maison, un travail et une famille qu'il aime soit si près de s'enlever la vie. Cette analyse a ensuite fait pencher la balance décisionnelle en faveur d'une confrontation avec sa conjointe qui s'opposait à sa demande d'aide, ce qui appartient à la deuxième étape du modèle, pour finalement parvenir à passer à l'action et à consulter son médecin le lendemain, qui se veut la troisième et dernière étape du modèle.

Quelques pistes peuvent expliquer la position unanime des participants sur l'impact des intentions suicidaires sur leur processus de demande d'aide. D'abord, les études soutenant l'impact négatif des idées suicidaires ont été réalisées avec des échantillons représentant des populations variées. À l'inverse, les études soutenant la position opposée, comme celle de Tremblay et Careau (2014), ont généralement été réalisées spécifiquement auprès d'hommes en difficulté. Il est possible que la similarité entre les échantillons de ces recherches et celui de la présente étude puisse en partie expliquer le fait que la crise suicidaire ait eu un impact positif chez tous les participants qui ont traversé cette épreuve. Un autre élément qui peut partiellement expliquer la raison pour laquelle une seule des deux positions est représentée dans la présente étude est la taille de l'échantillon : celui-ci est constitué de huit hommes, dont seulement trois ayant traversé une telle crise. Il est également important de considérer le fait que la présente recherche visait à rencontrer des hommes qui étaient

parvenus à demander de l'aide. Or, si les intentions suicidaires peuvent être, pour certains hommes, un obstacle majeur à leur demande d'aide, il est probable que ceux-ci en arrivent plus rarement à rencontrer un professionnel d'aide psychosociale. Comme la présente recherche visait à rencontrer des hommes qui avaient demandé de l'aide, ceux qui n'y sont pas parvenus en raison de cet obstacle majeur ne répondaient donc pas aux critères de sélection. Dans ce contexte, il est fort possible que la probabilité de faire partie de l'échantillon ait été plus grande chez ceux pour qui la crise suicidaire avait facilité leur processus de demande d'aide.

Enfin, une dernière piste de réflexion est proposée grâce au projet de recherche de Séguin et ses collaborateurs (2005) sur les décès par suicide de 104 hommes en 2002-2003 au Nouveau-Brunswick. Les résultats des autopsies psychologiques pratiquées sur ces hommes révèlent que la forte majorité d'entre eux cumulaient suffisamment de symptômes pour croire qu'ils étaient en dépression. De plus, environ la moitié d'entre eux avaient rencontré un professionnel de la santé physique environ un mois avant de s'enlever la vie. Cela signifie que ces hommes avaient probablement des idées suicidaires lorsqu'ils ont demandé de l'aide, bien que la demande n'ait pas porté sur celles-ci. Cette recherche démontre l'existence de deux réalités distinctes : certains hommes demandent de l'aide lorsqu'ils ont des idées suicidaires tandis que d'autres mettent fin à leurs jours en silence. Ces diverses hypothèses et les propos tenus par les participants de la présente étude permettent d'affirmer que la présence d'intentions suicidaires peut faciliter le processus de demande d'aide d'hommes en détresse. Toutefois, si on se fie à d'autres études, ces mêmes intentions peuvent à l'inverse nuire au processus de demande d'aide.

### **5.2.2 Les expériences antérieures de demande d'aide**

Une expérience positive d'aide reçue par un intervenant psychosocial est un facteur qui peut faciliter un futur processus de demande d'aide d'un homme en difficulté. L'étude de Deane et Todd (1996) avance que les hommes qui ont déjà demandé de l'aide psychosociale sont généralement plus disposés à en redemander comparativement aux hommes qui n'en ont jamais demandé. Sur la scène québécoise, Turcotte et ses collaborateurs (2002) en viennent à la même conclusion : une expérience de demande d'aide jugée satisfaisante par un homme

peut faciliter ses futures demandes d'aide. D'autres études, chacune réalisée auprès d'une population possédant des caractéristiques distinctes, tirent la conclusion qu'une intervention psychosociale jugée positive par un individu peut faciliter sa prochaine demande d'aide (Caperton et coll., 2020 ; Cusack et coll., 2004 ; Hom, Stanley et Joiner, 2015). L'effet bénéfique qu'une démarche positive avec un intervenant peut avoir sur les demandes d'aide psychosociale subséquentes ressort donc dans la littérature scientifique.

Les propos des participants confirment les résultats de ces études. Édouard et Charlie ont rapporté avoir eu quelques expériences positives avec d'autres professionnels avant leur demande d'aide à Partage au Masculin. Excluant l'opposition de la conjointe de Charlie, il a été relativement facile pour ces deux participants d'aller chercher l'aide qui leur était nécessaire : ils se sentaient à l'aise vis-à-vis des exigences de la relation d'aide (exprimer leurs émotions, être vulnérables, confronter leur douleur, etc.), faisaient déjà confiance aux professionnels en général et possédaient une bonne connaissance des ressources d'aide ainsi qu'une compréhension du suivi psychosocial. Sur ce dernier point, des auteurs avancent qu'une meilleure connaissance des services d'aide peut expliquer en partie pourquoi les individus qui ont demandé de l'aide dans le passé ont tendance à développer une ouverture et une attitude plus favorable à la demande d'aide (Kim, Saw et Zane, 2015). Ces résultats vont dans la même direction que ceux d'Harding et Fox (2015) qui stipulent qu'une bonne compréhension du fonctionnement de l'intervention psychosociale facilite la demande d'aide.

Les expériences antérieures positives permettent également de développer une familiarité avec une ressource en particulier et d'y retourner plus facilement en cas de besoin futur. À titre d'exemple, Édouard s'est adressé plusieurs fois au même psychologue dans sa vie après une première expérience positive avec ce dernier et Denis a pris part à des rencontres individuelles à Partage au Masculin après avoir longtemps participé aux cafés-discussion de l'organisme. Ces résultats corroborent ceux de Turcotte et ses collaborateurs (2002) qui soulignent la propension des hommes à revenir plus facilement vers les organismes qu'ils connaissent et dont ils ont déjà utilisé les services dans le passé. Il est possible que l'impact positif de la confiance développée lors d'une expérience positive soit

plus fort si l'homme peut avoir la certitude de recevoir de l'aide de la part de la même ressource ou du même intervenant qu'il a consulté lors de sa première demande d'aide.

Tout comme l'ont démontré les résultats de l'étude d'Harding et Fox (2015), les participants de la présente étude qui n'avaient jamais demandé d'aide étaient ceux qui possédaient le plus faible degré de connaissances des ressources existantes et qui entretenaient le plus de préjugés à l'égard des intervenants. À ce sujet, il est permis de croire que l'expérience positive de ces participants à Partage au Masculin a réduit la probabilité qu'ils rencontrent les mêmes obstacles s'ils font face à nouveau à des problèmes nécessitant l'intervention d'un professionnel. En effet, cette expérience a modifié leurs perceptions négatives par rapport à la consultation psychosociale, puisque certains rapportent que leur passage à Partage au Masculin leur a permis de développer une nouvelle perspective sur la demande d'aide des hommes et de réaliser que leurs préjugés n'étaient pas fondés. Ils mentionnent également que l'aide reçue les a amenés à s'ouvrir davantage sur leurs difficultés avec leur entourage et à écouter les problèmes des autres. Dans l'ensemble, il est possible de constater que l'expérience positive de ces participants, qui n'avaient auparavant jamais consulté un intervenant, leur a permis de développer des connaissances et de modifier leurs attitudes ainsi que leurs comportements, ce qui facilitera probablement leurs prochaines demandes d'aide psychosociale.

Ces impacts positifs sur le processus de demande d'aide des hommes peuvent favoriser le passage à la deuxième puis à la troisième étape du modèle de Gross et McMullen (1983). En effet, le constat de l'efficacité de la consultation d'un professionnel, la confiance développée envers celui-ci et le fait de savoir à quoi s'attendre des services rendent la décision de réutiliser cette stratégie dans le futur beaucoup plus facile à prendre. À cet égard, les résultats d'une étude récente sur les pères au foyer ayant demandé de l'aide pour une dépression révèlent que ces hommes : « *would return "if necessary" because of having had good experiences, knowing there "are good ones (therapists) out there."* » (Caperton et coll., 2020). Pour ces pères, tout comme pour Charlie, Édouard et Hugo, c'est principalement la confiance développée envers ces professionnels pendant leur suivi psychosocial qui facilitera les futures décisions de demande d'aide psychosociale. Pour sa part, l'étape de la recherche

d'aide est principalement favorisée par la familiarité que les hommes développent avec les ressources d'aide. La première demande d'aide a permis aux participants d'acquérir des connaissances utiles sur l'existence et le fonctionnement des services qui leur sont offerts. Elle leur a permis, par exemple, de savoir qu'il existe des alternatives gratuites aux services rémunérés en cabinet privé et des alternatives rapides aux délais d'attente du réseau public qui font parfois obstacle à la demande d'aide des hommes (Tremblay et Careau, 2014). La trajectoire de demande d'aide de Gérard le démontre bien : ne connaissant pas les ressources communautaires et croyant que la seule aide disponible était plutôt dispendieuse, il est longtemps resté dans l'inaction.

En somme, l'expérience d'une première demande d'aide et les connaissances qu'elle apporte facilitent les futures recherches d'aide en apprenant aux hommes le chemin qu'ils doivent emprunter s'ils ressentent à nouveau le besoin de consulter un professionnel.

### **5.3 Les facteurs environnementaux facilitant la demande d'aide**

Cette section s'attarde aux différents facteurs environnementaux qui ont facilité le processus de demande d'aide des participants. Les thèmes abordés sont : la publicité, le témoignage, le réseau naturel, l'influence des enfants, le médecin, le soutien à la suite de la demande initiale et les services d'aide. Encore une fois, ces différents sujets seront comparés aux connaissances présentes dans la littérature scientifique.

#### **5.3.1 La publicité**

On ne peut aborder le sujet de la publicité comme élément qui facilite la demande d'aide des hommes sans rappeler qu'environ 30 % d'entre eux n'ont aucune idée des services qui sont disponibles pour eux (SOM, 2021). Il s'agit d'une réalité qui perdure, considérant que Dulac (1997) la soulevait il y a une vingtaine d'années et que les études québécoises plus récentes, à la fois sur le plan régional et provincial, font de même (Lajeunesse et coll., 2013 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2015). Rappelons ici que Woods et ses collaborateurs (2005) identifient la méconnaissance des ressources comme un facteur allant à l'encontre de la demande d'aide et que Legris et Landry (2020) précisent que la peur de l'inconnu est un aspect qui peut également représenter un obstacle à la consultation d'un

professionnel. Les actions publicitaires en promotion de la santé peuvent donc être un outil pertinent pour améliorer la connaissance des services chez les hommes et ainsi faciliter leur processus de demande d'aide psychosociale.

De manière plus spécifique, les thèmes concernant la publicité présents dans les entretiens des participants sont la prévention, l'élément déclencheur et les milieux fréquentés par les hommes.

### **5.3.1.1 La publicité utilisée comme moyen de prévention**

Pour faciliter la demande d'aide des hommes, la publicité peut être utilisée dans un contexte de prévention. Les participants de quelques études québécoises soulignent que des campagnes publicitaires de prévention à visée éducative pourraient être réalisées auprès des hommes pour contrer certains obstacles à leur demande d'aide (Legris et Landry, 2020 ; SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014). Ce type de publicité s'inscrit dans l'approche éducative de la promotion de la santé, telle que définie par Naidoo et Wills (2000), et vise à transmettre des connaissances et de l'information aux individus afin qu'ils développent les compétences nécessaires pour faire des choix éclairés par rapport à leur santé. Cette approche est conséquente avec les besoins nommés par les hommes et rejoint les résultats du sondage du SOM (2018) selon lequel 42 % des répondants indiquent que le fait de « savoir à quoi s'attendre » des ressources d'aide pouvait grandement faciliter leur demande d'aide.

Ces publicités peuvent avoir pour but, par exemple, de renseigner les hommes sur les ressources disponibles, de les sensibiliser à l'importance de demander de l'aide et de normaliser une telle demande afin qu'ils puissent prendre la décision de consulter un intervenant le jour où ils rencontreront des difficultés nécessitant l'intervention de professionnels. Dans le contexte où certains participants ont grandement retardé leur prise de décision concernant la demande d'aide, de telles publicités éducatives ou préventives auraient possiblement pu les aider à prendre conscience plus rapidement de la gravité de leurs symptômes et de la nécessité de consulter un professionnel. Dans le même sens, l'étude de Calear, Batterham et Christensen (2014) sur les éléments qui favorisent la demande d'aide dans un contexte d'idéations suicidaires conseille d'utiliser des messages publicitaires ciblés

qui visent à améliorer les connaissances et les attitudes du public sur le suicide afin de favoriser la demande d'aide. Un lien peut être établi avec la publicité que Charlie avait vue sur le sujet et qui avait suscité une discussion avec ses parents. Selon son souvenir, le message clé était le suivant : « Le suicide : une solution permanente à un problème temporaire ». Charlie avait vu cette publicité bien avant l'apparition de ses problèmes, et celle-ci l'a aidé beaucoup plus tard, lors de sa crise suicidaire, à réaliser que sa situation était problématique et à prendre la décision de confronter sa conjointe et à demander de l'aide à son médecin.

Le principe de concevoir et de cibler des messages publicitaires en fonction des hommes et des difficultés qui les amènent à consulter un intervenant s'applique dans différents contextes. À cet effet, en marketing social, les chercheurs soulignent l'importance de personnaliser le contenu des publicités non seulement en fonction des hommes, mais aussi selon certains segments de la clientèle masculine à qui des messages précis sont adressés (Conrad et White, 2010 ; Robertson et coll., 2013). Par exemple, la conception d'une campagne publicitaire préventive visant les difficultés conjugales ou la rupture pourrait être envisagée, situations qui ont amené une forte majorité des participants de la présente étude à demander de l'aide. De manière similaire aux ateliers préventifs *SOS rupture*, qui visaient à sensibiliser les hommes sur ce qu'ils pourraient faire s'ils se séparaient un jour, une telle campagne pourrait les sensibiliser aux conséquences d'une séparation et à la possibilité d'aller chercher de l'aide, si cela s'avérait nécessaire, pour faire le deuil de leur relation (Tremblay et coll., 2009).

Il est fort probable que des publicités informatives ou éducatives, telles que proposées par Legris et Landry (2020) et par Tremblay et Careau (2014), auraient facilité le processus de demande d'aide de certains autres participants pour qui la méconnaissance des services a constitué un obstacle non négligeable. Ceci est particulièrement vrai pour Albert, qui est resté bloqué pendant plusieurs jours à la troisième étape du modèle de Gross et McMullen (1983), soit celle de recherche d'aide, parce qu'il ne connaissait presque rien des ressources d'aide et ne savait donc pas où il pouvait adresser sa demande. Un jour, il s'est rappelé l'existence de Partage au Masculin simplement parce qu'il passait régulièrement devant les bureaux de l'organisme en voiture. Il est fort probable qu'une meilleure connaissance des services d'aide



aurait réduit le temps passé à chercher une ressource pouvant répondre à ses besoins et aurait, dans l'ensemble, facilité l'étape de la recherche d'aide. Quelques autres participants ont vécu une situation similaire car ils croyaient, à tort, que tous les hommes qui faisaient appel à des organismes comme Partage au Masculin vivaient des situations très différentes des leurs. Cet obstacle était particulièrement difficile à franchir pour Benoit qui, conformément à certaines exigences de la masculinité traditionnelle, percevait que seuls les hommes faibles demandaient de l'aide, ce qui a contribué à ralentir son processus de demande d'aide.

Ces différentes situations vécues par ces participants témoignent de l'importance de concevoir des campagnes publicitaires pour joindre spécifiquement les hommes à des fins de sensibilisation, d'éducation et de prévention afin de mieux les outiller à demander de l'aide lorsqu'ils vivent des périodes difficiles (Lajeunesse et coll., 2013 ; Legris et Landry, 2020 ; SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2016). Il est possible de tracer des liens entre la situation de Benoit précédemment décrite et la recommandation de Tremblay et ses collaborateurs (2016) selon laquelle il est important de concevoir des campagnes publicitaires qui s'adressent spécifiquement aux hommes afin de déconstruire certaines exigences de la masculinité traditionnelle qui font obstacle à leur demande d'aide. L'utilisation de campagnes publicitaires ciblées visant le changement des perceptions et des normes sociales sur la demande d'aide des hommes est également proposée par Mahalik et ses collaborateurs (2007). Dans le même ordre d'idées, l'étude de Voguel et ses collaborateurs (2007) souligne le rôle crucial des médias pour parvenir à recadrer la demande d'aide afin qu'elle corresponde aux normes sociales masculines actuelles. Le succès de la campagne *Demander de l'aide, c'est fort* démontre qu'il est tout à fait possible de positionner la demande d'aide des hommes comme une démonstration de force et de courage, plutôt qu'une preuve de faiblesse (Garneau, 2004 ; Tremblay et coll., 2016).

### **5.3.1.2 La publicité comme élément déclencheur**

En plus d'avoir une incidence en matière de prévention, la publicité peut également avoir un impact immédiat sur le processus de demande d'aide des hommes en leur permettant notamment de surmonter certains obstacles liés à la méconnaissance des services d'aide, comme ce fut le cas pour Gérard. En s'appuyant sur le modèle de Gross et McMullen (1983),

il est possible d'identifier un impact positif de la publicité de Partage au Masculin que Gérard a vue dans un journal à l'étape de la prise de décision et à celle de la recherche d'aide. Ce dernier avait déjà franchi l'étape de la reconnaissance du problème puisqu'il admettait depuis longtemps que la mauvaise communication dans son couple pouvait être réglée, du moins en partie, par l'intervention d'un professionnel. Même si ce problème de communication perdurait, Gérard n'avait toutefois jamais eu l'impression de traverser une situation de crise au sein de son couple qui nécessitait l'intervention d'un professionnel. Qui plus est, sa fausse perception du coût rattaché à l'utilisation des services et son ignorance de l'existence de ressources d'aide gratuites l'ont maintenu pendant plusieurs années dans l'inaction. Ultiment, c'est la publicité de Partage au Masculin aperçue dans le journal qui lui a fourni les informations nécessaires pour entamer dès lors sa démarche et ainsi potentiellement éviter la dégradation de sa relation de couple qui aurait pu entraîner une demande d'aide dans un contexte de crise.

