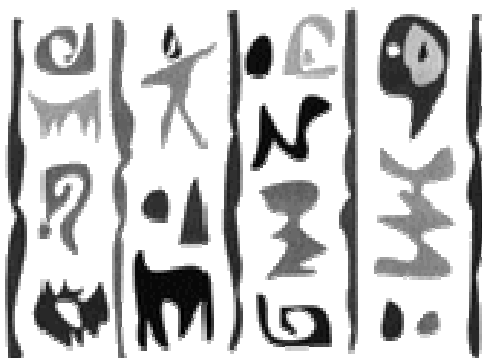


---

COLLECTION *Santé, assistance, interventions  
sociales et problèmes sociaux*

---



**INVENTAIRE RÉGIONAL  
DES ACTIVITÉS, SERVICES, PROGRAMMES ET RESSOURCES  
OFFERTS AUX HOMMES AU SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN**

Rapport de recherche

**Dominic BIZOT  
Danielle MALTAIS  
Éric PILOTE  
Sébastien SAVARD**

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

NOVEMBRE 2010

**GRIR**  
G r o u p e  
d e r e c h e r c h e  
e t d ' i n t e r v e n t i o n  
r é g i o n a l e s

La réalisation de cet inventaire a été rendue possible grâce à une subvention de l'Agence de la Santé et des Services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean.

**Rédaction :** Dominic Bizot, professeur  
Université du Québec à Chicoutimi

Danielle Maltais, professeure  
Université du Québec à Chicoutimi

Éric Pilote, professeur  
Université du Québec à Chicoutimi

Sébastien Savard, professeur  
Université d'Ottawa

**Collaboration :** Sébastien Dobinet  
Université du Québec à Chicoutimi

**Comité de lecture** Michel Côté, agent de planification, programmation et de recherche  
Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Martine Fortin, agente de planification, programmation et de recherche  
Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Emmanuelle Arth, agente de planification, programmation et de recherche  
Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Mathieu Brisson, intervenant communautaire  
Centre de prévention du suicide 02

Louis Guénard, travailleur social  
Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdeleine

**Révision du document et mise en page :** Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR)

Pour des informations supplémentaires concernant cet inventaire ou pour obtenir une copie du document, vous pouvez contacter :

**Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR)**

Université du Québec à Chicoutimi  
555, boulevard de l'Université Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

© GRIR Éditeur  
Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2010  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-923095-41-7

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	VII
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1: CONTEXTE .....	5
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS .....	11
2.1 Le rapport des hommes à leur santé .....	12
2.2 Les impacts normatifs de la socialisation masculine .....	13
2.3 La demande d'aide .....	16
2.3.1 La demande d'aide auprès des professionnels.....	16
2.3.2 L'absence de soutien socio-émotionnel chez les hommes .....	18
2.3.3 Mais tout n'est pas sombre! .....	19
2.4 L'offre d'aide .....	20
2.5 L'intervention auprès de la clientèle masculine .....	23
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE .....	25
3.1 But et objectifs spécifiques de l'étude .....	25
3.1.1 But de l'enquête .....	25
3.1.2 Objectifs spécifiques de l'enquête.....	25
3.2 Population à l'étude .....	26
3.3 Échantillon .....	26
3.4 Collecte de données .....	27
3.4.1 Outil de collecte de données.....	27
3.4.2 Procédure de passation du questionnaire.....	28
3.5 Taux de réponse.....	29
3.6 Traitement des données .....	30
3.7 Cadre d'analyse de la présente enquête .....	31
3.7.1 La santé des hommes.....	31
3.7.2 L'approche écologique des problèmes sociaux et de santé .....	32
3.7.3 La promotion de la santé.....	34
3.7.4 Pratiques inclusives des réalités masculines .....	36
3.7.5 L'action intersectorielle.....	38
3.8 Le cadre d'analyse en résumé .....	38
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	41
4.1 La place de la clientèle masculine dans les organismes.....	41
4.1.1 Clientèle rejointe selon le sexe .....	41
4.1.2 Proportion d'hommes dans les organismes .....	42

4.1.3	Satisfaction des organismes par rapport à l'utilisation de leurs A.S.P.R. par les hommes .....	42
4.1.4	Type de la clientèle masculine fréquentant les organismes.....	42
4.1.5	Motifs de consultation des hommes.....	44
4.1.6	Stratégies employées pour adapter les A.S.P.R. aux hommes .....	44
4.1.7	Caractéristiques des A.S.P.R. destinés spécifiquement aux hommes .....	49
4.1.8	Ressources consacrées aux A.S.P.R. destinés spécifiquement à la clientèle masculine.....	52
4.1.9	Référence de la clientèle à d'autres organismes (72 réponses).....	53
4.2	Les services de crise .....	53
4.2.1	Les A.S.P.R. de crise pouvant être utilisés par les hommes .....	53
4.2.2	Disponibilité, durée et coût des A.S.P.R. de crise pour la clientèle masculine .....	54
4.2.3	Référence de la clientèle masculine en crise.....	54
4.2.4	Outils d'évaluation du risque suicidaire.....	55
4.3	L'adaptation des services .....	55
4.3.1	Perception des A.S.P.R. offerts par les organismes .....	55
4.3.2	Perception des A.S.P.R. offerts dans la communauté .....	56
4.3.3	Contribution des organismes .....	56
4.3.4	Forces et obstacles rencontrés dans l'intervention auprès des hommes .....	57
4.3.5	Facteurs intervenant dans le développement ou la consolidation des services adaptés aux besoins des hommes.....	59
4.4	Le personnel et les bénévoles.....	61
4.4.1	Caractéristiques des employés rémunérés engagés dans les organismes .....	61
4.4.2	Caractéristiques des bénévoles impliqués dans les organismes.....	63
4.4.3	Les besoins de formation .....	65
4.4.4	Raisons pour lesquelles le personnel rémunéré n'a pas besoin de formation.....	65
4.4.5	Raisons pour lesquelles les bénévoles n'ont pas besoin de formation.....	65
4.5	Le plan d'action .....	66
4.5.1	Projets de développement d'A.S.P.R. s'adressant spécifiquement aux hommes...66	
4.5.2	A.S.P.R. s'adressant spécifiquement aux hommes à développer au niveau régional .....	67
4.5.3	Priorités des acteurs de la santé et des services sociaux axées sur les hommes au cours des deux prochaines années .....	68
4.6	Corrélations significatives.....	69
4.6.1	Répartition de la clientèle selon le genre et moyens développés pour rejoindre les hommes .....	69
4.6.2	Moyens développés pour rejoindre les hommes et répartition de la clientèle selon le genre .....	70
4.6.3	Moyens développés pour rejoindre les hommes et offre d'A.S.P.R. spécifique de la clientèle masculine.....	71
4.6.4	Formation du personnel rémunéré en intervention masculine et offre d'A.S.P.R. spécifique de la clientèle masculine.....	72

4.6.5 Formation du personnel psychosocial en intervention masculine et répartition de la clientèle selon le genre .....	73
4.6.6 Répartition du personnel rémunéré selon le genre et offre d'A.S.P.R. spécifique de la clientèle masculine.....	73
4.6.7 Présence d'hommes, répartition selon le genre dans le personnel psychosocial et répartition de la clientèle selon le genre.....	74
4.6.8 Répartition de la clientèle selon le genre et utilisation des A.S.P.R. par les hommes selon les organismes .....	75
4.6.9 Besoin de formation de la part des bénévoles et utilisation des A.S.P.R. par les hommes .....	76
4.7 Quelques faits saillants de l'inventaire .....	77
4.7.1 L'offre de services.....	77
4.7.2 La clientèle.....	78
4.7.3 L'adaptation des services.....	78
4.7.4 Les forces dans l'intervention.....	78
4.7.5 Les obstacles dans l'intervention .....	79
4.7.6 Les facteurs favorables à l'intervention.....	80
4.7.7 Les facteurs défavorables à l'intervention.....	80
4.7.8 Les besoins de formation.....	81
4.7.9 Les actions à développer pour les hommes.....	81
4.7.10 Les priorités des acteurs de la santé et des services sociaux .....	82
CHAPITRE 5: DISCUSSION .....	83
CHAPITRE 6: STRATÉGIE POUR LE FUTUR.....	93
6.1 Stratégie globale.....	93
6.2 Quelques recommandations.....	93
6.2.1 Au regard des activités, services, programmes et ressources.....	93
6.2.2 Au regard des croyances, attitudes et valeurs .....	94
6.2.3 Au regard des ressources humaines .....	94
6.2.4 Au regard des organisations .....	95
6.2.5 Au regard de la recherche.....	95
CONCLUSION.....	97
RÉFÉRENCES.....	101
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE .....	109
ANNEXE 2 : FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES HOMMES .....	123



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Effets de la socialisation masculine sur la santé mentale des hommes.....	15
Tableau 2 :	Réactions des dispensateurs de services à l'égard de la masculinité .....	21
Tableau 3 :	Exigences contradictoires de la relation d'aide et de la masculinité.....	22
Tableau 4 :	Facteurs déterminants de la santé des hommes .....	33
Tableau 5 :	Principale occupation, statut matrimonial, statut parental et principal type de problématique de la clientèle masculine fréquentant les organismes .....	43
Tableau 6 :	Type d'A.S.P.R. destinés aux hommes.....	51
Tableau 7 :	Caractéristiques des ressources humaines rémunérées et engagées dans les organismes.....	62
Tableau 8 :	Caractéristiques des ressources humaines bénévoles impliquées dans les organismes.....	64
Tableau 9 :	Répartition des organismes qui ont développé ou non des moyens pour rejoindre les hommes en fonction de la répartition de leur clientèle .....	70
Tableau 10 :	Présence ou non de moyens développés pour rejoindre la clientèle masculine en fonction de la répartition de la clientèle dans les organismes selon le genre .....	70
Tableau 11 :	Répartition des répondants en fonction des moyens développés pour rejoindre la clientèle masculine et de l'offre ou non de services spécifiquement destinés aux hommes.....	71
Tableau 12 :	Répartition des organismes qui offrent ou non de la formation à leur personnel rémunéré en intervention masculine selon la présence ou non de services spécifiquement destinés aux hommes .....	72
Tableau 13 :	Présence ou non d'intervenants psychosociaux au sein des organismes en fonction de la répartition de leur clientèle.....	73
Tableau 14 :	Répartition des organismes en fonction du genre de leur personnel rémunéré et de l'offre ou non de services spécifiquement destinés aux hommes .....	74
Tableau 15 :	Répartition des organismes en fonction de la présence ou non d'hommes dans le personnel psychosocial et de la répartition de la clientèle selon le genre .....	75
Tableau 16 :	Répartition des organismes en fonction de la répartition de leur clientèle et de leur perception quant à l'utilisation de leurs services par les hommes .....	76
Tableau 17 :	Répartition des organismes en fonction du besoin ou non de formation de leurs bénévoles et de leur perception de l'utilisation de leurs services par les hommes.....	77





