

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
Faculté des lettres et sciences humaines

Analyse différenciée selon le sexe et le genre des impacts de  
la pandémie COVID-19 sur la santé des hommes québécois.

par  
Augustin David

Essai présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines  
en vue de l'obtention du grade de  
Maîtrise en Service Social

Février 2023

## Remerciements

La réalisation de cet essai a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude. Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à mon directeur d'essai, Phillipe Roy, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers tous les membres de ma famille et mes amis.es, ma conjointe plus particulièrement, qui m'ont apporté leur soutien moral et leur bienveillance tout au long de ma démarche.

## Résumé

La pandémie mondiale de la COVID-19 que nous vivons depuis plus de deux ans s'est avérée une menace importante à la santé de diverses populations. Afin d'explorer le rôle que les déterminants de la santé du sexe et du genre jouent dans ce contexte, cet essai propose une analyse différenciée selon le sexe et le genre (ADSG) des impacts pandémiques sur la santé des hommes québécois. À partir d'une recension des écrits divisée selon les trois plans de la santé (physique, psychologique et sociale), il a été possible de constater que les hommes présentaient, sur le plan de la santé physique, une prédisposition à vivre des complications plus importantes que les femmes suite à une infection. De plus, la pandémie aurait eu des impacts particulièrement négatifs sur leur santé psychologique et sociale, avec des indices de détresse psychologique ayant doublé chez les hommes québécois et une perception de dégradation des relations sociales, conjugales et père-enfant(s). L'ADSG a ensuite permis de ressortir le rôle que les déterminants de la santé du sexe et du genre jouent dans chacun de ces plans de la santé, particulièrement la façon dont la socialisation masculine affecte les comportements d'un homme en matière de santé. Finalement, nous proposons des orientations d'intervention basées sur le modèle suggéré par Griffith (2020) afin de mitiger les impacts négatifs sur la santé des hommes. Les 5 axes d'interventions à privilégier sont : 1) l'éducation à la santé ; 2) la promotion de la santé et des soins préventifs ; 3) données spécifiques au sexe et au genre dans la pratique ; 4) les services de prestation de soins de santé ; et 5) les politiques de santé et interventions législatives.

**Mots-clés** : pandémie, sexe et genre, hommes, santé

## Liste des figures

<i>Figure 1 : Échelle d'évaluation de la prise en compte du sexe et du genre dans la recherche en santé (IRSC, 2021).....</i>	<i>8</i>
<i>Figure 2 : Sexe et Genre (IRSC, 2014).....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 3 : Application de l'ADS (Gouvernement du Québec, 2011).....</i>	<i>21</i>
<i>Figure 4 : Données COVID-19 selon le sexe (INSPQ, 2022).....</i>	<i>28</i>
<i>Figure 5 : Taux standardisés internationaux (Global Health 50/50, 2022).....</i>	<i>30</i>
<i>Figure 6 : États mentaux ou physiques vécus depuis la pandémie (SOM, 2021).....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 7 : Perceptions des hommes québécois des impacts pandémiques sur leur relation de couple (SOM, 2021).....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 8 : Perception des pères québécois des impacts pandémiques sur leur relation père-enfant(s) (SOM, 2021).....</i>	<i>44</i>
<i>Figure 9 : Modèle logique de l'influence de la pandémie COVID-19 sur le suicide pour les hommes (Sher, 2020).....</i>	<i>58</i>

## Table des matières

<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Définitions et cadre conceptuel</i></b> .....	<b>9</b>
Pandémie de COVID-19 .....	9
Sexe et genre .....	12
Masculinités .....	16
Analyse différenciée selon le sexe et le genre (ADSG).....	20
<b><i>ADSG :Pandémie et santé des hommes québécois</i></b> .....	<b>24</b>
1) Collecte de données .....	24
2) Description de la problématique .....	25
a. Santé physique .....	26
b. Santé psychologique .....	32
c. Santé sociale.....	39
3) Analyse de la problématique.....	47
a. ADGS des impacts sur la santé physique .....	48
b. ADGS des impacts sur la santé psychologique.....	54
c. ADGS des impacts sur la santé sociale.....	62
4) Élaboration des orientations, politiques, services, mesures ou autres .....	65
<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>73</b>
<b><i>Bibliographie</i></b> .....	<b>75</b>

## Introduction

*« J'ai entendu dire que nous étions dans le même bateau. Mais ce n'est pas le cas. Nous sommes dans la même tempête, mais pas dans le même bateau. Votre navire peut faire naufrage et le mien peut-être pas. Ou vice versa. Pour certains, la quarantaine est optimale : un moment de réflexion, de reconnexion. Pour d'autres, il s'agit d'une crise désespérée. Pour d'autres, c'est la solitude. [...] Alors, les amis, nous ne sommes pas dans le même bateau. Nous traversons une période où nos perceptions et nos besoins sont complètement différents. Et chacun sortira, à sa manière, de cette tempête. Certains avec un bronzage de leur piscine. D'autres avec des cicatrices sur l'âme pour des raisons invisibles. Nous sommes des navires différents qui cherchent à survivre à cette tempête. »*

(Barr, 2020, traduction libre)

Cette tempête, elle fait référence à la pandémie mondiale de la COVID-19 que nous vivons depuis maintenant un peu plus de deux ans au moment d'écrire ces lignes. Au Québec, depuis le 13 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire est en vigueur et plusieurs mesures sont mises en place afin de freiner la propagation du virus (Gouvernement du Québec, 2020f). Confinement, distanciation sociale, port du masque, etc. ont fait partie de notre quotidien pendant près de deux ans. Bien que ces mesures soient nécessaires dans une perspective préventive, il n'en demeure pas moins que le contexte pandémique a une incidence sur la santé et le bien-être de la population, soit directement liés au virus ou indirectement à travers les mesures sanitaires et la situation globale. Comme le rapportent le Gouvernement du Québec (2020 b) et l'Ordre des psychologues du Québec (2020), il est tout à fait normal pour la population générale de ressentir, entre autres, du stress, de l'anxiété et de la peur dans un tel contexte inconnu, en plus des effets directs du virus sur la santé physique des personnes infectées. Il est donc possible de voir qu'au-delà du risque poser par le virus en soi, la pandémie de la COVID-19 se présente aussi comme un enjeu

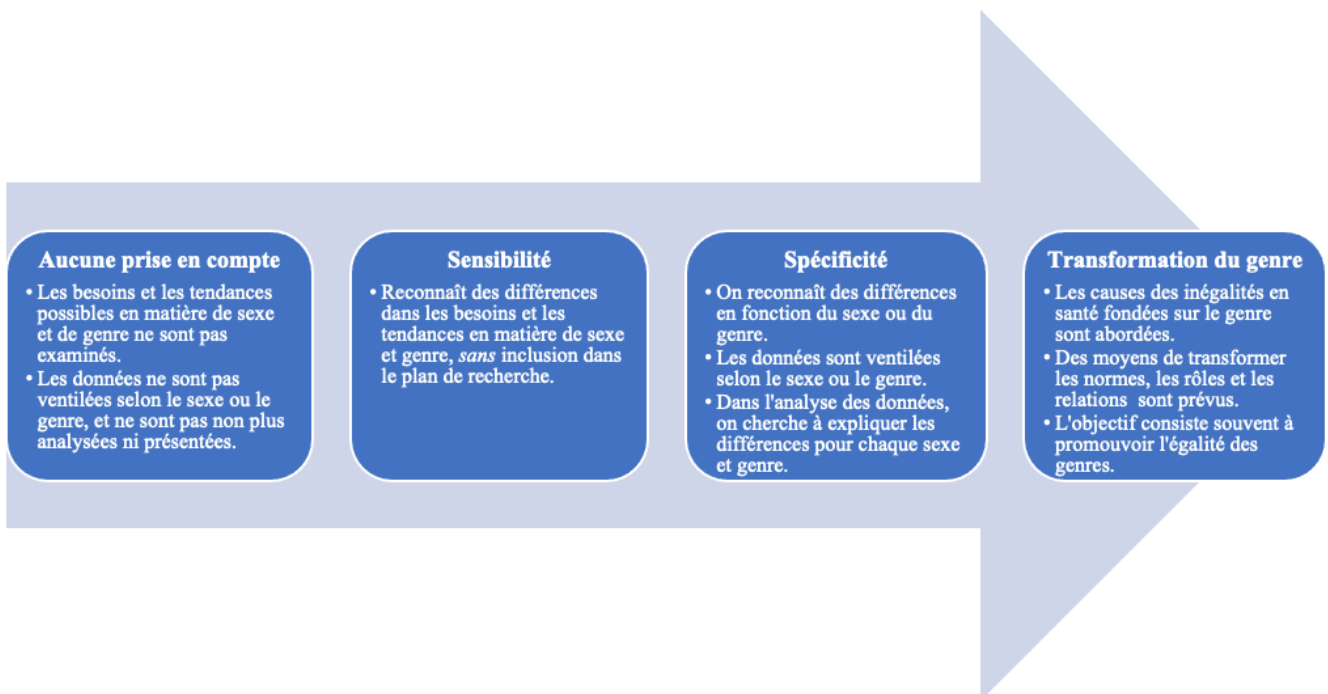
de santé publique de façon plus globale. Ce contexte, c'est la tempête à laquelle nous faisons face.

Selon le sondage SOM (2021), qui a interrogé près de 3000 hommes québécois, c'est 88 % de ceux-ci qui ont perçu qu'au moins un aspect de leur vie s'était détérioré à cause de la pandémie. De plus, les hommes ont été plus largement touchés par la mortalité durant la COVID (INSPQ, 2022). Aux facteurs biologiques s'ajoutent des facteurs psychosociaux qui étaient présents avant et durant la pandémie (habitudes de vie, méfiance aux mesures préventives et demande d'aide, etc.) En somme, il devient clair que la pandémie a potentiellement eu un effet délétère sur la vie de plusieurs hommes. Afin de mieux comprendre le rôle que les déterminants du sexe et le genre ont pu jouer dans ce contexte pandémique, cet essai offre une analyse différenciée selon le sexe et le genre des impacts pandémiques sur la santé et le bien-être des hommes. L'utilisation d'une telle approche implique une description détaillée de la problématique, soit une recension des écrits explorant les impacts de la pandémie sur la santé des hommes, pour ensuite proposer une analyse de ceux-ci en gardant toujours comme point focal le rôle que le sexe et genre masculin joue dans cette problématique. En guise de conclusion, il sera question de proposer des orientations concernant les pratiques, les services et les politiques favorisant la santé et le bien-être des hommes.

De façon générale, la posture réflexive et critique derrière la rédaction de cet essai en est une de quête d'égalité pour tous les genres, et plus spécifiquement en matière de santé. Alors que nous sommes particulièrement fiers et encouragés de voir que le

Gouvernement du Québec ait publié le *Plan d'action afin de contrer les effets néfastes de la pandémie COVID-19 sur les femmes* en janvier 2021 (Gouvernement du Québec, 2021a), nous croyons qu'il est tout aussi pertinent d'analyser la situation et les répercussions de la pandémie sur les hommes et les personnes d'identités diverses de genre. Cet essai vise donc à répondre à ce besoin, spécifiquement pour la population masculine. Plus concrètement, si l'on se tourne vers *l'Échelle d'évaluation de la prise en compte du sexe et du genre dans la recherche en santé* (IRSC, 2021) (Figure 1), il s'inscrit dans une visée transformative où les causes des inégalités en fonction du genre seront explorées et où des moyens seront proposés pour ultimement réduire les inégalités en santé ancrées dans des normes et rôles liés au genre masculin.

*Figure 1 : Échelle d'évaluation de la prise en compte du sexe et du genre dans la recherche en santé (IRSC, 2021)*





## **Définitions et cadre conceptuel**

D'abord, avant de se lancer dans la présentation et l'analyse des impacts, il est important de définir le contexte et les différents termes centraux à cet essai. C'est pourquoi cette section présentera, pour débiter, un tour d'horizon des connaissances sur la maladie COVID-19 et la pandémie pour ensuite proposer une perspective historique de pandémies passées et ce qu'il a été possible d'en retenir sur le plan des impacts sur la santé. Ensuite, nous définirons les termes centraux à cet essai, soit les termes sexe et genre, en portant une attention particulière aux diverses conceptualisations de la masculinité dans la littérature scientifique. Finalement, nous définirons notre cadre d'analyse, soit l'analyse différenciée selon le sexe et genre (ADGS).

### **Pandémie de COVID-19**

La COVID-19 est une maladie causée par un nouveau coronavirus, le SARS-CoV-2 (OMS, 2021c). Il s'agit d'un virus attaquant principalement les voies et appareils respiratoires, semblables à une pneumonie, mais pouvant causer un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SRDA) allant jusqu'à la mort. Par contre, une personne infectée peut aussi être asymptomatique et ne démontrer aucun effet, tout en étant contagieuse. Néanmoins, en général, les symptômes les plus courants sont la fièvre, une toux sèche et une fatigue accrue (OMS, 2021c). Pour ce qui est de la forme la plus grave de la maladie, les symptômes sont de l'essoufflement, une perte d'appétit, un état confusionnel, des douleurs ou sensations d'oppression persistantes dans la poitrine et une température corporelle élevée supérieure à 38 °C (OMS, 2021c). Parmi les personnes infectées qui développent des symptômes, il est rapporté qu'environ 80 % guérissent sans qu'il soit

nécessaire de les hospitaliser alors qu'environ 15 % des patients deviennent gravement malades et nécessitent une oxygénothérapie, et 5 % sont critiques et exigent des soins intensifs (OMS, 2021c). À ce jour (10 novembre 2022), l'OMS rapporte plus de 600 millions cas confirmés de COVID-19 depuis le début de la pandémie et plus de 6 millions de morts liés à cette maladie (OMS, 2021e).

Le virus a été rapporté pour la première fois dans la région de Wuhan en Chine et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été initialement alertée de la situation le 31 décembre 2019 (OMS, 2021 b). Un peu moins de trois mois plus, le niveau alarmant de propagation du virus et la sévérité de la maladie qui en découle pousse l'OMS à qualifier la COVID-19 de pandémie mondiale (OMS, 2021 b). Cette propagation a particulièrement été rapide en raison d'une transmissibilité facile d'humain à humain. En fait, le virus peut se propager lorsque de petites particules liquides sont expulsées par la bouche ou par le nez quand une personne infectée tousse, éternue, parle, chante ou respire profondément. Une personne peut alors être infectée lorsqu'elle inhale des aérosols ou des gouttelettes contenant le virus ou lorsque ces derniers entrent directement en contact avec ses yeux, son nez ou sa bouche (OMS, 2021 d). En réaction à cette propagation planétaire, divers états ont mis en place des mesures d'urgence afin de limiter celle-ci. Le Québec n'a pas échappé à cette réalité et ces mesures ont affecté le quotidien d'une grande majorité de la population. D'abord, les commerces, services non essentiels et les institutions scolaires devaient mettre leurs activités en présentiel sur pause afin de limiter les contacts de proximité entre les personnes. Aussi, le gouvernement encourageait les gens à respecter une distance de deux mètres lors de contact direct avec d'autres gens, se laver les mains régulièrement, nettoyer

les surfaces, etc. (Gouvernement du Québec, 2020d). Ensuite, le port du masque est devenu obligatoire dans tous les endroits publics ou regroupements privés. Malgré la réouverture des commerces et services non essentiels et quelques moments de répit sur le plan des mesures durant les deux ans de pandémie, il n'en demeure pas moins que le contexte actuel est encore loin d'être « normal ». Et qui sait combien de temps cela durera encore ?

Étant une situation inconnue et d'une ampleur que personne n'ait vécue de son vivant, il est pertinent de se tourner vers les pandémies passées afin de pouvoir mieux comprendre ce qui pourrait nous attendre. En termes d'ampleur, il faut retourner à la pandémie de grippe espagnole de 1918-1919 afin de voir un virus ayant eu d'aussi graves répercussions sur le plan international. Environ 500 millions de personnes, soit un tiers de la population mondiale en 1919, ont été infectées par le virus de la grippe espagnole et au moins 50 millions de personnes ont péri à travers le monde (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Concernant les impacts indirects, malgré que peu d'études s'y soient intéressées à l'époque, cette pandémie a été associée à une augmentation des taux de suicide aux États-Unis (Wasserman, 1992). Selon cette dernière, une diminution de l'intégration et des interactions sociales pendant la situation pandémique et la peur causée par la transmission du virus auraient joué un rôle central dans cette tendance. De plus, la récession économique suivant la pandémie de grippe espagnole aurait aussi augmenté les taux de suicide dans la population américaine, même après que le virus eut été contrôlé. Considérant que l'isolement social et la peur liée au virus sont aussi courants pendant la pandémie actuelle de la COVID-19, on peut s'attendre à ce que la pandémie actuelle amène une augmentation du suicide. Sans sauter au conclusion hâtives, mais considérant que les

hommes présentent des taux de suicide plus élevés que les femmes à tout moment, dans toutes les régions, groupes ethniques ou socio-économiques (Cleary, 2019), les autorités ont tout intérêt à porter une attention aux déterminants sociaux de la santé du sexe et du genre dans leurs interventions en matière de santé publique.

## **Sexe et genre**

Plusieurs déterminants affectent la santé d'une personne. Que ce soit des facteurs sociaux, systémiques ou des caractéristiques individuelles, l'interaction entre ceux-ci aura une incidence sur l'état de santé de la personne. Justement, le sexe et le genre sont des déterminants reconnus, autant dans la littérature scientifique que par différentes institutions, comme ayant une incidence sur la santé et sur lesquels il est primordial d'intervenir afin d'aspirer à l'égalité entre les sexes et genres, et réduire les inégalités en santé. Alors que les deux termes (sexe et genre) sont souvent utilisés de façon interchangeable dans plusieurs contextes, il est primordial de comprendre qu'il s'agit de terme distinct, mais ne pouvant être analysé de façon indépendante lorsqu'il est question de santé (Phillips, 2005). En effet, alors qu'ils sont souvent analysés de façon dichotomique, Phillips (2005) rappelle que le sexe interagit avec le genre et vice versa, cette interaction variant d'une situation à l'autre.