La situation de Gérard rappelle, encore une fois, l'importance de joindre les hommes là où ils sont, que ce soit par le biais d'une publicité traditionnelle, d'un site web spécialisé ou d'autres actions de prévention, comme le proposent les recommandations de Tremblay et ses collaborateurs (2016) et du SOM (2018). En effet, Gérard sous-entend que le fait que les informations nécessaires à son processus soient venues directement à lui, plutôt que d'avoir eu à les trouver lui-même, l'a grandement aidé à faire le premier pas pour demander de l'aide. Jusqu'à ce qu'il voie la publicité dans le journal, il explique qu'il n'avait entrepris aucune démarche particulière pour obtenir les informations nécessaires afin de franchir les obstacles liés à sa méconnaissance des services, et ce, même s'il était réceptif à l'idée de consulter un professionnel. Plusieurs hommes ainsi que des intervenants et des chercheurs sont d'avis que les informations nécessaires à la demande d'aide devraient être facilement disponibles sur un site web spécialisé pour les hommes (Robinson et Robertson, 2014 ; SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2016). L'existence d'un tel site permettrait à de nombreux hommes qui tentent activement de trouver des solutions à leurs problèmes d'être mieux informés sur les ressources disponibles. Sa création ne signifie évidemment pas pour autant que la totalité des hommes en difficulté irait le consulter, considérant que certains peuvent rester passifs devant leurs problèmes, tenter de les résoudre par eux-mêmes ou

simplement ne pas être au courant de l'existence du site. C'est pourquoi il demeure important d'utiliser des méthodes proactives pour transmettre l'information nécessaire aux hommes, et non uniquement d'attendre qu'ils traversent par eux-mêmes l'entièreté du processus.

### **5.3.1.3 La publicité dans les milieux fréquentés par les hommes**

Les campagnes publicitaires dans les médias de masse traditionnels font bien sûr partie des méthodes proactives pour joindre les hommes et ainsi faire connaître les services qui leur sont offerts, qu'elles soient tenues à la télévision, à la radio ou dans les journaux (SOM, 2018 ; Tremblay et Careau, 2014). Bien qu'elles puissent s'avérer efficaces, ces campagnes demeurent coûteuses et certaines catégories d'hommes n'utilisent pas nécessairement ces médias. C'est dans ce contexte qu'il devient important d'avoir recours à d'autres stratégies proactives pour aller à la rencontre des hommes dans les lieux qu'ils fréquentent régulièrement ou qu'ils visitent lorsqu'ils traversent des périodes difficiles. Les lieux cités dans ces études sont, par exemple, les quincailleries, les centres sportifs, les milieux de travail typiquement masculins, les bureaux de médecin, les écoles, les centres de formation et, à l'intention des plus jeunes, les cafés étudiants (Conrad et White, 2010 ; Robinson et Robertson, 2014 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2016).

Il est possible de faire des liens entre certains de ces lieux et l'expérience ou l'opinion des participants de la présente étude. Le premier point qui mérite d'être souligné concerne les stratégies proactives mises en place dans les lieux que les hommes fréquentent lorsqu'ils ne vont pas bien, notamment les cabinets médicaux (Tremblay et Careau, 2014). Comme les témoignages de Charlie et François l'ont démontré, les médecins peuvent avoir un impact considérable sur le processus de demande d'aide des hommes en difficulté. Outre l'importance de les sensibiliser directement afin qu'ils promeuvent eux-mêmes les services destinés aux hommes, le fait d'apposer des affiches et de mettre à leur disposition des dépliants sur les ressources et la demande d'aide dans leurs bureaux et leurs salles d'attente semble également une avenue intéressante pour favoriser l'ouverture des hommes sur le sujet. À titre d'exemple, rappelons qu'Albert était très ouvert à l'idée de consulter un professionnel d'aide psychosociale au moment où il a rencontré son médecin, bien qu'aucune discussion sur ce thème n'ait été amorcée avec ce dernier. Il est possible qu'une quelconque forme de

publicité ou que de la documentation laissée dans la salle d'attente ou dans le bureau du médecin lui aurait permis d'obtenir l'information nécessaire à sa demande d'aide psychosociale ou d'aborder le sujet avec son médecin.

Le deuxième point concerne une suggestion faite par Benoit. Celui-ci a rencontré un médiateur avec son ex-conjointe quelques semaines avant sa demande d'aide au 811. Selon lui, la première rencontre avec ce professionnel pourrait être l'occasion de remettre aux hommes de la documentation sur les organismes pouvant les soutenir durant leur processus de séparation. Les bureaux de médiation sont effectivement des lieux fréquentés par les hommes lorsqu'ils traversent une épreuve généralement très difficile. Bien que les hommes qui se séparent ne rencontrent pas tous un médiateur, plusieurs le font lorsqu'il est question de la garde des enfants et du partage des biens. Il s'agit donc souvent d'hommes qui subissent des pertes et vivent des deuils multiples sur le plan amoureux, familial, social, etc. En somme, ces hommes sont souvent à risque d'éprouver de la détresse psychologique, ou du moins d'en développer à court ou à moyen terme, et possiblement de voir apparaître des idées suicidaires. Le parcours de Benoit est un exemple typique d'un homme qui traverse une séparation difficile et qui développe par la suite des idées suicidaires sérieuses. Par ailleurs, bien que la présente étude ne puisse le confirmer, il est possible que le médiateur, en raison de sa notoriété, même si elle diffère de celle du médecin, rende plus crédible aux yeux de l'homme l'information qu'il pourrait lui transmettre sur les ressources d'aide. Quoi qu'il en soit, la présence des hommes dans le bureau du médiateur semble une opportunité pour leur transmettre de l'information pertinente afin de les aider à traverser l'épreuve difficile qui les amène à rencontrer ce professionnel et ainsi de prévenir ou réduire la dégradation de leur état émotionnel ou de leur santé mentale.

Le troisième et dernier point concerne les lieux de travail des participants. La sensibilisation dans les entreprises, sous forme de publicité ou encore d'ateliers, est identifiée dans la littérature scientifique comme étant un facteur favorisant la demande d'aide (Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2016), mais elle a été peu observée dans le parcours des participants. En raison de son emploi, Édouard est en contact avec divers milieux professionnels typiquement masculins et il rapporte qu'il n'a que rarement aperçu

des affiches faisant la promotion des ressources d'aide disponibles pour les hommes. Il nomme d'ailleurs que ces lieux seraient propices à certaines actions publicitaires pour informer un grand nombre d'hommes de l'existence de telles ressources. François, pour sa part, dit que l'entreprise pour laquelle il travaille compte sur un PAE, mais qu'il n'était pas au courant de son existence jusqu'à ce que son patron lui en parle après sa demande d'aide à Partage au Masculin. De manière générale, même si la majorité des participants travaillaient à temps plein au moment de leur demande d'aide, le contenu des entretiens porte à croire qu'ils n'ont pas été exposés sur leur lieu de travail à une forme de publicité concernant l'aide psychosociale possible. Considérant qu'ils y passent en moyenne 40 heures par semaine, la publicité sur les lieux de travail est une avenue intéressante pour informer les hommes de l'existence des ressources d'aide, bien qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour promouvoir efficacement la demande d'aide dans les entreprises.

En somme, les résultats de la présente étude appuient la littérature scientifique quant à l'importance de s'adresser à l'ensemble des hommes par divers moyens publicitaires pour faciliter la consultation d'un intervenant psychosocial et obtenir un changement de fond concernant leur degré de connaissances des ressources et l'acceptabilité sociale de leur demande d'aide.

### **5.3.2 La force du témoignage**

Selon la littérature scientifique, le témoignage d'un homme qui a demandé de l'aide professionnelle pour des difficultés psychosociales et qui s'en est sorti est un élément qui peut grandement faciliter la demande d'aide d'autres hommes en difficulté. À titre d'exemple, une étude s'est intéressée à l'influence d'une vidéo psychoéducatrice offrant de l'information sur la dépression et la demande d'aide comparativement à une autre présentant le témoignage d'un homme sur ces mêmes sujets (Martielli, 2006). Les résultats de celle-ci sont clairs : alors que la vidéo psychoéducatrice n'avait en soi aucun impact notable sur la demande d'aide des participants, la combinaison de cette vidéo et du témoignage améliorerait de manière significative les attitudes à l'égard de la consultation d'un professionnel. De son côté, le mémoire de Fortin (2016) rapporte qu'un proche qui partage directement avec l'homme en difficulté sa propre expérience de consultation et qui lui recommande

l'utilisation de cette même ressource démontre une attitude positive par rapport à la demande d'aide qui peut favoriser la consultation de ce professionnel. Cette efficacité du témoignage est corroborée par la première expérience de demande d'aide d'Édouard, alors qu'il entamait tout juste sa vie d'adulte. Ce participant a alors confié à son frère ses problèmes personnels, et ce dernier lui a relaté son expérience de demande d'aide en lui recommandant d'aller consulter le même psychologue qu'il avait rencontré dans le passé pour ses propres problèmes. Édouard souligne qu'il a pris cette recommandation au sérieux en raison de la confiance qu'il avait envers son frère et ajoute que c'est ce qui a déclenché sa toute première demande d'aide.

Outre cette expérience d'Édouard, qui se rapporte à une demande d'aide antérieure à celle qui a été évaluée dans le cadre de cette recherche, les participants n'ont ni vu, ni entendu, ni lu un témoignage alors qu'ils éprouvaient des difficultés. Certains participants, comme Benoit et Hugo, ont toutefois clairement rapporté qu'ils auraient souhaité voir, entendre ou lire des témoignages d'hommes alors qu'ils étaient réticents à demander de l'aide. Hugo avance que les témoignages lui auraient permis de comprendre que l'organisme offrait des services pour des hommes ayant des problèmes similaires aux siens. De son côté, Benoit croit que ceux-ci lui auraient permis de démystifier ses préjugés quant au type de clientèle qui fréquente les ressources d'aide en constatant, par exemple, que des professionnels comme lui pouvaient aussi avoir besoin d'aide. Dans l'ensemble, de tels témoignages auraient pu contribuer à ce que ces deux hommes surmontent certaines barrières rencontrées dans leur parcours de demande d'aide et à normaliser ce processus.

Le fait de normaliser la consultation d'un professionnel en combattant les tabous associés à la demande d'aide se trouve également dans la campagne publicitaire *Real men, real depression*. Celle-ci utilisait, par exemple, le témoignage d'hommes provenant de milieux typiquement masculins pour joindre les hommes plus traditionnels (Rochlen et Hoyer, 2005). L'efficacité de ce style de témoignage semble principalement résider dans le fait qu'il offre aux hommes une crédibilité quant à la source des informations transmises et une similarité avec leur propre vécu (Goldsmith, Lafferty et Newell, 2000). D'autres études démontrent qu'un homme qui s'ouvre sur ses difficultés passées peut jouer un rôle clé pour

encourager d'autres hommes à demander de l'aide dans la mesure où il est perçu comme étant « typiquement masculin » par son groupe d'appartenance (policiers, agriculteurs, athlètes, etc.) en plus d'inspirer leur respect. Certaines de ces études prennent l'exemple du témoignage provenant d'une célébrité ou encore de quelqu'un qui s'est démarqué dans son domaine par ses exploits professionnels afin de favoriser la demande d'aide de ses confrères (Delenardo et Terrion, 2014 ; Roy, Tremblay et Robertson, 2014 ; Tang, Oliffe, Galdas, Phinney et Han, 2014). Les témoignages d'individus possédant cette notoriété et cette crédibilité peuvent donc exercer un impact considérable à la fois auprès d'une large population d'hommes ou de certaines communautés plus difficiles à joindre et ainsi contribuer à modifier les normes sociales masculines entourant la demande d'aide (Harding et Fox, 2015 ; Roy, Tremblay et Robertson, 2014 ; Roy et coll., 2014).

Il est possible de noter quelques nuances entre ces études et les propos de Benoit et Hugo sur la question de la source des témoignages. En effet, ces deux participants ne semblaient pas accorder d'importance au fait que les témoignages proviennent de personnalités publiques ou encore d'hommes s'étant considérablement démarqués dans leurs domaines respectifs. Au contraire, ceux-ci recherchaient plutôt des témoignages « réalistes » provenant d'hommes auxquels ils pouvaient s'identifier, bref des hommes « comme tout le monde ». Il est possible de tracer un lien ici avec la notion de similarité de Goldsmith, Lafferty et Newell (2000). L'importance du caractère réaliste des témoignages a également été soulignée lors de l'évaluation de la campagne *Real men, Real depression* (Rochlen et Hoyer, 2005). De plus, bien que celle-ci ait utilisé des témoignages d'hommes occupant des emplois à forte prépondérance masculine et respectant, aux yeux du public, les normes masculines traditionnelles, son objectif était de joindre le grand public en illustrant que n'importe quel type d'hommes peut avoir besoin de demander de l'aide (Rochlen, McKelley, et Pituch, 2006). Cet objectif concorde, en quelque sorte, avec les propos des participants de l'étude de Tremblay et Careau (2014) selon lesquels les témoignages devraient représenter des modèles masculins variés. Cette même étude souligne que les hommes aimeraient que les témoignages parlent de rétablissement et du fait que la consultation d'un professionnel les a concrètement aidés à s'en sortir, éléments également considérés importants par les participants de la présente étude.

En résumé, pour joindre les hommes et faciliter leur demande d'aide, l'utilisation de témoignages d'hommes « comme tout le monde » qui représentent des modèles variés de masculinité s'avère une avenue prometteuse à emprunter. Pour ce faire, ces témoignages doivent faire part de problèmes typiques vécus par les hommes, miser sur la normalisation de la demande d'aide et inclure la notion de rétablissement grâce aux rencontres avec les professionnels afin de démontrer l'efficacité de cette stratégie. Dans l'ensemble, le témoignage vient faciliter la demande d'aide des hommes en leur indiquant que cette stratégie fonctionne puisqu'elle a été expérimentée et approuvée par un autre homme qui a déjà traversé des épreuves semblables et un processus similaire.

### **5.3.2.1 Le témoignage provenant des participants**

Bien qu'il n'ait pas fait partie du questionnaire d'entrevue, le thème du partage avec d'autres hommes de leur propre expérience de demande d'aide et de suivi psychosocial a été abordé par la majorité des participants. En effet, plusieurs ont raconté des anecdotes où ils semblaient fiers de témoigner de leur expérience à d'autres hommes et heureux de les soutenir dans leurs difficultés. Il est possible de tisser des liens entre l'importance accordée par les participants au fait de « donner au suivant » en rapport avec l'aide psychosociale déjà reçue et la notion de réciprocité présente dans l'étude de Mansfield, Addis et Mahalik (2003). Ces auteurs notent que les hommes acceptent plus facilement de recevoir de l'aide de la part d'un professionnel ou d'un proche s'ils savent qu'ils pourront aider cette personne en retour, car ils n'ont alors pas l'impression d'avoir une « dette » à rembourser. Même si ce constat n'a pas été établi dans la présente recherche, il démontre néanmoins toute l'importance que certains hommes attachent au fait de pouvoir à leur tour en aider d'autres. Cette importance est frappante chez les participants : partager leur propre expérience de demande d'aide avec un homme en difficulté, l'écouter et l'orienter vers les ressources appropriées étaient pour eux particulièrement significatifs. Ce résultat confirme en partie l'étude d'Harding et Fox (2015) qui identifie une volonté chez leurs participants de partager leur expérience et de recommander la demande d'aide dans la mesure où ils savent que celle-ci est socialement acceptée parmi leurs pairs.



Les participants rapportent par ailleurs que les hommes avec qui ils ont partagé leur expérience ont généralement décidé de demander de l'aide professionnelle à la suite de leur témoignage. Cette demande d'aide a été bien souvent adressée à la même ressource ou au même professionnel qu'ils avaient consulté pour leurs propres problèmes, ce qui semble indiquer que leur témoignage a bel et bien influencé positivement la demande d'aide de ces hommes. À ce sujet, Édouard spécifie que les hommes qu'il soutient reviennent généralement le remercier pour son écoute, son témoignage et la référence qu'il leur a fournie, ce qui laisse sous-entendre qu'ils ont jugé aidante son intervention dans leur processus. Toutefois, comme il ne s'agit que de faits rapportés par les participants sur le processus de demande d'aide d'hommes de leur entourage, il importe de faire preuve de prudence dans l'interprétation de ces informations.

Tout en restant simple et concis, le contenu des témoignages des participants ressemble beaucoup aux éléments des témoignages identifiés dans la littérature scientifique, soit le transfert d'information sur les difficultés traversées et les symptômes ressentis, l'ouverture face aux difficultés émotionnelles et à la consultation d'un professionnel ainsi que le rétablissement grâce au suivi psychosocial (Delenardo et Terrion, 2014 ; Tang et coll., 2014 ; Tremblay et Careau, 2014). En effet, les participants amorcent la conversation avec l'homme qui vit des difficultés en lui offrant de l'écoute et lui expliquent qu'ils ont traversé, tout comme lui, une épreuve douloureuse, bien souvent une séparation, qui a engendré des émotions douloureuses, de la difficulté à dormir, un repli sur soi, etc. Ces éléments semblent renforcer la similarité entre le participant qui témoigne de son vécu et l'homme qui vit des difficultés. Ils lui racontent ensuite qu'ils ont demandé de l'aide à Partage au Masculin et que les services reçus leur ont permis de surmonter cette épreuve de la vie et de se rétablir. De nouveau, ce partage de vécu permet de normaliser la situation problématique vécue par l'homme et illustre à la fois l'espoir que celle-ci s'améliore et la possibilité de se rétablir, des thèmes importants selon l'étude de Tremblay et Careau (2014). L'homme qui témoigne ainsi de son rétablissement peut devenir une preuve pour l'homme en difficulté de l'efficacité de la stratégie de la demande d'aide psychosociale.