# INTRODUCTION

Dans un contexte favorable à la production de connaissances inédites sur les incidences « d'être un homme », force est de constater que les résultats des recherches amorcées depuis le milieu des années 1990 au Québec aboutissent à la même conclusion : il est nécessaire de mieux comprendre les réalités masculines pour mieux intervenir auprès de cette clientèle. En outre, dans bon nombre de domaines (famille, violence, suicide), les intervenants qui les soutiennent reconnaissent eux aussi l'intérêt de prendre en considération les hommes, leurs réalités et leurs besoins afin d'améliorer leur santé, celle des personnes qui les entourent (femmes, enfants) et leur environnement.

C'est en partie pour combler la lacune relative à la compréhension de ce que vivent les hommes en regard des services sociaux et de la santé que le gouvernement du Québec a formé le « Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes ». Ce dernier a vu le jour en janvier 2002 et a été placé sous l'égide de Gilles Rondeau. Il réunissait plusieurs experts issus de différentes régions administratives du Québec. En 2004, le comité a déposé auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un rapport intitulé *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins* (Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Dans ce document, après avoir dressé le constat que l'on connaissait mal les réalités masculines et que l'on répondait insuffisamment aux besoins des hommes, les experts ont émis plusieurs recommandations visant, dans ces conditions, à y répondre plus adéquatement. Ils ont interpellé notamment les pouvoirs publics afin qu'ils soutiennent plus efficacement les hommes vivant de la détresse (crise, perte d'emploi, rupture). À la suite de la parution de ce document, le MSSS a embauché l'un des auteurs du rapport pour qu'il contribue à la mise en œuvre d'un plan d'action qui tient compte des recommandations du comité. Dans toutes les régions, des répondants ont été désignés pour prendre en charge ce dossier.

Régionalement, plusieurs actions ont vu le jour ou ont été consolidées. C'est le cas au Saguenay–Lac-Saint-Jean où un Comité régional sur la santé et le bien-être des hommes a été créé en 2006. Il comprend des membres de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (ASSS 02), des représentants d'établissements publics et d'organismes communautaires, des partenaires sectoriels (justice, éducation, emploi et solidarité sociale) ainsi que des chercheurs de l'Unité d'enseignement en travail social de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). L'un des principaux mandats de cette instance animée par l'agence est de : « Préciser les grands chapitres de l'état de situation régional sur la santé des hommes et (de) suivre les étapes de son élaboration » (Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2006)

Pour ce faire, les membres du comité ont établi trois priorités :

- 1) Dessiner un portrait de la situation vécue par les hommes en regard des principaux indicateurs de la santé et de leur utilisation des services.
- 2) Organiser une collecte d'informations pertinentes auprès des partenaires régionaux qui interviennent dans les champs sanitaire et social pour identifier les activités, services, programmes, ressources (A.S.P.R.) offerts aux hommes dans la région et ainsi, avoir une meilleure compréhension des réalités masculines vis-à-vis de la demande et de l'offre d'aide.
- 3) Favoriser l'intégration, dans les projets cliniques, des préoccupations reliées à la santé des hommes, notamment par de la formation.

Les résultats présentés dans ce rapport correspondent à la réalisation du second objectif défini par le comité régional.

Le présent document comprend six parties en plus d'une introduction, d'une conclusion et d'annexes. La première section porte sur le contexte dans lequel le projet d'inventaire voit le jour. Ce court texte permet d'indiquer, entre autres, pourquoi il est important de s'intéresser à la santé des hommes en 2009. Le deuxième chapitre est constitué d'une brève recension des écrits scientifiques portant sur la spécificité de la demande d'aide des hommes eu égard à leur socialisation masculine et sur la manière dont celle-ci influence aussi les dispensateurs de services sociaux et de santé et l'intervention biopsychosociale auprès des

hommes. Dans la troisième partie, la méthodologie de l'enquête est exposée. Le quatrième chapitre présente les résultats de la collecte de données et des faits saillants qui s'en dégagent. Les éléments majeurs se démarquant à la suite de cette enquête sont discutés dans un cinquième temps. Finalement, la conclusion débouche sur la présentation de quelques stratégies pour le futur.



## CHAPITRE 1

# CONTEXTE

Si les hommes ne se heurtent pas tous à ce type de difficulté, plusieurs études ont mis en évidence que certains éprouvent de nombreuses difficultés : dépression, suicide, violence, criminalité, consommation de drogue ou d'alcool, décrochage scolaire chez les plus jeunes, troubles d'apprentissage, etc. (Dulac, 2001, p. 21) Aussi, la santé des hommes constitue aujourd'hui un problème social<sup>1</sup>. Depuis une vingtaine d'années, elle est devenue un sujet de préoccupations théorique, empirique et politique dans la plupart des sociétés occidentales (Courtenay, 2000a). Plusieurs recherches ont été réalisées durant ce laps de temps.

La plupart des études ont révélé que les hommes souffrent de problèmes de santé et, en même temps, qu'ils ont de la difficulté à demander de l'aide (Addis et Cohane, 2005; Antil, 2005; Antil, Bergeron et Cloutier, 2005; Courtenay, 2000b; Dulac, 2001; Tremblay et Lapointe-Goupil, 2005). Dans la littérature, ce phénomène est expliqué le plus souvent par la socialisation masculine traditionnelle, les tensions et conflits de rôles de genre (*gender role conflict*) pouvant en résulter et les effets de ceux-ci dans la vie de certains hommes (Addis et Mahalik, 2003; à cœur d'homme, 2003; Cheatham, Shelton et Ray, 1987; Dulac, 1997; Eisler, 1995; Good et Wood, 1995; O'Neil, Good et Holmes, 1995; Robertson et Fitzgerald, 1992). Ce phénomène se vérifie dans les différentes sphères de la santé des hommes (physique, mentale et sociale).

À l'instar de nombreux chercheurs ayant étudié les impacts sur la santé des hommes de la socialisation masculine traditionnelle et des conflits de rôle de genre que celle-ci génère (voir la recension d'O'Neil, 2008), Mahalik, Good et Englar-Carlson (2003) ont dressé une liste

---

<sup>1</sup> Ce dossier en est un prioritaire au sein de plusieurs organisations nationales et internationales qui œuvrent à la promotion de la santé publique.

non exhaustive des problèmes psychologiques associés aux hommes qui s'identifient davantage aux idéologies masculines traditionnelles. Ceux-ci seraient plus susceptibles d'avoir une faible estime de soi, des problèmes d'intimité interpersonnelle, plus de dépression et d'anxiété, des problèmes d'abus de drogue et d'alcool, davantage de problèmes biomédicaux, et un plus haut taux de détresse psychologique<sup>2</sup> (Cochran, 2001; Cochran et Rabinowitz, 2000; Mahalik, Good et Englar-Carlson, 2003). À ces problèmes psychologiques s'ajoutent aussi des problèmes de santé physique qui sont plus courants chez les hommes que chez les femmes, en partie en raison de leur socialisation masculine traditionnelle (Addis et Mahalik, 2003; Courtenay, 1998; Dulac, 2001; Tremblay, Cloutier, Antil et Bergeron, 2005).

Au Québec, les hommes ont une espérance de vie de cinq années inférieure à celle des femmes<sup>3</sup> (Duchesne, 2006). Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en 2003, l'espérance de vie des hommes est plus faible que celle des femmes et ce, quel que soit l'indicateur de santé (Arth, Bergeron, Lapierre, Clouston et Couture, 2009). De ce point de vue, les femmes ont donc un avantage sur les hommes qui se retrouve à tous les âges. Cependant, cet écart diminue plus les individus vieillissent (Duchesne, 2002). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes touchées d'incapacités augmente aussi. Par incapacité, on entend une réduction totale ou partielle de certaines fonctions vitales, par exemple, la vue, l'ouïe, la parole ou la marche. Dans ce contexte, il est donc plus juste de parler d'espérance de vie sans incapacité. Selon l'enquête de Pampalon, Choinière et Rochon (2001), les hommes vivent moins longtemps que les femmes, mais passent moins de temps qu'elles en situation d'incapacité. De plus, selon Guyon (1996), le taux de morbidité chez les femmes serait plus élevé que chez les hommes. Pour cet auteur, cette réalité eu égard à la morbidité aurait un impact sur l'utilisation des services qui serait plus importante chez les femmes.

La différence de longévité entre hommes et femmes se retrouve sensiblement dans la plupart des pays industrialisés. C'est en effet avec l'industrialisation et l'urbanisation qui

---

<sup>2</sup> D'autres chercheurs ont défini le concept de détresse psychologique des hommes comme ayant un contenu à la fois intra- (dépression et anxiété) et interpersonnel (insatisfaction par rapport au soutien social) (Bergman, 1995; Cochran et Rabinowitz, 2000; Lambert *et al.*, 1996; Pollack, 1995; Sharpe et Heppner, 1991, cités par Good, Heppener, DeBord et Fischer, 2004, p. 169).