D'abord, le terme sexe réfère à un ensemble de caractéristiques biologiques, physiques et physiologiques retrouvées tant chez les humains que les animaux (IRSC, 2014; Muehlenhard & Peterson, 2011; Springer et al., 2012). Par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie du système reproducteur permettent d'identifier le sexe d'une personne. En général, le sexe est décrit

de façon binaire, soit « femme » ou « homme », mais il est important de ne pas oublier qu'il existe des variations touchant les attributs biologiques définissant le sexe ainsi que la façon dont ceux-ci sont exprimés par une personne. Pour ce qui du terme « genre », il renvoie plutôt à des caractéristiques psychologiques et sociales qui se traduisent dans les rôles, comportements et expressions qu'adoptent une personne, ainsi qu'aux identités que la société construit pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et personnes de divers genres (IRSC, 2014 ; OMS, 2018). L'infographie suivante résume les éléments clés de chacun des concepts et focalise sur la prise en compte du sexe et genre en recherche, ce qui est pertinent pour la démarche du présent essai.

*Figure 2 : Sexe et Genre (IRSC, 2014)*



Dans leur ouvrage de référence, West & Zimmerman (1987) ont initialement conceptualisé le genre comme quelque chose « que nous faisons », à travers des actions, comportements et habitudes plutôt que comme une essence que chacun possède naturellement. Ils soutiennent que le genre implique un ensemble d'activités quotidiennes, perceptives, interactionnelles et micropolitiques guidées par la société qui présentent des activités particulières comme étant des expressions du masculin et du féminin. » (West & Zimmerman, 1987) Alors que l'idée que le genre s'exprime à travers ce que nous faisons, et reste, un élément clé dans la conceptualisation du terme, le genre est maintenant compris comme n'étant pas limité à une distinction binaire (fille/femme, garçon/homme) ou statique. Il se positionne plutôt le long d'un continuum et peut évoluer au fil du temps (IRSC, 2014 ; Morgan et al., 2021).

Malgré que le lien entre la santé et le sexe peut sembler plus évident par le fait que l'association entre les caractéristiques physiologiques d'une personne et son état de santé est assez évident, il n'en demeure pas moins que le genre a un effet tout aussi présent. Le genre a un impact sur la santé de diverses manières. Phillips (2005) présente quelques exemples : l'impuissance et le manque de contrôle sous-tendent une grande partie de l'exposition au VIH/SIDA parmi les femmes d'Afrique. Aussi, les comportements à risque sont davantage la norme chez les hommes que les femmes, ce qui les rend plus susceptibles d'être victime de diverses formes d'accidents (ex. route, travail, etc.). Ainsi, les rôles comportementaux d'un individu, contraints par les normes sociales associées au genre, peuvent entraîner des expositions diverses aux dangers et à la maladie. En conséquence,

n'importe lequel de ces aspects du genre peut intervenir dans la relation d'un individu avec sa santé (Phillips, 2005).

De plus, alors que les définitions présentées plus haut tendent à essentialiser le sexe comme étant un attribut biologique et le genre comme étant socialement construit, il est important de se rappeler que, comme mentionné en introduction de cette section, les deux sont en fait autant issus de prédispositions biologiques qu'influencés par les expériences et les normes sociales. Effectivement, Muehlenhard & Peterson (2011) utilise le principe de « déterminisme réciproque » (*principle of reciprocal determinism*) pour soutenir que non seulement la biologie affecte le comportement, mais que l'inverse est tout aussi vrai. Par exemple, une étude répertoriée par Muehlenhard & Peterson (2011) soutient que certaines parties de l'hypothalamus étaient plus étroitement liées à l'identité de genre qu'au sexe chromosomique chez certaines personnes. Donc, la biologie aurait une influence sur le comportement. De l'autre côté, nous n'avons qu'à penser aux attentes sociales qui encouragent les hommes à pratiquer des activités sportives focalisées sur la musculature tandis que les femmes sont plus souvent encouragées vers des activités centrées sur la minceur. En d'autres mots, ces normes sociales ont une influence sur la physiologie globale d'une personne. En somme, ces exemples nous rappellent que lorsqu'il est question de santé, il serait pernicieux et contre-productif de comprendre le sexe et le genre de façon dichotomique et de les dissocier complètement. En conséquence, à travers cet essai, nous référerons à la fois au sexe et au genre en tentant d'identifier si les impacts sont davantage de l'ordre du sexe ou du genre, mais en sachant qu'ils peuvent très bien s'influencer mutuellement.

## **Masculinités**

Au cœur de la question du sexe et du genre concernant les hommes, on retrouve le terme « masculinité ». Alors qu'une définition toute simple pourrait être « ce qui caractérise un homme », son lien au sexe et au genre reste assez flou. Robertson (2009) présente les différentes conceptualisations et théories pouvant définir ce terme qui peut à la fois faire référence au sexe et au genre.

Premièrement, l'auteur parle de « masculinité biologique ». Cette conceptualisation définit la masculinité comme étant l'expression d'être biologiquement un homme. Conséquemment, le genre masculin serait directement et uniquement lié au sexe biologique. Parmi les explications derrière cette théorie, Robertson (2009) présente les résultats d'une étude soutenant que le chromosome Y et les influences hormonales associées, particulièrement liées à la testostérone, sont considérées comme créant une impulsion vers des comportements particuliers chez les hommes (ex. pourvoyeur, chasseur, territorial, etc.) qui sont l'expression de mécanismes évolutifs conçus pour assurer la survie de l'espèce et la procréation du bagage génétique le plus fort. Cette théorie est d'ailleurs fortement critiquée puis qu'elle véhicule une vision restreinte à une dimension uniquement hormonale qui essentialise encore une fois le sexe et le genre en faisant complètement abstraction au processus de déterminisme réciproque entre les deux tel que nous avons vu dans la section précédente.

Ensuite, l'auteur explique que la masculinité peut se définir en fonction de la théorie des rôles. L'hypothèse présentée à travers cette théorie est que les attentes sociales



concernant le statut d'une personne dans la société produisent une conformité à un rôle donné et à aux fonctions qui y sont associées (ex. père, frère, voisin, etc.) (Robertson, 2009). L'accomplissement de ces rôles est encouragé par une gamme de récompenses et de sanctions implicites ou explicites qui sont mises en œuvre afin de faciliter la conformité. Conséquemment, les hommes internaliseraient, dès l'enfance, les normes sociales qui sont attendues dans la société et agiraient en fonction de remplir ce rôle. S'ils n'arrivent pas à les remplir, ces hommes vivraient ce que Pleck (1995) qualifie de « tension de rôle de genre » (*Male Gender Role Strain*). En soi, malgré que cette théorie s'éloigne du modèle biomédical, il demeure qu'elle homogénéise le sexe et le genre en créant une vision stricte et fixe des différences entre les différents sexes et genres (Robertson, 2009). Aussi, cette théorie oublierait de souligner les enjeux de pouvoir dans les relations entre les hommes et les femmes, alors qu'il existe une complexité tant sur le plan social qu'individuel dans celles-ci.

Enfin, il présente une théorie issue des travaux de Connell (1991, 1993), le modèle relationnel des masculinités. Un des principaux changements face aux deux autres modèles est que celui-ci ne place pas les hommes et les femmes à des opposés. Il implique plutôt que le genre soit un ensemble de relations entre hommes et femmes, mais aussi de relations parmi différents groupes d'hommes. Les masculinités font partie de, et ne sont pas distinctes, de ce système plus large de relations que Connell appelle « l'ordre des genres » (Robertson, 2009). Cette hiérarchie, elle fait référence aux enjeux de pouvoir entre les différents genres, mais aussi à l'intérieur du même. Notamment, il existerait des ensembles de pratiques masculines qui sont plus valorisées dans un lieu et une époque

donnés, ce qui est qualifié comme « masculinité hégémonique » (Connell & Messerschmidt, 2005). Par exemple, des pratiques sociales visant la démonstration de force, de stoïcité et d'autonomie, tout en mettant l'emphase sur l'aspect compétitif dans les relations sociales et la démonstration d'hétérosexualité peuvent être associés à une masculinité dite traditionnelle et hégémonique. Cette forme de socialisation masculine serait le modèle des pratiques de genre qui auraient mené à l'établissement et le maintien d'une société patriarcale. Elle serait aussi différente des autres formes de masculinités et changeante dans le temps. Ainsi, en étant contingente au lieu et à l'époque, cette forme pourrait reproduire sa domination à travers le temps et malgré que seulement une minorité d'hommes la mettraient en application, elle incarnait la manière la plus honorée d'être un homme actuellement et obligerait tous les autres hommes à se positionner face à elle (Connell & Messerschmidt, 2005). Selon ce modèle, il y aurait donc une multitude de formes de masculinités et elles pourraient être définies comme suit :

*« Les masculinités peuvent être comprises comme des pratiques habituelles qui sont également ouvertes au changement dans des circonstances nouvelles ou différentes. La « masculinité » n'est donc pas un caractère ou un type de personnalité que les hommes possèdent en plus ou en moins. Les « masculinités » sont plutôt comprises comme des pratiques sociales historiquement contingentes, mais non essentiellement déterminées (par la biologie ou les processus de socialisation), qui sont fluides, mais hiérarchiquement ordonnées avec des configurations dominantes (hégémoniques) agissant collectivement, s'incorporant aux structures sociales des sociétés et pouvant ainsi se répliquer. »*

(Robertson, 2009, p. 4, traduction libre)

En appliquant ce modèle à la santé, il devient évident que la façon dont le pouvoir se déplace au sein de ces ensembles variés de pratiques sociales et spécifiques au genre a un impact sur la santé et le bien-être. Robertson (2009) donne l'exemple de l'homme qui est fier de ne pas être allé chez le médecin depuis 10 ans. Il montre, par le fait même, son biais optimiste, son indépendance et son stoïcisme qui peuvent être liés à ses pratiques de masculinité alors que la préoccupation ou l'intérêt pour sa santé est une pratique traditionnellement associée à la féminité. En somme, cet homme exprime sa distance vis-à-vis d'une pratique de féminité et exprime plutôt sa conformité à la masculinité hégémonique.

Ainsi, un modèle relationnel de genre est une conceptualisation qui propose que les interactions des hommes et des femmes les uns avec les autres et les circonstances dans lesquelles ils interagissent contribuent de manière significative aux opportunités et aux contraintes de santé (Schofield et al., 2000). Ce constat réaffirme la pertinence d'analyser la santé sous l'angle du sexe et du genre, d'autant plus dans un contexte pandémique qui reste assez méconnu concernant les impacts sur la santé globale des individus et les implications futures postpandémiques. Qui plus est, le sexe et le genre sont pertinents sur plusieurs plans dans un tel contexte : facteurs de risque et de protection, morbidité, rétablissement et mortalité, perception du risque et rapport aux comportements préventifs (dépistage, adhésion aux mesures sanitaires, vaccination).

## **Analyse différenciée selon le sexe et le genre (ADSG)**

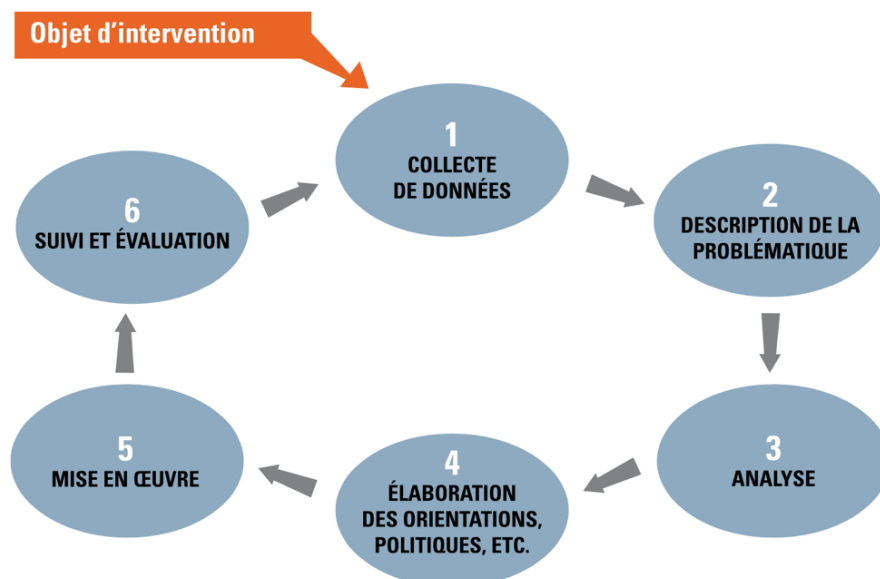
À la base, l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) est une approche visant à mettre en lumière les différences pouvant exister entre les réalités des hommes et des femmes dans l'objectif d'orienter les services, politiques et programmes vers l'égalité entre les sexes (Gouvernement du Québec, 2011). Nous avons décidé d'y greffer le terme genre afin de mettre aussi en lumière les facteurs psychosociaux en jeu dans les dynamiques liées aux inégalités en santé vécues par les hommes, les femmes ou les personnes d'identités diverses de genre. Dans le cadre de cet essai, l'analyse sera donc centrée autour du sexe et du genre masculin. Ceux-ci seront définis plus bas.

Pour ce qui est du cadre d'analyse, il repose sur « [...] le principe de l'égalité des femmes et des hommes, qu'il s'agisse de droits humains (civiques, culturels, économiques, politiques et sociaux), d'obligations, de valeur et de dignité, de « chances » ou de choix de vie » (Massé et al., 2002, p. 44). De plus, les auteurs soutiennent aussi que l'utilisation d'une telle approche est sous-tendue par la reconnaissance d'un fait : « les expériences des femmes et des hommes sont inscrites dans des rôles genrés qui, malgré l'évolution observée au cours des dernières décennies dans l'égalité des sexes, demeurent empreints de rigidité et entretiennent des rapports fortement hiérarchisés » (p.45). C'est pourquoi ils expliquent que nous parlons ici de différenciations, d'un processus de construction sociale des différences, et non de simples différences pouvant être analysées sans la prise en compte de facteurs liés au genre. Malgré qu'une limite de ce cadre d'analyse est qu'il repose sur une vision plutôt binaire (hommes vs femmes) du sexe et du genre, nous sommes

conscients qu'il existe une multitude de réalités masculines et qu'elles doivent être comprises dans leur contexte et non seulement agréger au sexe masculin.

Plus concrètement, le document *Guide-mémoire : Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux* (Gouvernement du Québec, 2011) propose un outil d'intégration permettant d'appliquer l'approche à un objet d'intervention, ici les hommes québécois dans le contexte pandémique. On peut y trouver un ensemble de questions qu'il convient de se poser pour intégrer l'approche. Pour ce faire, le processus proposé est divisé en six phases qui correspondent aux façons de faire habituelles du réseau de la santé et des services sociaux. Il est important de mentionner que ces phases s'inscrivent dans un processus continu et que l'outil est conçu de façon à ce qu'il puisse être utilisé à l'une ou l'autre des phases de l'intervention, chacune pouvant se référer à un champ de responsabilité ou d'expertise précis.

*Figure 3 : Application de l'ADS (Gouvernement du Québec, 2011)*



1. Collecte de données : Premièrement, il s'agit d'obtenir des données quantitatives et qualitatives selon les sexes. Il peut être utile ici de se poser comme questions : les données quantitatives et qualitatives dont on dispose distinguent-elles les femmes et les hommes ? Aussi, est-ce que les données dont on dispose sont suffisamment précises pour permettre une analyse satisfaisante des réalités en fonction du sexe ?
2. Description de la problématique : Ensuite, cette étape propose de dresser un portrait de l'état de la situation des femmes et des hommes à la lumière des données quantitatives et qualitatives préalablement recueillies. Les questions qui guideront cette phase seront : quelle est la proportion d'hommes concernés par la problématique (directement ou indirectement) ? Quels sont les problèmes et les besoins spécifiques vécus par les hommes que les données quantitatives et qualitatives mettent en évidence ?
3. Analyse : À cette étape, le document propose d'analyser la problématique en fonction du sexe et du genre. Quels sont les principaux constats et enjeux qui se dégagent de la situation des hommes révélée par l'ADSG ? Quels facteurs peuvent expliquer ces constats et enjeux (des facteurs biologiques, les rôles sociaux et les réalités socioéconomiques des hommes, etc.) ? Est-ce que la description de la problématique permet d'observer des écarts significatifs entre les femmes et les hommes, mais aussi parmi différents sous-groupes d'hommes ?
4. Élaboration des orientations, politiques, services, mesures ou autres : Ici, il est de question de transposer les constats de l'analyse en déterminant les objectifs, les axes d'intervention et les priorités selon les réalités des hommes. Quels sont, de façon réaliste, les axes d'intervention, les objectifs et les priorités qui tiendraient compte adéquatement, s'il y a lieu, des situations et des besoins différenciés des hommes ?

5. Mise en œuvre de ces orientations, politiques, services, mesures ou autres : Ensuite, cette étape propose de déterminer la stratégie de mise en œuvre et les ressources nécessaires qui s'appuient sur une ADSG. Quels moyens concrets (information, sensibilisation, prévention, recherche, intervention, etc.) peuvent être envisagés pour agir sur les écarts observés entre les femmes et les hommes, afin d'en réduire ou d'en éliminer les conséquences néfastes en termes d'équité et d'égalité ? Quelles sont les ressources consacrées à la mise en œuvre qui incluent une prise en compte des différenciations observées entre les femmes et les hommes ?
6. Suivi et évaluation : Finalement, la dernière phase propose de ventiler les données selon le sexe et évaluer les modifications survenues en cours de route pour ensuite maintenir ou revoir les objectifs, les axes d'intervention, les priorités ou autres en tenant compte des sexes. La stratégie de mise en œuvre a-t-elle produit les effets escomptés ou des résultats inattendus chez les femmes et les hommes ? Quels ont été les effets de l'intervention chez les femmes et les hommes : une amélioration ou une détérioration ; une réduction ou une accentuation des écarts ; aucun effet observé ni sur l'un ni sur l'autre ?

Dans le cadre de cet essai, puisqu'il s'agit d'une production écrite de type « Analyse d'une situation problème » et que, dans ce contexte, les attentes et les ressources se limitent à la description de la problématique, l'analyse de celle-ci et la justification de pistes d'action afin de résoudre ou prévenir ladite situation, nous explorerons seulement les étapes 1 à 4 du processus présenté plus haut. La mise en œuvre (Étape 5) et l'évaluation (Étape 6) requièrent des ressources organisationnelles et une expertise qui sortent du cadre

de cet essai. Par contre, comme nous avons mentionné, l'outil a été conçu dans cette perspective aussi, pouvant être utilisé à l'une ou l'autre des phases selon le contexte d'utilisation.