Toujours dans l'intention d'aider l'homme en difficulté à résoudre sa situation

problématique, certains participants complètent leur témoignage en lui offrant une forme de soutien visant à l'inciter à demander de l'aide. Ce soutien consiste généralement à lui donner le conseil de consulter une ressource d'aide quelconque et à lui transmettre les coordonnées de l'organisme en question. Certains participants vont toutefois plus loin et accompagnent leur témoignage d'un soutien émotionnel, informationnel ou instrumental. Il peut s'agir de normaliser les réticences, de recadrer les fausses perceptions ou encore de lui proposer de l'accompagner lorsqu'il établira le premier contact. Ce soutien semble particulièrement efficace lorsqu'il est accompagné du témoignage du participant. Il existe une similitude entre les propos de ces participants et les résultats de la recherche de Martielli (2006) quant à l'effet du témoignage d'un homme jumelé aux informations transmises dans une vidéo psychoéducatrice sur la dépression.

Les participants qui ont traversé des épreuves similaires à celles des hommes en difficulté qu'ils cherchaient à aider ont ainsi pu jumeler le partage de leur expérience au soutien qu'ils leur procuraient afin d'obtenir un impact significatif sur leur processus de demande d'aide. Par exemple, cela s'est traduit par une recommandation précise comme : « Je crois que tu devrais demander de l'aide à cette ressource parce que j'ai vécu ce que tu vis et je peux t'assurer de la nécessité de cette aide par rapport au type de situation que tu traverses. Je peux témoigner de la compétence de ces professionnels ». Considérant qu'il est question d'amener quelqu'un à mettre en place une nouvelle stratégie qui demande un investissement relativement important en temps et en efforts, ce type de recommandation plus poussé devient un gage de confiance et d'efficacité à l'égard de celle-ci. Il est probable que cette confiance que l'homme en difficulté manifeste envers le proche rende le soutien émotionnel et informationnel plus efficace et qu'elle contribue à la force du témoignage en augmentant la crédibilité et la valeur de celui-ci à ses yeux.

Dans l'ensemble, les témoignages livrés par les participants confirment les données présentes dans la littérature scientifique par rapport à l'efficacité de ceux-ci pour favoriser la demande d'aide des hommes en difficulté. Il semble que le lien qui unit l'homme qui témoigne de son vécu et l'homme qui vit présentement des difficultés soit un facteur qui rend potentiellement les témoignages encore plus efficaces en raison probablement de la confiance

qui existe entre eux à laquelle peut s'ajouter une quelconque forme de soutien.

### **5.3.3 L'impact du réseau naturel**

L'entourage a souvent joué un rôle important, voire essentiel, dans le processus de demande d'aide psychosociale de la majorité des participants. Certains d'entre eux ont directement sollicité une personne de confiance pour recevoir, par exemple, de l'écoute et des conseils alors que d'autres mentionnent avoir discuté de leurs problèmes avec un proche sans toutefois spécifier qui a amorcé la conversation. Dans les deux cas, ce soutien est survenu avant la première demande d'aide au réseau formel et celui-ci a toujours été perçu comme ayant été aidant par les participants. Ces informations sont conséquentes avec celles qui se trouvent dans la littérature scientifique. En effet, divers travaux indiquent que les hommes ont d'abord généralement tendance à chercher du soutien par rapport à leurs problèmes auprès de leur réseau naturel (Dulac, 2001 ; Fortin, 2016 ; Hom, Stanley et Joiner, 2015). Qui plus est, les études qui traitent de l'importance des proches dans le processus qui amène un homme à consulter un professionnel ou indiquent généralement que ceux-ci interviennent habituellement avant la première demande d'aide formelle. L'étude de Downs et Eisenberg (2012), par exemple, souligne que les hommes ayant des idées suicidaires qui ont formulé une demande d'aide au réseau formel l'ont fait, en partie, grâce au soutien et aux encouragements de leurs proches.

La littérature scientifique n'est toutefois pas unanime quant à la propension des hommes à s'adresser d'abord à leur entourage pour recevoir du soutien. Par exemple, l'étude de Tremblay et ses collaborateurs (2007) spécifie que certains hommes répondant aux critères de la dépression préfèrent consulter directement les professionnels de la santé sans faire part de leurs démarches à leurs proches. Ce fait n'a toutefois pas pu être observé chez les participants de la présente recherche dans la mesure où ceux-ci n'ont pas mentionné avoir reçu un tel diagnostic de la part de leur médecin et ont généralement discuté avec leur entourage de leurs démarches dans le but de recevoir des conseils.

Dans l'ensemble, les résultats de la présente étude appuient ceux des recherches qui soulignent que les hommes tendent à s'adresser d'abord à leurs proches pour obtenir du soutien, et que ceux-ci jouent alors un rôle significatif pour les amener à demander de l'aide.

Les deux principaux thèmes qui seront détaillés au fil de cette section sont l'attitude des proches et le rôle de la conjointe dans le processus de demande d'aide des participants.

### **5.3.3.1 L'attitude des proches**

L'étude de Sierra-Hernandez et ses collaborateurs (2014) conclut que les hommes consultent plus facilement un intervenant s'ils perçoivent que leur entourage manifeste une attitude positive vis-à-vis de la demande d'aide. Les résultats de ce mémoire tendent à confirmer cette conclusion : l'entourage s'est effectivement montré favorable à la demande d'aide des participants et ceux-ci ont spécifié que l'intervention de leurs proches a facilité leur processus. Le réseau naturel a, par exemple, aidé certains participants à reconnaître la gravité de leur situation ou encore à réaliser que la demande d'aide médicale ou psychosociale était sans doute une solution efficace à leurs problèmes. Cette intervention provenant d'une personne significative de l'entourage de certains participants leur a également permis de normaliser la demande d'aide en cas de difficulté, un facteur qui est également identifié dans l'étude d'Harding et Fox (2015). Le terme « attitude favorable » étant relativement large, il est possible de le traduire en divers comportements plus spécifiques qui sont directement liés aux différents types de soutien : écouter l'homme et lui permettre de « ventiler » ses problèmes en lien avec le soutien émotionnel, lui donner des conseils et de l'information sur les ressources d'aide en relation avec le soutien informationnel ou lui offrir des services qui peuvent faciliter sa demande d'aide relativement au soutien instrumental.

Dans la présente étude, l'entourage a offert un mélange de soutien émotionnel et informationnel pour soutenir l'homme dans les difficultés qui se présentaient. Contrairement à ces deux formes de soutien, l'aide instrumentale n'a été observée que chez les employeurs de deux participants, qui ont effectué quelques démarches pour faciliter le processus de demande d'aide de ceux-ci. Hormis cette différence notable quant au soutien instrumental, ces résultats concordent avec ceux du mémoire de Fortin (2016) qui indique que les trois formes de soutien peuvent être utilisées pour accompagner l'homme dans ses démarches et faciliter son processus de demande d'aide. L'hypothèse suivante peut expliquer cette différence : Fortin souligne que le soutien instrumental survient surtout lorsque l'homme a

pris la décision de consulter un intervenant, mais qu'il hésite à entreprendre les démarches, ce qui correspond à l'étape de la recherche d'aide, selon le modèle de Gross et McMullen (1983). Dans la présente étude, l'hésitation des participants à passer à l'action lorsque leur décision de demander de l'aide était prise tient davantage au manque d'informations sur les ressources et les services disponibles, ce qui correspond à un besoin sur le plan du soutien informationnel, qu'à la difficulté de répondre à un besoin instrumental de l'ordre de l'argent, de la paperasse à remplir ou du transport. Il est toutefois raisonnable de croire qu'une approche plus directe et instrumentale utilisée par l'entourage d'un homme en difficulté, telle qu'observée dans le mémoire de Fortin, aurait pu accélérer la demande d'aide de certains participants.

Toujours selon Gross et McMullen (1983), les individus font appel à leur entourage lorsqu'ils se situent à la deuxième étape du modèle, un phénomène aussi observé chez les participants. Il est possible de déduire que la première étape, soit celle de la perception du problème, était à ce moment achevée puisque les participants ont consulté leur entourage dans l'intention de « ventiler » leurs difficultés ou de recevoir de l'information et des conseils en rapport avec celles-ci, ce qui nécessite une reconnaissance de la situation problématique. Il est permis de supposer que l'objectif des interventions des membres de l'entourage était alors de faire pencher la balance décisionnelle en faveur de la demande d'aide en offrant à l'homme en difficulté écoute, informations et conseils. Charlie, par exemple, a reçu de multiples conseils de la part de ses parents au fil de plusieurs discussions, ce qui a contribué à faire pencher cette balance en faveur d'une consultation chez le médecin.

Les participants qui se sont tournés vers leurs proches dans la seule intention de recevoir du soutien émotionnel ont parfois également reçu des conseils judicieux qui ont influencé leur décision de demander de l'aide. Denis, par exemple, avait initialement discuté avec son amie pour « ventiler » ses problèmes, et celle-ci a profité de cette opportunité pour lui refléter la gravité de son état de santé mentale et pour lui transmettre des informations favorisant la consultation d'un professionnel. L'exemple d'Hugo va dans le même sens. Lorsqu'il confiait ses problèmes à son père, ce dernier l'écoutait d'abord puis il lui recommandait spécifiquement d'aller rencontrer un intervenant à Partage au Masculin. Ce

participant a clairement identifié que cette suggestion directe de demander de l'aide à un professionnel était l'un des éléments significatifs qui l'a aidé à prendre la décision de faire un premier pas vers l'organisme. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Voguel et ses collaborateurs (2007) qui conclut que les hommes qui se font recommander par un proche d'aller chercher de l'aide professionnelle ont généralement des attentes positives et une attitude plus favorable à l'égard de la demande d'aide, ce qui est en soi un élément qui facilite cette dernière.

L'importance d'une attitude positive par rapport à la demande d'aide n'est pas seulement attribuée aux interventions directes effectuées auprès de l'homme en difficulté. En effet, le simple fait de connaître un proche qui a déjà demandé de l'aide dans le passé est un facteur qui a facilité le processus de demande d'aide de certains participants, comme ce fut le cas pour Charlie et Denis. Constaté qu'une personne de confiance a fait appel à une ressource pour régler ses problèmes personnels a aidé ces participants à réaliser que cette stratégie était sans doute adéquate pour régler leurs propres problèmes. Des résultats similaires ressortent de l'étude d'Harding et Fox (2015). Des participants de cette étude soulignent avoir trouvé la motivation nécessaire pour demander de l'aide lorsqu'ils ont observé l'amélioration de l'état émotionnel et mental d'une personne significative après que celle-ci ait complété un suivi psychosocial. Ces résultats vont dans la même direction que la deuxième conclusion de l'étude de Voguel et ses collaborateurs (2007), qui avance que les hommes qui connaissent un proche qui a déjà demandé de l'aide démontrent généralement une plus grande volonté à recourir aux services d'aide pour leurs propres problèmes et ont des attentes plus positives concernant le suivi.

Somme toute, il est possible de conclure que les conseils des proches par rapport à la demande d'aide augmentent la valeur de cette stratégie aux yeux des hommes, surtout si elle est directement recommandée, parfois même expérimentée, par une personne en qui ils ont grandement confiance.

### **5.3.3.2 Le rôle de la conjointe**

La conjointe est souvent identifiée dans la littérature scientifique comme étant le

membre du réseau naturel possédant la plus forte influence pour amener son conjoint à consulter un professionnel lorsqu'il fait face à des problèmes (Berger et coll., 2013 ; Cusack et coll., 2004 ; SOM, 2018). Certains hommes mentionnent clairement qu'ils n'auraient probablement jamais demandé de l'aide par rapport à leurs difficultés si leur conjointe ne les avait pas incités à passer à l'action (Harding et Fox, 2015 ; Seymour-Smith, Wetherell et Phoenix, 2002). De plus, la conjointe est souvent la première personne, et parfois même la seule, à qui les hommes se confient dans les périodes difficiles, que ce soit dans l'intention de « ventiler » leurs problèmes ou d'obtenir des conseils (Dulac, 2001 ; Roy et coll., 2012 ; Tremblay et coll., 2015). À ce sujet, Tremblay et ses collaborateurs (2015) précisent ce qui suit : « le recours en priorité au/à la conjoint/e ne signifie pas qu'en soi le réseau social soit automatiquement plus faible ; de fait, il est aussi possible que le/la conjoint/e soit préféré/e aux autres membres du réseau social pour d'autres motifs tenant, entre autres, au degré de confiance existant ». Ces diverses études illustrent l'importance du rôle de la conjointe pour les hommes traversant une période difficile. Toutefois, si la littérature scientifique est relativement unanime sur ce sujet, les entretiens des participants révèlent des expériences plutôt différentes. En effet, ils ont peu cherché à recourir à l'aide de leurs conjointes pendant cette période difficile de leur vie, et celles-ci n'ont pas posé d'actions particulières pour influencer leur demande d'aide. Dans l'ensemble, elles sont demeurées extérieures au processus de demande d'aide des participants.

Bien que cette divergence entre la littérature scientifique et le vécu des participants soulève des interrogations, il est néanmoins possible d'avancer quelques pistes pour l'expliquer. Tout d'abord, il importe de rappeler que les données de la présente étude sur le rôle des conjointes proviennent de seulement six participants. Cette faible quantité de données n'est pas suffisante pour représenter l'ensemble des hommes qui demandent de l'aide. Elle peut donc expliquer pourquoi les propos des participants n'appuient pas les conclusions de la littérature scientifique. L'analyse des relations entre les participants et leur conjointe durant la période où ils vivaient des difficultés fournit des pistes additionnelles. En effet, quatre de ces six participants, soit Albert, Benoit, Édouard et François, ont consulté Partage au Masculin en raison d'une séparation initiée par leur conjointe. Il est probable que les multiples conséquences entraînées par la séparation aient placé ces femmes dans une

position faisant en sorte qu'il était beaucoup plus difficile, voire impossible, pour elles de soutenir efficacement leur ex-conjoint dans leurs difficultés et dans leur processus de demande d'aide.

La trajectoire particulière de Charlie pour parvenir à demander de l'aide corrobore, d'une manière certes peu conventionnelle, les études qui soulignent la force de l'influence de la conjointe dans le processus d'un homme en difficulté. Même si Charlie avait une attitude favorable à l'égard de la demande d'aide notamment grâce à ses précédentes expériences positives de suivi psychosocial et s'il avait en tête de consulter son médecin peu de temps après l'apparition de ses problèmes, l'opposition de sa conjointe a fait en sorte qu'il a adopté, dans un premier temps, la stratégie qu'elle lui proposait, soit de régler la situation entre eux. En raison de cette vive opposition à la consultation médicale, Charlie a attendu plusieurs semaines avant de ce faire, ce qui a entraîné l'apparition de fortes idées suicidaires. Ce sont ses parents qui ont pris la relève pour le soutenir dans son processus de demande d'aide en l'incitant notamment à outrepasser l'opposition de sa conjointe. Considérant l'ouverture de Charlie à la consultation de professionnels, il est fort probable qu'il serait rapidement et facilement parvenu à demander de l'aide à son médecin sans le soutien de quiconque, si ce n'avait été de la forte influence de sa conjointe qui s'y opposait. En résumé, la conjointe de Charlie a grandement influencé le choix de la stratégie qu'il a utilisée pour résoudre sa situation problématique, mais en constituant un obstacle à sa demande d'aide, contrairement à d'autres conjointes qui encouragent leur conjoint en difficulté à aller consulter un professionnel. L'ensemble de cette situation démontre le rôle clé joué par la conjointe dans le processus de demande d'aide d'un homme en difficulté, que cette influence soit positive ou négative.

Comme la trajectoire des participants l'a démontré, lorsque la conjointe n'est plus disponible, ce sont les membres du réseau naturel, comme les amis, la famille ou encore les collègues de travail, qui prennent la relève pour les soutenir quand ils traversent une épreuve difficile et qui les aident à demander de l'aide psychosociale. Même s'ils sont habituellement moins consultés en cas de problèmes par les hommes et moins influents que la conjointe pour les amener à demander de l'aide (Cusack et coll., 2004 ; SOM 2018 ; Tremblay et coll.,



2015), les proches jouent un rôle plus important lorsque celle-ci ne peut plus soutenir l'homme en difficulté, tel que le suggèrent les résultats de ce mémoire. À cet effet, les propos de Charlie permettent de souligner un point digne de mention : ce n'est pas la nature de la relation qui influence le fait qu'un homme prenne au sérieux ou non les conseils et les recommandations du proche qui tente de lui venir en aide. En effet, Charlie indique que c'est la confiance qu'il avait envers son père qui a fait en sorte que ses conseils ont eu une si grande influence sur son cheminement. Ce serait donc la force de la relation de confiance entre les deux partis qui influencerait sur l'adhésion aux recommandations.

#### **5.3.4 L'influence des enfants**

Le sondage du SOM (2018) indique que les hommes ont une forte tendance à demander de l'aide lorsqu'ils constatent que leur situation problématique affecte négativement leurs enfants. Les propos de Benoit et de Charlie confirment ce résultat, tout en lui apportant une nuance importante : la crainte de l'apparition éventuelle de conséquences négatives sur ses enfants peut être suffisante pour motiver la demande d'aide d'un père. En effet, Charlie et Benoit n'ont jamais directement observé que les conséquences de leurs problèmes se répercutaient négativement sur leurs enfants. Charlie appréhendait plutôt que la dégradation de son état psychologique puisse potentiellement entraîner des conséquences importantes sur le développement de son bébé. Survenue avant l'apparition des premières idées suicidaires, cette crainte a joué un rôle important pour le convaincre, à moyen terme, d'aller rencontrer son médecin afin d'éviter que cela puisse se produire. Pour sa part, Benoit, alors qu'il avait une arme à feu à la main, a réalisé in extremis que son suicide traumatiserait sans aucun doute ses enfants. C'est cette prise de conscience, survenue dans un moment de grande détresse psychologique, qui l'a amené à choisir d'appeler le 811 plutôt que de s'enlever la vie. Bien que ces deux situations diffèrent quant au moment de l'apparition possible des conséquences, ces deux pères ont perçu qu'ils devaient modifier leur stratégie s'ils voulaient protéger leurs enfants.