<sup>3</sup> Pour la période de référence 2003-2005 (Institut de la statistique du Québec, 2006).

l'accompagne que cet écart se creuse. Il aurait atteint son maximum au début des années 1980 et semblerait diminuer lentement depuis (Duchesne, 2002). La diminution des maladies cardiovasculaires ainsi que celle des accidents mortels chez les hommes seraient, avec l'augmentation du cancer du poumon chez les femmes, les principales raisons de cette réduction de l'écart entre les deux sexes (MSSS, 2001). Plus généralement, on observe une réduction de toutes les causes de décès chez les hommes depuis 15 ans, à l'exception du suicide<sup>4</sup> (INSPQ, 2001). Le taux de suicide des hommes est quatre fois plus élevé que celui des femmes dans la plupart des pays du monde (Canetto et Letser, 1995; Canetto et Sakinofsky, 1998, cités dans Daigle, Beausoleil, Brisoux, Raymond et Charbonneau, 2002). « Au Québec, il n'a cessé d'augmenter au cours des 25 dernières années, alors [qu'il] demeurait stable pour les femmes » (St-Laurent et Bouchard, 2004, cités par Houle, Mishara et Chagnon, 2005, p. 61)<sup>5</sup> <sup>6</sup>. Les Québécois connaissent le troisième plus fort taux de suicide parmi les pays industrialisés (Choinière, 2003, cité dans P. Roy, 2008, p. 1). Toutefois, au Québec, à partir de 2002, on constate que le nombre de suicides chez les hommes appartenant à plusieurs tranches d'âge diminue aussi (voir les données figurant dans le rapport 2008-2009 du Centre de prévention du suicide 02, pp. 35-36). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, entre 2004 et 2006, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ici, comme ailleurs dans la province, le taux de suicide a diminué depuis une demi-douzaine d'années.

Les autres facteurs expliquant la surmortalité des hommes sont aujourd'hui largement documentés. En plus du taux élevé de suicide, la population masculine présente un taux de mortalité supérieur pour des causes comme les cancers, la cirrhose, les maladies

---

<sup>4</sup> De 1976 à 2001, le taux de suicide global au Québec est passé de 14,8 suicides par 100 000 habitants à 19,1, faisant des Québécois, les Canadiens qui se suicident le plus. Mais, chez les hommes, ce taux a bondi de 22 à 30,7 suicides par 100 000 habitants, soit une hausse spectaculaire de 39,5 %, qui vaut au Québec en 2001 un taux de suicide masculin quasiment deux fois plus élevé que celui du reste du Canada (30,7 comparativement à 16,1). Bien que plus faible, le taux de suicide chez les Québécoises (7,7) surpasse aussi de loin celui qui est observé dans le reste du Canada (4,6). (INSPQ, 2004)

<sup>5</sup> Cette tendance s'est toutefois inversée depuis 2001 (voir Rapport annuel du CPS 02, 2007-2008).

<sup>6</sup> « [...] Chaque année, le nombre de suicides au Québec représente l'écrasement de cinq Boeing 747; ou encore de 30 autobus tombant dans un ravin » (AQS, 2002) et... 80 % de ces passagers de notre quotidien sont des hommes » (Daigle et al., 2002 : 5).

coronariennes, les accidents d'automobile et les homicides<sup>7</sup> (Courtenay, 2000b; Englar-Carlson, 2006, p. 24; Tremblay et Lapointe-Goupil, 2005). Ces taux sont deux à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (INSPQ, 2001). Ces différentes réalités affectent davantage les hommes ayant un bas niveau de scolarité et peu de soutien social (McKee et Shkolnikov, 2001). Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, entre 2002 et 2004, chez les 25 ans et plus, les cancers sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (Arth *et al.*, 2009). Cela se vérifie aussi par rapport aux autres pathologies citées.

Dans ce contexte, de nombreux chercheurs mettent en évidence ce que d'aucuns nomment « le paradoxe de la surmortalité masculine ». En effet, les hommes ont des problèmes de santé et pourtant ils utilisent moins les services de soins sanitaires et sociaux. Deux facteurs principaux retiennent l'attention des chercheurs et des praticiens quand il s'agit d'expliquer ce phénomène. D'une part, le processus normatif de la socialisation au rôle de genre, et ses conséquences négatives dans la vie de certains hommes, est fréquemment mis de l'avant. Notamment, l'impact des préceptes de la masculinité traditionnelle (autonomie, invulnérabilité, succès, pouvoir, contrôle) sur le rapport des hommes à leur santé ainsi que sur leur capacité à demander de l'aide et, quand ils le font, à persévérer dans le traitement, est étudié systématiquement dans les domaines de la psychologie, du travail social, du counseling ou encore de la médecine. D'autre part, la disponibilité et l'accessibilité des activités, services, programmes et ressources destinées aux hommes sont présentées comme des facteurs qui ne favorisent pas leur rapprochement avec les fournisseurs de soins. En effet, les ressources spécifiquement dédiées aux hommes représentent le plus souvent moins de 10 % du total des ressources spécifiquement dédiées selon le sexe. Par ailleurs, les outils d'intervention ne sont pas toujours adaptés aux spécificités des clients. Par exemple, plusieurs chercheurs s'entendent pour dire que la détresse des hommes n'est pas

---

<sup>7</sup> Plusieurs réalités sociosanitaires et d'autres facteurs de risque au sein de la population masculine sont à prendre en compte. Les dix emplois les plus dangereux, où le risque de décès est le plus élevé, sont occupés par des hommes : bûcheron, pêcheur, marin, pilote d'avion, monteur de structures d'acier, ouvrier de la construction, mineurs, chauffeur-livreur, agriculteur, policier et gardien de sécurité. Les principales formes de mortalité violente chez les hommes sont le suicide, les homicides et les morts consécutives à une conduite dangereuse; rien d'étonnant à cela, car les hommes ont appris à vivre dangereusement. La maladie vient bien après, mais là encore les hommes ont des comportements qui augmentent les facteurs de risque. Ils fument plus, consomment plus d'alcool et de drogues, sont plus souvent victimes d'accidents avec blessures, consultent moins leur médecin et ont un excédent de poids supérieur à celui des femmes (INSPQ, 2007). Bref, tout ce qui fait d'eux « des hommes qui ont besoin d'aide » (Dulac, 2001 : 21).



mesurée de façon adéquate et que la dépression masculine est sous-estimée (voir Tremblay, Morin, Desbiens et Bouchard, 2007). En règle générale, la souffrance des hommes n'est pas toujours reconnue. De nombreux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux québécois constatent que les hommes sont la plupart du temps exclus des préoccupations liées à l'adaptation des offres de soins (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2005).

Dès lors, mieux comprendre les réalités masculines au regard de la santé et identifier les services qui s'adressent aux hommes en tenant compte de leur spécificité devient un enjeu de société important. Aussi, la réalisation d'un portrait régional de la santé des Saguenéens (Arth *et al.*, 2009) et l'établissement d'un inventaire critique des activités, services, programmes et ressources rejoignant les hommes dans la région (Université du Québec à Chicoutimi) sont deux outils d'aide à la décision devant permettre d'optimiser la réponse aux besoins sanitaires et sociaux de la population masculine.

Le chapitre suivant rend compte succinctement des connaissances relatives à l'impact de la socialisation masculine tant sur les hommes au regard de leur santé (rapport à la santé, demande d'aide) que sur les fournisseurs de services de soin (offre de service, intervention auprès de la clientèle masculine).



## CHAPITRE 2

## RECENSION DES ÉCRITS

Les études sur les hommes et les masculinités datent du début des années 1980. Elles sont donc historiquement assez récentes. Elles voient le jour aux États-Unis à la suite des études féministes et s'inscrivent dans la foulée du mouvement de libération des femmes (Genest-Dufault, 2006). Depuis lors, elles se développent et sont particulièrement populaires dans le monde anglo-saxon (aux États-Unis et en Australie notamment) ainsi qu'en Europe du Nord (Norvège, Suède, Finlande). Dans l'espace francophone, le Québec est un lieu privilégié où les réalités masculines, tant d'un point de vue théorique que pratique, sont scrutées plus systématiquement<sup>8</sup>. Quoiqu'elles demeurent encore moins connues que les études féministes, celles portant sur les hommes et les masculinités constituent désormais un corpus important de connaissances.

Dans les sections subséquentes, les attitudes de certains hommes concernant leurs corps et leur santé en lien avec la socialisation masculine traditionnelle sont présentées. Ensuite, il est fait état de la manière dont ce type de socialisation limite les hommes dans leur « capacité à exprimer certaines émotions associées à la vulnérabilité et à la sensibilité, de même qu'à développer certaines habiletés, en particulier celles qui impliquent de prendre soin d'eux-mêmes et des autres » (à cœur d'hommes, 2005, p. 9). Enfin, l'offre d'aide est abordée au regard notamment du caractère déterminant de la nature de l'intervention quand il est question pour les hommes d'accéder ou d'avoir recours aux services.

---

<sup>8</sup> Une équipe de recherche sur ce thème a vu le jour en 2006, « Masculinités & Société ». Elle regroupe des chercheurs et des partenaires intervenant auprès des clientèles masculines dans plusieurs universités et régions de la province.

## 2.1 Le rapport des hommes à leur santé

Chaque sexe adopte des stratégies différentes par rapport à la maladie. Les études en matière de santé montrent hors de tout doute que les femmes perçoivent plus de symptômes de maladie et de détresse qui nécessitent une intervention ou une forme d'aide que les hommes. C'est particulièrement le cas pour ce qui est des symptômes légers. Les hommes y sont moins sensibles et les signalent moins. Les femmes auraient plutôt une approche préventive, et les hommes réagiraient après coup (Dulac, 2001).

Pour tenter de comprendre le rapport des hommes à leur santé, Tremblay et ses collègues édifient un modèle explicatif sur la toile de fond de la socialisation masculine. Ils identifient le radicalisme comportemental, le biais optimiste, la sensibilité différentielle et les blocages relationnels sélectifs (Tremblay *et al.*, 2005, pp.155-166) pour saisir ce qui caractérise les perceptions que les hommes ont de leur santé, de la demande d'aide et des services offerts pour remédier à d'éventuels troubles ou problèmes somatiques et mentaux. À l'instar de leurs prédécesseurs, ils voient les principaux processus de la construction de la masculinité à travers la socialisation de rôle de genre. L'originalité de leur démarche heuristique réside toutefois dans le lien qu'ils tissent entre les impacts de ces mécanismes et la santé perceptuelle des hommes.