## **ADSG :Pandémie et santé des hommes québécois**

### **1) Collecte de données**

Tout d'abord, la première étape du processus de l'ADSG est de recueillir des données quantitatives et qualitatives concernant notre objet d'intervention et en fonction du sexe et du genre. Puisque notre objet d'intervention est les impacts pandémiques sur la santé des hommes québécois, la collecte de données doit nous permettre brosser un portrait spécifique au sexe et au genre masculin, mais aussi spécifique au contexte québécois. En conséquence, et puisque cet essai s'appuie sur une recension des écrits, la collecte de données s'est effectuée auprès de bases de données publiques, d'organisations gouvernementales et paragouvernementales s'étant intéressés au sujet.

Plus précisément, les données utilisées pour décrire la problématique et analyser celle-ci dans le contexte québécois sont principalement tirées de deux sources. D'abord, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (<https://www.inspq.qc.ca/>) a eu le mandat de traiter toutes les données concernant la pandémie de COVID-19 (ex. cas, décès et hospitalisations) en fonction de divers déterminants, tels que l'âge et le sexe. Il s'agit donc d'une source de données particulièrement pertinente dans l'objectif d'identifier si la pandémie s'est vécue différemment à ce niveau entre les sexes. Ensuite, le Québec est particulièrement chanceux puisqu'à l'initiative du Comité régional en santé et bien-être des



hommes de Montréal et en partenariat avec le Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes et le Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes, un sondage a été mené auprès d'un échantillon représentatif de 2740 hommes adultes québécois afin « [...] d'identifier les impacts que la pandémie a eus sur leur santé et les différents aspects de leur vie. » (SOM, 2021, p. 3) Les données qui en découlent sont donc directement liées au sujet de notre essai et seront une pierre angulaire dans la description et l'analyse de la problématique. Finalement, des données proviennent aussi de bases de données publiques (Academic Search Complete, Google Scholar et Social Science Database) ainsi que de la littérature grise qui se sont penchés sur le sujet des impacts pandémique en fonction du sexe et du genre masculin. Les mots clé utilisés dans le cadre de ces recherches sont : *COVID-19 pandemic*, *sex and gender*, *health (physical, psychological, social)*. Les articles retenus avec ces recherches ne sont pas nécessairement spécifiques au contexte québécois, mais peuvent permettre de mettre en lumière des réalités non explorées dans les données québécoises. Les références des articles consultés ont aussi été explorés. En somme, la complémentarité de toutes ces sources permet un éclairage international et québécois sur la santé des hommes en contexte pandémique.

## **2) Description de la problématique**

Dans la présente section, nous décrivons la problématique, soit les impacts de la pandémie COVID-19 sur la santé des hommes québécois, en utilisant la conceptualisation de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon celle-ci, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 2021a). En d'autres mots, le concept de la

santé reposerait sur trois dimensions, soit les dimensions physique, mentale (psychologique) et sociale. Cette section sera ainsi divisée selon ces trois dimensions et chacune d'entre elles permettra d'identifier les problèmes et les besoins spécifiques vécus par les hommes que les données quantitatives et qualitatives mettent en évidence.

### **a. Santé physique**









D'abord, comme nous avons vu dans la section présentant la pandémie de COVID-19, les principaux impacts du virus sur la santé physique des personnes infectées, peu importe leur sexe ou leur genre, sont la fièvre, une toux sèche et une fatigue accrue, mais aussi de l'essoufflement, une perte d'appétit, un état confusionnel, des douleurs ou sensations d'oppression persistantes dans la poitrine et une température corporelle élevée supérieure à 38°C dans les cas les plus graves (OMS, 2021c). Peu d'études se sont penchées à savoir si s'il y avait des différences liées au sexe ou au genre en fonction du type de symptômes vécus suite à une infection. Les travaux de Ahmed et al. (2021) soulignent que les symptômes perçus chez les cas suspectés de la COVID-19 n'ont montré aucune différence significative entre les sexes, bien que tous les symptômes aient été légèrement plus répertoriés par les femmes. Concernant les cas confirmés, l'étude rapporte que la toux et la perte de l'odorat ou du goût étaient significativement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Par contre, Kamenidou et al. (2020), dans une étude ciblant la génération Z (né entre 1995 et 2009), n'ont trouvé aucune différence significative entre les sexes en ce qui concerne l'auto-évaluation des symptômes principaux de la COVID-19 (toux, dyspnée, anorexie, maux de tête et diarrhée). Il est donc difficile de conclure à des différences entre les sexes sur le plan du type de symptômes. Néanmoins, comme plusieurs études semblent soulignées, la sévérité des symptômes d'une infection

semble être un point comparatif pertinent dans une perspective de différences entre les sexes (Jin et al., 2020 ; Ueyama et al., 2020).

Maintenant, comment représenter cette différence liée à la sévérité de la maladie avec comme point de mire le sexe et le genre en tant que déterminant social de la santé ? En fait, comme plusieurs institutions publiques les utilisent (ex. INSPQ, OMS), les données populationnelles nous permettent de mieux identifier et comprendre les tendances sur le plan de la sévérité des impacts de la maladie. Au niveau international, le projet *Sex, Gender & COVID-19* (Global Health 50/50, 2022) a répertorié les données liées à la pandémie (cas, hospitalisation, soins intensifs, décès, etc.) de plusieurs pays, permettant de mieux comprendre les différences entre sexes. À l'échelle provinciale, c'est l'Institut national de santé publique (INSPQ) qui a effectué ce même travail. Dans la prochaine section, nous explorerons donc les données québécoises ainsi que mondiales afin d'en ressortir les principaux constats.

Plus précisément, afin d'illustrer les différences de sévérité dans l'impact du virus sur la santé entre les sexes, les données qui nous intéresseront principalement sont les cas confirmés de COVID-19, les hospitalisations liées à la maladie, les séjours aux soins intensifs et les décès. Chacune de ces données représente un niveau de sévérité quant à l'impact sur la santé d'une personne. On peut y voir une sévérité croissante partant d'un cas confirmé, en passant par l'hospitalisation, jusqu'au décès étant l'impact le plus sévère. Voici donc les statiques répertoriées par l'INSPQ (2022), en date du 04 mai 2022, et ce à partir du début de la pandémie en mars 2020.

*Figure 4 : Données COVID-19 selon le sexe (INSPQ, 2022)*

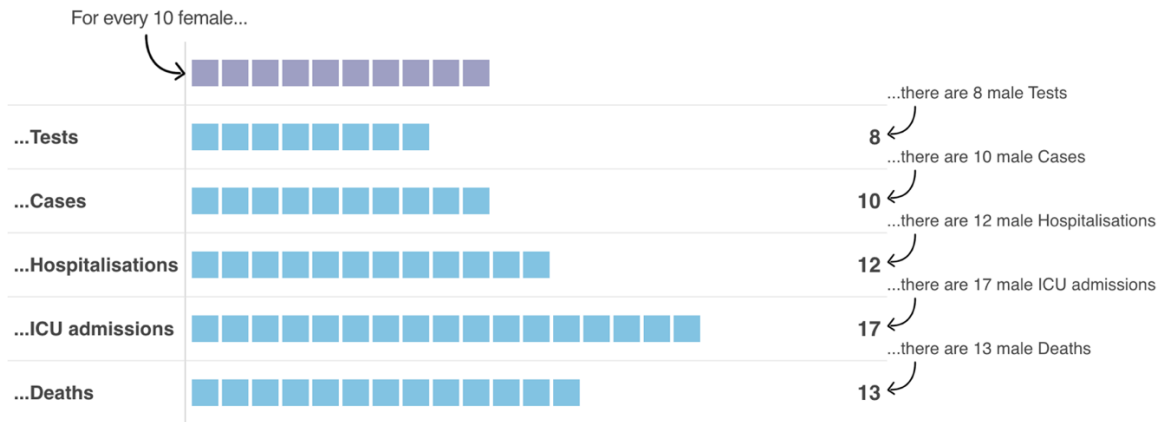
<u>Sévérité</u>		<u>Proportion selon le sexe</u>
<b>Cas confirmés</b>		55,6 %
		44,4 %
<b>Hospitalisations</b>		48,9 %
		51,1 %
<b>Soins intensifs</b>		37,1 %
		62,9 %
<b>Décès</b>		50,5 %
		49,5 %

Premièrement, concernant le total des cas confirmés recensés au Québec, 55,6 % sont des femmes et 44,4 % étaient des hommes (INSPQ, 2022a). Ensuite, pour ce qui est des hospitalisations, les femmes représentent 48,9 % du total de celles-ci alors que les hommes représentent 51,1 %. Du côté des soins intensifs, au total, la tendance continue vers une surreprésentation des hommes avec 37,1 % était des femmes et 62,9 % des hommes. Finalement, concernant les décès liés à la COVID-19, le total est pratiquement divisé également entre les femmes et les hommes, avec un pourcentage de 50,5 % pour les premières et 49,5 % pour les seconds. En résumé, ces données suggèrent que les hommes sont beaucoup plus à risque d'hospitalisations, surtout aux soins intensifs, que les femmes, mais que ces dernières ont été plus infectées par le virus de façon générale.

Par contre, considérant qu'au Québec en 2021, près de 54 % des personnes de 65 ans et plus étaient des femmes, cette proportion s'élevant à 64 % pour la tranche d'âge de 85 ans et plus (Gouvernement du Québec, 2020e), et que les personnes âgées étaient

particulièrement à risque de la COVID-19 (OMS, 2021c), il est aussi important de se tourner vers les taux standardisés pour chacune des données présentées dans le chapitre précédent. L'utilisation de ce type de données permet d'avoir un portrait tenant compte de cette réalité démographique du Québec. La standardisation des données effectuée par l'INSPQ (2022) nous permet donc de connaître ce que seraient les taux si les deux populations (hommes et femmes) avaient la même distribution. Pour ce qui est des taux standardisés des données liées aux cas confirmés et aux hospitalisations, les tendances sont assez similaires à ce qui a été rapporté plus haut : les hommes sont moins infectés que les femmes (13 689 femmes et 10 889 hommes par 100 000 personnes), mais ils sont surreprésentés dans les hospitalisations (507 femmes et 626 hommes par 100 000 personnes), particulièrement aux soins intensifs (61 femmes et 110 hommes pour 100 000 personnes). Pour les décès, les taux non standardisés sont assez paritaires, mais avec la standardisation, les hommes affichent une surmortalité importante (132 femmes et 189 hommes pour 100 000 personnes). À l'international, la standardisation confirme des tendances similaires. Les cas confirmés sont répartis également entre les hommes et les femmes alors que les hommes sont davantage représentés dans les hospitalisations (10 femmes pour 12 hommes) et les séjours aux soins intensifs (10 femmes pour 17 hommes) (Global Health 50/50, 2022). Le constat est similaire pour les décès avec une proportion de 10 décès de femmes pour 13 d'hommes (Global Health 50/50, 2022).

*Figure 5 : Taux standardisés internationaux (Global Health 50/50, 2022)*



En somme, les grandes lignes concernant la sévérité des impacts de la maladie COVID-19 sur l'état de santé physique sont que les hommes ont tendance à être plus à risque de vivre des complications à la suite d'une infection, ce qui pourrait les mener à être hospitalisés, devoir passer un séjour aux soins intensifs et potentiellement mener au décès. Pour ce qui est du type d'impacts sur la santé physique (symptômes), il est difficile de ressortir des tendances claires sur les différences entre les sexes des quelques études qui se sont intéressés au sujet.

Au-delà du virus en tant que tel, il est aussi important de souligner que la pandémie a eu des impacts sur la santé physique par le contexte social engendré par les mesures préventives imposées par les autorités gouvernementales. Comme le souligne le sondage SOM (2021) effectué auprès de 2740 hommes québécois, plus du tiers (36 %) de ceux-ci ont mentionné que leur santé physique s'était légèrement ou beaucoup détériorée depuis le début de la pandémie. Alors que le sondage n'offre pas de précisions sur la détérioration de cet état de santé physique, d'autres études véhiculent des constats semblables. D'abord,

plusieurs études révèlent que le niveau d'activité physique adopté pendant la période pandémique était inférieur à celui adopté avant cette dernière (Caputo & Reichert, 2020 ; Colley et al., 2020 ; Phillipou et al., 2020 ; Puccinelli et al., 2021 ; Stockwell et al., 2021). Au Québec, c'est près de la moitié de la population (45 %) qui a réduit la fréquence de leur pratique d'activités physiques depuis le début de la pandémie, et pour la proportion qui l'a augmenté, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à avoir augmenté la fréquence de leur activité physique (15 % vs 10 %) (Gouvernement du Québec, 2021). Une réduction des déplacements quotidiens en raison du télétravail, de la fermeture de lieux publics, de la peur du virus, etc. sont tous des éléments du contexte pandémique qui ressortent comme possibles raisons pouvant expliquer cette baisse de l'activité physique.

Concernant cette réduction de déplacement au quotidien, l'analyse de plus de 19 millions de mesures quotidiennes du nombre de pas effectuées par les utilisateurs de téléphones intelligents dans le monde a révélé un large éventail de variances dans la réduction de cette statistique, certaines régions ayant chuté de près de 50 % au cours du mois suivant le déclenchement de l'état d'urgence mondiale par l'OMS (Maier, 2020). La pandémie de COVID-19 a donc eu un impact négatif sur la pratique d'activité physique, et puisqu'il a été démontré que le nombre de pas quotidiens, et globalement l'activité physique, est inversement corrélé à la mortalité et aux problèmes cardiovasculaires (Sheng et al., 2021), ces impacts affectent aussi inévitablement l'état de santé physique d'une personne. Même une petite réduction des périodes d'activité physique sur une courte période de temps peut avoir des effets délétères sur de nombreux organes et systèmes, et ces effets pourraient être plus prononcés et plus difficiles à renverser chez certaines

populations plus vulnérables, comme ceux ayant des maladies chroniques et les personnes âgées (Füzéki et al., 2020). Il ne faut donc pas minimiser l'impact de cette diminution de l'activité physique chez une population comme les hommes qui sont particulièrement à risque d'avoir certains problèmes de santé, tel que les maladies cardiovasculaires (Santé Canada, 2017).

## **b. Santé psychologique**

Un autre aspect central à la santé selon la définition utilisé par l'OMS (2021) est celui défini comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Il fait référence à la santé mentale ou psychologique d'une personne.

De façon générale, plusieurs autorités ont rapidement suggéré qu'au-delà des risques posés par la pandémie sur le plan de la santé physique, elle pouvait aussi avoir des impacts importants sur la santé psychologique de la population. Le Gouvernement du Québec (2020c) et l'OMS (2020) suggèrent que le contexte particulier et inhabituel d'une pandémie mondiale peut amener plusieurs personnes à vivre des réactions de stress, d'anxiété et de déprimés. Même son de cloche auprès de l'Ordre des psychologues du Québec (2020) qui soutient que la peur, le stress et l'anxiété, lorsque face à une menace, permettent à l'être humain de mettre en place des actions pour se défendre. Cependant, quand l'anxiété devient trop forte, ces actions ne sont plus efficaces et peuvent affecter l'état de santé mentale d'une personne. De plus, des sentiments de tristesse, de solitudes, et associés à un état de déprime peuvent faire leur apparition chez les gens se sentant plus isolée ou éloignée de leur proche et où le quotidien devient plus lourd. Finalement, l'Ordre



des psychologues soulève aussi que les différentes contraintes engendrées par la pandémie peuvent être frustrantes et générer de la colère et de l'irritabilité pour plusieurs personnes. Ainsi, il est possible de voir que la pandémie de COVID-19 peut faire vivre une panoplie de sentiments et d'émotions négatives pouvant engendrer différents états mentaux et détériorer la santé psychologique de quiconque les vivant sur une période prolongée. Dans le prochain chapitre, nous explorerons, à travers divers sondages et études populationnelles, les tendances pandémiques en lien avec la présence de ces différents états mentaux, en portant une attention particulière au sujet du suicide. Les données pré-pandémiques sur le suicide soutiennent une surreprésentation de la population masculine dans les taux de suicide (J. Roy et al., 2014).

Tout d'abord, de façon générale, plusieurs sources indiquent qu'une majorité d'hommes ont perçu des impacts négatifs de la pandémie sur leur quotidien et leur santé mentale. Dès les premiers mois, un sondage *Movember* effectué auprès d'hommes du Royaume-Uni, des États-Unis, du Canada et d'Australie menés entre avril et mai 2020 a révélé qu'un nombre important de répondants estimaient que leur santé mentale s'était détériorée depuis le début de la pandémie (The Book of Man, 2020). Au Canada, la proportion s'élevait à près du tiers des répondants (27 %). Plus récemment, dans son étude auprès d'hommes utilisant des services de consultations en ligne, Ogradniczuk et al. (2021) présente un portrait plus sévère où une majorité des répondants (79,3 %) ont indiqué que leur santé mentale avait été affectée négativement par la COVID-19, et près des deux tiers (65,5 %) ont indiqué que les mesures de distanciation physique imposées par le gouvernement avaient eu un effet négatif sur leur santé mentale. Au Québec, le sondage

SOM (2021) indique que 40 % des répondants mentionnent que la pandémie avait eu un effet négatif sur leur santé mentale. Il est utile de préciser que l'écart entre les deux sources peut s'expliquer par l'échantillon que les deux études utilisent. Ogrodzniczuk et al. (2021) utilise un échantillon « clinique » alors que le sondage SOM (2021) en utilise un populationnel. On peut donc s'attendre à ce que les personnes qui consultent des services psychologiques aient une santé mentale plus affectée que l'ensemble de la population.

Mais quels sont ces effets sur la santé mentale ? Une enquête internationale a constaté que plus d'un tiers des hommes dans le monde ont signalé des sentiments d'anxiété et de dépression pendant la pandémie. Ce sondage en ligne, mené auprès de plus de 12 millions d'utilisateurs Facebook âgés de 18 ans et plus dans 115 pays, de mai à septembre 2021, a montré qu'en moyenne, dans tous les pays, 36,8 % des hommes déclaraient vivre des sentiments de dépression et 33,8 % déclaraient vivre des sentiments d'anxiété. Contribuant à cet état, l'inquiétude associée à la sécurité alimentaire était présente chez 43,9 % des répondants alors 67,5 % ont déclaré s'inquiéter pour les finances du ménage (Gottert et al., 2022).