Les propos des participants permettent d'apporter quelques précisions supplémentaires sur ce sujet. Tout d'abord, il est tout à fait possible que l'homme ne prenne pas conscience par lui-même des conséquences de son problème sur ses enfants ou du risque de leur apparition dans le futur. Par exemple, ce sont les parents de Charlie qui lui ont signalé

que son inaction et sa santé mentale précaire risquaient d'influencer négativement son bébé à court et long terme. Pour sa part, bien que Benoit ait lui-même fait cette prise de conscience, celle-ci est survenue très tardivement dans son processus suicidaire. Les propos de ces deux participants permettent de souligner l'importance d'aider les pères à prendre conscience, préférentiellement le plus tôt possible, que leur situation problématique entraîne, ou pourrait éventuellement entraîner, un impact négatif sur leurs enfants. La nature de ces conséquences et le délai qui s'écoule avant leur apparition semblent jouer un rôle plus secondaire sur la demande d'aide de ces hommes.

Que ce soit la présence de conséquences sur ses enfants ou la crainte de leur apparition dans le futur qui facilite la demande d'aide d'un homme, il est possible de tracer des liens entre ce résultat et l'étude de Caperton et ses collaborateurs (2020) qui démontre que le processus de demande d'aide des pères au foyer en dépression peut être influencé par leurs enfants. De manière similaire à Charlie, ces pères voyaient la demande d'aide et le suivi psychosocial comme une façon de protéger leur famille des conséquences de leur santé mentale précaire. Certains participants de cette étude précisent qu'ils ne seraient pas allés chercher de l'aide psychosociale s'ils n'étaient pas motivés par l'impact que leurs problèmes de santé mentale pouvaient avoir sur leurs enfants. Alors que pour certains participants, la motivation à la demande d'aide provenait de l'observation des conséquences liées à leur dépression chez leurs enfants, d'autres identifiaient plutôt les conséquences possibles chez leurs enfants du maintien de leur dépression comme un élément incitatif à leur demande d'aide. Ces résultats corroborent donc ceux du sondage du SOM (2018) sur le sujet voulant que la crainte de conséquences futures chez ses enfants puisse être suffisante pour susciter la motivation d'un homme en difficulté à demander de l'aide.

Caperton et ses collaborateurs (2020) émettent également une suggestion intéressante concernant la demande d'aide : la simple présence de personnes significatives, et particulièrement celle des enfants, près de l'homme en difficulté peut être suffisante pour l'inciter à demander de l'aide formelle. Ce résultat diffère de ce qui se trouve ailleurs dans la littérature dans la mesure où les autres études qui abordent l'influence des personnes significatives dans la vie de l'homme en difficulté rapportent plutôt que celles-ci doivent

intervenir directement auprès de lui pour réduire ses résistances et faciliter sa demande d'aide (Chuick et coll., 2009, Good, Dell et Mintz, 1989, Mahalik et coll., 2003, Voguel et coll., 2007, cités dans Caperton et coll., 2020). Les résultats de la présente recherche vont dans le même sens que ceux de l'étude de Caperton et ses collaborateurs (2020) tout en précisant que la présence spécifique de ses enfants peut être suffisante pour motiver un homme en difficulté à demander de l'aide et non pas celle d'une « personne significative » en général. En effet, les propos de Charlie et Benoit permettent de nuancer les résultats de cette étude au sujet de l'influence que leurs enfants ont eue sur leur processus de demande d'aide et de celle qui a été exercée par n'importe quel autre type de personne significative. Lorsque cette personne est un ami, un membre de la famille, un collègue de travail, etc., l'impact positif sur le processus de demande d'aide est systématiquement lié au soutien émotionnel/informationnel/instrumental offert par celle-ci par le biais d'une intervention directe. Aucun participant ne relate que la seule « présence » du proche a influencé d'une quelconque manière sa décision de demander de l'aide. À l'inverse, leurs propos permettent d'établir qu'aucune intervention directe de la part de leurs enfants n'est à l'origine de leur demande d'aide respective.

Il est par ailleurs important de rappeler que ces deux participants s'occupaient de leurs enfants sur une base quotidienne puisqu'ils en avaient la charge. Ces pères, se sentant responsables du bien-être et de la protection de leurs enfants, voyaient la nécessité de demander de l'aide pour les protéger des potentielles conséquences négatives pouvant découler des difficultés qu'ils rencontraient. La dépendance des enfants envers leurs parents, le désir de ceux-ci de les protéger contre la souffrance et les responsabilités multiples à leur endroit sont des exemples de caractéristiques propres à la relation parent-enfant. La différence fondamentale qui existe entre cette relation et celles que l'homme entretient avec le reste de son entourage permet de comprendre pourquoi c'est spécifiquement la présence des enfants, et non celle d'une autre personne significative, qui peut être suffisante pour faciliter sa demande d'aide.

Il importe de souligner que les caractéristiques précédemment identifiées sont propres à celles d'un homme qui est engagé dans son rôle paternel. Il est possible que cet engagement,

qui ne se trouve toutefois pas au sein de toutes les relations père-enfant, soit nécessaire pour que la présence des enfants ait un impact sur la demande d'aide du père. Les études portant sur l'influence des enfants sur la demande d'aide des hommes dans un contexte suicidaire permettent d'apporter un éclairage sur l'importance de cet engagement. En effet, dans ces recherches, les enfants y sont généralement identifiés comme un facteur de protection qui peut aider les hommes à interrompre leur processus suicidaire (Player et coll., 2015 ; Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2002). Ce facteur est en partie expliqué par le rôle protecteur des pères, ceux-ci pouvant alors devenir un modèle positif pour leurs enfants (Oliffe, Ogrodniczuk, Bottorff, Johnson et Hoyak, 2010). Houle (2005) apporte une précision importante sur ce sujet : ce n'est pas le simple fait d'avoir un enfant qui prémunit contre le suicide, mais c'est plutôt la relation engagée et soutenue qu'un père peut entretenir avec ses enfants qui peut agir comme un facteur de protection. Des contacts réguliers, un sentiment de compétence et le fait de contribuer à leur bien-être sont des caractéristiques d'une telle relation.

Cette hypothèse de Houle (2005) soutient l'idée que la présence des enfants n'est pas en soi suffisante pour faciliter la demande d'aide d'un homme qui constate ou qui craint que sa situation problématique affecte ses enfants : celui-ci doit également être engagé dans son rôle de père. À cet effet, les participants de l'étude de Caperton et ses collaborateurs (2020) mentionnent être particulièrement impliqués à la maison et auprès de leurs enfants en raison de leur rôle de père au foyer. Leur volonté de consulter un professionnel pour protéger leurs enfants implique également une forme d'engagement dans ce rôle paternel. Dans la présente recherche, bien que leur relation avec leurs enfants n'ait pas été explorée, les propos de Benoit et Charlie tendent tout de même à confirmer qu'ils étaient engagés dans leur rôle de père. Par exemple, les propos de Benoit permettent d'identifier que sa volonté de minimiser les impacts de la séparation sur ses enfants était au centre de ses préoccupations dans les mois qui ont précédé sa demande d'aide. Dans ce contexte, il est possible d'avancer que c'est l'engagement de Benoit auprès de ses enfants et l'importance d'assurer son rôle paternel qui l'ont amené, lors de sa crise suicidaire, à contacter le 811.

En somme, cette hypothèse avancée par Houle (2005) permet de souligner l'importance de l'engagement de l'homme dans son rôle paternel en lien avec l'influence qu'ont ses enfants sur sa demande d'aide. Il devient raisonnable d'avancer que le père doit entretenir un lien significatif avec ses enfants et être engagé dans son rôle paternel pour que la présence ou la crainte de conséquences négatives sur ses enfants découlant de sa situation problématique l'incite à faire une demande d'aide formelle. Cela offre également une piste permettant d'expliquer la similitude entre les données sur ce sujet recueillies auprès des pères au foyer de l'étude de Caperton et ses collaborateurs (2020) et celles obtenues de la part de Charlie et Benoit, à la différence près qu'ils travaillaient tous deux à temps plein au moment de leur demande d'aide. Indépendamment de leur situation d'emploi, ces pères avaient tous en commun le fait d'être présents au quotidien dans la vie de leurs enfants et d'être engagés dans leur rôle paternel, ce qui explique leur motivation commune à demander de l'aide pour les protéger.

### **5.3.5 Le médecin : un puissant allié**

Le médecin est un professionnel qui a eu une influence positive dans le parcours de demande d'aide de plusieurs participants. La rapidité de la demande d'aide psychosociale de certains participants à la suite de leur consultation médicale témoigne du rôle clé que les médecins peuvent jouer pour faciliter cette demande d'aide. Cette forte influence est confirmée dans la littérature scientifique. Le sondage du SOM (2018) identifie le médecin comme étant l'individu que les hommes sont le plus susceptibles d'écouter s'il leur disait de consulter un intervenant. L'étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) en arrive à une conclusion similaire, identifiant le médecin comme étant l'un des deux types d'individus possédant la plus forte influence pour amener les hommes à demander de l'aide pour des problèmes psychologiques. Il s'agit également d'une conclusion tirée par l'étude de Berger et ses collaborateurs (2013) qui s'intéressait à divers sujets reliés à la demande d'aide des hommes. Les résultats de l'étude d'Harding et Fox (2015) démontrent également que ce professionnel a souvent agi comme une porte d'entrée vers un professionnel ou une ressource d'aide psychosociale pour les participants qui se sont présentés à son bureau. Par son influence et ses conseils, il s'agit d'un membre du réseau formel qui possède parfois un rôle de liaison vers les ressources psychosociales (Rochette, 2014 ; Turcotte et coll., 2002). Ce rôle était d'autant plus crucial lorsque les participants de la présente étude ne connaissaient

pas les ressources psychosociales disponibles pour les aider à résoudre leurs problèmes. Dans l'ensemble, les résultats de la présente recherche et la littérature scientifique démontrent l'existence de cette influence positive de la part du médecin.

De manière plus spécifique, cette section établira d'abord l'importance de la sensibilisation des médecins à la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté, puis apportera quelques pistes expliquant la forte influence exercée par ces professionnels à ce sujet.

#### **5.3.5.1 L'importance de la sensibilisation**

Pour que les médecins puissent faciliter le parcours de demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté, il importe qu'ils soient sensibilisés à l'influence qu'ils ont sur la demande d'aide des hommes et en mesure de reconnaître la façon dont ceux-ci expriment leur détresse. L'expérience d'Albert illustre l'importance de cette sensibilisation. S'il a rapidement fixé un rendez-vous avec son médecin après avoir pris la décision de le consulter, il a éprouvé beaucoup plus de difficultés dans sa recherche d'aide psychosociale en raison d'une faible connaissance des services offerts. Considérant sa recherche active pour trouver un intervenant durant la période où a eu lieu sa rencontre médicale, il est fort probable qu'Albert aurait été réceptif à une intervention de son médecin en faveur d'une consultation psychosociale. Ce participant rapporte que ce sujet n'a toutefois pas été abordé lors de sa consultation médicale. Cette rencontre a certes eu l'effet désiré, soit d'obtenir des médicaments et un billet d'arrêt de travail, mais n'a eu aucun impact sur son processus de demande d'aide psychosociale.

Albert n'est pas le seul participant à s'être présenté au bureau du médecin sans vraiment connaître les autres types de ressources qui pourraient potentiellement l'aider à résoudre ses problèmes. En plus de vouloir pallier certains symptômes physiques, que le manque de sommeil, c'est en quelque sorte ce faible degré de connaissances qui a conduit certains participants chez leur médecin. Cette association que font certains hommes entre « quelque chose ne va pas, donc je vais voir mon médecin » renforce l'importance voulant que les médecins soient sensibilisés à reconnaître la détresse masculine et qu'ils soient en

mesure d'informer les hommes en difficulté des ressources associées au motif de consultation sous-jacent et de les y référer. Le médecin est peut-être la seule personne dans le parcours d'un homme en difficulté à pouvoir le soutenir de la sorte si celui-ci n'a personne dans son entourage pour l'aider à obtenir de l'information sur les ressources d'aide.

Des points similaires sont soulevés dans la littérature scientifique sur l'importance de la sensibilisation des médecins. En effet, l'étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) conclut qu'il est primordial que les médecins soient conscients de leur pouvoir d'influence sur la demande d'aide des hommes et, surtout, qu'ils exercent cette influence. Cette importance est également soulignée dans les conclusions de l'étude de Tremblay et Careau (2014). Quant à eux, les participants de l'étude de Legris et Landry (2020), soit des hommes habitant à Montréal, ne font pas part de la difficulté des médecins à identifier la détresse psychologique de leurs patients masculins, mais déplorent le manque de continuité vers les ressources d'aide psychosociale après la rencontre. Les médecins que ces hommes ont consultés n'auraient pas particulièrement tendance à informer ou à référer les patients vers les ressources d'aide psychosociale. Cette conclusion est similaire aux résultats de l'étude d'Harding et Fox (2015) qui démontrent que certains médecins ont tendance, malgré leur rôle crucial pour diriger leurs patients vers une ressource d'aide psychosociale, à minimiser les inquiétudes des hommes et à leur offrir une médication visant à soulager leurs symptômes physiques plutôt que de considérer leurs besoins psychologiques. Cette sensibilisation est d'autant plus importante puisque certains hommes peuvent éprouver des réticences à s'exprimer ouvertement sur leur santé mentale, et ce, particulièrement s'ils craignent d'être jugés ou incompris par ce professionnel (Harding et Fox, 2015).

#### **5.3.5.2 Quelques pistes d'explications**

La littérature scientifique apporte quelques éléments de réponses pour expliquer ce qui amène les hommes à suivre les recommandations de leur médecin lorsqu'il est question de demander de l'aide psychosociale. L'étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) avance que le rôle d'expert du médecin aux yeux des hommes explique la force de cette influence. Les participants de la présente étude voyaient, eux aussi, le médecin comme un expert crédible en mesure d'analyser leur situation problématique et de leur proposer une solution

adéquate, que la nature de cette solution soit pharmacologique, psychosociale ou un mélange des deux. De plus, les travaux de Dulac (1997, 2001) indiquent que les hommes peuvent sentir le besoin que leur souffrance soit validée par un spécialiste, et qu'ils sont généralement plus portés à demander de l'aide s'ils perçoivent que leurs difficultés sont liées à la complexité de leur situation plutôt qu'à un manque de compétences.

Ces conclusions concordent avec les propos de certains participants et particulièrement avec ceux de Charlie, qui exprime que son médecin a eu un impact majeur sur son processus de demande d'aide lorsqu'il a validé et normalisé son droit d'être souffrant. Lorsqu'un professionnel qui inspire la confiance et le respect indique aux hommes que leur situation nécessite l'intervention d'un professionnel d'aide psychosociale, cela normalise la difficulté de celle-ci et les décharge du poids de la culpabilité qui freine la demande d'aide. L'utilisation d'un ton directif dans la recommandation de consulter un tel professionnel peut également contribuer à lever les freins à la demande d'aide. En effet, il peut être moins confrontant pour un homme, particulièrement s'il adhère fortement aux normes de la masculinité traditionnelle, de percevoir qu'il ne fait que suivre « l'ordre » de son médecin, plutôt que de devoir porter lui-même l'entièreté du poids de cette décision. Ce résultat concorde avec l'étude de Dulac (1997) qui souligne que la souffrance et les démarches d'aide des hommes, pour être socialement acceptables, doivent être cautionnées et autorisées par un tiers ou par un spécialiste qui possède une certaine autorité. Dans l'ensemble, cette crédibilité que plusieurs hommes accordent au médecin représente un facteur qui renforce l'impact des interventions de ce professionnel de la santé.

Selon une étude canadienne récente, les individus qui perçoivent entretenir une relation positive avec leur médecin de famille sont plus enclins à adhérer aux traitements proposés (Kealy, Rice, Ferlatte, Ogradniczuk et Oliffe, 2019). Les hommes se sentent généralement davantage acceptés lorsque les médecins leur témoignent de la compassion et de l'empathie quand ils font face à des problèmes, ce qui facilite alors leur adhésion au traitement pharmacologique et au suivi psychosocial. Une autre étude s'intéressant aux qualités que les hommes recherchent lorsqu'ils communiquent avec leur médecin de famille souligne également l'importance de l'empathie tout en mettant l'accent sur l'adoption d'une



approche franche, directe et qui témoigne de la compétence du professionnel de la santé. Les hommes apprécient le fait que le médecin s'adapte à leur langage et qu'il leur fasse directement part de sa compréhension du problème et de la solution qui permettra de le régler. Pour les hommes, ces diverses qualités et manières d'intervenir inspirent généralement la confiance et le respect (Smith, Braunack-Mayer, Wittert et Warin, 2008b). Lorsque les participants décrivent leurs interactions avec leur médecin, on peut identifier plusieurs qualités mentionnées dans ces études. Ils avaient visiblement confiance en leur médecin, ce qui semble avoir facilité, dans l'ensemble, le fait de lui avoir parlé de leurs problèmes et l'adhésion à la recommandation d'aller chercher de l'aide psychosociale.

Le modèle de Gross et McMullen (1983) permet d'identifier, de façon plus précise, ce que les médecins des participants ont fait pour faciliter leur processus de demande d'aide. Il est possible de distinguer de telles actions à chacune des étapes du modèle. Avant toute chose, il importe de rappeler que l'ensemble des participants qui ont rencontré leur médecin l'ont fait avant d'avoir établi un premier contact avec une ressource d'aide, ce qui signifie qu'ils ont tous présenté une demande d'aide médicale avant d'effectuer une demande d'aide psychosociale. Ces médecins étaient donc en position d'avoir une influence positive sur le processus de demande d'aide de ces hommes en difficulté.