Par le radicalisme comportemental, Tremblay et ses collègues souhaitent illustrer le fait que, généralement, les hommes vont plus loin dans leurs agissements à cet égard que les femmes, par exemple par leur comportement sexuel plus à risque ou par leur témérité en général qui les expose à plus de risque d'accident. Par biais optimiste, ces auteurs décrivent en citant les travaux d'Harris et Middleton (1994) : « la tendance à percevoir les événements comme davantage sous le contrôle personnel qu'ils ne le sont en réalité » (Tremblay *et al.*, 2005, p. 158). Par exemple, ce biais pourrait expliquer le fait que les hommes semblent moins convaincus de l'importance des comportements préventifs (Evans, Brotherstone, Miles et Wardle, 2005). Pour Tremblay et ses collaborateurs, la notion de sensibilité différentielle renvoie au fait que la sensibilité à soi est différente chez les hommes et qu'elle fausse leur mécanisme de détection, de pondération, d'activation et de sélection (p. 157). Et quand on sait que « [l]a perception du problème est l'étape déterminante de la décision de chercher de l'aide [et que cette aide] découle de la capacité de la personne à être attentive à

elle-même » (Dulac, 2001, p. 26), il n'y a qu'un pas à franchir pour penser que la perception des hommes sur leur santé compromet souvent celle-ci et module leurs réactions face à la maladie (Riopel, 2007, p. 7). Finalement, Tremblay *et al.* (2005) évoquent les blocages relationnels sélectifs qui incitent les hommes à développer :

une identité fondée davantage sur l'affirmation personnelle, l'indépendance instrumentale et l'ambition. (...) Ainsi, le domaine relationnel occuperait une place moins importante, en général, dans l'univers des hommes (...). Certains blocages relationnels peuvent avoir un effet sur la santé » (p.160).

Ces blocages les porteraient à ignorer plus longtemps les symptômes, à adopter des comportements de fuite ou de déni et à retarder la demande d'aide.

## **2.2 Les impacts normatifs de la socialisation masculine**

Le paradigme de la socialisation des rôles de genre se base sur le postulat que les hommes et les femmes apprennent des attitudes et comportements de genre dans leur environnement social. C'est dans cet environnement que les valeurs culturelles, les normes et les idéologies concernant la signification d'être un homme ou une femme sont renforcées et modelées. La plupart des recherches sur la psychologie des hommes se basent sur la socialisation des garçons et des hommes (primaire, secondaire et continue) et les rôles de genre en découlant. Les rôles de genre sont « des comportements qui sont activés en accord avec les idées socialement construites de la masculinité et de la féminité » (Englar-Carlson, 2006, p. 15). Par la socialisation, les hommes apprennent et assimilent les standards sociaux, les normes et les attentes relatives au comportement masculin. L'internalisation par les hommes de ces schèmes de genre peut donc affecter leurs comportements et leur bien-être tout au long de la vie.

Même si l'existence de plusieurs masculinités est reconnue (Connell, 2000; Kimmel, 2004; Messerschmidt, 1997; Smiler, 2004), les recherches se sont centrées surtout sur l'identification et la mesure de la masculinité dite traditionnelle (Englar-Carlson, 2006). Dans les sociétés occidentales, ce type de masculinité est vu comme la forme dominante de masculinité, donc celle qui a le plus de pouvoir pour déterminer ce qui est normatif pour les membres d'une certaine culture. Connell (1995) parle quant à lui de la masculinité hégémonique (*hegemonic masculinity*), c'est-à-dire la « forme culturellement idéalisée du caractère masculin » (Connell, 1990).

Un modèle répandu d'étude de la socialisation masculine est celui du conflit de rôle de genre (*gender role conflict*) d'O'Neil (1982). Cet auteur décrit les stéréotypes masculins qui pourraient produire des dysfonctions et de la détresse chez les hommes. Selon son modèle, les hommes sont habituellement socialisés de manière à être indépendants et à rechercher l'accomplissement, à éviter les caractéristiques associées à la féminité et l'homosexualité, ainsi qu'à restreindre ou supprimer l'expression des émotions. Pour être accepté comme étant adéquatement masculins, les hommes se doivent d'adhérer à ces normes. L'assimilation de ces idéaux entraîne une multitude de problèmes pour les hommes. En effet, les garçons, les adolescents et les hommes doivent prouver leur masculinité tout au long de leur vie; ils y parviennent en valorisant la force et la violence et en adoptant des comportements à risque (Tremblay, Thibeault, Fonséca et Lapoite-Goupil, 2004). Ainsi, plusieurs auteurs démontrent que la socialisation de rôle de genre masculin, tout en décourageant l'expression de la tristesse et de la vulnérabilité, encourage la force, la robustesse et l'agressivité chez les hommes occidentaux (Dulac, 1997, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002).

Les hommes peuvent subir des conséquences néfastes en tentant d'être à la hauteur de ces rôles, ce que Pleck (1981) a nommé les tensions de rôle de genre (*gender role strain*). En citant les travaux de Brooks-Harris, Heesacker et Majia-Millan (1996) et Pleck (1981), Tremblay et ses collègues soulignent quant à eux que : « (...) Ces tensions sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes, les pressions étant plus fortes pour se conformer au stéréotype, et cela même si ce dernier est fortement critiqué depuis une trentaine d'années dans les pays occidentaux » (Tremblay *et al.*, 2007, p. 7).

L'adhésion aux normes masculines traditionnelles affecte les hommes au moyen de deux mécanismes distincts. D'une part, elle mène à l'adoption d'un répertoire restrictif sur les plans cognitif, affectif, comportemental et en ce qui a trait à la résolution de problèmes (Good, Heppner, DeBord et Fischer, 2004; Perlick et Manning, 2006). Aussi, les hommes sont amenés à moins dévoiler leurs difficultés aux autres et à moins déclarer leurs problèmes de santé que les femmes (Courtenay, 1998, cité par Antil, Bergeron et Cloutier, 2005, p. 126). D'autre part, un échec par rapport aux attentes culturelles de masculinité semble mener à des effets néfastes en lien avec les réactions négatives de l'entourage en

cas de non-respect des normes de rôle de genre (Englar-Carlson, 2006, p. 24). Ainsi, « les individus aux prises avec des problématiques non conformes aux stéréotypes sont marginalisés, laissés pour compte et reçoivent peu, ou pas, de soutien » (à cœur d'hommes, 2005, p. 10).

Dans sa tentative de comprendre le lien entre la socialisation masculine et la santé des hommes, Tremblay et ses collègues (2004) mettent en évidence les effets de cette socialisation particulière sur la santé mentale (tableau 1).

**Tableau 1 : Effets de la socialisation masculine sur la santé mentale des hommes (tiré de Tremblay *et al.*, 2004, cité par Tremblay *et al.*, 2007, p. 9)**

<b>Socialisation masculine</b>	<b>Effets sur la santé mentale</b>
Performance	Honte de l'échec
Répression des émotions	Difficulté à identifier les sources de stress, les frustrations
Éviter le féminin en soi	Homophobie, mépris des femmes (ou dépendance)
Pourvoyeur, être centré sur le travail	Chômage = perte d'identité, déséquilibre
Autonomie	Isolement affectif
Se débrouiller seul	Ne pas demander d'aide
Prouver sa masculinité	Insécurité
Valorisation de la force et de la violence	Dévalorisation de la parole, agirs violents

D'après Tremblay et ses collègues (2004), non seulement la socialisation des hommes a des effets négatifs sur leur santé mentale, mais elle influence également de façon négative la manière dont ils vont faire face à ces problèmes. C'est notamment le cas de l'attitude des hommes à l'égard de la demande d'aide. Celle-ci représente en effet un point de divergence majeur entre les hommes et les femmes.

## 2.3 La demande d'aide

Les recherches ont montré avec une constance frappante que les hommes, quels que soient leur âge, leur nationalité ou leur origine ethnique ont plus de difficultés à entreprendre une démarche d'aide.

### 2.3.1 La demande d'aide auprès des professionnels

Les hommes consultent les professionnels de la santé moins souvent que les femmes. Ils rendent aussi plus rarement visite à leur médecin de famille. Et lorsque les hommes demandent de l'aide à un professionnel, ils posent moins de questions que les femmes. Les études confirment aussi qu'ils utilisent les services psychiatriques, la psychothérapie et le *counselling* moins fréquemment (Addis et Mahalik, 2003; Drapeau, Boyer et Lesage, 2009). Cette réticence à demander de l'aide pour des problèmes ou des troubles psychologiques peut contribuer à exacerber ces symptômes. Il a en effet été découvert que la condition mentale des hommes au début du traitement est plus détériorée que celle des femmes (Smith, Tran et Thomson, 2008). Dulac (2001) souligne, à l'instar de nombreux intervenants, que : « la clientèle masculine a une manière bien spécifique de demander de l'aide. Les hommes consultent leur médecin de famille comme ils vont au garage. Ils se présentent tardivement, souvent trop tard, et exigent qu'on change la pièce défectueuse » (p. 21).

Cette réticence des hommes à demander de l'aide contraste de manière très marquée avec la multitude de problèmes de santé physique et mentale dont ils sont plus susceptibles d'être victimes en raison de leur socialisation masculine traditionnelle. Deux chercheurs ont utilisé le terme de « double menace » (*double jeopardy*) pour décrire ce phénomène pervers (Good et Mintz, 1990) : les rôles de genre masculins traditionnels que les hommes adoptent ont des effets potentiellement néfastes sur leur santé, mais ces mêmes rôles les rendent réticents à consulter ou à demander de l'aide pour remédier à ces problèmes.