Au Québec, le sondage SOM (2021) a demandé à leur échantillon de près de 3000 hommes québécois si, comparativement à la période avant la pandémie, ils avaient vu des changements (beaucoup moins ou moins/à peu près pareil/plus ou beaucoup plus) sur leur niveau d'anxiété, d'irritabilité et de consommation (alcool, cannabis, drogues). Les résultats suggèrent que près de la moitié des répondants (49 % et 44 %) ont perçu une augmentation de leur niveau d'anxiété et d'irritabilité respectivement, alors que le quart

d'entre eux (24 %) ont remarqué une augmentation de leurs habitudes de consommation d'alcool et de drogues. Le sondage SOM (2021) s'est aussi intéressé à la fréquence de certains états mentaux ou physiques associé à la santé mentale d'une personne. La liste suivante présente les états sur lesquels les répondants ont été questionnés et le pourcentage que ceux ont répondu vivre cet état parfois, la plupart du temps ou tout le temps.

*Figure 6 : États mentaux ou physiques vécus par les hommes québécois depuis la pandémie (SOM, 2021)*

État mental ou physique	% Parfois/la plupart du temps/tout le temps
Nerveux	47 %
Déprimé	43 %
Fatigué au point où tout était un effort	41 %
Agité ou incapable de tenir en place	35 %
Désespéré	30 %
Bon à rien	27 %

Au total, c'est 69 % des hommes québécois qui disent avoir ressenti parfois, la plupart du temps ou tout le temps au moins un des six états mentaux ou physiques mentionnés ci-haut (SOM, 2021). Lors de la même étude réalisée en 2018 (pré-pandémie), cette proportion se situait à autour de 22 %. Il s'agit d'une augmentation de 47 % entre les deux périodes. Ce constat peut paraître alarmant, cependant, comme les auteurs le font remarquer : « [...] il faut tenir compte du fait que le fait de ressentir "parfois" certains de ces états peut être considéré comme normal en période de pandémie. » (SOM, 2021, p. 24) D'un autre côté, il ne faut pas non plus sous-estimer l'effet de ressentir ces états mentaux et physiques sur une longue période ou de façon continuelle et fréquente.

Cet impact se traduit particulièrement lorsqu'on regarde les résultats concernant l'indice de détresse psychologique. Cet indice est déterminé à partir d'un instrument de mesure standardisé qui est constitué d'une échelle à six items. Un indice de détresse est calculé en additionnant les réponses à chacune des questions (Jamais=0, Rarement=1, Parfois=2, la plupart du temps=3 et tout le temps=4), pour chacun des répondants. Le score varie ainsi de 0 (minimum) à 24 (maximum). Un score de 13 ou plus indique une détresse psychologique élevée et la probabilité d'une maladie mentale grave, alors qu'un score inférieur à 13 indique qu'une maladie mentale grave est peu probable (INSPQ, 2019). Les résultats du sondage SOM (2021) indiquent qu'environ un homme sur huit (14 %) démontrait un indice de détresse psychologique de 13 ou plus (sur 24) et souffrirait de détresse psychologique élevée. En comparant ce résultat aux données prépandémiques, la proportion d'hommes ayant un indice de détresse psychologique égal ou supérieur à 13 aurait presque doublé. En effet, le même questionnaire en 2018 avait révélé une proportion de 8 % pour les hommes ayant un indice égal ou supérieur à 13. De plus, ce qui est particulièrement inquiétant pour les hommes se retrouvant dans cette catégorie (indice de 13 et +), c'est qu'ils sont le sous-groupe le plus représenté dans tous les résultats liés aux fréquences des états mentaux et physiques, et les niveaux d'anxiété, d'irritabilité et de consommation (alcool, cannabis et drogues) présentés précédemment dans ce chapitre.

Parallèlement, lorsqu'il est question de détresse psychologique, d'anxiété, de dépression et de consommation, il est impossible de passer à côté des idéations suicidaires que ces états et comportements peuvent engendrer. Concernant les idéations suicidaires, une méta-analyse internationale récente (2021) de 54 études a rapporté que la prévalence

combinée des idées suicidaires au cours de la première année de la pandémie était de 10,8 %, ce qui était supérieur aux estimations mondiales pré-pandémiques d'environ 2 % à 5 % (Dubé et al., 2021). Au Canada, la situation fut semblable où la prévalence des idées suicidaires chez les adultes à l'automne 2020 ne différait pas significativement de la période pré-pandémique. Cependant, en 2021, la fréquence des pensées suicidaires chez les adultes était de 4,2 %, ce qui était « significativement plus élevé » que 2,7 % en 2019 avant la pandémie, selon les résultats publiés par Statistique Canada (Gouvernement du Canada, 2022). Au Québec, à la question « Depuis le début de la pandémie, avez-vous songé sérieusement à vous suicider ? », c'est 4 % des hommes qui ont répondu « oui » (SOM, 2021). C'est donc près d'un homme québécois sur 20 qui a sérieusement considéré s'enlever la vie depuis le début de la pandémie.

Concernant les taux de suicide, les rapports internationaux initiaux suggèrent soit aucune augmentation (Massachusetts, États-Unis ; Victoria, Australie ; Angleterre), soit une baisse (Japon, Norvège) des taux de suicide dans les premiers mois de la pandémie (John et al., 2020). Au Québec, selon les données répertoriées par l'INSPQ (2022b), il a été estimé que 1016 personnes se sont enlevé la vie en 2020, la première année pandémique. Il s'agit de 112 suicides de moins qu'en 2019, mais ces données seraient partielles et le total pourrait être supérieur réellement. L'INSPQ (2022b) s'est aussi intéressée à la répartition selon le sexe de ces décès par suicide. Les données montrent que 76 % des suicides ont été complétés par des hommes ( $n = 775$ ) et 24 % par des femmes ( $n = 241$ ). Cette répartition serait pratiquement identique à celle de 2019. Il est donc difficile

de tirer quelconques conclusions concernant les taux de suicide au moment d'écrire ces lignes.

Malgré que le portrait des impacts de la pandémie sur les idéations suicidaires et le taux de suicide demeure nébuleux pour l'instant, il semble que la prévalence de ces deux indices tend à augmenter avec le temps au Canada (Gouvernement du Canada, 2022). Comme Zalsman et al. (2020) le suggère, la pandémie de COVID-19 pourrait ne pas avoir d'impact immédiat ou à court terme sur les idéations et les taux de suicide. Effectivement, les effets de la COVID-19 en lien avec le suicide sont difficiles à prévoir et peuvent varier selon les populations puisqu'en période de danger externe et lorsque les gens sont occupés à simplement « survivre », il peut y avoir une tendance à moins se concentrer sur la détresse et la douleur interne (Zalsman et al., 2020). Cependant, étant donné qu'elle entraînera probablement une confluence de facteurs de risque de suicide (ex. présence d'un trouble de santé mentale, consommation accrue (alcool et drogues), sentiment d'isolement, manque de soutien, etc.), il est fort probable que la pandémie entraînera une augmentation des idéations suicidaires et des taux de suicide à long terme.

En somme, la santé psychologique et mentale de la population en générale, et des hommes plus particulièrement, semble avoir été affectée négativement par le contexte pandémique présent depuis plus de deux ans. Des sentiments liés à l'anxiété et la dépression, de plus qu'une augmentation de la détresse psychologique chez les hommes québécois par rapport à la période prépandémique représente les grandes lignes des impacts psychologiques.

### **c. Santé sociale**

Le dernier aspect de la santé que nous allons aborder est la santé sociale. Celle-ci correspond aux interactions entre la personne, son entourage et les institutions, de même que les règles et les normes sociales (Russel, 1973). Il sera question d'explorer plus particulièrement les impacts que la pandémie a eus sur les rôles sociaux des hommes, sur leur réseau social (ami.es), leur partenaire intime et sur leur rôle de père. Nous explorerons aussi leurs réactions face aux institutions et aux normes sociales en présentant leurs tendances à être en accord et respecter les mesures sanitaires mises en place par les autorités.

D'abord, concernant les relations sociales, il est facile de déduire qu'un contexte où la propagation d'un virus se fait entre personnes et où des mesures préventives ont mené à la fermeture de lieux publics n'est pas particulièrement propice au maintien ou au développement de liens sociaux. Plus que toute autre difficulté, Van Kessel et al. (2021) soulèvent que les Américains évoquent principalement la façon dont la pandémie a altéré leur capacité à communiquer avec leurs amis et leur famille. Près de la moitié des répondants (41 %) mentionnent s'ennuyer de leurs proches (amis et famille) ainsi qu'une inquiétude de perdre contact avec les personnes qu'ils avaient l'habitude de voir en personne. Au Québec, le principal impact de la pandémie rapporté par les participants d'une étude de l'INSPQ (2021) était la réduction des contacts sociaux et la peur de l'effritement des amitiés. Une enquête populationnelle révèle que 77 % des Québécois estiment que leur satisfaction à l'égard de leur vie sociale a diminué depuis le début de la pandémie (Gouvernement du Québec, 2021). Les femmes (80 %) seraient plus nombreuses

en proportion que les hommes (73 %) à déclarer un tel impact sur leur vie sociale. Par contre, si l'on se tourne vers les résultats du sondage SOM (2021), ce serait 80 % des hommes qui mentionneraient avoir perçu une détérioration légère ou importante de leur vie sociale. C'est d'ailleurs l'aspect de la vie des hommes québécois qui se seraient le plus détériorés à la suite de la pandémie, et ce, près de deux fois plus que tout autre aspect de leur vie répertorié (santé mentale = 40 %, santé physique = 36 %).

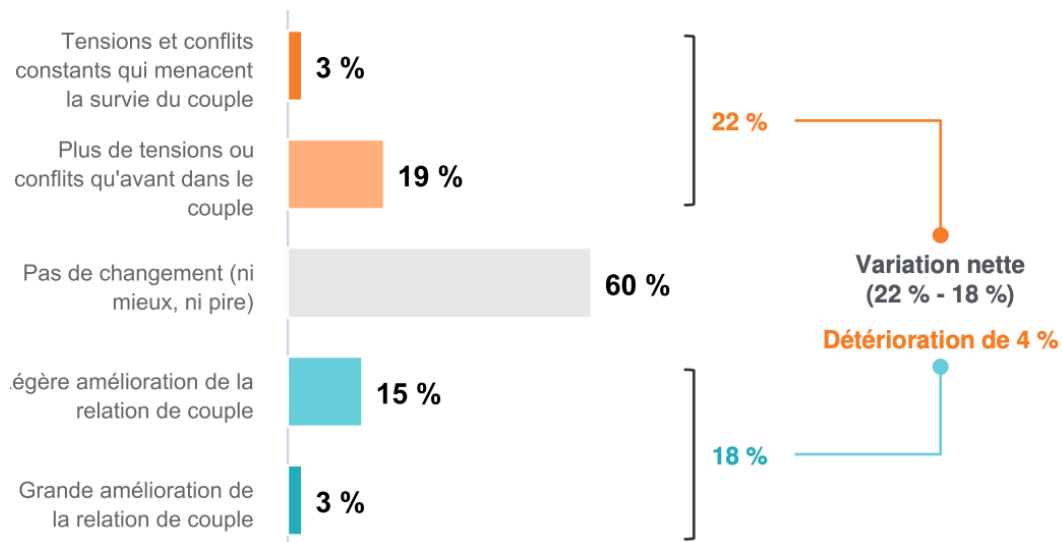
D'un autre côté, un résultat surprenant d'une étude américaine (Van Kessel et al., 2021) suggère que certaines personnes ont également soulevé voir d'un bon œil l'absence d'obligations sociales que la pandémie a produite avec l'imposition des mesures sanitaires. Les jeunes Américains (adultes de moins de 50 ans) étaient plus susceptibles de mentionner l'évolution positive de leurs relations que les Américains plus âgés (50 ans et plus), avec respectivement 40 % et 25 % ayant décrit des améliorations dans leurs relations. Au Canada, une piste d'explication repose sur l'utilisation des nouvelles technologies de communication qui est plus présente chez les générations plus jeunes que chez les aînés (Gouvernement du Canada, 2019). Il pourrait donc être plus facile pour les jeunes de rester en contact avec leur réseau social à travers les différentes options que les technologies apportent alors que les aînés pourraient avoir recours à des moyens plus conventionnels (rencontre en personne) pour maintenir le contact avec leur réseau.

Ensuite, sur le plan des relations de couple, les impacts de la pandémie sur celles-ci semblent assez mitigés. En premier lieu, le contexte pandémique pourrait avoir eu des impacts positifs pour certains couples. Un tiers (33 %) des Américains a mentionné des



impacts positifs sur leurs relations de couple, notamment en raison de la possibilité de passer plus de temps avec leur conjoint ou conjointe, leurs enfants ou d'autres membres de la famille qui n'ont plus à passer leurs journées complètes au travail ou à l'école (Van Kessel et al., 2021). Au Québec, le sondage SOM (2021) rapporte aussi cet impact positif potentiel chez les hommes québécois où près d'un répondant sur cinq (18 %) mentionne avoir perçu une légère ou grande amélioration de leur relation de couple.

*Figure 7 : Perceptions des hommes québécois des impacts pandémiques sur leur relation de couple (SOM, 2021)*



En deuxième lieu, il semble que pour certains couples, le contexte pandémique ait exacerbé des difficultés dans la relation. Théoriquement, en s'appuyant les sciences relationnelles, Pietromonaco & Overall (2021) suggère que faire face au stress externe lié à la pandémie COVID-19 est susceptible d'augmenter les processus dyadiques nocifs (ex. l'hostilité, le repli sur soi, absence de soutien), ce qui pourrait dégrader la qualité relationnelle des couples. De plus, les auteurs ajoutent que ces effets néfastes sont susceptibles d'être exacerbés par le contexte préexistant dans lequel se situent les relations des couples (ex. statut socioéconomique, l'âge, minorité visible, etc.) et leurs vulnérabilités

individuelles (ex. trouble de l'attachement, dépression, etc.). Le contexte pandémique serait donc particulièrement néfaste pour les couples faisant face à des difficultés étant donné leurs prédispositions individuelles ou sociales. Ces impacts sont d'ailleurs rapportés par Ogrodniczuk et al. (2021) et le sondage SOM (2021) qui indiquent respectivement que 38 % et 22 % des hommes estiment que la COVID-19 a eu un impact négatif sur leur relation avec leur partenaire intime. En comparant ce dernier résultat avec celui a été rapporté précédemment où 18 % des hommes ont perçu une amélioration, la variation entre les deux indique une tendance vers la détérioration des relations de couples de 4 % (22 %-18 %) (SOM, 2021).

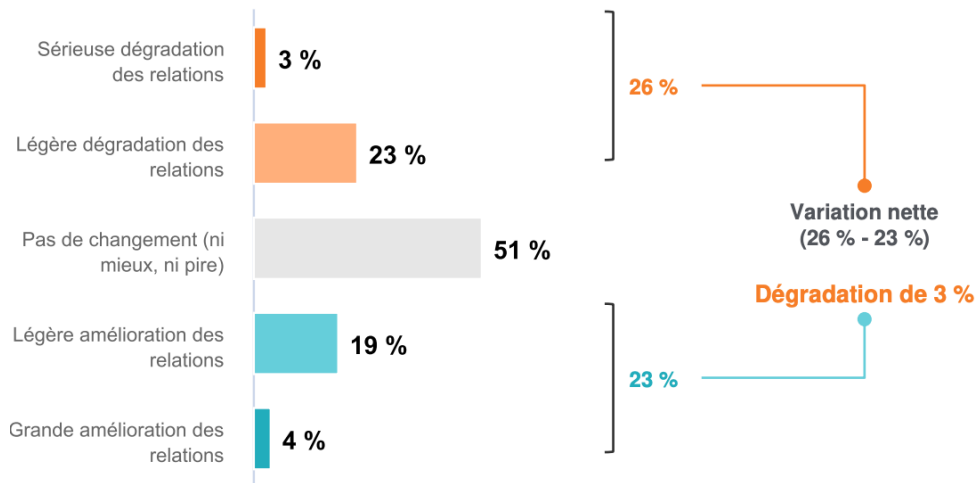
Considérant cette détérioration, il est aussi important d'aborder la violence conjugale dans ce contexte. En laissant de nombreuses victimes piégées chez elles avec leurs agresseurs, la pandémie COVID-19 aurait aggravé des niveaux assez répandus de violence dans les sociétés du monde entier (Ruxton & Burrell, 2020). Alors que certains crimes semblent avoir diminué pendant le confinement lié à la pandémie, la violence conjugale aurait suivi la tendance inverse (Ruxton & Burrell, 2020). En Grande-Bretagne, les premiers confinements ont été liés à une augmentation de la violence perpétrée par les hommes contre les femmes (Morgan et al., 2021). Malgré que les données de prévalence liées aux hommes autant comme agresseurs que comme victimes sont rares, Ogrodniczuk et al. (2021) soulèvent que près d'un tiers (30,9 %) des répondants de leur sondage qui étaient en couple, autant dans des relations hétérosexuelles qu'homosexuelles, ont déclaré avoir commis un certain type de violence, principalement verbale (22,9 %), envers leur partenaire intime pendant la COVID19, et plus d'un quart (27,3 %) ont déclaré avoir été

agressés par leur partenaire intime, également verbalement (22,5 %). Ces résultats doivent être interprétés avec précautions puisqu'ils n'indiquent pas s'il y avait présence de violence dans la période prépandémique et il n'est pas question des autres formes de violence (physique, sexuelle, etc.). Il est donc difficile de conclure l'impact concret que la pandémie a eu dans ces situations.

C'est pourquoi il importe de diversifier les sources d'information qui peuvent nous renseigner sur la santé des hommes durant la pandémie. À ce titre, Warburton & Raniolo (2020) proposent d'analyser des données associées aux visites du site internet de l'organisation The Mankind Initiative (Grande-Bretagne), qui est un organisme qui offre un soutien aux hommes victimes de violence conjugale. Ceux-ci ont signalé une augmentation de 35 % des volumes d'appels par rapport à la période prépandémique et les visites de leur site web ont été trois fois plus nombreuses qu'avant le confinement. De plus, les pages les plus populaires visitées sur leur site web concernaient les signes de violence conjugale chez les hommes et les statistiques sur les victimes masculines. Au Québec, une étude populationnelle parue en 2022 a soulevé que 20 % des hommes en couple disent avoir été victimes de violence (physique, verbale ou psychologique) alors que 6 % d'entre eux affirment avoir été victimes de violence physique, une proportion deux fois plus grande que chez les femmes sondées (Laflamme, 2022). Malgré ce constat, il est aussi primordial de mettre en perspective que, même si les femmes et les hommes rapportent avoir subi davantage de violence conjugale, les formes les plus sévères sont exercées majoritairement envers les femmes (ex. agressions sexuelles ou armées, féminicides, etc.) (OMS, 2021 f).