Les propos de François et Benoit permettent de définir les actions posées par les médecins pour faciliter la transition de la première étape à la deuxième. Ces deux participants ont initialement rencontré leur médecin dans l'intention de recevoir des médicaments pour mieux dormir. Ils percevaient avoir un problème relevant d'une aide médicale et ils sont passés à l'action pour obtenir l'aide de ce professionnel, sans toutefois saisir que ce problème, ou du moins une partie de celui-ci, relevait également d'une demande d'aide psychosociale. Dans les deux cas, les médecins ont entendu la demande initiale de leur patient, mais leur choix d'approfondir leur situation problématique leur a permis de détecter les difficultés sous-jacentes que vivaient les participants. Les médecins leur ont alors présenté leur compréhension de la situation problématique précisant que, selon leur analyse, les médicaments n'étaient pas suffisants et qu'un professionnel d'aide psychosociale serait en mesure de leur apporter l'aide nécessaire. Ces médecins ont donc facilité l'association de la

résolution potentielle du problème des participants au soutien qu'un intervenant serait en mesure de leur apporter, soit la dernière partie de l'étape de la perception du problème.

La deuxième étape du processus de demande d'aide selon le modèle de Gross et McMullen (1983), soit la décision que l'homme doit prendre par rapport à son problème, est celle où les médecins ont été les plus influents auprès des participants. D'abord, le simple fait que le médecin ait abordé avec eux la question de l'aide psychosociale leur a apporté une confirmation supplémentaire selon laquelle il s'agissait bien d'une piste prometteuse pour résoudre leurs problèmes. De plus, le soutien informationnel offert durant la consultation a eu pour effet de faire pencher la balance décisionnelle en faveur de la demande d'aide psychosociale pour plusieurs participants, parfois même au point de déclencher leur demande d'aide. Il importe de rappeler que certains obstacles rencontrés par les participants étaient liés à une méconnaissance des ressources d'aide et au fait qu'ils ne connaissaient presque rien du fonctionnement de celles-ci. Cette méconnaissance était également associée pour certains à un jugement erroné sur les ressources ou leurs usagers qui prenait racine dans certaines normes de la masculinité traditionnelle. L'information transmise par le médecin a contribué à démystifier certaines préconceptions des participants sur les ressources d'aide.

De plus, la crédibilité du médecin aux yeux des participants renforce la validité des informations qu'il leur transmet sur les ressources d'aide. Cet aspect prend une grande importance chez ceux qui ont reçu une référence personnalisée de la part de leur médecin vers une ressource ou un intervenant en particulier. À cet effet, l'étude de Smith et ses collaborateurs (2008b) souligne que la capacité d'un médecin à rapidement référer un patient à un spécialiste apte à résoudre un problème de santé soulevé pendant l'entretien est généralement vue d'un très bon œil par les hommes. L'aspect facilitant d'une telle référence est également souligné dans l'étude de Harding et Fox (2015). La confiance qu'un homme possède envers son médecin est alors transférée à la ressource ou à l'intervenant que ce dernier recommande. En plus d'informer l'homme sur l'existence et le fonctionnement d'un service qui pourrait l'aider à résoudre ses problèmes, le médecin peut lui permettre de surmonter les obstacles liés à une expérience négative antérieure. En effet, le fait que le médecin témoigne de la qualité du service par le biais de sa recommandation peut être

suffisant pour convaincre l'homme de contacter la ressource suggérée, et ce, même s'il ne fait pas suffisamment confiance au reste du système de santé en raison de cette expérience négative. Somme toute, donner de l'information sur les ressources d'aide, particulièrement sous forme d'une référence personnalisée, est l'une des actions concrètes que le médecin peut poser pour faciliter la prise de décision de ses patients de demander de l'aide, surtout s'ils n'ont pas une bonne connaissance des ressources qui sont disponibles.

Les résultats de ce mémoire permettent d'identifier un dernier élément qui a facilité la décision des participants de demander de l'aide, soit le fait de percevoir que la consultation d'un intervenant faisait partie intégrante de la prescription du médecin. Cette perception a fait en sorte que Charlie et François accordent à la recommandation d'aller consulter un intervenant et à leur prescription de médicaments une valeur similaire. Chez un homme qui se conforme aux normes de la masculinité traditionnelle, pour qui la demande d'aide psychosociale se trouve généralement à l'opposé des valeurs auxquelles il adhère, cette « prescription » peut lui permettre de rationaliser la demande d'aide. Celle-ci devient alors plus facile à accepter, car cette décision ne repose désormais plus sur sa seule responsabilité ; au lieu de prendre sur ses épaules la responsabilité de paraître faible, par exemple, l'homme ne fait que suivre la prescription de son médecin. Cette « prescription » peut donc permettre aux hommes de surmonter certains obstacles rattachés à la décision de demander de l'aide psychosociale, notamment ceux qui sont liés aux normes de la masculinité traditionnelle.

Enfin, parmi tous les médecins, un seul a directement soutenu son patient à la troisième étape du modèle de Gross et McMullen (1983). En effet, bien qu'ils aient offert un soutien informationnel ou effectué une référence personnalisée à leurs patients, ils ont ultimement terminé la rencontre en laissant à l'homme la responsabilité de contacter lui-même une ressource d'aide. Pour sa part, le médecin de Charlie, qui a effectué une référence personnalisée à la travailleuse sociale de son GMF, a également demandé à cette professionnelle d'appeler ce participant plus tard dans la journée afin d'établir un premier contact et de planifier un premier rendez-vous. Ce type d'action demande certes une certaine collaboration entre le médecin et le professionnel ou la ressource vers qui l'homme est dirigé. L'étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) portant sur l'influence que possèdent les

individus sur la demande d'aide psychosociale des hommes souligne l'importance que les médecins et les professionnels d'aide psychosociale entretiennent de meilleures relations afin de mieux soutenir les hommes en détresse. À titre d'exemple, un soutien à l'étape de la recherche d'aide qu'un médecin en dehors d'un GMF pourrait apporter serait d'offrir à l'homme de téléphoner en sa présence à la ressource d'aide vers qui il l'oriente pour ouvrir un dossier ou encore d'appeler brièvement la ressource avec son autorisation pour lui demander de le joindre afin d'établir un premier contact. Le fait de soutenir l'homme en détresse à l'étape de la recherche d'aide en lui enlevant le poids de devoir lui-même passer à l'action pour demander cette forme d'aide une seconde fois facilite son processus de demande d'aide psychosociale.

### **5.3.6 La référence personnalisée : soutenir l'homme après sa demande d'aide initiale**

La section précédente a démontré que les médecins ont généralement soutenu les participants dans leur demande d'aide psychosociale. Plus précisément, celui de Charlie l'a soutenu à la troisième étape du modèle de Gross et McMullen (1983), soit celle de la recherche d'aide, en faisant une référence personnalisée à la travailleuse sociale du GMF et en lui demandant de contacter ce participant quelques heures après leur rencontre. Bien que l'appel de la travailleuse sociale ait facilité sa recherche d'aide, il est probable que Charlie aurait éventuellement pris l'initiative d'appeler la travailleuse sociale lui-même puisque ses propos semblent indiquer qu'il était motivé à entreprendre un tel suivi. Si la référence personnalisée du médecin à la travailleuse sociale du GMF n'était peut-être pas essentielle à la demande d'aide psychosociale de Charlie, nous verrons que la situation de Benoit est complètement différente.

En effet, la référence personnalisée a pris toute son importance pour Benoit qui a réalisé, en quelque sorte, trois demandes d'aide : une première demande de nature médicale à son médecin pour obtenir des somnifères plusieurs semaines avant l'apparition de ses idées suicidaires, une deuxième demande au 811 dans un contexte de situation de crise suicidaire, et une troisième le lendemain de cette crise à Partage au Masculin. Il est important de rappeler que cette demande au 811 n'a pas été réalisée dans l'intention d'entamer un suivi avec un professionnel d'aide psychosociale, Benoit mentionnant clairement que son but était d'éviter

que ses enfants vivent un grave traumatisme causé par son suicide. Il relate que l'entretien avec l'intervenante de crise qui a duré plus d'une heure lui a d'abord permis d'atténuer temporairement sa détresse et de le calmer. Puis, à la fin de l'entretien, cette intervenante a posé un geste crucial dans le processus de demande d'aide psychosociale de Benoit : elle a effectué une référence personnalisée à Partage au Masculin en demandant qu'il soit rappelé dès le lendemain.

Il importe de préciser que Benoit était probablement le participant qui adhérait le plus à certaines normes de la masculinité traditionnelle et qu'il était aussi celui qui éprouvait initialement le plus grand inconfort à l'égard de la consultation, croyant à l'origine que seuls les hommes faibles demandaient de l'aide. C'est dans ce contexte que la référence personnalisée à Partage au Masculin prend toute son importance. Benoit affirme qu'il serait très probablement retombé dans son « vieux pattern d'orgueil et d'homme fort » si l'intervenante lui avait plutôt remis le numéro de téléphone de l'organisme avec le poids de la responsabilité de le contacter lui-même dans les jours suivants. Appliqué au modèle de Gross et McMullen (1983), il est possible de croire qu'un simple soutien informationnel pour tenter de faire pencher la balance décisionnelle en faveur de la demande d'aide à Partage au Masculin et de convaincre Benoit d'appeler lui-même n'aurait pas été suffisant pour qu'il entre en contact avec l'organisme. La référence personnalisée, combinée à l'appel de la part de l'intervenant de l'organisme le lendemain, était absolument nécessaire pour soutenir Benoit dans sa recherche d'aide et surtout dans sa décision d'accepter de rencontrer un intervenant psychosocial. Sans cela, à ses yeux, le résultat aurait été sans équivoque : il ne serait jamais entré en contact avec l'organisme.

L'analyse du cas de Benoit mène à des conclusions intéressantes. D'abord, le fait qu'un homme parvienne à effectuer une première demande d'aide ne signifie pas nécessairement qu'il parviendra à en compléter une seconde par lui-même. En effet, le fait de devoir recommencer le processus et de répéter leur histoire peut être particulièrement difficile pour certains hommes lorsqu'ils sont au bout du rouleau (Tremblay et Careau, 2014). La responsabilité de contacter une autre ressource peut donc représenter un obstacle supplémentaire à ce deuxième processus de demande d'aide. De manière similaire à ce que

Dulac (1997) souligne, si la demande d'aide survient dans une situation de crise, cela peut signifier que l'homme sera moins actif dans ses recherches d'aide et moins réceptif à l'idée de consulter un professionnel s'il ne reçoit pas rapidement de l'aide. Cette crise ouvre donc une fenêtre d'opportunité temporaire permettant au professionnel de diriger l'homme vers les ressources adéquates. Rappelons que selon Dulac (2001), certains hommes demandent de l'aide en situation de crise, car leur souffrance pendant cette période devient plus forte que l'inconfort ressenti à l'idée de demander cette forme d'aide. Comme en font foi les propos de Benoit, la diminution de sa souffrance lorsque la crise est passée peut inciter l'homme à ne pas poursuivre ses démarches, à l'amener à reprendre ses anciennes habitudes et à tenter à nouveau de résoudre ses problèmes par lui-même. Sa carapace étant ainsi revenue sans pour autant que la source de ses problèmes ait été réglée, il est possible que l'homme ait perdu sa volonté à s'ouvrir à un intervenant du moins, comme Dulac (2001) le souligne, jusqu'à la prochaine crise majeure.

Pour ces raisons, il est nécessaire que la personne qui reçoit la première demande d'aide d'un homme en détresse, qu'il s'agisse d'un professionnel en intervention de crise ou d'un professionnel médical, saisisse la fenêtre d'opportunité qui se présente pour retirer à l'homme en difficulté la charge de devoir trouver et contacter une ressource qui l'aidera à résoudre ses problèmes. Comme l'indique Dulac (2001), bien que cette pratique puisse sembler à première vue moins orthodoxe et qu'elle contredise en quelque sorte le principe de responsabilisation, il est important que le professionnel qui reçoit la demande initiale effectue cette démarche et ne laisse pas à l'homme en détresse le devoir de la faire. La trajectoire de demande d'aide de Benoit démontre que la référence personnalisée est un moyen efficace d'augmenter la probabilité qu'un homme commence un suivi avec un professionnel d'aide psychosociale s'il n'a pas la responsabilité de contacter lui-même cette nouvelle ressource d'aide. Un parallèle peut être tracé entre la situation de Benoit, qui a demandé de l'aide à un service d'intervention de crise, et celle de Charlie, qui a adressé la sienne à un médecin d'un GMF. Dans les deux situations, les professionnels qui ont reçu la demande d'aide initiale ont eux-mêmes contacté une ressource ou une professionnelle d'aide psychosociale afin que l'homme en difficulté reçoive rapidement l'aide dont il avait besoin. Tout comme Cusack et ses collaborateurs (2004) l'ont noté, l'importance que les différents professionnels et

ressources d'aide développent et entretiennent des liens étroits pour assurer un meilleur maillage entre les différentes ressources et ainsi faciliter la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté ressort dans la présente étude.

### **5.3.7 Les services d'aide**

Le thème des services d'aide est divisé en trois parties, soit le premier contact avec la ressource, les caractéristiques des services et les facteurs qui favorisent la continuité du suivi psychosocial des hommes en difficulté.

#### **5.3.7.1 Le premier contact**

Les craintes et l'incertitude des hommes qui parviennent à adresser une demande d'aide les font parfois hésiter à se présenter à leur premier rendez-vous. La qualité du premier contact avec la ressource permet aux hommes plus craintifs, mal à l'aise ou méfiants de persister dans leur processus de demande d'aide (Dulac, 2001 ; Turcotte et coll., 2002). Un premier contact de qualité est un facteur également jugé important par la forte majorité des répondants du sondage de Tremblay et ses collaborateurs (2015). Bien que la moitié des participants de la présente étude ne semblent pas avoir prêté une attention particulière à la qualité du contact initial, des éléments indiquent que ce facteur a été important pour les autres. En effet, le premier échange téléphonique avec l'adjoint administratif ou l'intervenant de l'organisme a renforcé leur décision de se présenter à un premier rendez-vous. L'écoute, le professionnalisme, le non-jugement et le sentiment d'être pris au sérieux dans leur détresse sont les principales caractéristiques appréciées et jugées significatives par ces participants. Il s'agit de caractéristiques également identifiées dans les études québécoises s'intéressant à ce que les hommes recherchent dans les services d'aide (Roy et coll., 2014 ; Tremblay et coll., 2015). La qualité de ce premier contact a surtout été significative pour les participants qui en étaient à leur première demande d'aide ou qui avaient vécu des expériences négatives avec des intervenants dans le passé. Il est probable que ces hommes n'étaient pas entièrement convaincus qu'ils prenaient la bonne décision pour régler leurs problèmes et qu'ils ressentaient donc davantage le besoin d'être rassurés dans leur démarche, à l'inverse des participants qui étaient familiers avec le processus et qui évaluaient positivement les résultats de leurs expériences antérieures avec de tels professionnels.

Même si l'appel téléphonique demeure la méthode de prédilection pour établir un premier contact avec une ressource d'aide, la décision d'Albert de se présenter directement au bureau de Partage au Masculin est un exemple des méthodes alternatives pour demander de l'aide. La qualité de l'accueil est évidemment tout aussi importante pour ces demandes non conventionnelles. Albert a établi des liens entre le fait d'avoir été rapidement pris au sérieux et écouté dans sa détresse et sa décision d'assister, quelques jours plus tard, à une première rencontre officielle avec un intervenant. Les propos de ce participant rejoignent la conclusion de Dulac (2001) quant à l'importance de prendre le temps nécessaire pour accueillir les hommes qui se présentent directement dans les ressources sans avoir préalablement téléphoné. La flexibilité des ressources à recevoir ces demandes d'aide non conventionnelles et à consacrer aux hommes le temps nécessaire pour établir un premier contact témoigne de la qualité de l'accueil nécessaire pour inciter certains hommes à poursuivre leur processus de demande d'aide.

En bref, un premier contact de qualité avec une ressource d'aide, qu'il s'agisse d'un contact téléphonique ou en personne, permet de renforcer l'engagement des hommes qui demeurent hésitants à se présenter à une première rencontre avec un professionnel.

### **5.3.7.2 Les caractéristiques des ressources d'aide**

Les caractéristiques concernant les services qui ont influencé le parcours de demande d'aide des participants sont la rapidité de ceux-ci, la gratuité ou leur faible coût et le sexe de l'intervenant. Ces deux derniers facteurs ont influencé l'étape de la prise de décision du modèle de Gross et McMullen (1983), car c'est le fait d'avoir su que Partage au Masculin possédait ces caractéristiques, généralement par le biais d'Internet ou de la publicité, qui a facilité la décision de certains participants de contacter l'organisme. Pour sa part, la rapidité liée à l'obtention d'un premier rendez-vous a plutôt eu un impact à la dernière étape du processus, soit celle de recherche d'aide, car les participants n'ont été confrontés à cette caractéristique qu'après leur demande d'aide. Chacune de ces caractéristiques peut potentiellement influencer l'étape de la décision et/ou celle de la recherche d'aide dans le processus de demande d'aide d'un homme en difficulté.