Plusieurs explications utilisant le paradigme de la socialisation des rôles et des idéologies de genre ont été avancées pour expliquer la réticence des hommes à demander de l'aide. De nombreux auteurs ont noté l'incompatibilité qui semble exister entre les traitements psychothérapeutiques classiques et les préceptes de la masculinité traditionnelle. Diverses tâches associées à la demande d'aide, comme le fait de compter sur les autres, d'admettre



que l'on a besoin d'aide, de reconnaître et catégoriser un problème émotionnel, sont à contre-courant des notions hégémoniques de masculinité (Englar-Carlson, 2006, p. 24). D'autres caractéristiques du « bon client » sont aussi inappropriés aux rôles de genre masculins traditionnels comme la tolérance à la vulnérabilité interpersonnelle, la volonté de se confier, la capacité d'être conscient de ses émotions et de les exprimer (Good et Wood, 1995, p. 70). Les hommes ont appris les vertus de demeurer en contrôle de soi et la demande d'aide implique potentiellement une perte de contrôle (Englar-Carlson, 2006, p. 25).

Mais malgré ces forces, certains croient que le paradigme de la socialisation des rôles masculins ne peut mener à une compréhension acceptable du contexte dans lequel se fait la demande d'aide. Par exemple, il ne peut expliquer pourquoi « certains hommes, sous certaines conditions, vont demander de l'aide pour certains problèmes mais pas pour d'autres » (Addis et Mahalik, 2003, p. 8). Pour remédier à ce problème, Addis et Mahalik (2003) proposent de se baser sur les perspectives socioconstructiviste et féministe ayant en commun l'idée que le genre est quelque chose qui se construit activement dans des contextes spécifiques et non pas une propriété des individus. Pour eux, le genre est créé activement dans les interactions sociales et la manière dont il est créé dépend de ce qui est « en jeu » dans une interaction particulière. Puisque ce qui est en jeu dans son affirmation en tant qu'homme ou femme varie d'une situation à l'autre, la manière d'agir ou de démontrer son genre est aussi dépendante de la situation (Mansfield, Addis et Mahalik, 2003, pp. 98-99). En intégrant cette intuition à l'analyse, il serait selon eux possible de concevoir des modèles empiriques qui prennent en compte tant la socialisation que la construction sociale de la masculinité. Les auteurs ajoutent un troisième élément à leur analyse relevant de la psychologie sociale. Selon eux, toutes les situations potentielles de demande d'aide créent une dialectique entre les coûts et les bénéfices intra et interpersonnels qui leur sont associés.

Voilà donc pour l'essentiel, selon Gillon (2007), ce qui explique pourquoi plusieurs hommes évitent les contacts avec les services de soins de santé et sociaux, préférant ignorer leurs problèmes, les régler eux-mêmes, ou les résoudre par des stratégies alternatives plutôt que de succomber à la honte et à la détresse associées à la demande d'aide. Toutefois, ces stratégies sont souvent inefficaces et les hommes risquent alors de se tourner vers des

méthodes de résolution de problèmes (auto)destructrices qui incluent les comportements violents, l'abus de substance et le suicide. Pour ces hommes, la demande d'aide ne semble tout simplement pas être une option (Dulac, 2001). C'est ce que Gillon qualifie « d'effets pervers reliés aux contradictions inhérentes à la masculinité hégémonique qui met l'emphase sur l'autosuffisance et la force intérieure » (Gillon, 2007, p. 2). Pollack (1999), quant à lui, parle de « la camisole de force de la masculinité hégémonique » qui limite le registre expressif valorisé par les hommes à la colère, à la frustration et à l'impulsivité (voir aussi les travaux de Dulac, 2001).

### **2.3.2 L'absence de soutien socio-émotionnel chez les hommes**

Mais la difficulté des hommes à demander de l'aide et à en recevoir ne se polarise pas uniquement sur ce type de démarche quand elle est effectuée auprès de professionnels. Le besoin de soutien socio-émotionnel inhérent à tout processus de recherche d'aide peut aussi s'exprimer vis-à-vis des réseaux « naturels » des hommes. Ainsi, Houle, Mishara et Chagnon (2005) soulignent que : « Il est reconnu que le soutien social a un effet protecteur face à divers problèmes de santé physique (Uchino *et al.*, 1996) et psychologique (Leavitt, 1983) » (p. 62). Or, les hommes et les femmes se distinguent de manière importante dans ce domaine. « En général, les hommes disposent de moins de soutien social que les femmes, particulièrement dans sa forme émotive (Burda *et al.*, 1984; Julien *et al.*, 2000; Olson et Schulz, 1994; Stokes et Wilson, 1984; Turner, 1994) » (Houle *et al.*, 2005, p. 64).

Les interactions sociales de tous les jours sont vitales pour le bien-être psychologique. En effet, les bénéfices du soutien social et des interactions interpersonnelles positives sont bien documentés (voir la revue de Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996), notamment son effet protecteur sur les comportements suicidaires (Houle *et al.*, 2005). *A contrario*, le bien-être individuel est affecté par des interactions difficiles et/ou stressantes (Rook, 1998). Or, les hommes ne reçoivent pas de la part des autres hommes un niveau de soutien socio-émotionnel adéquat, nécessaire à leur bien-être psychologique (Anderson, 2006; Houle *et al.*, 2005). De nombreuses recherches ont montré que les hommes sont moins susceptibles que les femmes de faciliter les relations interpersonnelles et les relations des hommes entre eux sont perçues comme particulièrement menaçantes (voir la recension d'Anderson, 2006). Plusieurs théoriciens en psychologie reconnaissent aussi ce problème dans les relations

interpersonnelles des hommes et attribuent sa source au rôle de genre masculin traditionnel (Houle *et al.*, 2005).

### **2.3.3 Mais tout n'est pas sombre!**

L'adhésion des hommes à certaines idéologies et à certains rôles masculins est donc associée à une multitude de problèmes de santé physique et mentale, à leur difficulté à demander de l'aide et à persévérer dans les traitements. C'est un constat qui se base sur les conclusions de dizaines de recherches. Mais comme le soulignent Mahalik et ses collègues, l'intention des chercheurs n'est pas d'être « antimasculins » (Mahalik, Good et Englar-Carlson, 2003, p. 124). On ne doit pas passer sous silence le fait qu'une grande quantité d'hommes fonctionnent normalement dans la société et contribuent au bien-être commun. D'ailleurs, les chercheurs dans la discipline s'empressent souvent de noter aussi les aspects positifs associés à la masculinité traditionnelle, comme pourvoir aux besoins de sa famille, faire preuve de courage et de bravoure face au danger, montrer une volonté de porter le fardeau des autres et exprimer son amour par des actions plutôt qu'en paroles ou en émotions (Englar-Carlson et Shepard, 2005, p. 390). D'autres points positifs présents chez les hommes avec une conception plus traditionnelle de la masculinité ont été identifiés par Levant (1995), notamment la capacité de résolution de problème, la pensée logique, la prise de risque, l'expression de la colère et l'assurance, tous des traits potentiellement bénéfiques en situation de crise (Mahalik, Good et Englar-Carlson, 2003; Tremblay et L'Heureux, 2002).

En s'appuyant sur les travaux de Goode, Hanlon, Luff, O'Cathain, Stangleman et Greatbatch (2004), Tremblay et ses collègues (2007, p. 8), pour leur part, mentionnent que si la masculinité hégémonique (Connell, 1995) inhibe la demande d'aide, celle-ci serait tout de même en hausse si on regarde du côté des nouveaux modèles d'hommes émergents. Ils concluent que les deux modèles coexistent. En allant plus loin, ils soulignent qu'il est plus facile pour un homme qui a demandé de l'aide une première fois et qui a tiré satisfaction de sa démarche, de la répéter, sans attendre d'être en crise (Cusak, Deane, Wilson et Ciarrochi, 2006; Turcotte, Dulac, Lindsay et Dufour, 2002, cités par Tremblay *et al.*, 2007, p. 8). D'où l'intérêt d'offrir aux hommes des services sociaux et de santé adaptés à leurs besoins.

## 2.4 L'offre d'aide

De fait, la situation sanitaire de certains hommes soulève de « sérieuses questions sur les stratégies à mettre en place pour intervenir efficacement auprès des hommes à risques (Dulac et Laliberté, 2002) » (Dulac, 2004, p. 5). Plusieurs chercheurs établissent le constat que les professionnels se sentent souvent mal outillés pour rejoindre et travailler avec ce type de clientèle. Devant les fournisseurs de soins sociaux et de santé, les hommes peuvent se sentir aliénés et impuissants. S'ils ne sont pas satisfaits des services, ils s'y soustraient, pestent contre tout le monde et se tiennent à distance de ceux-ci (Antil, 1986). Les intervenants vivent d'autant plus durement cette réalité lorsque les hommes arrivent tardivement dans les services et s'y retrouvent bien souvent dans une « *situation explosive* » (Cusak, Deane, Wilson et Ciarrochi, 2006; Turcotte, Dulac, Lindsay et Dufour, 2002, cités par Tremblay *et al.*, 2007, p. 8).

Ce n'est pas seulement l'adhésion des hommes à des rôles de genre masculins restrictifs qui rend difficile la demande d'aide, l'assimilation de normes semblables par le système de santé joue elle aussi un rôle négatif (Moynikan, 1998; Raine, 2000; Tremblay *et al.*, 2005, cités par Tremblay *et al.*, 2007, p. 9). Selon Gillon encore, les activités de *counselling* et de psychothérapie sont fortement alignées sur les attributs « féminins » comme l'expression des émotions, l'intimité et la reconnaissance de la vulnérabilité. De nombreux auteurs vont dans le même sens que lui (Brooks, 1998; Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002). Le manque de modèle masculin dans la profession contribue à associer la psychothérapie à une activité féminine. Les professionnels de la santé représentent parfois un autre obstacle pour les hommes qui auraient besoin de traitement. Certains partagent souvent eux-mêmes le préjugé qui associe la psychothérapie au féminin et guide leur pratique en conséquence, c'est-à-dire qu'ils peuvent croire que ces services ne sont pas appropriés pour les hommes (Gillon, 2007; O'Neil, 2008). Galgut (2007) note aussi que les médecins, conscients de la tendance des hommes à garder leurs problèmes psychologiques pour eux-mêmes, sont plus susceptibles de se concentrer sur la santé physique de ces derniers plutôt que sur leur santé émotionnelle et réfèrent moins d'hommes que de femmes pour des traitements psychologiques (Galgut, 2007, p. 3). De plus, les recherches tendent à montrer que même les diagnostics de certains problèmes de santé mentale sont entachés d'un biais de genre,

notamment pour l'identification de la dépression (Gillon, 2007; Kilmartin, 2005; Millar, 2003; Real, 1998; Tremblay *et al.*, 2007). Tout ceci fait dire à Dulac que nous évoluons dans un système où « l'offre d'aide et de soutien est un domaine "sexisé" pour des raisons sociales et historiques » (Dulac, 2002, p. 162, cité par Riopel, 2007, p. 50).