Pour ce qui est des relations parents — enfants, plus spécifiquement père-enfants, les impacts semblent tout aussi mitigés que les autres facettes de la vie sociale. Effectivement, la situation pandémique n’aurait pas eu que des impacts négatifs sur les relations interpersonnelles. Pour plusieurs parents interrogés dans l’étude de l’INSPQ (2021), les mesures en place ont permis des rapprochements avec les enfants puisqu’ils passaient plus de temps ensemble en général. Pour les pères québécois ayant répondu au sondage SOM (2021), cette réalité se traduit avec 23 % d’entre eux ayant mentionné une légère ou grande amélioration de leur relation avec leur(s) enfant(s) depuis le début de la pandémie.

*Figure 8 : Perception des pères québécois des impacts pandémiques sur leur relation père-enfant(s) (SOM, 2021)*



En contrepartie, comme il a été avancé pour expliquer la détérioration des relations de couple, le fait de partager constamment un milieu de vie en confinement avec quelqu’un peut exacerber des difficultés déjà présentes dans une relation, ceci pouvant aussi s’appliquer à une relation parent-enfant. Ainsi, c’est 26 % des pères québécois du sondage SOM (2021) qui a mentionné une légère ou sérieuse dégradation des relations avec leur(s)

enfant(s) depuis le début de la pandémie. Ceci implique une variation nette de 3 % (26 %-23 %) de dégradation des relations père-enfant(s). En d'autres mots, plus de pères ont perçu une dégradation qu'une amélioration de leurs liens avec leur(s) enfant(s) depuis le début de la pandémie. Ce constat pourrait d'ailleurs être influencé par les préoccupations vécues par les pères concernant leur(s) enfant(s). Concrètement, le contexte pandémique a bouleversé le quotidien des enfants, ce qui peut inquiéter le parent. Pour les pères québécois, la pandémie a amené des préoccupations importantes concernant la vie sociale et la santé psychologique de leur(s) enfant(s). C'est 74 % et 70 % respectivement qui ont mentionné un peu ou beaucoup plus préoccuper par ces aspects pour leur(s) enfant(s) qu'avant la pandémie. Une inquiétude quant à la réussite scolaire (61 %) et l'augmentation du temps passé sur internet (61 %) a aussi été rapportée par les pères québécois. Il pourrait être possible que ces préoccupations aient amené des pères à être plus stricts sur le plan de la réussite scolaire et le temps passé sur internet par exemple et, en conséquence, avoir créé des conflits avec leur(s) enfants.

Finalement, le dernier aspect de la santé sociale que nous aborderons concerne la tendance des hommes à être en accord et respecter les mesures sanitaires mises en place par les autorités. À la base, une méta-analyse de recherches explorant les épidémies et pandémies respiratoires passées a révélé que les femmes étaient 50 % plus susceptibles d'adopter des comportements de protection non pharmaceutiques tels que le lavage des mains, le port de masques faciaux et la distanciation sociale, alors que les hommes semblaient légèrement (12 %) plus enclins à adopter des comportements pharmaceutiques tels que l'utilisation de vaccins et d'antiviraux en cas d'infection (Moran & Del Valle,

2016). Concernant la pandémie de COVID-19, les sondages initiaux indiquaient que malgré le fait que la plupart de la population britannique était préoccupée par le virus et prenait des précautions contre celui-ci, c'était davantage le cas pour les femmes que pour les hommes (Ruxton & Burrell, 2020). En outre, les auteurs rapportent aussi les résultats d'un sondage américain qui soutient que 29 % des hommes disaient toujours porter leur couvre-visage en public contre 44 % des femmes, tandis que 38 % des hommes disaient ne jamais le porter, contre 25 % des femmes. Selon ces données, il semble donc y avoir une tendance où les hommes semblent moins en accord et respecter les mesures préventives mises en place afin de mitiger la propagation du virus.

Le sondage SOM (2021) s'est aussi intéressé à la question en explorant dans quelle mesure leur échantillon de près de 3000 hommes québécois était en accord et respectait les mesures sanitaires au Québec. Premièrement, concernant le niveau d'accord avec les mesures, le sondage suggère que l'accord avec certaines d'entre elles de la part des hommes varie grandement. Une forte proportion mentionnait être plutôt ou fortement en accord avec le port du masque obligatoire (87 %) et les restrictions concernant les rassemblements publics ou privés (78 %). Cependant, lorsqu'il est question de fermeture de certains commerces (ex. bars, gym, restaurants) et du couvre-feu, les niveaux d'accord diminuent à 62 % et 57 % respectivement, avec près d'un tiers des répondants étant plutôt ou fortement en désaccord avec ces deux mesures en particulier. Deuxièmement, pour ce qui du respect de ces mesures, le port du masque était encore la mesure la plus respectée par les répondants avec 89 % d'entre eux qui mentionnaient toujours le porter lors de sorties en public. Les mesures les plus difficiles à respecter pour les hommes sondés sont liées à la distanciation

sociale, le lavage des mains et l'évitement des rencontres familiales ou avec des amis. En effet, ces trois mesures obtiennent les plus faibles taux de « toujours » avec des taux de 48 %, 54 % et 56 % respectivement. En somme, le sondage propose que les niveaux d'accord et de respect semblent assez élevés parmi les hommes québécois.

Une limite des sondages SOM (2018 et 2021) est que les résultats ne montrent qu'une partie du portrait et il serait pertinent de pouvoir comparer ces résultats à celui des femmes afin d'avoir un comparatif. Néanmoins, le sondage permet d'identifier des facteurs favorisant une adhésion plus forte aux mesures et potentiellement sur lesquels il est possible d'intervenir afin de la favoriser chez ceux qui sont plus réticents. Dans ce cas-ci, les sous-groupes affichant des niveaux d'accord plus élevés sont semblables pour chacune des mesures : les hommes plus âgés, en couple, avec niveau de scolarité élevé et indice de détresse faible. Ce constat permet d'orienter les pistes d'interventions que nous explorerons dans la dernière section cet essai.

### **3) Analyse de la problématique**

Pour donner suite à la description de la problématique où nous avons exposé les données présentant les impacts pandémiques sur la santé des hommes québécois, la présente section propose d'analyser ceux-ci en fonction du sexe et du genre masculin. Il sera question de soulever les facteurs liés au sexe et genre masculin qui peuvent expliquer les constats et enjeux soulevés précédemment. Notamment, l'analyse portera sur les facteurs biologiques (sexe) et psychosociaux (genre) qui constituent la réalité d'hommes québécois.

## **a. ADGS des impacts sur la santé physique**

Un des constats principaux sortant de la description des impacts pandémiques sur la santé physique des hommes est cette prédisposition chez ceux-ci à avoir un risque plus élevé de vivre des complications à la suite d'une infection à la COVID-19.

D'abord, du côté des aspects biologiques, plusieurs études soulèvent que cette vulnérabilité serait, entre autres, dû à des différences physiologiques et hormonales entre les sexes (Griffith, 2020 ; Morgan et al., 2021 ; Ruxton & Burrell, 2020 ; White & Kirby, 2020). Une partie de la réponse résiderait dans des différences de réactions hormonales du système immunitaire à la suite d'une infection par le virus SARS-CoV-2. En effet, la réponse immunitaire serait généralement différente entre les hommes et les femmes en raison de la présence accrue de certaines hormones chez l'un des sexes et moins chez l'autre (van Lunzen & Altfeld, 2014). Plus précisément, les hormones plus courantes chez les femmes telles que les œstrogènes auraient un impact positif sur l'immunité d'une personne en général. Pendant ce temps, les androgènes, hormones plus répandues chez les hommes (ex. la testostérone), semblent stimuler la capacité du virus à pénétrer à l'intérieur des cellules. Dans le cas précis de la COVID-19, les patients atteints d'un cancer de la prostate en Italie qui recevaient un traitement pour supprimer la production d'androgènes, qui alimentent la croissance des cellules cancéreuses de la prostate, avaient un risque beaucoup plus faible d'infection au COVID-19 (Montopoli et al., 2020).

De plus, au-delà de la dimension hormonale, des différences génétiques entre les sexes seraient aussi en jeu lorsqu'il est question d'immunité et de réaction à une infection



d'un virus. En fait, le chromosome X contiendrait des gènes liés à l'immunité, de sorte que les deux chromosomes X de la majorité des femmes (XX), contrairement au seul des hommes (XY), pourraient offrir une protection supplémentaire (Klein & Flanagan, 2016 ; White & Kirby, 2020). En résumé, la réponse immunitaire à la suite d'une infection chez les femmes serait généralement plus agressive et plus efficace que chez les hommes en raison de cette différence. D'autre part, plusieurs études se sont intéressées à l'impact de l'état de santé d'une personne avant une infection comme élément affectant la vulnérabilité de cette personne à avoir des complications à la suite d'une infection à la COVID-19. Les données sociodémographiques provinciales du Québec démontrent que le risque de décéder de la COVID-19 est plus élevé chez les personnes ayant une maladie chronique (INSPQ, 2022c). Concrètement, « les personnes avec au moins une maladie chronique préexistante ont un risque 4 à 8 fois plus élevé de décéder de la COVID-19 que celles du même groupe d'âge sans maladie chronique. » (INSPQ, 2022c) Une vulnérabilité à des complications serait donc accentuée par des problèmes de santé présents avant l'infection. En ce sens, les facteurs de risques liés à la COVID-19 incluraient les maladies chroniques (ex. diabète), mais aussi les problèmes cardiovasculaires et respiratoires, la présence d'un cancer, l'immunosuppression, l'obésité et le tabagisme (Gouvernement du Canada, 2021).

Concrètement, Roy et al. (2020) présente les grandes lignes de l'ouvrage « *Les hommes au Québec : un portrait social et de santé* » (J. Roy & Tremblay, 2017) qui offre un aperçu des proportions selon le sexe de certains problèmes de santé dans la population québécoise. En voici le constat :

- « Les taux de mortalité pour les maladies cardiovasculaires chez les hommes sont presque deux fois plus élevés que chez les femmes ;
- L'embonpoint touche une proportion plus élevée d'hommes que de femmes ;
- Le taux de prévalence du diabète est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge, en particulier celui des 65 ans et plus ;
- Les hommes présentent un taux de mortalité plus élevé que les femmes pour les cancers du poumon et colorectal ;
- La consommation régulière de tabac est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, particulièrement chez les 15 à 29 ans. »

*(Roy et al., 2020, p.2)*

Ainsi, ce portrait soutient une surreprésentation des hommes dans plusieurs catégories associées à des facteurs de risque lié à la COVID-19 et propose que la vulnérabilité des hommes à vivre des impacts plus sévères de la COVID-19 (hospitalisations et décès) sur le plan de la santé physique serait donc, entre autres, due à un état de santé en moyenne déjà plus précaire que celui des femmes.

Des facteurs associés au genre seraient en jeu dans ce constat. Comme nous l'avons brièvement vu dans la section du cadre conceptuel, les déterminants sociaux de la santé du sexe et du genre affectent la relation d'une personne avec sa santé. Certaines pratiques de masculinité, tels qu'avoir un biais optimiste sur son propre état de santé, la recherche d'indépendance/autosuffisance et démontrer sa stoïcité, peuvent être aussi liés à cet état de santé déjà plus précaire pour plusieurs hommes (J. Roy et al., 2014). En général, ces pratiques genrées se traduisent chez les hommes les adoptant par des niveaux de littéracie en santé plus faibles et comme une tendance à être moins susceptibles de demander de

l'aide ou consulter un professionnel, en particulier aux stades préventifs d'une maladie (Ruxton & Burrell, 2020).

D'abord, le plus faible niveau de littéracie en santé pourrait affecter la compréhension des risques d'une maladie comme la COVID-19 et induire une adhésion moindre aux mesures sanitaires préventives mises en place. Cette hypothèse est d'ailleurs véhiculée par les travaux de Galasso et al. (2020) qui montre de grandes différences entre les genres dans les croyances et les comportements liés à la COVID-19. Les hommes seraient beaucoup moins susceptibles de percevoir la pandémie comme un problème de santé très grave et adhèreraient moins aux mesures sanitaires en place que les femmes (Ruxton & Burrell, 2020). En conséquence, plusieurs hommes s'exposeraient davantage à des situations à risque de transmission du virus et d'une possible infection. De plus, les normes masculines abordées précédemment pourraient aussi encourager de nombreux hommes et garçons à adopter des comportements à risque, ce qui signifie que certains peuvent prendre moins au sérieux les règles de confinement et de distanciation sociale, être plus détendus pour sortir en public et rencontrer d'autres personnes. Aussi, pour les mêmes raisons, certains hommes pourraient être réticents à porter le masque en public parce qu'ils le considèrent comme « efféminé » et parce que se soucier de manière proactive de leur bien-être et de celui des autres ne correspond pas aux attentes masculines d'imperturbabilité (Glick, 2020). En somme, tous ces éléments associés aux pratiques de masculinité influenceraient les comportements en santé des hommes.

Ensuite, sur le plan de la réticence à demander de l'aide, ce constat serait influencé en partie par les normes masculines dites traditionnelles qui attendent souvent des hommes qu'ils soient stoïques et autonomes, et entraînerait chez bon nombre d'entre eux un malaise important à affronter leurs faiblesses, leurs échecs et leurs vulnérabilités (J. Roy et al., 2014). Considérant qu'une demande d'aide implique de les verbaliser et de les partager à quelqu'un d'autre, il est possible de comprendre le conflit interne que plusieurs hommes peuvent vivre lorsqu'ils doivent consulter et la résistance qu'ils vivent face aux différents services d'aide. Dans le contexte de la pandémie COVID-19, ces pratiques de masculinité pourraient avoir même accentué la précarité des hommes à avoir des complications à la suite d'une infection. En effet, plusieurs études soulèvent que plus la détection d'une infection et la prise en charge d'un patient est rapide, meilleures sont les chances d'éviter les complications plus graves, telles que le décès (Chen et al., 2021 ; Sîrbu et al., 2021 ; Venturini et al., 2021).

Également, alors qu'il est déjà difficile pour certains hommes de faire le premier pas et demander de l'aide, le contexte pandémique ajoutait une couche de complexité dans certaines situations. Consultation à distance, effectifs réduits, fermeture temporaire de certains services ont fait partie du contexte social des deux dernières années. Cette réalité peut d'ailleurs expliquer en partie les résultats du sondage SOM (2021) où 55 % des hommes disent avoir consulté un médecin dans la dernière année de pandémie, alors que les résultats d'un sondage réalisé auprès des hommes en 2018 (pré-pandémie) montrent que 81 % des répondants à ce sondage l'avaient fait. Les restrictions liées à la pandémie mentionnées précédemment pourraient expliquer cet écart. Et comme nous l'avons vu, une

consultation tardive à la suite d'une infection implique de plus grands risques de complications.

Sur le plan sociétal, il est aussi important de regarder les milieux pouvant être à risque d'éclosion et qui pourraient rendre vulnérable une certaine population en particulier. Il est possible de penser au CHSLD pour les personnes âgées ou le milieu infirmier où les femmes sont surreprésentées comme environnement à risque, en partie parce que leur situation a été très médiatisée dès le début de la pandémie. Pour les hommes, il est possible de se tourner vers les établissements carcéraux où les taux d'infection ont été environ cinq fois plus élevés dans les prisons provinciales et jusqu'à neuf fois plus élevées dans les établissements fédéraux que dans la population générale (CBC, 2020). Tout comme les résidents des foyers de soins de longue durée, les détenus sont plus à risque parce qu'ils vivent dans des endroits restreints et fermés avec de nombreux espaces communs. Ils interagissent aussi quotidiennement avec plusieurs employés pour leurs besoins de base, par exemple les repas, l'accès à la cour et les douches. Considérant qu'en 2018-2019, les hommes représentaient 85 % des admissions d'adultes en détention dans un établissement provincial ou territorial et 93 % des admissions d'adultes en détention dans un établissement fédéral (Gouvernement du Canada, 2020), il s'agit d'une population masculine particulièrement à risque d'infection. Il faut préciser que les détenus fédéraux ne sont pas reconnus dans Loi canadienne sur la santé qui protège le droit des Canadiens et Canadiennes à avoir accès des services de santé universels sans frais et sans restriction. Un régime particulier est en place pour ceux-ci. Comme le note Junayd Hussain et al. (2022), ceci implique que : « chaque fois que vous avez des autorités correctionnelles qui

fournissent des soins de santé, il y aura un conflit irréconciliable entre l'établissement et les besoins en soins de santé de l'individu. Les problèmes de sécurité l'emporteront toujours sur les besoins de santé des individus. » Bien que cette priorisation de la sécurité soit tout à fait justifiée dans un tel milieu, il n'en demeure pas moins que les services de santé eux-mêmes ne sont donc pas optimaux et adaptés au contexte pandémique, et ne font qu'accroître la précarité de cette population en temps de pandémie.

En somme, le constat de l'ADGS des impacts de la pandémie de COVID-19 sur la santé physique des hommes québécois propose que la tendance des hommes à vivre des complications de santé plus graves liées à la COVID-19 puisse s'expliquer par une myriade de facteurs biopsychosociaux, dont des différences génétiques et hormonales entre les sexes, mais aussi des facteurs psychosociaux liés au genre associés à des pratiques sociales liées à la masculinité et à une surreprésentation dans les milieux carcéraux qui sont propices à des taux d'infection plus élevés que dans la population générale.

## **b. ADGS des impacts sur la santé psychologique**

Afin de débiter ce chapitre, nous commencerons par explorer les pistes d'explications concernant le constat de dégradation de la santé psychologique rapporté par plusieurs hommes québécois, notamment comment des facteurs biologiques peuvent être en jeu même lorsqu'il est question de santé psychologique. De plus, les facteurs psychosociaux liés au genre masculin seront explorés par la suite.