La capacité des ressources d'aide d'offrir un service rapide est identifiée par plusieurs participants comme un facteur déterminant pour prendre la décision de se rendre à une première rencontre avec un professionnel. L'importance de la rapidité du premier rendez-vous pour les hommes en détresse est soulignée à maintes reprises dans la littérature scientifique (Dulac, 1997 ; Fortin, 2016 ; SOM, 2018 ; Tremblay et coll., 2016). Cette caractéristique se retrouve principalement chez les participants qui ont longuement attendu avant d'adresser une première demande d'aide à un professionnel. La situation de ces participants s'étant grandement dégradée au fil du temps, parfois au point de développer des idées suicidaires, leur demande d'aide survenait souvent lors d'un moment de grande détresse, alors qu'ils ne voyaient généralement plus d'autres solutions possibles et qu'ils cherchaient à obtenir des services rapides pour soulager leur souffrance. Ces résultats corroborent les études qui identifient la tendance qu'ont certains hommes à attendre d'être au bout du rouleau avant de demander de l'aide et qui soulignent l'aspect particulièrement négatif des longues listes d'attente avant d'avoir accès aux services (Tremblay et Careau, 2014 ; Turcotte et coll., 2002). Devant le risque de découragement que peuvent représenter ces listes d'attente, il devient primordial de pouvoir rapidement offrir des services aux hommes en difficulté.

Ces informations sont corroborées par les propos de Benoit, qui indique clairement que des délais d'attente auraient eu un impact très négatif sur sa demande d'aide. Le fait d'offrir rapidement un premier rendez-vous semble transmettre le message à l'homme qu'il est pris au sérieux dans sa demande d'aide et que la gravité de sa situation nécessite bel et bien l'intervention rapide d'un professionnel. La rapidité du premier rendez-vous peut également avoir une importance chez les hommes qui ne traversent pas de crise similaire à celle de Benoit. Par exemple, pour Gérard, la rapidité du rendez-vous l'a aidé à conserver sa motivation à consulter un intervenant plutôt qu'à retomber dans ses vieilles habitudes de manière similaire à ce que Benoit a souligné. Dans l'ensemble, la rapidité de la première consultation permet de maintenir la volonté des hommes à consulter un intervenant, de réduire le risque qu'ils se démotivent ou qu'ils sentent qu'ils ne sont pas pris au sérieux et qu'ils décident ainsi d'opter pour une stratégie moins efficace pour résoudre leurs problèmes.

Dans une moindre mesure, la gratuité des services a été prise en considération par quelques participants dans leur prise de décision de demander de l'aide. Ces résultats corroborent les études de Turcotte et ses collaborateurs (2002) qui identifient que le coût d'accès à une ressource est déterminant pour les hommes qui hésitent à investir dans leur santé. Gérard, par exemple, a effectivement hésité pendant longtemps avant de consulter un professionnel pour ses problèmes de communication principalement parce qu'il croyait, à tort, que tous les services d'aide étaient dispendieux. Bien que ce facteur ne soit pas le seul qui soit entré en ligne de compte dans sa décision, ce n'est que lorsqu'il a eu la certitude qu'il pouvait rencontrer un professionnel gratuitement qu'il a décidé de demander de l'aide. La gratuité ou le faible coût des services ressort également comme étant une caractéristique importante dans les sondages québécois des dernières années (Tremblay et coll., 2015). Celui du SOM (2018) identifie de manière plus précise que cette caractéristique est encore plus importante chez les jeunes hommes célibataires qui évaluent plus négativement leur santé mentale. Ces facteurs sont présents chez Hugo, jeune homme célibataire lui aussi, ayant un revenu plutôt moyen, pour qui la gratuité du service a facilité sa demande d'aide. Dans l'ensemble, les résultats de la présente étude corroborent l'importance soulignée dans la littérature de continuer d'offrir des services gratuits ou à faible coût pour faciliter la demande d'aide des hommes.

Enfin, le sexe de l'intervenant, qui est la dernière caractéristique liée aux services d'aide qui a été analysée, semble avoir revêtu que très peu d'importance pour la majorité des participants. En effet, seulement deux d'entre eux ont mentionné avoir une préférence à cet égard. Ces résultats vont dans la même direction que ceux de Tremblay et Careau (2014), qui soulignent que la compétence d'un intervenant est généralement beaucoup plus importante pour les hommes que le sexe de celui-ci. Ces données sont similaires à celles du sondage du SOM (2018) qui identifie que seulement un homme sur huit préfère avoir un homme comme intervenant. Dans la présente étude, seul Hugo a clairement identifié que le sexe de l'intervenant a eu une influence positive sur sa prise de décision et sur son processus de demande d'aide. Il a expliqué qu'il avait vu sur le site web de Partage au Masculin que cet organisme n'engageait que des hommes, ce qui lui assurait de rencontrer un intervenant masculin. Ayant déjà eu quelques expériences négatives avec des intervenantes dans le passé,

Hugo percevait probablement qu'un homme serait plus en mesure de le comprendre et de l'accueillir sans jugement dans ses difficultés.

En résumé, les résultats de ce mémoire corroborent les informations déjà présentes dans la littérature scientifique quant à l'importance d'offrir aux hommes un service rapide, gratuit ou à faible cout, et de tenir compte, dans la limite du possible et du raisonnable, de leur préférence quant au sexe de l'intervenant. Il est bon de souligner que d'autres caractéristiques également présentes dans la littérature scientifique, telles que la proximité géographique, la confidentialité ou les heures d'ouverture qui simplifient la vie, ont possiblement facilité la décision de certains participants de demander de l'aide (SOM, 2018 ; Tremblay et coll., 2015 ; Turcotte et coll., 2002). Toutefois, les propos des participants ne permettent pas d'affirmer avec certitude que ces facteurs ont eu une influence quelconque sur leur décision.

### **5.3.7.3 Le suivi psychosocial**

Le fait que certains hommes se démotivent et abandonnent rapidement leur suivi après une ou quelques rencontres souligne l'importance de comprendre leurs besoins et leurs préférences afin d'adapter les services et ainsi favoriser leur engagement dès la première rencontre (Tremblay et coll., 2016). Gross et McMullen (1983) soutiennent que les résultats positifs surviennent lorsque l'aide recherchée lors de la troisième étape du modèle est conforme à l'aide obtenue. De manière similaire à ce qu'ils ont jugé important lors du contact initial avec l'organisme, les participants ont généralement identifié que le professionnalisme, l'écoute, le non-jugement, l'empathie et la capacité à établir rapidement un lien de confiance sont les qualités de l'intervenant qui ont contribué à ce qu'ils se présentent à une deuxième rencontre. Ces diverses caractéristiques sont également jugées importantes par les hommes dans d'autres études québécoises (Roy et coll., 2014 ; Tremblay et Careau, 2014 ; Tremblay et coll., 2015). Les participants de l'étude de Legris et Landry (2020) précisent notamment qu'ils ne reviennent pas à un deuxième rendez-vous s'ils sentent que l'intervenant possède des préjugés envers les hommes. Les résultats de la présente étude corroborent donc ce qui est déjà bien établi dans la littérature scientifique quant aux qualités que les hommes recherchent chez un intervenant.

Les participants, notamment ceux qui ont participé au groupe pour les hommes en rupture amoureuse, ont apprécié le fait que l'intervention ait directement porté sur l'épreuve qu'ils traversaient. Ils rapportent avoir également grandement apprécié le caractère concret de l'intervention ainsi que l'obtention de solutions à leurs problèmes et d'outils à mettre en application dans leur quotidien. Certains participants ont souligné positivement l'approche directe et interactive de l'intervenant lorsque celui-ci proposait un sujet de discussion, expliquait un concept théorique, offrait des pistes de solutions ou les écoutait tout en échangeant avec eux. Ces résultats sont tous identifiés dans la littérature scientifique. Par exemple, Tremblay et Careau (2014) soulignent le désir des hommes de recevoir des conseils, « trucs » et stratégies concrètes de la part de leur intervenant pour obtenir des résultats rapides. La moitié des répondants du sondage du SOM (2018) disent vouloir un intervenant qui les écoute sans jugement, qui les aide à comprendre ce qui leur arrive et qui leur offre des outils concrets. Quelques autres études soulignent également que les hommes préfèrent les interventions plus directives, basées sur les pensées plutôt que sur les émotions et ayant des objectifs clairs à atteindre (Johnson et coll., 2012 ; Rochlen et O'Brien, 2002 ; Seidler, Dawes, Rice, Oliffe et Dhillon, 2016). Ne pas répondre à leurs préférences en matière d'intervention risque de les démotiver en cours de route et de créer une expérience négative qui pourrait faire obstacle à une future demande d'aide, comme cela aurait pu se produire pour quelques participants chez qui des expériences négatives antérieures leur sont revenues en tête, sans les freiner pour autant, lorsqu'est venu le temps de prendre la décision de demander de l'aide à nouveau.

En somme, les résultats de ce mémoire présentés dans cette section, sans apporter de nouvelles connaissances sur les caractéristiques des services d'aide qui favorisent l'engagement des hommes dans leur suivi psychosocial, ont néanmoins corroboré ce qui se trouve dans la littérature scientifique. L'étape de la recherche d'aide débute par un premier contact avec une ressource et le processus se poursuit de la première rencontre avec un professionnel jusqu'à la fin du suivi. Il est important de comprendre ce qui favorise l'engagement des hommes lorsqu'ils demandent de l'aide pour mieux adapter les services et former les intervenants afin qu'ils complètent leur processus de demande d'aide.

## **Limites de l'étude**

Bien qu'ils soient encourageants, il importe d'interpréter avec prudence les résultats de la présente recherche à la lumière des limites suivantes.

L'une des limites importantes de l'étude porte sur la taille de l'échantillon. Même s'il était pertinent d'avoir un plus petit échantillon en raison du critère de faisabilité du mémoire, sa taille implique que la saturation des données sur les éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes en difficulté n'a pas pu être atteinte. De plus, celui-ci comportait huit participants et non 10, comme initialement prévu. Considérant le fait que la population à l'étude était relativement large, soit les hommes de 18 ans et plus qui ont complété un suivi psychosocial, un échantillon de 10 individus ou moins ne peut bien évidemment pas représenter adéquatement toutes les caractéristiques de cette population. Certes, certaines données sociodémographiques de l'échantillon, comme l'âge, le niveau de scolarité et le revenu, sont relativement hétérogènes. Par contre, d'autres données, telles que l'origine ethnique, sont homogènes, ce qui constitue également une limite. Comme tous les participants sont francophones et d'origine québécoise, il est ainsi difficile de dire si, par exemple, les résultats de la recherche s'appliquent de la même manière à un homme qui a récemment immigré dans la région ou qui ne parle pas français. De plus, il est connu que certains sous-groupes d'hommes, comme les agriculteurs, les hommes en situation de pauvreté et les aînés, vivent une réalité spécifique qui peut être différente du portrait global des hommes (Roy et coll., 2014). Bien que certains de ces sous-groupes soient présents sur le territoire de Chaudière-Appalaches, ils ne sont pas représentés dans l'échantillon de l'étude. Enfin, dans la mesure où il existe de multiples manières pour un homme de définir et d'exprimer sa masculinité (Tremblay et L'Heureux, 2010), il serait incorrect d'affirmer qu'un échantillon de seulement huit participants puisse représenter convenablement l'ensemble des masculinités. Il aurait été intéressant d'obtenir un échantillon plus grand et plus varié pour mieux représenter certaines caractéristiques et diversités au sein de la population à l'étude et ainsi mieux dépeindre l'ensemble de cette population.

Une autre limite porte sur les trajectoires et motifs de demande d'aide des participants. Cette limite se divise en trois points. Premièrement, même si quelques participants ont

initialement demandé de l'aide au 811 ou à leur médecin avant de se présenter à Partage au Masculin, il demeure que cet organisme a été le seul collaborateur au recrutement des participants. L'échantillon ne comporte donc pas d'hommes qui ont consulté un intervenant dans un CLSC ou dans un autre organisme communautaire de la région qui vient en aide aux hommes. Deuxièmement, tous les participants ont volontairement demandé de l'aide, sans pression du réseau formel (injonction du tribunal, DPJ, etc.) ni du réseau informel (pression de l'employeur, conjointe qui menace de quitter le domicile, etc.). Or, les hommes qui demandent de l'aide de manière non volontaire forment un pourcentage non négligeable de la population à l'étude, segment de population complètement absent de l'échantillon. Par ailleurs, les étapes du modèle de Gross et McMullen (1983) semblent être moins adaptées pour ces hommes, considérant qu'ils peuvent, par exemple, demander à consulter un professionnel à la suite de pressions externes sans même percevoir qu'ils ont un problème. Finalement, les problèmes de couple et la séparation sont un motif de consultation surreprésenté dans l'échantillon comparativement à tous les autres. Il aurait été intéressant d'obtenir des motifs de demande d'aide plus variés, tels que des hommes consultant pour des problèmes liés à la consommation, à la santé mentale ou encore à la difficulté de s'affirmer.

Ces points permettent de constater que la pluralité des parcours de demande d'aide, des motifs de consultation et des types de masculinité n'a pas pu être complètement représentée dans le cadre de cette recherche. Dans l'ensemble, bien qu'il soit possible d'identifier plusieurs facteurs qui facilitent la demande d'aide des hommes et d'effectuer quelques recommandations basées sur les résultats obtenus, la généralisation des données à l'ensemble de cette population devient plus difficile. Des stratégies comme l'augmentation de la taille de l'échantillon, le resserrement des critères d'inclusion et la collaboration avec d'autres organismes auraient pu partiellement pallier cette limite. À propos de la saturation des données, Bertaux (1980) souligne que celle-ci n'est probablement pas pleinement atteinte si le chercheur n'a pas consciemment tenté de diversifier ses sources d'information. En ce sens, une meilleure application de la technique d'échantillonnage par quotas ou encore l'utilisation d'une technique différente aurait pu permettre d'obtenir une plus grande variété de trajectoires de demande d'aide et de caractéristiques des hommes composant l'échantillon. Une autre possibilité aurait été de croiser les résultats avec ceux de groupes de discussion

focalisés composés d'intervenants afin d'obtenir leurs points de vue sur les éléments qui facilitent la demande d'aide psychosociale des hommes en difficulté.

La désirabilité sociale doit également être prise en considération dans l'interprétation des résultats puisqu'elle peut représenter un biais dans la recherche. Étant donné que le recrutement a été effectué en collaboration avec Partage au Masculin et que les participants ont presque tous jugé avoir vécu une expérience positive de demande d'aide au sein de l'organisme, il n'est pas à exclure que certains d'entre eux aient pu s'être sentis redevables envers l'organisme. Il est possible que ce sentiment ait pu influencer certaines réponses afin de donner à l'étudiant-chercheur des informations jugées pertinentes ou bénéfiques aux fins de la recherche, ce qui a pu affecter la justesse des résultats.

Puisque les données ont été recueillies uniquement à partir des souvenirs et des impressions des participants, et que l'expérience de demande d'aide pouvait avoir eu lieu cinq ans avant la date de l'entretien, l'information transmise a pu être altérée par le passage du temps, ce qui constitue un autre biais. Leurs réponses peuvent ainsi avoir fait l'objet de trous de mémoire ou avoir donné lieu à des distorsions (Nisbett et Wilson, 1977). Enfin, le fait que le codage des données a exclusivement été effectué par l'étudiant-chercheur en fonction de son jugement peut potentiellement réduire l'objectivité des résultats obtenus.

## **Recommandations**

Les résultats de ce mémoire permettent d'émettre quelques recommandations dans l'objectif de faciliter la demande d'aide des hommes, tant sur le plan de la recherche que des implications pour la pratique.

## **Pistes de recherches futures**

Les résultats de cette étude fournissent des informations intéressantes sur les éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes. Toutefois, puisqu'il s'agit d'un sujet relativement large et que des contraintes temporelles et monétaires sont associées à la réalisation d'un mémoire, la saturation des données n'a pu être atteinte. Une recherche similaire menée à plus grande échelle et diversifiant les trajectoires de demande d'aide à l'étude serait pertinente pour atteindre cette saturation et mieux comprendre l'ensemble des éléments qui facilitent la demande d'aide des hommes en difficulté.

Les données recueillies permettent également d'avancer qu'une recherche réalisée auprès des médecins de famille pourrait s'avérer pertinente pour mieux comprendre comment ces professionnels de la santé présentent la consultation psychosociale aux hommes en difficulté. Une telle recherche permettrait de documenter les approches utilisées et jugées efficaces par les médecins pour convaincre les hommes en difficulté de s'engager dans un suivi psychosocial, la présente recherche ne documentant que le point de vue des hommes sur cette question. Il serait intéressant de vérifier, par exemple, si certains médecins présentent ou incluent la consultation d'un intervenant dans leur prescription puisque cet élément a été identifié comme pouvant être aidant par quelques participants. Un autre objectif que pourrait poursuivre une telle recherche serait de détailler le point de vue des médecins qui recommandent peu ce type de suivi aux hommes en difficulté afin de comprendre s'ils éprouvent des difficultés à percevoir la détresse chez les hommes et s'ils ont des réticences à recommander ce type de suivi. Des pistes pourraient ainsi être dégagées pour les sensibiliser à leur influence potentielle sur la demande d'aide des hommes et des actions pourraient être ciblées pour les engager dans ce processus.



Une recherche additionnelle pourrait, cette fois, être réalisée strictement auprès des hommes qui ont demandé de l'aide psychosociale à la suite d'une consultation chez leur médecin. Si l'existence et la force de l'influence de ce professionnel pour inciter les hommes à consulter un intervenant sont bien documentées dans la littérature scientifique, l'efficacité des diverses stratégies utilisées par les médecins pour les amener à adhérer à une telle recommandation l'est beaucoup moins. Ce type de recherche pourrait permettre de mieux documenter l'impact de la « prescription » que donne le médecin à un homme en difficulté quant à la nécessité qu'il obtienne une aide psychosociale ou du moins la perception qu'en ont les hommes en difficulté. Il serait également intéressant de comparer l'impact d'une recommandation générale vis-à-vis de la consultation psychosociale de la part du médecin à une référence personnalisée présentée par ce dernier. L'efficacité des stratégies employées pourrait également être mise en lien avec d'autres variables qui peuvent affecter l'adhésion à la recommandation de consulter un intervenant psychosocial, comme le type d'attitude adopté par le médecin pendant la consultation et la force du lien de confiance entre l'homme et ce professionnel.