Dans le tableau 2, Tremblay et ses collègues (2004) soulignent le fait que la socialisation masculine a aussi un impact sur les fournisseurs de soins de santé.

**Tableau 2 : Réactions des dispensateurs de services à l'égard des préceptes de la masculinité (tiré de Tremblay *et al.*, 2004, cité par Tremblay *et al.*, 2007, p. 10)**

Préceptes de la masculinité	Réactions des dispensateurs de services
Performance	Croire que les hommes sont centrés sur la réussite, qu'ils veulent gagner à tout prix
Répression des émotions	Éviter le travail sur les émotions
Éviter le féminin en soi	S'ajuster au féminin, exiger un modèle féminin d'aide
Pourvoyeur, être centré sur le travail	Ne pas impliquer les hommes dans les situations qui concernent les enfants
Autonomie	Donner moins d'information
Se débrouiller seul	Ne pas aller au devant, attitude bancale
Prouver sa masculinité	Réagir au comportement
Valorisation de la force et de la violence	Peur, miser essentiellement sur la protection des femmes et des enfants, surveiller et punir (attitude répressive)

À travers ce tableau, l'auteur met en exergue que les dispensateurs de services sont habitués à des modes d'intervention correspondant le plus fréquemment à une approche féministe. Dulac (2004) va dans le même sens lorsqu'il souligne que :

La culture des services et des organismes d'aide est largement déterminée par les caractéristiques féminines tant au plan des personnes qui offrent aide et soutien (...), que du profil du client idéal type (Kadushin, 1996). Cette situation aurait donc une incidence sur la distribution de l'offre et de la demande d'aide, c'est-à-dire qu'elle détermine les catégories de personnes qui offrent ou qui reçoivent de l'aide, la signification des interactions et la dynamique dans laquelle s'inscrit la démarche de recherche d'aide. (Dulac, 2004, p. 7)

Plusieurs recherches révèlent en effet que les exigences de la thérapie se situent à l'opposé des exigences de la masculinité (Brooks, 1998; Daigle, 2002; Dulac 1999). Le fait d'entreprendre une demande d'aide met certains hommes en porte-à-faux par rapport aux normes sociales de la masculinité. Le tableau 3 illustre cette opposition entre exigences de l'aide et exigences de la masculinité.

**Tableau 3 : Exigences contradictoires de l'aide et de la masculinité  
(Dulac, 2001, p. 125)**

Exigences de l'aide	Exigences de la masculinité
Dévoiler sa vie privée	Cacher sa vie privée
Renoncer au contrôle	Conserver le contrôle
Avoir une intimité non sexuelle	Sexualiser l'intimité
Montrer ses faiblesses	Montrer sa force
Faire l'expérience de la honte	Exprimer sa fierté
Être vulnérable	Être invincible
Chercher de l'aide	Être indépendant
Exprimer ses émotions	Être stoïque
Faire de l'introspection	Agir et faire
S'attaquer aux conflits interpersonnels	Éviter les conflits
Faire face à sa douleur et à sa souffrance	Nier sa douleur et sa souffrance
Reconnaître ses échecs	Persister indéfiniment
Admettre son ignorance	Feindre l'omniscience

Source: Brooks, Gary R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditionnal Men*, p. 4.

Ce tableau permet de mieux comprendre les obstacles qu'ils doivent affronter lorsqu'ils entreprennent une recherche de soutien. En règle générale, dans la relation d'aide, on attend du client qu'il partage son expérience dans une activité dialogique. Les principaux ressorts du modèle thérapeutique conventionnel sont la communication, le dévoilement de soi, l'expression de sa vulnérabilité et le partage intime, ce qui est en somme l'antithèse de la masculinité traditionnelle. Il apparaît donc que le langage de la relation d'aide n'est pas celui des hommes (Dulac, 1999, 2001). Son accès exige des compétences préalables et des habiletés qui relèvent souvent d'une autre culture, d'une culture qui n'est pas nécessairement celle de tous les hommes. Ainsi, dans leur tentative de modéliser une intervention clinique pour les hommes traditionnels, Tremblay et L'Heureux (2002) soulignent que : « [...] les modèles d'intervention plus classiques axés sur la verbalisation et

l'expression des émotions peuvent très bien convenir à certains hommes plus sociables ou artistiques, mais beaucoup moins aux hommes plus traditionnels » (p. 14). Dans un tel contexte, on peut très bien saisir la réticence de certains à demander de l'aide. Dulac (2001) souligne que, devant les exigences de la relation d'aide, certains hommes choisiront d'exprimer leur détresse à travers la colère ou au contraire, prendront l'option du retrait social et du silence.

## **2.5 L'intervention auprès de la clientèle masculine**

Pour favoriser la demande d'aide des hommes, David (2002) suggère donc qu'il faut offrir à la clientèle masculine une très grande qualité d'accueil, centrer les interventions sur les résultats, faire agir les hommes en consultation et les amener progressivement à extérioriser leurs émotions. Pour cet auteur, à l'instar de ce que de nombreux autres ont souligné, l'intervention de groupe (Andronico et Horne, 2004; Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002) et l'utilisation de mentors (voir Horne, Jolliff, et Roth, 1996) font partie de la vision de la solution quand il s'agit de rejoindre les hommes. Un autre aspect a trait à la rapidité avec laquelle les fournisseurs de soins répondent à la demande d'aide de la clientèle masculine. Selon plusieurs intervenants, une prise en charge immédiate du client optimise les chances de succès du traitement (Fortin, Boivin et Brisson, 2009). David (2002) ajoute l'intérêt de demander un certain montant d'argent. Il préconise également qu'il y ait une plus grande proportion d'hommes parmi les thérapeutes.

Campbell (2001) souligne, pour sa part, l'importance de ne pas « mater » les hommes, mais plutôt de les « coacher ». D'ailleurs, elle note que les hommes prennent le plus souvent des moyens physiques pour expérimenter leurs émotions. Ils ont besoin de trouver une solution à leur problème. Selon la psychologue Brigitte Lavoie (2009), « les hommes s'attardent rarement à décortiquer le problème, ce qu'ils veulent en fait c'est connaître la prochaine étape. C'est-à-dire l'étape qui leur présentera quoi faire, et comment » (p. 10). S'ils ne l'atteignent pas, ils se sentent incompetents; ce qui peut augmenter leur arrogance. Selon plusieurs auteurs, il est important de voir au-delà de l'arrogance et de l'agressivité de certains clients (Campbell, 2001; Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002).

Par rapport aux services, il apparaît donc des besoins de changement de culture qui passent par une transformation des mentalités des hommes et des intervenants (Tremblay *et al.*, 2004, p. 43). Les hommes ne sont pas habitués à consulter, et en corollaire, les intervenants ne sont pas habitués à recevoir des demandes d'aide de la part des hommes. Quand ceux-ci le font, ils ne sollicitent pas l'aide de la même façon que les femmes. Par conséquent, les hommes sont aux prises avec un système où les demandes et les besoins des patients masculins ne sont pas toujours facilement entendus et compris par les intervenants (V. Roy, 2008). Bien souvent, les intervenants évitent le client masculin en difficulté. On ne veut pas entendre sa souffrance ou le moins possible parce qu'elle est déstabilisante et que face à elle, les intervenants ressentent un manque d'habiletés. Cela implique que les hommes sont dérangeants pour les intervenants (Dulac, 2004). Dans ces conditions, il est nécessaire d'adapter les stratégies d'intervention à la spécificité de cette clientèle et de s'ouvrir davantage à ses réalités. Plusieurs études soulignent l'importance de le faire en offrant de la formation à l'intervention auprès de la clientèle masculine (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2005; Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002).

Cette recension des écrits fait bien ressortir l'importance d'adapter l'offre de service en fonction des besoins et des réalités sociologiques et psychologiques des hommes si l'on désire rejoindre et soutenir cette catégorie particulière de la population. C'est dans ce contexte qu'une enquête visant à documenter comment les dispensateurs de services d'une région, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, se positionnent par rapport à la réponse à offrir et qu'ils offrent aux hommes de leur territoire devient plus que pertinente. Dans le chapitre suivant, la méthodologie retenue pour réaliser notre enquête est présentée.



## CHAPITRE 3

# MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre apporte des informations sur les aspects méthodologiques de l'enquête. Dans un premier temps, le but et les objectifs spécifiques sont présentés. Par la suite, des renseignements sont fournis sur la population à l'étude et sur les stratégies de collecte de données utilisées pour rejoindre les organismes publics et communautaires du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Finalement, la procédure pour traiter les informations recueillies et le cadre permettant de les analyser sont détaillés.

### **3.1 But et objectifs spécifiques de l'étude**

#### ***3.1.1 But de l'enquête***

Le but de l'enquête est à la fois de documenter les services, activités, programmes ou ressources que les organismes communautaires ou établissements publics dédient aux hommes et d'identifier les principaux facteurs favorables ou défavorables au développement de bonnes pratiques axées vers eux. Ultimement, ce rapport devrait permettre d'alimenter la réflexion visant à répondre plus adéquatement aux besoins des hommes en leur offrant des services adaptés à leurs réalités masculines.