À la base, il est important de se rappeler que la pandémie a occasionné une réduction importante de l'activité physique dans la population en générale, notamment au Québec

avec 45 % de la population qui ont mentionné avoir réduit leur fréquence de pratiques d'activité physique depuis le début de celle-ci (Gouvernement du Québec, 2021). Il serait possible de croire que ces changements affectent seulement la santé physique d'une personne, mais comme l'expression présentée plus haut l'illustre, cette réduction a inévitablement aussi une répercussion sur la santé psychologique d'une personne. Plusieurs études se sont penchées sur le sujet afin d'identifier les bienfaits de l'exercice physique sur la santé globale d'une personne. Biddle (2016) suggère que de manière générale, une grande variété de résultats positifs ont été étudiés, y compris les effets sur l'humeur, l'estime de soi, le fonctionnement et le déclin cognitifs, la dépression et la qualité de vie. Plus précisément, ces effets incluraient l'amélioration du sommeil, le soulagement du stress, l'amélioration de l'humeur, l'augmentation de l'énergie et de l'endurance et la réduction de la fatigue qui peut augmenter la vigilance mentale (Sharma et al., 2006). Au Québec, l'INSPQ (2015) s'est aussi intéressé à la relation entre la pratique d'activité physique et la santé psychologique. Les experts de l'Institut avancent que l'activité physique peut avoir les bienfaits suivants sur une personne :

- Améliorer l'humeur et augmenter niveau d'énergie.
- Inspirer un sentiment de fierté, d'estime de soi et de bien-être général.
- Améliorer la capacité à se concentrer et à accomplir les tâches quotidiennes.
- Réduire le stress et améliorer la capacité à le gérer.
- Aider à obtenir un sommeil de meilleure qualité

Pour les personnes vivant avec une maladie mentale, inclure de l'exercice dans la routine quotidienne aiderait à réduire vos symptômes et aiderait la personne à avoir une meilleure

gestion de ceux-ci (INSPQ, 2015). Il devient clair que la pratique d'activité est un facteur protecteur dans le maintien et l'amélioration de la santé psychologique d'une personne. Considérant que le contexte pandémique ait amené une réduction de ce facteur de protection, notamment chez les hommes québécois, il pourrait en partie expliquer ou du moins avoir contribué aux impacts négatifs que la pandémie a eus sur la santé psychologique de la population.

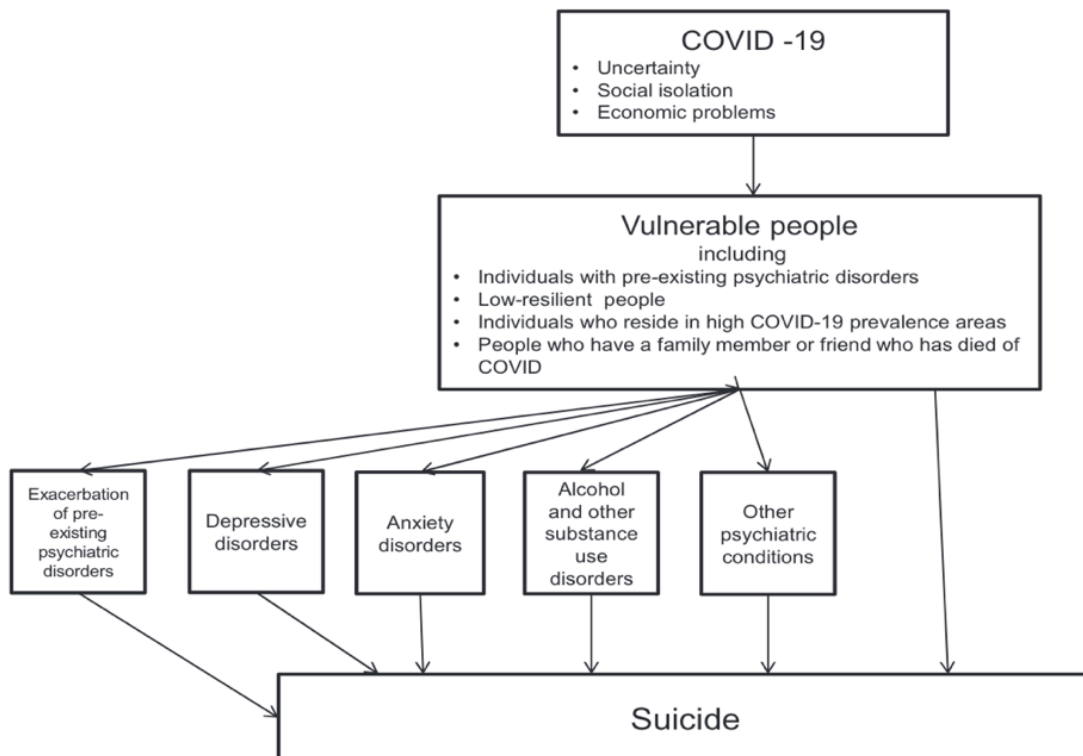
Plus précisément sur le plan des facteurs biologiques liés au sexe masculin, il ne faudrait pas sous-estimer l'influence qu'a eue leur prédisposition à vivre des complications plus graves à la suite d'une infection à la COVID-19 sur leur santé psychologique. Comme nous avons vu, les taux standardisés d'hospitalisations et de décès démontrent une précarité accrue chez les hommes québécois à vivre ces situations (INSPQ, 2022). Particulièrement, les taux standardisés suggéraient que les séjours aux soins intensifs étaient presque deux fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (61 femmes et 110 hommes pour 100 000 personnes). Ces impacts sur la santé physique ne sont pas sans laisser des conséquences psychologiques chez les personnes vivant ces répercussions. En effet, les séjours aux soins intensifs laissent des marques importantes chez ceux ayant la chance de survivre et peuvent engendrer un syndrome post-soins intensifs (SPSI) chez certains d'entre eux. Il s'agit d'un ensemble de symptômes physiques, psychologiques et émotionnels qui persistent après qu'un patient a quitté l'unité de soins intensifs (USI) (Cleveland Clinic, 2019). Si l'on se concentre sur les symptômes psychologiques, ceux-ci peuvent mener au développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (cauchemars, souvenirs indésirables), de l'anxiété et un trouble dépressif. Le



développement de ces troubles surviendrait chez 8 à 57 % des patients sortant d'un séjour USI et peuvent également persister pendant des années (Harvey & Davidson, 2016). Pour le TSPT, ce serait plus d'un survivant des soins intensifs sur trois (35 %) qui présenterait des symptômes cliniquement significatifs 2 ans après les soins en USI (University of Michigan, 2020). Le SPSI serait le résultat d'une combinaison de facteurs (Cleveland Clinic, 2019). D'une part, les soins en USI peuvent être traumatiques en raison des conditions médicales qui sont extrêmement graves (telles que l'insuffisance respiratoire, la septicémie, etc.) et de l'utilisation d'équipements de survie, tels que des ventilateurs mécaniques). De plus, l'utilisation de sédatifs, d'analgésiques et d'autres médicaments ayant des effets psychotropes, y compris des effets délirants, peut aussi être traumatique pour les patients. Ainsi, l'exposition des patients à tous ces facteurs de stress uniques peut affecter de nombreux aspects de la vie du survivant de l'USI. Malgré que peu d'études se sont penchées sur le SPSI en temps de pandémie, les résultats semblent suggérer qu'il est tout aussi présent chez les patients USI liés à la COVID-19. Daste et al. (2021) suggèrent que les symptômes physiques, psychologiques et cognitifs du SPSI étaient similaires à ceux habituellement observés chez les patients non-COVID survivant à un séjour en USI. Aussi, une étude de cohorte comprenant 246 patients traités en USI pour la COVID-19 indique que 74,3 % d'entre eux ont signalé des symptômes physiques, 26,2 % ont signalé des symptômes psychologiques et 16,2 % ont signalé des symptômes cognitifs un an après leur séjour (Heesakkers et al., 2022). Malgré que la prévalence de SPSI en temps de pandémie ne soit pas connue, il n'en demeure pas moins la prévalence plus élevée d'hommes ayant un séjour en USI aura probablement des répercussions importantes sur leur santé psychologique aussi.

Ensuite, sur le plan des facteurs psychosociaux liés au genre, nous explorerons comment le contexte social a exercé une influence sur la santé psychologique de la population et des hommes en particulier. Nous aborderons aussi de quelle façon les pratiques sociales associées à la masculinité ont aussi exercé une influence à ce niveau, plus particulièrement sur le suicide. Rappelons-nous que les idéations suicidaires sont en hausse depuis le début de la pandémie, mais pas nécessairement la mortalité. Afin de bien comprendre l'influence du contexte pandémique, Sher (2020) propose un modèle logique illustrant les dynamiques en place. Ce modèle n'a pas été testé empiriquement et demeure hypothétique, mais présente bien les dynamiques présentes en contexte pandémique chez les hommes. Le voici :

*Figure 9 : Modèle logique de l'influence de la pandémie COVID-19 sur le suicide pour les hommes (Sher, 2020)*



En résumé, l'isolement social, l'anxiété, la peur associée à la transmission du virus, l'incertitude, le stress chronique et les difficultés économiques peuvent entraîner le développement ou l'exacerbation de troubles liés à l'anxiété et des tendances suicidaires chez les hommes vulnérables, notamment ceux souffrant de troubles psychiatriques préexistants, les personnes peu résilientes, les personnes qui résident dans les zones à forte prévalence de COVID-19 et les personnes dont un membre de la famille ou un ami est décédé du COVID-19 (Sher, 2020). Comme l'auteur l'illustre plus haut, le contexte engendrerait trois facteurs influençant négativement la santé mentale des hommes et contribuant au risque suicidaire, soit l'incertitude (*uncertainty*), isolement social (*social isolation*) et les difficultés économiques (*economic problems*). Premièrement, concernant l'incertitude, ce facteur serait associé à la peur de l'inconnu et à l'exposition continuelle à des histoires négatives dans les médias traditionnels et sociaux (Sher, 2020). Cette exposition répétée pourrait intensifier l'anxiété chez la population, et ensuite provoquer divers symptômes mentaux et physiques pouvant entraîner le développement de troubles anxieux, de dépression et de troubles du sommeil.

Par la suite, concernant l'isolement social, l'auteur cite Durkheim qui soutient que les liens sociaux sont un facteur de protection essentiel pour une bonne santé émotionnelle et de la stabilité sociale. D'ailleurs, une enquête populationnelle a montré que le fait de vivre seul et de ne pas avoir d'amis était associé à la fois aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide (Stravynski & Boyer, 2001). Ce résultat est réaffirmé par le sondage SOM (2021) où les hommes vivant seuls font partie des sous-groupes les plus représentés chez ceux ayant répondu *Oui* à la question « Depuis le début de la pandémie, avez-vous

songé sérieusement à vous suicider ? ». L'isolement semble donc un facteur de risque important au développement d'idéations suicidaires. Considérant qu'il a vite été déterminé que la transmission du virus se faisait principalement par contact humain (OMS, 2021d) et que les mesures sanitaires ont mené à la fermeture de plusieurs lieux de socialisation, il est facile de comprendre que l'isolement social a été en hausse depuis le début de la pandémie, comme le rapportent plusieurs études (Bozdağ, 2021 ; Hwang et al., 2020 ; Morgan et al., 2021 ; Ruxton & Burrell, 2020 ; Sousa et al., 2021 ; White et al., 2020).

Finalement, le dernier facteur pandémique aggravant soulevé par Sher (2020) est les difficultés économiques. L'auteur souligne que l'impact des problèmes économiques liés à la crise de la COVID-19 sur la santé mentale peut être sévère en raison des pertes d'emploi et des mesures sanitaires qui ont forcé l'isolement de travailleurs et de consommateurs, la fermeture d'usines et de magasins et l'interdiction de tenir des événements sportifs et divers rassemblements. Une étude internationale a aussi révélé qu'une des trois causes les plus courantes d'anxiété chez les hommes était la peur de perdre leur emploi (Morgan et al., 2021). Historiquement, les ralentissements économiques seraient associés à une augmentation de la prévalence de troubles de santé mentale, principalement la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances, ainsi que des décès par suicide dans une population (Martin-Carrasco et al., 2016 ; Tapia Granados & Diez Roux, 2009). Les pertes d'emploi en période de pandémie ainsi que le recours à des prêts pour s'en sortir peuvent aussi accroître le sentiment de perte de contrôle et conduire à des comportements suicidaires (Gouvernement du Québec,

2020c). De plus, le même document souligne que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se suicider pendant une crise financière.

Il pourrait donc aussi y avoir des facteurs associés au sexe et/ou au genre dans les dynamiques en jeu dans les impacts de la pandémie sur la santé psychologique des hommes. En effet, Ogrodniczuk et al. (2021) explique que la perte de l'identité du travailleur et du statut socio-économique peut éroder les rôles et les identités masculines, où ces deux éléments sont centraux dans l'accomplissement du rôle de pourvoyeur qui est présent dans une conceptualisation traditionnelle et hégémonique de la masculinité (B. Roy et al., 2012). En conséquence, considérant que la violation d'un rôle associé au genre aurait des impacts psychologiques négatifs sur la personne (Pleck, 1995), la vulnérabilité de nombreux hommes à la maladie mentale augmenterait considérablement avec la perte d'emploi et l'insécurité financière (Oliffe et al., 2013 ; Oliffe & Han, 2014).

Comme nous avons vu, le modèle de masculinité traditionnelle, et les pratiques sociales qui y sont associées, exerceraient une influence sur la prévalence et la gestion de problèmes de santé mentale, tels que la dépression le suicide, par exemple. La consommation d'alcool et de drogues, comportement favorisant le développement de ces troubles, « [...] serait proportionnellement davantage présente chez les hommes que chez les femmes et traduirait aussi une forme de socialisation masculine, notamment en ce qui concerne l'adoption de comportements à risque et de consommation excessive » (J. Roy et al., 2014). D'autres facteurs ayant trait au rôle masculin traditionnel, tel que le faible soutien social et la demande d'aide moins répandue chez les hommes (J. Roy et al., 2014),

peuvent aussi contribuer à des taux de suicide beaucoup plus élevés chez les hommes en temps « normal » (P. Roy, 2013). En transposant ces tendances au contexte pandémique et aux facteurs identifiés dans le modèle de Sher (2020), il est possible de voir que les hommes s'identifiant à une masculinité traditionnelle peuvent faire face à une vulnérabilité psychologique particulière en raison, entre autres, de l'impact que la pandémie a sur leur rôle de pourvoyeur, l'augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues et leur prédisposition à avoir un réseau de soutien restreint.

### **c. ADGS des impacts sur la santé sociale**

Concernant la santé sociale, le constat principal est que la pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement associées ont posé un grand défi aux interactions interpersonnelles et communautaires qui, avec les mesures de distanciation sociale et l'isolement vécu par plusieurs, ont gravement affecté les relations sociales de tout un chacun. Comme le soulève Singh et al. (2020) :

*« L'humain est un animal social et les relations sociales et les interactions sociales font partie intégrante de la civilisation humaine, mais, en raison de la propagation pandémique rapide du virus et de l'augmentation des mesures de distanciation, ce réseau de relations a été durement touché. Depuis le début de l'existence humaine, ces connexions, interactions et relations sociales sont devenues partie intégrante de notre vie. Et, s'il y a une absence d'une telle connexion, cela conduit définitivement à des états stressants de solitude, d'anxiété, de dépression, de troubles mentaux, de risques pour la santé et de nombreux autres problèmes qui ont un impact sur la vie de l'individu et de la société dans son ensemble. »*

(p.169, traduction libre)

Cette citation illustre bien la portée des effets que la santé sociale peut avoir sur les autres sphères de vie d'une personne. Les impacts pandémiques sur la santé sociale des hommes ont donc des conséquences sur les autres plans de la santé, d'où l'importance de l'inclure dans la conceptualisation de la santé. Tout comme les autres plans de la santé, la santé sociale des hommes est aussi influencée par leurs pratiques sociales associées au genre. En effet, certaines normes associées à la masculinité auraient des effets sur la façon dont ils interagissent avec leur réseau et leur prédisposition à adhérer aux mesures préventives.

Les normes masculines véhiculées par une conception traditionnelle de la masculinité, telles que la stoïcité, la démonstration de force et la recherche d'autonomie, pourraient décourager les hommes à déployer des efforts pour garder contact avec des amis, la famille ou d'autres membres de leur réseau s'ils rencontrent des difficultés ou souffrent de solitude pendant la pandémie (Ruxton & Burrell, 2020). Les hommes sont souvent moins susceptibles de parler ou de demander de l'aide pour des problèmes émotionnels et psychologiques parce qu'il peut être considéré comme plus « viril » de garder le silence et de refouler ses sentiments. Cette restriction souvent « auto imposée » à rechercher un soutien ou à révéler ses sentiments, augmenteraient grandement le risque de suicide chez les hommes s'identifiant à ce type de masculinité plus traditionnelle (Khan et al., 2020). Les auteurs soulèvent qu'à l'inverse, la socialisation des femmes dans les rôles de genre encourage des comportements et des modes de vie plus favorables à la santé de façon générale. Cela résulterait en une tendance chez les femmes à adopter des comportements préventifs et de protection lors de situations d'adversité liées à la santé. Pendant les situations de crise, les femmes démontreraient souvent des capacités de protection plus

fortes en raison de leurs réseaux sociaux plus développés, de leurs liens familiaux forts et de la valeur plus importante accordée au sens de la vie, tandis que les hommes sont plus susceptibles d'extérioriser leurs troubles sociaux et individuels (Ruxton & Burrell, 2020). En conséquence, cela pourrait imposer un fardeau supplémentaire aux femmes, qui peuvent avoir à prendre soin du bien-être émotionnel de leurs partenaires masculins, de leurs familles, ainsi que d'eux-mêmes.

De plus, le fait de mettre l'accent sur la « ténacité » en tant que pilier clé de la masculinité pourrait influencer certains hommes à prendre moins au sérieux la pandémie de COVID-19 et les mesures mises en place pour empêcher la propagation du virus (Ruxton & Burrell, 2020). Étant donné que les attentes masculines exigent souvent que les hommes soient invulnérables et fassent preuve de courage à tout moment, ils peuvent avoir l'impression qu'ils doivent ignorer le virus ou se considérer comme « assez forts » pour ne pas avoir à s'en soucier. Il existe également un risque que les hommes adhèrent moins strictement à la distanciation sociale que les femmes plus spécifiquement (Galasso et al., 2020 ; Morgan et al., 2021 ; Ruxton & Burrell, 2020). Une hypothèse de Ruxton & Burrell (2020) propose que les hommes soient souvent socialisés à occuper plus d'espace que les femmes, et la domination de l'espace physique peut être un moyen d'affirmer leur pouvoir face aux autres. Similairement, ils pourraient aussi vivre de la frustration de recevoir des consignes sur la façon de se comporter en public (distanciation, masque, lavage de mains), ce qui vient en contradiction avec la recherche d'autonomie associée à la masculinité. Ainsi, la convergence de ces pratiques sociales associées à la masculinité pourrait expliquer que les hommes soient, en général, moins attentifs et respectueux des mesures préventives, par



exemple à garder une distance suffisante avec d'autres personnes lorsqu'ils se trouvent dans des lieux publics.