Une recherche future pourrait également être menée exclusivement auprès des pères qui ont demandé de l'aide après avoir constaté que leurs problèmes affectaient négativement leurs enfants ou qui craignaient que leurs difficultés en viennent éventuellement à les affliger. Elle pourrait notamment permettre de mieux comprendre l'effet que peut avoir l'engagement parental d'un homme sur sa demande d'aide dans la mesure où celui-ci observe ou craint l'apparition de conséquences de sa situation problématique sur ses enfants. Il serait également intéressant d'explorer cette question auprès de pères en difficulté qui ont la garde partagée de leurs enfants ou qui ne les voient qu'une fin de semaine sur deux afin de comprendre si le fait d'être moins souvent en leur présence affecte leur demande d'aide.

De telles études sur l'influence des enfants et sur les stratégies utilisées par les médecins pour amener un homme à consulter un intervenant permettraient d'approfondir les résultats obtenus dans la présente recherche. Considérant que ces thèmes demeurent peu explorés dans la littérature scientifique, les documenter plus en profondeur avec un plus

grand nombre de participants permettrait de mieux comprendre ces réalités et de proposer des pistes d'action afin de faciliter la demande d'aide psychosociale de ces hommes.

### **Implications pour la pratique**

Considérant le grand nombre de facteurs environnementaux qui ont eu un impact positif sur le processus de demande d'aide psychosociale des participants, les résultats de cette recherche offrent des pistes de réflexion et d'action pertinentes en intervention sociale afin de faciliter la demande d'aide des hommes en difficulté.

Les proches sont des alliés essentiels à la demande d'aide de plusieurs hommes en leur offrant écoute, conseils et recommandations pour les soutenir dans leurs problèmes et les diriger vers les services d'aide. Il apparaît donc nécessaire d'inclure le réseau naturel dans les réflexions pour faciliter le processus de demande d'aide des hommes en difficulté. Des actions, de nature publicitaire ou autres, visant directement à joindre et outiller les proches pour les aider à diriger les hommes en difficulté vers les services d'aide s'avéreraient pertinentes pour faciliter la demande d'aide des hommes. À ce propos, Cusack et ses collaborateurs (2004) ont déjà émis une recommandation similaire en spécifiant que ces actions pourraient viser, par exemple, à développer leur capacité d'écoute, à leur donner des renseignements généraux sur les problèmes psychologiques et à les inciter à transmettre de l'information sur les services aux hommes en difficulté de leur entourage. Ces actions pourraient conduire à la création d'un site web ou d'un dépliant qui regrouperait les informations essentielles pour accompagner les proches dans cette démarche ou encore mener à la mise en place d'une campagne de promotion de la santé leur étant spécifiquement destinée. L'outil en ligne *Comment aider un homme proche à utiliser des services d'aide*, qui fait partie du *Coffre à outils pour hommes* conçu par L'Heureux et ses collaborateurs (2021), est un excellent exemple de la création d'un outil qui offre aux proches des moyens concrets pour accompagner un homme en difficulté dans son processus de demande d'aide psychosociale.

La faible connaissance des services d'aide et certaines contraintes liées aux normes de la masculinité traditionnelle sont deux facteurs qui ont fait obstacle à la demande d'aide

psychosociale de plusieurs participants. Devant ce constat, la mise en œuvre d'actions visant à améliorer l'étendue des connaissances des hommes sur la nature et le fonctionnement des services s'avère donc judicieuse pour faciliter leur demande d'aide. La publicité dans les médias traditionnels présentant des témoignages d'hommes « comme tout le monde » ou de personnalités connues qui ont consulté un intervenant et qui s'en sont sortis contribuerait à atteindre ces objectifs tout en normalisant la demande d'aide (Delenardo et Terrion, 2014 ; Harding et Fox, 2015). Les campagnes publicitaires *Real men, Real depression* (Rochlen et Hoyer, 2005) et *Demander de l'aide, c'est fort* (Garneau, 2004) représentent des modèles intéressants pour créer de nouvelles publicités sociales qui utilisent des témoignages et véhiculent des messages permettant, à plus long terme, de déconstruire certaines contraintes de la masculinité tout en positionnant la demande d'aide comme un comportement conforme aux normes masculines actuelles. Des recommandations similaires ont déjà été émises dans le passé par différents auteurs afin de faciliter la demande d'aide des hommes (Caperton et coll., 2020 ; Tremblay et coll., 2016).

La forte propension d'hommes à vouloir témoigner de leurs expériences positives de demande d'aide et à prendre l'initiative d'aider leurs prochains pourrait également constituer un levier pour favoriser la demande d'aide de nombreux hommes en difficulté. Une avenue à explorer pour exploiter ce potentiel serait d'inclure dans des campagnes publicitaires des témoignages d'hommes qui ont déjà consulté un intervenant et de les inviter à partager leur propre expérience de demande d'aide et de suivi psychosocial avec leur entourage. Tels qu'identifiés dans la littérature scientifique, l'attitude positive de l'entourage à l'égard de la demande d'aide et le fait de connaître quelqu'un qui a demandé de l'aide par le passé figurent parmi les facteurs qui ont facilité la demande d'aide des participants (Sierra-Hernandez et coll., 2014 ; Voguel et coll., 2007). Une invitation à la discussion avec leurs proches, transmise dans une campagne publicitaire par le biais de témoignages, contribuerait ainsi à briser le tabou sur la demande d'aide masculine et à instaurer un climat plus favorable pour amener d'autres hommes à s'ouvrir sur leurs propres difficultés, créant ainsi des opportunités pour les accompagner et les soutenir dans leurs démarches de demande d'aide.

Les résultats de la présente étude montrent que la crainte qu'une situation

problématique puisse avoir des répercussions négatives sur leurs enfants d'âge mineur facilite grandement la demande d'aide des hommes en difficulté. Toutefois, les résultats ont également démontré que ces pères peuvent avoir de la difficulté à prendre conscience de la présence de ces répercussions négatives ou du risque d'apparition de celles-ci dans un futur quelconque. Pour cette raison, des messages s'adressant aux pères dans le but de les sensibiliser aux impacts potentiels de leurs problèmes sur leurs enfants pourraient leur être transmis pour faciliter leur processus de demande d'aide. En plus de cet objectif de sensibilisation, une telle campagne pourrait être conçue dans une logique salutogène (Macdonald, 2005) afin d'utiliser la force qu'ont les pères de prendre soin des autres et de protéger les membres de leur famille dans le but de déclencher leur demande d'aide.

Le rôle important joué par les médecins pour référer quelques participants vers les professionnels d'aide psychosociale a été constaté dans la présente recherche. La notoriété et la crédibilité associées à cette profession renforcent l'impact des gestes concrets qu'ils ont posés pour favoriser la consultation psychosociale de leurs patients masculins. Toutefois, les propos des participants semblent indiquer que leurs médecins respectifs ne possédaient pas tous le même degré d'aptitude pour reconnaître la détresse masculine et avaient une propension variable à recommander la consultation d'un intervenant pour des difficultés personnelles. Devant ces constats, poser des actions pour sensibiliser les médecins, par exemple en mettant sur pied une formation reconnue et accréditée par le Collège des médecins du Québec, devient une avenue intéressante à explorer pour faciliter la demande d'aide des hommes en difficulté. L'importance de sensibiliser des médecins pour favoriser la demande d'aide des hommes est d'ailleurs l'une des conclusions du sondage du SOM (2018). Une telle sensibilisation pourrait permettre d'améliorer le maillage entre les ressources médicales et psychosociales et ainsi de réduire le nombre d'hommes en difficulté qui ne reçoivent pas d'aide psychosociale à la suite de leur demande d'aide médicale. À cet effet, Cusack et ses collaborateurs (2004) soulignent l'importance que les médecins entretiennent des liens étroits avec les professionnels d'aide psychosociale pour faciliter la demande d'aide des hommes.

Les résultats de la présente étude permettent de dégager une piste pour améliorer le

maillage entre le service téléphonique 811 et les organismes partenaires. Une référence personnalisée effectuée par un intervenant du 811 jumelée à une première prise de contact rapide par l'organisme vers qui l'homme a été référé, comme la trajectoire de Benoit l'a démontré, peut faciliter le parcours d'un homme en difficulté en lui évitant d'avoir à effectuer une deuxième démarche pour obtenir de l'aide. L'uniformisation de cette pratique améliorerait le maillage entre ce service téléphonique et les organismes partenaires et réduirait le risque que les hommes abandonnent leurs démarches après leur discussion avec l'intervenant du 811, assurant donc la prise en charge d'un plus grand nombre d'hommes en difficulté.

Offrir des services adaptés aux hommes et à leur réalité semble également un moyen efficace pour favoriser leur engagement dans le suivi psychosocial. Certaines caractéristiques ont été jugées importantes par quelques participants, soit la rapidité de la prise en charge et, pour ceux qui possédaient un plus faible revenu, l'accès à des services gratuits (ou à cout modique). Faire mention de ces caractéristiques lorsque vient le temps de publiciser les services d'aide pourrait faciliter la demande d'aide de plusieurs hommes. Sur le plan de l'intervention, les participants ont identifié les éléments clés suivants découlant de leur suivi à Partage au Masculin : obtenir des services adaptés ciblant leurs difficultés relationnelles, recevoir des conseils, des outils et une aide concrète de la part de leur intervenant, et sentir qu'il les aidait à résoudre leurs problèmes. Quelques pistes d'action sont possibles pour améliorer l'accès à ce genre de services pour les hommes en difficulté. Par exemple, la sensibilisation et la formation des intervenants du réseau public et des organismes communautaires généralistes pourraient les aider à adapter leur intervention auprès des hommes en détresse afin de mieux répondre à leurs besoins et réduire le risque qu'ils abandonnent leur suivi. L'augmentation du financement envers les organismes spécialisés dans l'intervention auprès des hommes en difficulté doit aussi être considérée, selon Tremblay et Careau (2014). Cela favoriserait l'implantation de nouveaux services dans les régions qui n'en possèdent pas et permettrait aux organismes existants d'améliorer leur offre de service et leur visibilité dans leurs régions respectives.

Somme toute, une plus grande cohérence et une meilleure complémentarité des

actions menées par les différents acteurs qui peuvent, un jour ou l'autre, se retrouver en présence des hommes en difficulté sont recommandées afin de faciliter leur engagement dans le processus de demande d'aide.

## **Conclusion**

Le présent mémoire s'est intéressé aux différents facteurs pouvant faciliter la demande d'aide psychosociale des hommes vivant des difficultés importantes. Celle-ci demeure, encore aujourd'hui, particulièrement ardue pour de nombreux hommes. La recension des écrits a brossé un portrait sommaire des différents obstacles liés à la socialisation masculine et aux services d'aide qui permettent d'expliquer partiellement le fossé qui sépare certains hommes en difficulté des ressources pouvant leur venir en aide. Cette recension a également permis d'établir que d'autres facteurs, comme le soutien du réseau naturel, l'influence du médecin et la présence ou la crainte de conséquences négatives sur les enfants, peuvent accélérer ou faciliter le processus de demande d'aide des hommes en difficulté. Toutefois, la nature quantitative de la majorité des études d'où proviennent ces données ne permettait pas d'identifier les moyens par lesquels cette influence s'exerce sur eux. Considérant la tendance qu'ont les hommes à attendre longuement avant de consulter un professionnel, parfois jusqu'à ce qu'il soit trop tard, et les conséquences qui en découlent, notamment les actes suicidaires et les homicides intrafamiliaux, il importait d'obtenir des précisions pour comprendre comment ces différents facteurs facilitent la demande d'aide des hommes.

L'objectif principal de ce mémoire était donc de documenter, sur le plan qualitatif, les divers éléments qui peuvent faciliter la demande d'aide psychosociale des hommes afin de mieux comprendre cette réalité et de leur offrir des pistes de solutions concrètes soutenant ce processus. Le modèle sur les étapes de la demande d'aide de Gross et McMullen (1983) a été utilisé pour analyser la trajectoire de huit hommes. Une étude qualitative exploratoire a été privilégiée pour réaliser des entrevues semi-dirigées afin d'approfondir les éléments qui ont influencé le processus de ces participants aux trois étapes du modèle, à savoir la perception du problème, la prise de décision et la recherche d'aide. L'utilisation de ce modèle permettait également de poursuivre un autre objectif, soit de déterminer ce qui a concrètement déclenché la demande d'aide des participants.

Les entretiens avec les participants ont permis de mettre en lumière un bon nombre de facteurs qui ont facilité leur processus de demande d'aide. Chez quelques-uns, la présence

d'intentions suicidaires a entraîné une forte augmentation de l'inconfort ressenti par rapport à leur situation problématique et un réajustement des stratégies utilisées pour tenter de la résoudre. Conjointement avec quelques autres facteurs, cette crise suicidaire a été un déclencheur de la demande d'aide initiale de ces participants. Parmi les autres éléments qui ont facilité leur demande d'aide figurent les expériences antérieures de suivi psychosocial jugées positives, qui leur ont généralement permis de développer des connaissances sur les services d'aide, une attitude favorable à l'égard de la demande d'aide qui découle d'un tel suivi et la confiance envers les intervenants. Les membres du réseau naturel ont également joué un rôle dans ce processus en aidant les hommes à prendre conscience de la gravité de leurs problèmes et de la nécessité de s'adresser à des professionnels. Enfin, quelques participants ont souligné l'impact de certaines campagnes publicitaires sur leur décision de demander de l'aide, alors que d'autres ont émis des suggestions sur l'importance d'améliorer la présence publicitaire dans les milieux fréquentés par les hommes.

La majorité des participants ont passé par deux processus de demande d'aide, soit un processus médical et psychosocial. Le médecin a systématiquement été le premier professionnel consulté par les participants qui se sont engagés dans ces deux processus puisqu'ils cherchaient généralement à obtenir une prescription de médicaments ou un billet d'arrêt de travail. En plus de répondre à cette demande, certains médecins ont recommandé aux participants de consulter un professionnel d'aide psychosociale. La confiance et le respect qu'impose la profession de médecin aux yeux des participants ajoutent une valeur supplémentaire à une telle recommandation, à un point tel que quelques-uns d'entre eux l'ont même perçue comme une composante de leur prescription. Le médecin a généralement profité de l'occasion pour transmettre à l'homme des informations sur la ressource recommandée, ce qui a grandement favorisé la demande d'aide des participants. Dans l'ensemble, ces professionnels ont joué un rôle clé dans le processus des participants, ce qui renforce l'importance de poser des actions pour les sensibiliser à l'influence qu'ils ont sur la demande d'aide des hommes.

La forte probabilité qu'un homme puisse consulter un intervenant psychosocial s'il constate que sa situation a un impact sur ses enfants est l'un des résultats du sondage du SOM



(2018) que la présente étude visait à approfondir. En plus de le confirmer, celle-ci a révélé un élément additionnel en démontrant que la crainte que leurs enfants subissent de telles conséquences dans le futur peut également motiver la demande d'aide des pères. Il s'agit d'un élément particulièrement puissant, capable de déclencher la demande d'aide d'hommes qui ne passeraient pas nécessairement à l'action s'ils jugeaient être les seuls à souffrir des conséquences de leurs problèmes. Des actions en promotion de la santé visant les pères pourraient donc être mises en place pour les aider à prendre conscience des impacts possibles de leurs problèmes sur leurs enfants afin de les inciter à consulter des intervenants psychosociaux.

Comme bon nombre d'hommes, les participants ont apprécié le fait de pouvoir rencontrer rapidement un intervenant après avoir demandé de l'aide et, pour quelques-uns, la gratuité du service a contribué à la prise de décision de contacter l'organisme. L'engagement dans le suivi psychosocial, quant à lui, a été favorisé par le caractère concret des rencontres, les participants ayant apprécié le fait que leur soient proposés des outils et des pistes de solutions pratiques pour régler leurs problèmes. Si l'homme doit d'abord être référé dans un autre service avant de pouvoir commencer ses consultations avec un intervenant, la présente étude a démontré que la référence personnalisée est une stratégie efficace pour renforcer le maillage entre les différentes ressources d'aide et faciliter l'amorce du suivi psychosocial. En effet, le fait qu'un homme en arrive à effectuer cette première demande ne signifie pas nécessairement qu'il parviendra à en compléter une deuxième sans soutien. Qu'elle soit effectuée par un médecin, un service téléphonique comme le 811 ou un organisme quelconque, la référence personnalisée enlève à l'homme la charge d'avoir à recommencer le processus auprès du service où il est référé. L'uniformisation de cette pratique semble être de mise pour faciliter la trajectoire de ces hommes.

Enfin, le thème du témoignage est revenu à quelques reprises au fil des entretiens. À la suite de leur suivi, bon nombre de participants ont rapporté avoir pris l'initiative de partager leur expérience de demande d'aide avec des hommes en difficulté de leur entourage. Pour eux, le fait de partager ainsi leur expérience devenait une façon de venir en aide à un autre homme tout en leur offrant une occasion de redonner au suivant après avoir eux-mêmes

reçu de l'aide. Cette forme de soutien, généralement accompagnée d'une recommandation de demander de l'aide, semble revêtir une forte signification aux yeux des hommes qui reçoivent ce témoignage. Celui-ci permet de normaliser la demande d'aide et constitue un gage de confiance à l'égard du suivi psychosocial puisque l'efficacité de cette stratégie a été démontrée puis recommandée par une personne de confiance. Le témoignage est non seulement une stratégie efficace pour faciliter la demande d'aide des hommes en difficulté, mais comme l'ont démontré des campagnes telles que *Real men, Real depression* (Rochlen et Hoyer, 2005) et *Demander de l'aide, c'est fort* (Garneau, 2004) il constitue également un modèle intéressant de *marketing* social qui permet d'aborder la détresse masculine, la demande d'aide et l'espoir de s'en sortir. De telles campagnes pourraient même inviter les hommes qui ont demandé de l'aide à partager davantage leur expérience avec leur entourage et ainsi contribuer, à plus long terme, à déconstruire les normes et les contraintes de la masculinité traditionnelle.