#### ***3.1.2 Objectifs spécifiques de l'enquête***

Dans ce contexte, l'enquête poursuit plus spécifiquement les objectifs suivants :

- 1) Établir les caractéristiques des clientèles généralement rejointes par les organismes ou les établissements et celles de leurs clientèles masculines.
- 2) Connaître les principales problématiques qui concernent les hommes rejoints par les organismes ou les établissements participant à cette étude.

- 3) Faire un état des lieux, des activités, des programmes, des ressources et des services offerts aux hommes dans la région 02.
- 4) Recueillir la perception des répondants au sujet de l'adéquation entre les difficultés et besoins des hommes et les services offerts par les organismes ou les établissements.
- 5) Mettre à jour les facteurs qui soutiennent les tentatives des organismes ou des établissements pour rejoindre les hommes ainsi que les obstacles qu'ils rencontrent dans leurs efforts pour les rejoindre.
- 6) Repérer les facteurs favorables et défavorables à l'intervention auprès des clientèles masculines.
- 7) Identifier les besoins de formation des intervenants et des bénévoles dans le domaine de l'intervention ou de la relation d'aide auprès des clientèles masculines.
- 8) Connaître les plans de développement des organismes ou établissements concernant les activités, programmes, ressources et services dédiés aux hommes.
- 9) Recueillir la perception des répondants au sujet des besoins et des priorités d'action au niveau régional qui touchent les différents services préventifs et curatifs destinés aux hommes.

### **3.2 Population à l'étude**

Pour obtenir les informations correspondant à ces objectifs, une enquête a été réalisée auprès de gestionnaires d'organismes communautaires et d'établissements publics en santé et services sociaux.

### **3.3 Échantillon**

L'échantillon est composé de 311 organismes et établissements, fournisseurs d'activités, de services, de programmes ou de ressources (A.S.P.R.) à la population générale et aux hommes plus spécifiquement. Ces organismes et établissements (y compris les CSSS) font partie du répertoire 2007-2008 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Sont exclues de l'enquête les structures rejoignant exclusivement des femmes, les organismes ayant comme clientèle d'autres organismes, ceux faisant la promotion des droits, les organismes ayant des professionnels et/ou des bénévoles comme clientèle, les fondations, les groupes d'entraide anonyme et les

organismes faisant de la vente. Sont également rejoints les grandes centrales syndicales en région, les deux programmes d'aide aux employés (PAE) privés, les centres locaux d'emploi (CLE) ainsi que la Sûreté du Québec et les services de police de Ville Saguenay.

### **3.4 Collecte de données**

#### **3.4.1 Outil de collecte de données**

L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire qui se remplit sans supervision. Cette stratégie de collecte de données permet de rejoindre simultanément de nombreuses personnes, en plus de laisser beaucoup de latitude aux répondants, quant au temps alloué et au moment approprié pour le remplir (Tremblay, 1991) – un critère important pour des gestionnaires et des intervenants de terrain.

Une fois les critères d'inclusion des répondants déterminés et une première version du questionnaire élaborée, nous avons procédé à sa validation. Cette étape a été réalisée de deux manières. Tout d'abord, le questionnaire a été soumis à des chercheurs et intervenants ayant réalisé des études similaires au Québec (Germain Dulac à l'échelle provinciale<sup>9</sup>; Ellen Ward et Yvon St-Hilaire sur la Côte-Nord<sup>10</sup>) et à des intervenants du Saguenay–Lac-Saint-Jean faisant partie du Comité régional sur la santé des hommes (deux représentants d'établissements publics et deux d'organismes communautaires). À la suite de la réception de leurs commentaires et suggestions, le questionnaire a été modifié et amélioré afin d'en optimiser la complétion. Dans un deuxième temps, un prétest auprès de cinq répondants représentatifs des différents types d'organismes ou établissements constituant notre échantillon a été effectué. Ces derniers devaient remplir le questionnaire et le retourner. Une fois leurs réponses obtenues, leurs opinions, suggestions et commentaires sur le questionnaire ont été recueillis. Après avoir pris en compte l'ensemble de leurs

---

<sup>9</sup> Dans le cadre des travaux du Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, Germain Dulac a réalisé un inventaire au niveau provincial des ressources pour hommes. Ce répertoire a décrit les projets recensés selon différentes variables renseignant le lecteur à la fois sur les interventions et sur les conditions de réalisation de ces projets. Il présente les activités selon les cibles visées, leur répartition géographique, leur durée, leur financement et leur implantation.

<sup>10</sup> La Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines a amorcé la réalisation en 2007 d'une étude sur la santé et le bien-être des hommes de la Côte-Nord, *Les Nord-côtiers : ce qu'ils vivent et leur recours aux services* (Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, mai 2008).

recommandations, son contenu a été établi définitivement (voir annexe 1 pour la copie finale de ce questionnaire).

### **3.4.2 Procédure de passation du questionnaire**

Le questionnaire a été acheminé par la poste. Il était accompagné d'une lettre de présentation décrivant le projet, signée conjointement par le chercheur responsable du projet à l'UQAC et par le répondant du dossier santé et bien-être des hommes au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les coordonnées des chercheurs, la contribution attendue des répondants et une enveloppe de retour affranchie étaient jointes à l'envoi.

Le questionnaire a été transmis à 311 organismes et établissements au début du mois de mai 2008. Il comporte 35 questions ouvertes (19) et fermées (16). Celles-ci permettent d'obtenir des informations sur les items suivants :

- 1) Types et caractéristiques de la clientèle masculine.
- 2) Types de problématiques rencontrées par cette clientèle.
- 3) Types de services qui lui sont offerts.
- 4) Perceptions concernant :
  - a. L'adéquation de l'offre de service avec les besoins des hommes.
  - b. Les forces et les faiblesses des organismes et établissements pour les rejoindre.
  - c. Les facteurs favorables et défavorables à l'intervention auprès des hommes.
- 5) Besoins de formation sur la thématique de la santé et du bien-être des hommes.
- 6) Plans d'action touchant la clientèle masculine.
- 7) Perceptions au sujet des besoins et des priorités dans la région en matière de promotion de la santé et du bien-être des hommes.

Une première relance téléphonique fut réalisée entre le 30 juin et le 13 juillet 2008. À la fin de cette période, plus de 50 questionnaires étaient retournés par la poste. Au début du mois de septembre 2008, une deuxième relance téléphonique fut réalisée. Plus de 25 organismes prirent à cette occasion l'engagement de répondre dans les meilleurs délais à la sollicitation des chercheurs. Or, une troisième relance fut nécessaire. Elle fut faite cette fois par courriel

et permet de remplir une douzaine de questionnaires supplémentaires. Les deux dernières relances ont eu lieu durant la période du 7 septembre au 4 novembre 2008. Entre temps, d'autres questionnaires nous sont parvenus.

### **3.5 Taux de réponse**

Au total, 85 questionnaires ont été reçus (27,3 %) jusqu'à la mi-décembre. Trois questionnaires mentionnaient un refus de répondre et neuf autres étaient incomplets. Par conséquent, 76 questionnaires ont été finalement soumis à l'analyse (24,4 %). De ce nombre, 61 % des répondants (n=46) sont issus du Saguenay<sup>11</sup> et 39 % du Lac-Saint-Jean<sup>12</sup> (n=30).

Les principaux domaines dans lesquels œuvrent les organismes sont la famille (n=16), la jeunesse (n=11), les personnes âgées (n=14), les personnes démunies (n=9) et les organismes en santé mentale (n=10). Ces différents domaines d'intervention représentent à eux seuls 79 % des répondants. Un même nombre d'organismes (n=4) œuvrent en alcoolisme et toxicomanie ou en santé physique. Enfin, trois des organismes ayant participé à l'enquête ont comme population cible les hommes et deux, les personnes présentant un handicap physique.

Un des premiers constats qu'il a été possible d'établir a trait à l'absence de réponses émanant des établissements du réseau institutionnel parmi les questionnaires retournés à l'échéance du 4 novembre (fin de la période de relance). Dans ces conditions, les chercheurs ont choisi d'organiser une cinquième relance touchant spécifiquement ces établissements. Aussi, les résultats préliminaires présentés aux membres du Comité régional élargi le 4 décembre 2008 concernent exclusivement les organismes communautaires. Cette rencontre permet de sensibiliser les représentants des établissements et de mettre en place une stratégie afin d'obtenir leurs réponses. En janvier 2009, quelques questionnaires

---

<sup>11</sup> Le Saguenay comprend les réseaux locaux de services (RLS) de La Baie, Chicoutimi et Jonquière. Population : 163 622 habitants (source : Répertoire des ressources en santé et services sociaux, 2007-2008).

<sup>12</sup> Le Lac-Saint-Jean comprend les RLS du Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et de Maria-Chapdelaine. Population : 109 587 habitants (source : Répertoire des ressources en santé et services sociaux, 2007-2008).

émanant des CSSS nous sont parvenus. Les chercheurs et l'agence sont convenus que le traitement des questionnaires provenant des établissements serait réalisé ultérieurement.

### **3.6 Traitement des données**

L'analyse des contenus qualitatifs (questions ouvertes) a été réalisée à partir du cadre de référence élaboré à la suite de la recension de la littérature scientifique ayant trait aux réalités masculines (socialisation masculine, demande et offre d'aide des hommes) et en considérant les balises conceptuelles fournies par l'approche écologique des problèmes sanitaires et sociaux et celle de la santé publique (pratiques exemplaires, stratégies de promotion de la santé, action intersectorielle). Les affirmations des répondants ont d'abord été scindées en énoncés, car les répondants pouvaient inscrire plus d'une réponse à chacune des questions. Ensuite, chaque énoncé a été catégorisé en lien avec le cadre de référence retenu aux fins de cette enquête. Après avoir été codés, les énoncés ont été agrégés en fonction de leur caractère similaire.