Cette tendance genrée à ne pas demander d'aide ou de soutien pourrait être aussi en jeu dans les statistiques associées à la violence conjugale. Le peu de données répertoriées depuis le début de la pandémie et les hypothèses concernant cet enjeu présenté dans la section précédente suggèrent que les femmes sont fortement plus à risque d'être victime de violence conjugale, avec des taux d'environ deux femmes victimes pour un homme victime (Warburton & Raniolo, 2020). Par contre, les auteurs suggèrent que ce taux pourrait être une sous-estimation importante des victimes masculines. Effectivement, un nombre considérablement plus faible d'hommes (51 %) se confieraient à quelqu'un au sujet de leur expérience de violence conjugale, alors que les femmes seraient plus disposées (81 %) à le faire (Office of National Statistics (2018) dans Warburton & Raniolo (2020)). La probabilité d'avoir plus de victimes masculines non documentées est donc fort probable, puisque les hommes victimes pourraient vivre des sentiments d'embarras et de honte à partager leurs expériences, résultant en moins d'hommes allant chercher de l'aide ou rapportant ce genre de situation.

#### **4) Élaboration des orientations, politiques, services, mesures ou autres**

Pour cette dernière étape de l'ADSG, il est de question de transposer les constats de l'analyse en proposant des axes d'intervention et les priorités selon les réalités des hommes en contexte pandémique. Dans la perspective transformative du genre que nous avons abordée en introduction grâce à l'*Échelle d'évaluation de la prise en compte du sexe et du*

*genre dans la recherche en santé* (IRSC, 2021), nous explorerons des moyens afin réduire les inégalités en santé qui sont ancrées dans des normes et rôles liés au genre masculin et que nous avons soulevées tout au long de cet essai. Ces moyens seront principalement basés sur le modèle suggéré par Griffith (2020) qui sera appuyé par des études complémentaires. Ce modèle se base sur 5 axes d'interventions à privilégier, spécifiquement auprès de la population masculine. Ces axes sont : 1) l'éducation à la santé ; 2) la promotion de la santé et des soins préventifs ; 3) données spécifiques au sexe et au genre dans la pratique ; 4) les services de prestation de soins de santé ; et 5) les politiques de santé et interventions législatives.

#### 1) Favoriser l'éducation à la santé des hommes.

Comme nous avons, les hommes ont tendance à avoir une littéracie moins développée en lien avec la santé, ce qui pourrait mené à une adhérence moins forte aux mesures sanitaires ou à démontrer moins de comportements préventifs (Ruxton & Burrell, 2020). Pour Griffith (2020), les efforts éducatifs visant à accroître le respect des recommandations de santé publique peuvent être plus efficaces pour modifier le comportement des hommes si ces efforts intègrent certains des principes de la recherche en communication sur la santé qui tiennent compte de la façon dont le comportement en matière de santé est genré. S'appuyant sur les principes de la théorie de l'autodétermination, Griffith (2020) suggère que les messages visant à engager les hommes face à leur santé aient comme objectifs de motiver ces derniers à choisir consciemment d'adopter des comportements plus sains, parce qu'ils sont intrinsèquement motivés à le faire, et non pas de les adopter à cause de la honte, de la pression ou de la coercition. Pour

se faire, il est important de comprendre les motivations qui pourraient inciter les hommes à adopter des comportements préventifs et respecter les mesures sanitaires. Une étude rapportée dans Morgan et al. (2021) soutient que les trois causes les plus courantes de préoccupations chez les hommes étaient la santé de membres vulnérables de la famille, tomber malade et perdre son emploi. Considérant que des préoccupations peuvent motiver des changements chez une personne, ces éléments pourraient offrir une piste de réponse à savoir ce qui motiverait une majorité d'hommes. Concrètement, dans un contexte pandémique, la préoccupation liée à la santé des membres de sa famille pourrait être particulièrement pertinente à inclure dans les interventions visant l'éducation à la santé des hommes puisqu'elle pourrait motiver ces derniers à adopter des comportements préventifs afin de réduire leur stress lié à la santé de leur entourage.

## 2) Promouvoir de saines habitudes de vie et les soins préventifs.

Dans le même ordre d'idée que le premier axe d'intervention, les interventions devraient promouvoir les saines habitudes vies dans la vie générale des hommes, pas seulement en lien avec la pandémie. Pour les hommes qui présentent un risque accru en raison d'antécédents de santé ou de maladie chronique, les dispensaires de soin de santé en temps de pandémie doivent activement évaluer les risques liés aux facteurs qui ne sont pas nécessairement directement liés à la COVID-19. Puisque les hommes sont plus susceptibles de vivre certaines difficultés comme le tabagisme, l'obésité, maladies cardiovasculaires, il est important d'intervenir sur les habitudes de vie de façon préventive et de prendre en compte les normes de genre dans la planification et la réalisation des activités de promotion de la santé. Cela peut se traduire par du partage d'information, par

exemple sur le plan du sevrage tabagique (cigarettes et vapotage), l'alimentation saine riche en légumes, légumineuses, céréales, fruits et noix ou faire des recommandations d'exercices physiques. En plus de fournir ces informations, les cliniciens doivent aussi encourager les hommes à participer à des changements comportementaux qui ciblent des facteurs psychosociaux, par exemple, l'auto-efficacité ou la motivation, qui peuvent faciliter le changement de mode de vie et le maintien des changements de comportement au fil du temps.

Sharp et al. (2018) s'est intéressé aux éléments pouvant favoriser la promotion de saines habitudes de vie. Ils proposent que les interventions doivent inclure trois composantes. Premièrement, elles doivent exploiter la nostalgie des masculinités passées, notamment pour les hommes plus vieux qu'ils qualifient « d'athlètes dans le placard d'il y a 30 ans ». En d'autres mots, utiliser le sentiment de nostalgie associé à la pratique d'un sport chez certains hommes pourrait être un motivateur important à participer des activités favorisant les saines habitudes de vie. Les auteurs donnent l'exemple d'un programme nommé *HAT TRICK* au Canada qui utilise systématiquement les thèmes et des images liés au hockey dans ses ressources documentaires concernant la santé. Ces éléments auraient contribué à susciter et à conserver l'intérêt des hommes pour le programme en faisant appel à leur sentiment d'identité et d'appartenance associé au sport. Même pour les hommes qui n'ont pas nécessairement grandi en jouant au hockey sur glace, le matériel du programme a fourni un point de familiarité avec des informations liées à la santé qui étaient autrement considérées comme étrangères et inaccessibles. Deuxièmement, Sharp et al. (2018) suggère de compenser la résistance au changement avec des conseils de santé moins extrêmes

(«N'abandonnez pas la bière, buvez-en moins»). Il faudrait donc mettre l'accent sur l'importance d'apporter de petits changements qui sont réalistes et pas trop confrontant pour les hommes. Ainsi, au lieu d'imposer ou de prescrire une refonte complète de leur style de vie, les participants ont été encouragés à appliquer les principes liés à la santé à leur propre vie en tenant compte de leur situation personnelle et de leur environnement et ont reconnu qu'en apportant de petits changements gérables, leurs perspectives changeaient et ils étaient plus susceptibles d'essayer de nouvelles choses. Troisièmement, les auteurs soulignent la pertinence d'avoir des espaces sociaux genrés pour faire de la santé (*for doing helath*). Ce constat est ressorti de leur étude puisqu'un nombre important de participants ont mentionné l'importance que le programme soit offert à un groupe d'hommes qui étaient « comme eux » (Sharp et al., 2018, p. 2162). Pour eux, être avec un groupe d'hommes qui avaient des intérêts, des valeurs et des enjeux communs a fourni des points de connexion qui ont permis un sentiment de camaraderie au sein du groupe et ont fait que les participants se sentent responsables l'un face à l'autre. Les participants ont aussi décrit comment ils ne considéraient pas le programme comme une corvée à laquelle ils devaient assister, mais plutôt comme un moment à attendre, équivalent à une sortie sociale avec des amis.

### 3) Poursuivre la collecte de données spécifiques au sexe et au genre.

Comme dans tout domaine, le développement de connaissances sur un sujet passe par la collecte de données liées à un certain facteur qui nous intéressent. Les déterminants du sexe et du genre n'échappent pas à cette réalité. C'est pourquoi Griffith (2020) propose que les professionnels de la santé et des services sociaux, ainsi que les chercheurs, doivent systématiquement considérer le sexe comme une variable biologique et les comportements

et les facteurs de stress sociaux associés au genre comme pouvant affecter l'efficacité d'un traitement ou d'une intervention. Ce n'est qu'en étudiant les différences entre les sexes de manière cohérente, critique et réfléchie qu'il sera possible répondre à l'exigence de rigueur scientifique et avoir une efficacité maximale dans les interventions, d'autant plus en contexte pandémique qui peut impliquer des situations de vie ou de mort. De plus, les inégalités en santé persisteront si l'on ne s'intéresse davantage concrètement aux différences qu'impliquent le sexe et le genre en relation avec la santé.

#### 4) Adapter les services de prestation de soins de santé.

La pandémie a sans contredit eu des impacts importants sur les services de prestation de soins de santé et de services sociaux. Dans un tel contexte, il est compréhensible que les ressources soient pratiquement complètement dédiées aux soins et à l'assistance des personnes les plus affectées par le virus. Par contre, cette situation a amené plusieurs services autant de santé que de services sociaux à devoir restreindre les possibilités de consultations pour les différentes problématiques de la vie normale. La téléconsultation s'est imposée dans les deux dernières années comme alternatives afin de maintenir certains services tout en prenant les précautions afin de réduire la propagation du virus.

Pour favoriser la consultation de professionnels de santé ou de services sociaux dans un contexte pandémique, mais aussi pour le retour à la normale, Griffith (2020) propose d'élargir l'accès aux services de santé à distance (téléconsultations) afin que les hommes reçoivent des soins là où ils se trouvent et leur permettre de rester isolés et d'empêcher la propagation du virus dans le cas où ils sont infectés. À cela s'ajoute

l'avantage que la consultation à distance réduit considérablement les temps de déplacement et les coûts de transport pour les usagers, surtout pour les personnes vivant dans des régions éloignées (Guilmette et al., 2021).

Par contre, le sondage SOM (2021) semble démontrer un portrait plus partagé de l'efficacité de la consultation à distance. Malgré le contexte de la pandémie, c'est tout de même 51 % des hommes québécois interrogés qui préfèrent consulter en personne un médecin ou un autre professionnel de la santé. Pour les intervenants psychosociaux, la proportion est encore moindre avec 46 % des répondants qui préféreraient une consultation en personne. L'efficacité perçue des hommes concernant la consultation à distance pourrait être en jeu. En effet, comparativement aux consultations en personne, l'efficacité des consultations par téléphone est nettement perçue comme moins efficace (63 %) et celle des consultations par vidéo est plus mitigée où 47 % la trouve moins efficace et 41 % la trouve aussi ou plus efficace. Au total, c'est seulement 2 % des répondants au sondage pensent que les consultations à distance sont plus efficaces que celles en personne, malgré le contexte de pandémie. Malgré ces résultats, ce modèle de prestation de soins centré sur le patient pourrait être une stratégie particulièrement utile pour accroître l'accès à la médecine préventive pour les hommes appartenant à des groupes sous-représentés sur le plan médical ou à un statut socio-économique inférieur ayant moins accès à certains services ou hésitant à se déplacer pour une consultation.

5) Mettre en place des politiques en santé et des interventions législatives conscientes des enjeux liés aux sexes et aux genres.

Finalement, Griffith (2020) insiste que les décideurs politiques doivent tenir compte explicitement du genre, mais ne pas simplement confondre genre et femmes comme il est souvent le cas lorsqu'il est question d'égalité. Pour ce faire, les décideurs politiques locaux, provinciaux et nationaux doivent veiller à ce que la législation comprenne un langage qui favorise la collecte, la désagrégation et la diffusion des données par origine ethnique, sexe et genre. Cependant, la politique de santé des hommes doit être située dans un cadre qui soutient l'équité entre les sexes et qui ne traite pas la santé des hommes et la santé des femmes comme s'il s'agissait d'intérêts ou de priorités concurrentes. Il est possible d'aspirer à une équité en santé autant pour les hommes, les femmes et les personnes de diverses identités de genre, sans empêtrer sur les droits de l'autre.

Enfin, il est essentiel que les décideurs politiques adoptent une approche fondée sur l'équité qui tienne compte de l'hétérogénéité des hommes de façon globale et inclusive avec les femmes et les personnes de diverses identités de genre. Comme nous avons vu tout au long de cet essai, certains hommes se trouvent davantage marginalisés ou défavorisés en raison de leur appartenance ethnoculturelle, de leur orientation sexuelle, de leur statut d'incarcération ou d'autres facteurs et sont particulièrement vulnérables à la COVID-19. Les politiques devraient explorer quels groupes d'hommes sont surreprésentés parmi les travailleurs essentiels, ceux à risque en raison de conditions de santé préexistantes, ou qui en ont le plus besoin en raison d'autres facteurs socio-économiques. Ceci pourrait permettre de concentrer les efforts gouvernementaux sur ces sous-groupes



particulièrement à risque dans un contexte pandémique et mitiger les impacts particuliers qu'ils vivent.

## **Conclusion**

En conclusion, cet essai avait pour objectif de présenter les impacts de la pandémie sur la santé des hommes, en s'attardant sur les trois volets de la santé tels que définis par l'OMS (2021a), soit la santé physique, psychologique et sociale. À travers la description de la problématique, il a été possible de constater que les hommes présentaient une prédisposition à vivre des complications plus importantes que les femmes suite à une infection. Cette prédisposition, qui génère un risque pour la santé, n'est pas que biologique. Les rôles de genre influencent aussi le risque d'infection et de complications, notamment en raison d'une tendance à avoir un biais optimiste qui incite les hommes à retarder la demande d'aide et à adopter moins de comportements préventifs. De plus, la pandémie aurait eu des impacts particulièrement négatifs sur leur santé psychologique où, entre autres, les indices de détresse psychologiques des hommes québécois étaient près de deux fois plus élevées que dans le contexte pré-pandémique. En ce qui concerne la santé sociale, le constat suggère aussi que les impacts de la pandémie ont été plutôt négatifs, tant pour les relations sociales, conjugales que père-enfant(s). L'ADSG subséquente a permis ensuite de ressortir le rôle que les déterminants sociaux de la santé du sexe et du genre jouent dans chacun de ces plans de la santé, particulièrement la façon dont la socialisation masculine affecte les comportements d'un homme en matière de santé. Par contre, il est primordial de rappeler que les déterminants de la santé du sexe et du genre ne sont pas les seuls impliqués dans le contexte pandémique. La littérature est claire et démontre que les

disparités raciales et de revenu, et la nature des vies professionnelles sont également des facteurs importants dans l'analyse des impacts de la pandémie parmi les populations dans leur ensemble et parmi les sous-groupes d'hommes en soi (Ruxton & Burrell, 2020). Cet essai présente une partie du portrait global des impacts de la pandémie et nous proposons que les impacts sur les populations historiquement plus marginalisées (ex. communauté LGBTQ+, Premières nations) soient davantage abordés et étudiés. La recherche effectuée dans le cadre de cet essai a permis de voir que ces populations sont peu représentées dans la littérature grise et scientifique.