Dans son ensemble, cette étude améliore la compréhension des éléments qui facilitent la demande d'aide psychosociale des hommes qui vivent des difficultés importantes dans leur vie. Les résultats de celle-ci permettent de suggérer quelques pistes de réflexion et d'action et d'émettre des recommandations sur quelques-uns de ces éléments, et soulèvent la pertinence de poursuivre les recherches pour approfondir davantage le sujet.

## Références

- Addis, M. E. et Cohane, G.H. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of Clinical Psychology, 61*(6) 633-647.
- Addis, M. E. et Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist, 58*, 5–14.
- Alami, S., Desjeux, D. et Garabuau-Moussaoui, I. (2009). *Les méthodes qualitatives*. Paris, France : PUF.
- Babin, J. (2008). *Les effets d'un groupe de soutien pour personnes endeuillées par le suicide d'un proche : qu'en pensent les participants masculins*. [Mémoire de maîtrise, Université Laval].
- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Berger, J. L., Addis, M. E., Green, J. D., Mackowiak, C. et Goldberg, V. (2013). Men's reactions to mental health labels, forms of help-seeking, and sources of help-seeking advice. *Psychology of Men & Masculinity, 14*(4), 433.
- Berman, A. L., Silverman, M. M. et Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York, NY: Guilford Press.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie, 69*, 197-225.
- Bizot, D., Viens, P. A. et Moisan, F. (2013). *La santé des hommes, les connaître pour mieux intervenir*. Saguenay : Université du Québec à Chicoutimi et ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Boisvert, J. et Paradis, J. (2008). *La motivation chez les garçons et les filles en sciences humaines*. Saint-Jean-sur-Richelieu : Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu.
- Boman, E. K. et Walker, G. A. (2010). Predictors of men's health care utilization. *Psychology of Men & Masculinity, 11*(2), 113-122.
- Bordeleau, M., Dumitru, V. et Plante, N. (2010). *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Portrait chiffré. Québec : Institut de la statistique du Québec.

- Bottorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., ... Tillotson, S. M. (2015). An updated review of interventions that include promotion of physical activity for adult men. *Sports Medicine*, 45(6), 775–800.
- Brooks, G. R. (1998). *A new psychotherapy for traditional men*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Calear, A. L., Batterham, P. J. et Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry research*, 219(3), 525-530.
- Camirand, H., Bernèche, F., Cazale, L., Dufour, R. et Baulne, J. (2010). *L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2008: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Québec : Institut de la Statistique du Québec.
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). *L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Québec : Institut de la Statistique du Québec.
- Caperton, W., Butler, M., Kaiser, D., Connelly, J. et Knox, S. (2020). Stay-at-home fathers, depression, and help-seeking: A consensual qualitative research study. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(2), 235-250.
- Carlton, P. A. et Deane, F. P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence*, 23(1), 35-45.
- Caroli, E. et Weber-Baghdigui, L. (2016). Self-reported health and gender: The role of social norms. *Social Science & Medicine*, 153, 220-229.
- 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.
- Cazale, L., Poirier, L.-R. et Tremblay, M-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 3). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Chauchat, H. (1985). *L'enquête en psychosociologie*. Paris: PUF
- Cohen, S., Underwood, L. G. et Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux. (2012). *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*. Québec : MSSS.
- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*, Rapport du Comité de travail en

matière de prévention et d'aide aux hommes, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Conrad, D. et White, A. K. (2010). *Promoting men's mental health*. United Kingdom: Radcliffe Publishing.
- Courtenay, W. H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's studies*, 9(1), 81-142.
- Courtenay, W. H. (2004). Making health manly: Social marketing and men's health. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(2-3), 275-276.
- Courtenay, W. H. (2011). *Dying to be men: Psychosocial, environmental, and biobehavioral directions in promoting the health of men and boys*. New York: Routledge
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oak, États-Unis: SAGE publications inc.
- 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
- Deane, F. P. et Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, 45-59.
- Delenardo, S. et Terrion, J. L. (2014). Suck it up: opinions and attitudes about mental illness stigma and help-seeking behaviour of male varsity football players. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(3), 43-56.
- de Montigny, F., Meunier, S., Cloutier, L., Tremblay, G., Coulombe, S., Auger, N., ... et Houle, J. (2017). Spousal positive social control and men's health behaviors and self-efficacy: The influence of age and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 34(5), 753-770.
- Downs, M. F. et Eisenberg, D. (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 104-114.
- Dubé, G., Sirois, C. et Tremblay M.-E. (2013). *Tests de laboratoire, examens radiologiques et médicaments d'ordonnance : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (6). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Levesque, J.-F., Lecours, C. et Tremblay, M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (2). Québec : Institut de la statistique du Québec.

- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, École de travail social, Université McGill.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes... aussi*. Montréal : VLB.
- Dulac, G. (2004). *Inventaire des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Fischer, E. H. et Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368– 373.
- Fleury-Payeur, F. et Azeredo, A-C. (2021). La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2020. *Bulletin sociodémographique*, 25(3) 1-7.
- Fortin, M. P. (2016). *L'influence des proches dans la demande d'aide formelle des hommes en difficulté*. [Mémoire de maîtrise, Université Laval].
- Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité (2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Garneau, L. (2004). *Une stratégie d'action pour susciter la demande d'aide de la part des hommes et de leurs proches en milieu de travail*. *Vis-à-vie*, 14(1), 3 p.
- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données Ed. 5*. Presses de l'Université du Québec.
- Goldsmith, R. E., Lafferty, B. A. et Newell, S. J. (2000). The impact of corporate credibility and celebrity credibility on consumer reaction to advertisements and brands. *Journal of advertising*, 29(3), 43-54.
- Griffith, D. M., Ober-Allen, J. et Gunter, K. (2011). Social and cultural factors influence African American men's medical help seeking. *Research on Social Work Practice*, 21(3), 337-347.
- Gross, A. E. et McMullen, P. A. (1983). Models of the help-seeking process. *New directions in helping*, 2, 45-61.
- Hammer, J. H. et Voguel, D. L. (2010). Men's help seeking for depression: The efficacy of a male-sensitive brochure about counseling. *The Counseling Psychologist*, 38(2), 296-313.

- 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.
- 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.
- Han, J., Batterham, P. J., Calear, A. L. et Randall, R. (2018). Factors influencing professional help-seeking for suicidality: A systematic review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(3), 175.
- Harding, C. et Fox, C. (2015). It's not about "Freudian couches and personality changing drugs" An investigation into men's mental health help-seeking enablers. *American journal of men's health*, 9(6), 451-463.
- Hom, M. A., Stanley, I. H. et Joiner Jr, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 40, 28-39.
- Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Houle, J., Meunier, S., Coulombe, S., Mercerat, C., Gaboury, I., Tremblay, G., ... et Lavoie, B. (2017). Peer positive social control and men's health-promoting behaviors. *American journal of men's health*, 11(5), 1569-1579.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Hoy, S. (2012). Beyond Men Behaving Badly: A meta-ethnography of men's perspectives on psychological distress and help seeking. *International Journal of Men's Health*, 11(3), 202-226.
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2013*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 – Mise à jour 2017*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Jansz, J. (2000). Masculine identity and restrictive emotionality. Dans A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion : Social psychological perspective* (pp. 166-186). Amsterdam, Cambridge University Press.
- Johnson, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P. et Ogradniczuk, J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of health & illness*, 34(3), 345-361.

- Joubert, K. et Baraldi, R. (2016). *La santé des Québécois : 25 indicateurs pour en suivre l'évolution de 2007 à 2014. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Kealy, D., Rice, S. M., Ferlatte, O., Ogrodniczuk, J. S. et Oliffe, J. L. (2019). Better doctor-patient relationships are associated with men choosing more active depression treatment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(1), 13-19.
- Kim, J. E., Saw, A. et Zane, N. (2015). The influence of psychological symptoms on mental health literacy of college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85, 620–630.
- 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.
- Légaré, G. et Hamel, D. (2013). An age-period-cohort approach to analysing trends in suicide in Quebec between 1950 and 2009. *Canadian Journal of Public Health*, 104 (2), 118-123.
- Legris, L. et Landry, M. (2020). *Portrait des hommes de l'Est-de-l'île-de-Montréal, Un regard sur les différentes réalités masculines*. Québec : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- L'Heureux, P., Arévian, A., Bacon, J., Brodeur, N., De Serres, J., Gagné, D., ... Houle, J. (2021). *Coffre à outils pour hommes. Comment aider un homme proche à utiliser des services d'aide*. Vitalité – Laboratoire de recherche sur la santé (UQAM).
- Lynch, L., Long, M. et Moorhead, A. (2018). Young men, help-seeking, and mental health services: Exploring barriers and solutions. *American journal of men's health*, 12(1), 138-149.
- Macdonald, J. (2005). *Environments for Health*. London et Sterling: Earthscan.
- Mahalik, J. R., Burns, S. M. et Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social science & medicine*, 64(11), 2201-2209.
- Mansfield, A., Addis, M. et Mahalik, J. (2003). Why won't he go to the doctor? The psychology of men's help seeking. *International Journal of Men's Health*, 2, 93-109.
- Martielli, R. P. (2006). *Effectiveness of psychoeducational interventions in improving men's attitudes towards help seeking for depression*. Saint Louis University.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Québec: G. Morin.



- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Statistique de santé et de bien-être selon les sexes*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Plan d'action ministériel sur la santé et le bien-être des hommes*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moos, R. H. et R. E. Mitchell. (1982). Social network resources and adaptation : A conceptual framework. Dans T.A. Wills (dir.), *Basic processes in helping relationships*. New York : Academic Press.
- Naidoo J. et Wills, J. (2000). *Health promotion: Foundations for practice*. 2nd edition, Londres : Baillière Tindall.
- Neuman, L. W. (1997). *Social research methods*. Boston : Allyn and Bacon.
- Nisbett, R. E. et Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), 231–259.
- Oliffe, J. L., Ogradniczuk, J. S., Bottorff, J. L., Johnson, J. L. et Hoyak, K. (2010). You feel like you can't live anymore: Suicide from the perspectives of men who experience depression. *Social Science et Medicine*, 74 (4), 506-514.
- Oliffe, J., Robertson, S., Frank, B., McCreary, D., Tremblay, G. et Goldenberg, L. (2010). Men's health in Canada. *Journal of Men's Health*, 7(3) 189-192.
- O'Neil, J. M. (1981). Patterns of gender role conflict and strain: Sexism and fear of femininity in men's lives. *The Personnel and Guidance Journal*, 60, 203-210.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Qu'est-ce que la promotion de la santé?* <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Partage au Masculin. (2020). *Rapport annuel 2019-2020*. <https://partageaumasculin.com/nos-publications/rapports-annuels/>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.)*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Perkins, H. (2003). *The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians*. Jossey-Bass.
- Player, M. J., Proudfoot, J., Fogarty, A., Whittle, E., Spurrier, M., Shand, F., ... Wilhelm, K. (2015). What interrupts suicide attempts in men: A qualitative study. *PLOS ONE*, 10(6), 1-13.

- Rickwood, D. et Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology research and behavior management*, 5, 173-183.
- Robertson, S. (2007). *Understanding men and health – Masculinities, identity and well-being*. Bekshire (UK): Open University Press
- Robertson, S., Elder, K. et Coombs, R. (2010). Rural men's mental health. Dans D. Conrad et A. White (dir.), *Promoting Men's Mental Health* (pp. 57-73). Oxon, UK : Radcliff.
- Robertson, S., Witty, K., Zwolinsky, S. et Day, R. (2013). Men's health promotion interventions: What have we learned from previous programmes? *Community Practitioner*, 86 (11), 38-41.
- Robinson, M. et Robertson, S. (2010). The application of social marketing to promoting men's health: A brief critique. *International Journal of Men's Health*, 9(1), 50-61.
- Robinson, M. et Robertson, S. (2014). Health information needs of men. *Health Education Journal*, 73(2), 150-158.
- Rochette, M. (2014). *Le processus de demande d'aide des hommes âgés de 65 ans et plus en situation de maltraitance* [Mémoire de maîtrise, Université Laval].
- Rochlen, A. B. et Hoyer, W. D. (2005). Marketing mental health to men: Theoretical and practical considerations. *Journal of Clinical Psychology*, 61(6), 675-684.
- Rochlen, A. B., McKelley, R. A. et Pituch, K. A. (2006). A preliminary examination of the “Real Men. Real Depression” campaign. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(1), 1-13.
- Rochlen, A. B. et O'Brien, K. (2002). The relation of male gender role conflict and attitudes toward career counseling to interest in and preferences for different career counseling styles. *Psychology of Men & Masculinity*, 3, 9–21.
- Roy, B., De Koninck, M., Clément, M. et Couto, É. (2012). Inégalités de santé et parcours de vie : réflexion sur quelques déterminants sociaux de l'expérience d'hommes considérés comme vulnérables. *Service social*, 58(1), 32-54.
- Roy, J. et Tremblay, G. (2017). *Les hommes au Québec. Un portrait social et de santé*. Presses de l'Université Laval.
- 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 – Meta-synthèse*. Québec : Masculinités et Société.

- Roy, P., Tremblay, G., Oliffe, J., Jbilou, J. et Robertson, S. (2013). Male farmers with mental health disorders: A scoping review. *Australian Journal of Rural Health, 21*(1) 3-7.
- Roy, P., Tremblay, G. et Robertson, S. (2014). Help-seeking among male farmers: Connecting masculinities and mental health. *Sociologia Ruralis, 54*(4), 460-476.
- Roy, P. et Villeneuve, P. (2016). *Résultats de recherche « Et Moi, Comment Ça Va? »* Projet pilote en prévention du suicide chez les hommes. Campagne de marketing social.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Daigle, F., Guay, A., Bayle M. N. et Landry, R. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*, Montréal, Centre de recherche Hôpital Douglas.
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L. et Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical psychology review, 49*, 106-118.
- Seymour-Smith, S., Wetherell, M. et Phoenix, A. (2002). 'My wife ordered me to come!': A discursive analysis of doctors' and nurses' accounts of men's use of general practitioners. *Journal of health psychology, 7*(3), 253-267.
- Sharp, P., Bottorff, J. L., Hunt, K., Oliffe, J. L., Johnson, S. T., Dudley, L. et Caperchione, C. M. (2018). Men's perspectives of a gender-sensitized health promotion program targeting healthy eating, active living, and social connectedness. *American journal of men's health, 12*(6), 2157-2166.
- 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. A., Braunack-Mayer, A. J., Wittert, G. A. et Warin, M. (2008a). "It's sort of like being a detective": Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. *BMC Health Services Research, 8*(1), 1-10.
- Smith, J. A., Braunack-Mayer, A. J., Wittert, G. A. et Warin, M. J. (2008b). Qualities men value when communicating with general practitioners: Implications for primary care settings. *Medical Journal of Australia, 189*(11-12), 618-621.
- SOM. (2018). *Sondage auprès des hommes québécois. Rapport final présenté au Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes (RPSBEH)*. Québec : Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes.
- SOM. (2021). *Sondage auprès des hommes québécois. Rapport final présenté au pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes (PERSBEH) et au Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes (RPSBEH)*. Québec : Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes.

- Tang, M. O., Oliffe, J. L., Galdas, P. M., Phinney, A. et Han, C. S. (2014). College men's depression-related help-seeking: A gender analysis. *Journal of Mental Health*, 23(5), 219-224.
- Thibodeau, L. (2015). Suicide Mortality in Canada and Quebec, 1926-2008: an Age-Period-Cohort Analysis. *Canadian Studies in Population*, 42 (3-4), 1-23.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.
- Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A. et Turecki, G. (2002). *Événements intergénérationnels comme déclencheurs du suicide*. Communication présentée au deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide. Liège: 17-22 novembre 2002.
- Tremblay, D.-G. et Alberio, M. (2014). *Travail et société. Une introduction à la sociologie du travail*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G., Beaudet, L., Bizot, D., Chamberland, L., Cloutier, R., de Montigny, F., ... Villeneuve, P. (2016). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé. Rapport de recherche Programme actions concertées*. Québec : Fonds de recherche société et culture.
- Tremblay, G. et Careau, A. (2014). *Les services aux hommes sur le territoire du CSSS de la Vieille Capitale : Perceptions des intervenants et des hommes*. Québec : CSSS Vieille Capitale et Masculinités et Société.
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. et Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Les Publications du Québec.
- Tremblay, G. et Déry, F. (2010). La santé des hommes au Québec. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette, et J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir* (pp. 305-329). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G., Déry, F., Desgagnés, J.-Y., Beaulieu, A. et Nadeau S. (2009). « *SOS Rupture* » *Projet pilote de prévention du suicide. Présentation du projet et Rapport d'évaluation*. Québec : Masculinités et Société.
- Tremblay, G. et L'Heureux, P. (2010). La genèse de la construction de l'identité masculine. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir* (pp. 91-123). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V. et Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Québec : CRI-VIFF (Études et analyses #36).

- Tremblay, G., Roy, J., de Montigny, F., Séguin, M., Villeneuve, P., Roy, B., Guilmette, D., Sirois-Marcil Emond, D. (2015). *Où en sont les hommes québécois en 2014 ? Sondage sur les rôles sociaux, les valeurs et sur le rapport des hommes québécois aux services*. Québec : Masculinités et Société.
- 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).
- Voguel, D. L., Wade, N. G., 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(3), 233-245.
- Wenger, L. M. (2011). Beyond ballistics: Expanding our conceptualization of men's health-related help seeking. *American journal of men's health*, 5(6), 488-499.
- Woods, M. D., Kirk, M. D., Agarwal, M. S., Annandale, E., Arthur, T., Harvey, J., ... Riley, L. (2005). Vulnerable groups and access to health care: A critical interpretive review. *National Coordinating Centre NHS Service Delivery Organ RD (NCCSDO)* Retrieved May 27, 2012.
- Yegidis, B. L. et Weinbach, R. W. (2006). Design definitions and general characteristics. *Research methods for social workers*, 109-137.