## **Bibliographie**

- Ahmed, M. M., Sayed, A. M., El Abd, D., Fares, S., Said, M. S. M., & Elsayed Sedik Ebrahim, E. (2021). Gender Difference in Perceived Symptoms and Laboratory Investigations in Suspected and Confirmed COVID-19 Cases : A Retrospective Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211039720. <https://doi.org/10.1177/21501327211039718>
- Barr, D. (2020). *We are in the same storm, but not in the same boat*. <https://eyfs.info/news.html/eyfsf/we-are-in-the-same-storm-but-not-in-the-same-boat-r295/>
- Biddle, S. (2016). Physical activity and mental health : Evidence is growing. *World Psychiatry*, 15(2), 176-177. <https://doi.org/10.1002/wps.20331>
- Bozdağ, F. (2021). The psychological effects of staying home due to the COVID-19 pandemic. *The Journal of General Psychology*, 148(3), 226-248. <https://doi.org/10.1080/00221309.2020.1867494>
- Caputo, E. L., & Reichert, F. F. (2020). Studies of Physical Activity and COVID-19 During the Pandemic : A Scoping Review. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(12), 1275-1284. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0406>
- CBC. (2020). *COVID-19 infection rates 5-9 times higher in prisons than in general population, CBC News analysis suggests | CBC News*. CBC. <https://www.cbc.ca/news/canada/prisons-jails-inmates-covid-19-1.5652470>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *1918 Pandemic (H1N1 virus) | Pandemic Influenza (Flu) - CDC*. <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>
- Chen, Y.-J., Jian, W.-H., Liang, Z.-Y., Guan, W.-J., Liang, W.-H., Chen, R.-C., Tang, C.-L., Wang, T., Liang, H.-R., Li, Y.-M., Liu, X.-Q., Sang, L., Cheng, L.-L., Ye, F., Li, S.-Y., Zhang, N.-F., Zhang, Z., Fang, Y., He, J.-X., ... Zheng, J.-P. (2021). Earlier diagnosis improves COVID-19 prognosis : A nationwide retrospective cohort analysis. *Annals of Translational Medicine*, 9(11), 941. <https://doi.org/10.21037/atm-20-7210>
- Cleary, A. (2019). *The gendered landscape of suicide : Masculinities, emotions, and culture*. Springer.
- Cleveland Clinic. (2019). *Post-Intensive Care Syndrome (PICS) : Symptoms, Causes & Treatments*. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21161-post-intensive-care-syndrome-pics>
- Colley, R., Bushnik, T., & Langlois, K. (2020). Exercise and screen time during the COVID-19 pandemic. *Health reports*, 31, 3-11. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202000600001-eng>
- Connell, R. W. (1991). *Gender and Power : Society, the Person and Sexual Politics*. John Wiley & Sons.
- Connell, R. W. (1993). *Masculinities* (2<sup>e</sup> éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003116479>
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity : Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>

- Daste, C., Ficarra, S., Dumitrache, A., Cariou, A., Lefèbvre, A., Pène, F., Roche, N., Roren, A., Thery, C., Vidal, J., Nguyen, C., Rannou, F., & Lefèvre-Colau, M.-M. (2021). Post-intensive care syndrome in patients surviving COVID-19. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(6), 101549. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2021.101549>
- Desmon, S. (2022). *Men's Mental Health Challenged Globally During COVID-19 Pandemic*. John Hopkins Center for Communication Program. <https://ccp.jhu.edu/2022/05/09/men-mental-health-covid/>
- Dubé, J. P., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., & Stewart, S. H. (2021). Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic : A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research*, 301, 113998.
- Füzéki, E., Groneberg, D. A., & Banzer, W. (2020). Physical activity during COVID-19 induced lockdown : Recommendations. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 15(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12995-020-00278-9>
- Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard, S., & Foucault, M. (2020). Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior : Panel evidence from eight countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(44), 27285-27291. <https://doi.org/10.1073/pnas.2012520117>
- Glick, P. (2020). *Masks and Emasculation : Why Some Men Refuse to Take Safety Precautions*. Scientific American Blog Network. <https://blogs.scientificamerican.com/observations/masks-and-emasculaton-why-some-men-refuse-to-take-safety-precautions/>
- Global Health 50/50. (2022). *The COVID-19 Sex-Disaggregated Data Tracker | Global Health 50/50*. <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/>
- Gottert, A., Shattuck, D., Pulerwitz, J., Betron, M., McLarnon, C., Wilkins, J. D., Tseng, T.-Y., & Force, on behalf of the I. G. W. G. M. E. T. (2022). Meeting men's mental health needs during COVID-19 and beyond : A global health imperative. *BMJ Global Health*, 7(4), e008297. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008297>
- Gouvernement du Canada. (2019). *Évolution de l'utilisation d'Internet chez les aînés canadiens*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2019015-fra.htm>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Réduire le risque de COVID-19 en milieu communautaire : Un outil pour les exploitants*. <https://sante.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/reduire-risque-covid-19-milieu-communautaire-outil-exploitants.html>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Prevalence of suicidal ideation among adults in Canada : Results of the second Survey on COVID-19 and mental health*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022005/article/00002-eng.htm>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2020). *Statistiques sur les services correctionnels pour les adultes et les jeunes au Canada, 2018-2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00016-fra.htm>
- Gouvernement du Québec. (2011). Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux. *10-835-01F*, 16.
- Gouvernement du Québec. (2020a). *Stress, anxiété et déprime associés à la COVID-19*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/stress->

- anxiete-et-deprime-associes-a-la-maladie-a-coronavirus-covid-19
- Gouvernement du Québec. (2020b). *Stress, anxiété et déprime associés à la COVID-19*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/stress-anxiete-et-deprime-associes-a-la-maladie-a-coronavirus-covid-19/>
- Gouvernement du Québec. (2020c). Synthèse des connaissances sur l'impact d'une crise sanitaire ou économique. *INSPQ*, 18.
- Gouvernement du Québec. (2020d). *Système d'alertes régionales et d'intervention graduelle (COVID-19)*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle>
- Gouvernement du Québec. (2020e). *Vitrine sur le vieillissement—Population—Proportion de femmes parmi les aînés, Québec, 2001-2061*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/vieillessement/index.html?theme=population&tab=3>
- Gouvernement du Québec. (2020f). *Décret 177-2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-177-2020.pdf?1584224223>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Répercussions de la pandémie sur la vie sociale, la santé mentale, les habitudes de vie et la réalité du travail des Québécois*. Institut de la Statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois/publication/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois>
- Griffith, D. M. (2020). Men and COVID-19 : A Biopsychosocial Approach to Understanding Sex Differences in Mortality and Recommendations for Practice and Policy Interventions. *Preventing Chronic Disease*, 17. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200247>
- Guilmette, D., Roy, J., Tremblay, G., & Gingras-Lacroix, G. (2021). *Les hommes et la consultation à distance*.
- Harvey, M. A., & Davidson, J. E. (2016). Postintensive care syndrome : Right care, right now... and later. *Critical care medicine*, 44(2), 381-385.
- Heesakkers, H., van der Hoeven, J. G., Corsten, S., Janssen, I., Ewalds, E., Simons, K. S., Westerhof, B., Rettig, T. C. D., Jacobs, C., van Santen, S., Slooter, A. J. C., van der Woude, M. C. E., van den Boogaard, M., & Zegers, M. (2022). Clinical Outcomes Among Patients With 1-Year Survival Following Intensive Care Unit Treatment for COVID-19. *JAMA*, 327(6), 559-565. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0040>
- Hwang, T.-J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610220000988>
- INSPQ. (2015). Mental health promotion and prevention intervention. *TOPO*, 1(10), 8.
- INSPQ. (2019). *Détresse psychologique*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/detresse-psychologique>

- INSPQ. (2021). *COVID-19 – Pandémie et impacts sur la vie personnelle*. 10.
- INSPQ. (2022a). *Données COVID-19 par vague selon l'âge et le sexe au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/print/covid-19/donnees/age-sexe>
- INSPQ. (2022b). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019—Mise à jour 2022*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2842-suicide-quebec-2022.pdf>
- INSPQ. (2022c). *Portrait des décès liés à la COVID-19 au Québec—En date du 12 mars 2022*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/portrait-deces>
- IRSC. (2014, janvier 10). *Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? - IRSC*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>
- IRSC. (2021). *Échelle d'évaluation de la prise en compte du sexe et du genre dans la recherche en santé—Institut de recherche en santé du Canada*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/49335.html>
- Jin, J.-M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X.-F., Han, D.-M., Liu, S., & Yang, J.-K. (2020). Gender Differences in Patients With COVID-19 : Focus on Severity and Mortality. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00152>
- John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L., & Morrissey, J. (2020). Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *BMJ*, m4352. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4352>
- Junayd Hussain, Vaidhehi Veena Sanmugananthan, & Noor Al-Kaabi. (2022). *Health-care behind bars : Equity and accountability in Canada's correctional services*. *Healthy Debate*. <https://healthydebate.ca/2022/03/topic/health-care-behind-bars-equity/>
- Kamenidou, I., Stavrianea, A., Mamalis, S., & Mylona, I. (2020). Knowledge assessment of COVID-19 symptoms : Gender differences and communication routes for the generation Z cohort. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 6964.
- Khan, A. R., Ratele, K., & Arendse, N. (2020). Men, Suicide, and Covid-19 : Critical Masculinity Analyses and Interventions. *Postdigital Science and Education*, 2(3), 651-656. <https://doi.org/10.1007/s42438-020-00152-1>
- Klein, S. L., & Flanagan, K. L. (2016). Sex differences in immune responses. *Nature Reviews. Immunology*, 16(10), 626-638. <https://doi.org/10.1038/nri.2016.90>
- Laflamme, C. (2022). *DURANT LA PANDÉMIE | 20% des hommes en couple victimes de violence conjugale | Notre équipe d'impact | Actualités | Le Soleil—Québec*. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2022/05/24/durant-la-pandemie--20-des-hommes-en-couple-victimes-de-violence-conjugale-179fdb63e40ad499b2ce7b313bd0a3c7>
- Maier, S. (2020). *Physical Activity Dropped Worldwide During COVID-19, Raising Concerns for Health | UC San Francisco*. <https://www.ucsf.edu/news/2020/07/417951/physical-activity-dropped-worldwide-during-covid-19-raising-concerns-health>
- Martin-Carrasco, M., Evans-Lacko, S., Dom, G., Christodoulou, N., Samochowiec, J., González-Fraile, E., Bienkowski, P., Gómez-Beneyto, M., Dos Santos, M. H., & Wasserman, D. (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(2), 89-124.
- Massé, H., Laberge, M., & Massé, G. (2002). L'analyse différenciée selon les sexes au

- gouvernement du Québec : Vers une mobilisation interne et des alliances stratégiques pour l'égalité. *Lien social et Politiques*, 47, 43-54.  
<https://doi.org/10.7202/000341ar>
- Montopoli, M., Zumerle, S., Vettor, R., Rugge, M., Zorzi, M., Catapano, C. V., Carbone, G. M., Cavalli, A., Pagano, F., Ragazzi, E., Prayer-Galetti, T., & Alimonti, A. (2020). Androgen-deprivation therapies for prostate cancer and risk of infection by SARS-CoV-2 : A population-based study (N = 4532). *Annals of Oncology*, 31(8), 1040-1045. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.04.479>
- Moran, K. R., & Del Valle, S. Y. (2016). A meta-analysis of the association between gender and protective behaviors in response to respiratory epidemics and pandemics. *PloS one*, 11(10), e0164541.
- Morgan, R., Baker, P., Griffith, D. M., Klein, S. L., Logie, C. H., Mwiine, A. A., Scheim, A. I., Shapiro, J. R., Smith, J., Wenham, C., & White, A. (2021). Beyond a Zero-Sum Game : How Does the Impact of COVID-19 Vary by Gender? *Frontiers in Sociology*, 0. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.650729>
- Muehlenhard, C. L., & Peterson, Z. D. (2011). Distinguishing Between Sex and Gender : History, Current Conceptualizations, and Implications. *Sex Roles*, 64(11-12), 791-803. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9932-5>
- Ogrodniczuk, J. S., Rice, S. M., Kealy, D., Seidler, Z. E., Delara, M., & Oliffe, J. L. (2021). Psychosocial impact of the COVID-19 pandemic : A cross-sectional study of online help-seeking Canadian men. *Postgraduate Medicine*, 133(7), 750-759. <https://doi.org/10.1080/00325481.2021.1873027>
- Oliffe, J. L., & Han, C. S. (2014). Beyond workers' compensation : Men's mental health in and out of work. *American journal of men's health*, 8(1), 45-53.
- Oliffe, J. L., Rasmussen, B., Bottorff, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P. M., Phinney, A., & Ogrodniczuk, J. S. (2013). Masculinities, work, and retirement among older men who experience depression. *Qualitative health research*, 23(12), 1626-1637.
- OMS. (2018). *Genre et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OMS. (2020). *Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
- OMS. (2021a). *Constitution de l'OMS*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- OMS. (2021b). *COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS*. <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OMS. (2021c). *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Ce qu'il faut savoir*. <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- OMS. (2021d). *Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Comment se transmet la COVID-19 ?* <https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
- OMS. (2021e). *Nouveau coronavirus (2019-nCoV)*. <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- OMS. (2021f). *Violence à l'encontre des femmes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

- Ordre des psychologues du Québec. (2020). *Coronavirus (COVID-19) : Conseils psychologiques et informations au grand public—Ordre des psychologues du Québec*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/coronavirus-covid-19-conseils-psychologiques-et-informations-au-grand-public>
- Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia : Initial results from the COLLATE project. *International Journal of Eating Disorders, 53*(7), 1158-1165. <https://doi.org/10.1002/eat.23317>
- Phillips, S. P. (2005). Defining and measuring gender : A social determinant of health whose time has come. *International Journal for Equity in Health, 4*(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-4-11>
- Pietromonaco, P. R., & Overall, N. C. (2021). Applying relationship science to evaluate how the COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *American Psychologist, 76*(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/amp0000714>
- Pleck, J. H. (1995). *The gender role strain paradigm : An update*.
- Puccinelli, P. J., da Costa, T. S., Seffrin, A., de Lira, C. A. B., Vancini, R. L., Nikolaidis, P. T., Knechtle, B., Rosemann, T., Hill, L., & Andrade, M. S. (2021). Reduced level of physical activity during COVID-19 pandemic is associated with depression and anxiety levels : An internet-based survey. *BMC Public Health, 21*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10470-z>
- Robertson, S. (2009). *Theories of Masculinities and Men's Health-Seeking Practices*. 12.
- Roy, B., De Koninck, M., Clément, M., & Couto, É. (2012). Inégalités de santé et parcours de vie : Réflexions sur quelques déterminants sociaux de l'expérience d'hommes considérés comme vulnérables. *Service social, 58*(1), 32-54.
- Roy, J., & Tremblay, G. (2017). *Les hommes au Québec : Un portrait social et de santé*. Presses de l'Université Laval.
- Roy, J., Tremblay, G., & Guilmette, D. (2020). *Les hommes et la COVID-19 au Québec*. 6.
- Roy, J., Tremblay, G., Guilmette, D., Bizot, D., Dupéré, S., & Houle, J. (2014). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services. *Masculinité & Société, 62*.
- Roy, P. (2013). La sociologie du genre : Une contribution originale à la compréhension du suicide chez les hommes. *Santé mentale au Québec, 37*(2), 45-55. <https://doi.org/10.7202/1014944ar>
- Russel, R. (1973). *Social health : An attempt to clarify this dimension of wellbeing*.
- Ruxton, S., & Burrell, S. (2020). *Masculinities and COVID-19 : MAKING THE CONNECTIONS*. Promundo.
- Santé Canada. (2017). *Les maladies du cœur au Canada : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques, 2017* [Éducation et sensibilisation]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-coeur-canada-fiche-technique.html>
- Schofield, T., Connell, R. W., Walker, L., Wood, J. F., & Butland, D. L. (2000). Understanding men's health and illness : A gender-relations approach to policy,



- research, and practice. *Journal of American college health*, 48(6), 247-256.
- Sharma, A., Madaan, V., & Petty, F. D. (2006). Exercise for Mental Health. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 8(2), 106.
- Sharp, P., Bottorff, J. L., Hunt, K., Oliffe, J. L., Johnson, S. T., Dudley, L., & 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. <https://doi.org/10.1177/1557988318799159>
- Sheng, M., Yang, J., Bao, M., Chen, T., Cai, R., Zhang, N., Chen, H., Liu, M., Wu, X., Zhang, B., Liu, Y., & Chao, J. (2021). The relationships between step count and all-cause mortality and cardiovascular events : A dose-response meta-analysis. *Journal of Sport and Health Science*, 10(6), 620-628. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.09.004>
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- Singh, J., Singh, J., & Journals, E. (2020). *COVID - 19's Impact on the Society*.
- Sîrbu, A., Barbieri, G., Faita, F., Ferragina, P., Gargani, L., Ghiadoni, L., & Priami, C. (2021). Early outcome detection for COVID-19 patients. *Scientific Reports*, 11(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97990-1>
- SOM. (2021). *Sondage auprès des hommes québécois*. Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes (PERSBEH). [https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Sondage%20SOM%20rapport%20final%20\(hommes\).pdf](https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Sondage%20SOM%20rapport%20final%20(hommes).pdf)
- Sousa, A. R. de, Moreira, W. C., Queiroz, A. M., Rezende, M. F., Teixeira, J. R. B., Mercês, M. C. das, Silva, A. V. da, & Camargo, E. L. S. (2021). COVID-19 pandemic decrease men's mental health : Background and consequence analysis. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(2), 141-148. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000327>
- Springer, K. W., Mager Stellman, J., & Jordan-Young, R. M. (2012). Beyond a catalogue of differences : A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1817-1824. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.033>
- Stockwell, S., Trott, M., Tully, M., Shin, J., Barnett, Y., Butler, L., McDermott, D., Schuch, F., & Smith, L. (2021). Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown : A systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 7(1), e000960. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000960>
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in Relation to Suicide Ideation and Parasuicide : A Population-Wide Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32-40. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.32.21312>
- Tapia Granados, J. A., & Diez Roux, A. V. (2009). Life and death during the Great Depression. *Proceedings of the national academy of sciences*, 106(41), 17290-17295.
- The Book of Man. (2020). *How are men REALLY coping during lockdown ? | The Book of Man*. <https://thebookofman.com/body/health/how-are-men-really-coping-during->

lock-down/

- Ueyama, H., Kuno, T., Takagi, H., Krishnamoorthy, P., Vengrenyuk, Y., Sharma, S. K., Kini, A. S., & Lerakis, S. (2020). Gender Difference Is Associated With Severity of Coronavirus Disease 2019 Infection : An Insight From a Meta-Analysis. *Critical Care Explorations*, 2(6), e0148. <https://doi.org/10.1097/CCE.000000000000148>
- University of Michigan. (2020). *Posttraumatic Stress Disorder during COVID-19 | Psychiatry | Michigan Medicine*. Psychiatry. <https://medicine.umich.edu/dept/psychiatry/michigan-psychiatry-resources-covid-19/specific-mental-health-conditions/posttraumatic-stress-disorder-during-covid-19>
- Van Kessel, P., Baronavski, C., Scheller, A., & Smith, A. (2021). In Their Own Words, Americans Describe the Struggles and Silver Linings of the COVID-19 Pandemic. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/2021/03/05/in-their-own-words-americans-describe-the-struggles-and-silver-linings-of-the-covid-19-pandemic/>
- van Lunzen, J., & Altfeld, M. (2014). Sex differences in infectious diseases-common but neglected. *The Journal of Infectious Diseases*, 209 Suppl 3, S79-80. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiu159>
- Venturini, S., Orso, D., Cugini, F., Crapis, M., Fossati, S., Callegari, A., Pellis, T., Tonizzo, M., Grembiale, A., & Rosso, A. (2021). Classification and analysis of outcome predictors in non-critically ill COVID-19 patients. *Internal Medicine Journal*, 51(4), 506-514.
- Warburton, E., & Raniolo, G. (2020). Domestic Abuse during COVID-19 : What about the boys? *Psychiatry Research*, 291, 113155. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113155>
- Wasserman, I. M. (1992). The Impact of Epidemic, War, Prohibition and Media on Suicide : United States, 1910-1920 - ProQuest. *Suicide and life-threatening behavior*, 22(2), 240-154.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1(2), 125-151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>
- White, A., & Kirby, M. (2020). COVID-19 : Biological factors in men's vulnerability. *Trends in Urology & Men's Health*, 11(4), 7-9a. <https://doi.org/10.1002/tre.757>
- White, A., Taylor, T., & Cooper, R. (2020). Social isolation and loneliness : A hidden killer. *Trends in Urology & Men's Health*, 11(4), 31-35. <https://doi.org/10.1002/tre.763>
- Zalsman, G., Stanley, B., Szanto, K., Clarke, D. E., Carli, V., & Mehlum, L. (2020). Suicide in the Time of COVID-19 : Review and Recommendations. *Archives of Suicide Research*, 24(4), 477-482. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1830242>