Pour ce qui est des informations quantitatives, nous avons procédé à une attribution des réponses. Ainsi, pour les 16 questions quantifiables, 64 attributs différents ont été identifiés. Par la suite, le traitement des données a été fait à l'aide du logiciel Excel. Les données ont été regroupées dans un tableau de codification faisant apparaître chaque attribut, puis des tableaux croisés dynamiques ont été réalisés. Ces tableaux ont permis de créer des graphiques pour mieux visualiser les résultats de la recherche et en réaliser l'analyse. Certains des attributs ont été corrélés afin d'approfondir l'analyse des résultats. Toutefois, le nombre de répondants étant restreint, l'intérêt de telles corrélations s'avère limité. Dans le présent document, il a été choisi de présenter uniquement les corrélations statistiquement significatives.

Par conséquent, cette enquête, bien que comportant un volet quantitatif, s'intéresse principalement aux données qualitatives contenues dans ce questionnaire. Cette analyse comporte toutefois certaines limites. Les données recueillies ne font état que de ce qui se produit dans un nombre restreint d'organismes communautaires. Cette étude ne peut donc prétendre décrire l'ensemble des interventions réalisées avec les hommes dans d'autres organismes communautaires ou encore dans les services institutionnels qui n'ont pas

participé à cette étude. Néanmoins, assez rapidement, durant l'analyse des données, il a été possible d'atteindre une saturation des informations. Puisque la description des interventions spécifiques des hommes est peu documentée au Québec, tout comme au Saguenay–Lac-Saint-Jean d'ailleurs, nous espérons que le présent document pourra fournir des informations utiles aux décideurs et intervenants, et permettre la poursuite de la réflexion sur la promotion de la santé et du bien-être des hommes qui est engagée dans la région depuis 2006.

### **3.7 Cadre d'analyse de la présente enquête**

Afin de commenter les pratiques réalisées actuellement par les différents organismes ayant répondu au sondage, le cadre d'analyse repose sur trois éléments : les déterminants de la santé des hommes, l'approche écologique des problèmes sociaux et de santé et celle de la promotion de la santé.

#### **3.7.1 *La santé des hommes***

Le premier élément a trait à la compréhension de ce que vivent les hommes en regard de leur santé. Cet élément a été élaboré à partir de ce que la recension des écrits scientifiques relatifs à la socialisation masculine met à jour. Les normes de la masculinité prédisent que les hommes sont forts, silencieux, stoïques et indépendants. Le modèle de la masculinité socialement prescrit prévoit aussi que les hommes sont socialisés de manière à évaluer le succès selon l'accomplissement externe. Dès lors, les caractéristiques de la masculinité les plus susceptibles d'être transmises par la socialisation sont la compétitivité, l'agressivité, la domination, les prouesses sexuelles et athlétiques, le contrôle et le stoïcisme. Plusieurs études ont mis à jour les liens explicites qui existent entre la détresse psychologique des hommes (la dépression notamment), les comportements problématiques de certains et la manière dont ils évaluent les différents facteurs de risque et de protection (Mahalik, Good et Englar-Carlson, 2003). Selon plusieurs auteurs, les tensions de rôle de genre et les conflits qui découlent de la socialisation masculine traditionnelle ont un impact sur les dimensions à la fois intra et interpersonnelles de la vie des hommes ainsi que sur la demande d'aide (voir la recension des écrits de O'Neil, 2008). La socialisation masculine conditionne aussi l'offre de service puisqu'elle influence grandement la culture de l'intervention dans le champ de l'intervention sociale et de la santé. Cela se vérifie autant dans la perception que les

intervenants ont des hommes que dans la manière dont les services sont conçus et offerts. En considérant cette première dimension relative à la socialisation des hommes, les commentaires recueillis dans l'enquête ont été traités à la lumière des apports théoriques de l'approche écologique des problèmes sociaux et de santé et celle de la promotion de la santé (« bonnes pratiques », pratiques inclusives, action intersectorielle).

### ***3.7.2 L'approche écologique des problèmes sociaux et de santé***

Selon l'approche écologique, le développement d'une personne résulte de ses interactions avec son environnement (Bronfenbrenner, 1979). Elles se réalisent à l'intérieur de quatre systèmes : l'individu, sa famille, son milieu et la société. Il est donc important de préciser et d'agir sur les conditions qui favorisent ou freinent ce développement dans cet ensemble de systèmes complexes.

En lien avec les réalités masculines, une liste non exhaustive des principaux facteurs qui sont vus comme influençant favorablement ou défavorablement la santé des hommes a été établie. Ces facteurs sont reliés à l'individu lui-même, aux relations qu'il entretient avec les autres, dans sa famille et dans sa communauté, à son environnement immédiat ou encore à l'environnement global où il évolue. Le tableau 4 énumère ces facteurs.



**Tableau 4 : Facteurs déterminants de la santé des hommes**

Facteurs individuels	Facteurs relationnels	Facteurs liés à l'environnement immédiat	Facteurs liés à l'environnement global
<p>Les facteurs biogénétiques</p> <p>Le genre</p> <p>Les facteurs biographiques</p> <p>Les ressources psychologiques personnelles</p> <p>L'éducation</p> <p>Les habitudes de vie</p>	<p>Qualité des relations interpersonnelles</p> <p>Soutien offert par les réseaux sociaux informels et semi-formels</p> <p>Attitudes, croyances et pratiques des conjointes ou ex-conjointes relatives aux réalités masculines</p> <p>Caractéristiques de l'enfant</p> <p>Possibilité de contacts et d'échanges dans la communauté</p>	<p>Soutien à l'intégration à l'emploi</p> <p>Condition d'exercice de l'emploi</p> <p>Accès au logement</p> <p>Soutien offert par le réseau formel</p> <p>A.S.P.R. et équipements destinés spécifiquement aux hommes</p> <p>Soutien à la clientèle masculine dans les organismes et les établissements offrant des services, activités, ressources et programmes à la population générale</p> <p>Accessibilité des services, activités, ressources et programmes aux hommes</p> <p>Attitudes, croyances et pratiques des intervenants à l'égard de la clientèle masculine</p> <p>Attitudes, croyances et pratiques des amis, parents et proches relativement aux hommes</p> <p>Qualité de l'environnement physique (lieux de rassemblement, terrain de jeu)</p>	<p>Pauvreté</p> <p>Chômage et sous-emploi</p> <p>Mesures d'aide à l'intégration à l'emploi</p> <p>Politique de conciliation travail-famille</p> <p>Pratiques juridiques à l'égard de la garde partagée et du droit de visite</p> <p>Politiques sociales relatives à la santé des populations (place des hommes)</p> <p>Politiques sociales relatives à l'éducation (place des garçons)</p> <p>Médias, images, messages véhiculés sur les hommes et leurs besoins</p> <p>Définition sociétale de ce que signifie « être un homme »</p> <p>Sexisme (misandrie; misogynie) et homophobie</p> <p>Rapports égalitaires et non violents entre les personnes</p>

Dans la présente enquête, ce cadre de référence permet, au-delà du type de problématique ou des principaux motifs de consultation des hommes mentionnés par les répondants, de saisir, autant que faire se peut, les déterminants de la santé des hommes qui sont visés par les moyens d'actions mis en œuvre par les organismes. Un autre élément sur lequel s'étaye l'analyse des données est le cadre proposé par la promotion de la santé.

### **3.7.3 La promotion de la santé**

La reconnaissance mondiale de l'influence de déterminants sur l'état de santé et de bien-être des populations est à la source du développement du champ de la promotion de la santé. Cette approche invite les organismes à étendre leurs actions afin de susciter, renforcer et maintenir les conditions favorables à la santé et au bien-être des individus qu'ils rejoignent. Elle rappelle aussi que la promotion de la santé, et donc celle de la santé des hommes, ne repose pas uniquement sur les interventions des acteurs du domaine sociosanitaire, mais résulte plutôt d'une action concertée et intersectorielle.

#### Les « bonnes pratiques »

Plusieurs études publiées depuis une quinzaine d'années portant sur des programmes de promotion et de soutien à l'engagement paternel indiquent que les plus efficaces sont ceux qui comprennent de multiples interventions et qui rejoignent les pères, avant ou au moment de la naissance (Arama, 1997; Bolté, Devault, St-Denis et Gaudet, 2002; Forget, Bizot, Forer, Jarvis et Paquet, 2005; Forget, Devault et Bizot, 2009). Ce constat vient renforcer le consensus sur la santé et le bien-être de la population de même que sur la genèse de nombreuses problématiques sociales ; ces éléments sont le produit d'un grand nombre de facteurs exerçant une action synergique à multiples niveaux systémiques, ce qui entraîne l'appel à un éventail de moyens de plus en plus complexes.

Pour ce qui est des programmes de promotion de la santé et du bien-être des hommes, nous disposons de peu d'études ayant évalué rigoureusement leurs effets. Toutefois, reliée à la dimension de l'engagement paternel qui ne concerne pas tous les hommes, une évaluation d'impact d'un projet de promotion de ce type d'implication a démontré des effets positifs (Dubeau, Turcotte, Ouellet et Coutu, 2009). Ce programme propose une stratégie dite par immersion du territoire. Celle-ci invite les acteurs des divers secteurs d'une communauté à valoriser le rôle et la place du père à l'aide de différentes stratégies de promotion de la santé (multistratégies) en ciblant les divers systèmes (multicibles) qui influencent l'engagement des pères à l'égard de la santé et du bien-être de leurs enfants, en organisant plusieurs actions (intensité) sur une longue durée (continuité). L'enseignement des pratiques exemplaires appliqué à la promotion de la santé et du bien-être des hommes a justifié l'utilisation de ce cadre de référence dans la présente enquête.

## Les stratégies de promotion de la santé

Les stratégies de promotion de la santé ont été définies dans plusieurs documents dont celui de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) et le document « *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* » (Santé et Bien-être social du Canada, 1986). Ceux-ci ont en commun le regroupement des activités de promotion de la santé en grandes stratégies. Les principales stratégies retenues dans le cadre de cette enquête sont les suivantes :

La stratégie de *renforcement du potentiel* comprend un ensemble d'activités visant à accroître les habiletés de l'homme ou des personnes significatives (conjointes, amis, parents, collègues, intervenants) afin qu'ils se sentent plus compétents comme homme, qu'ils développent leur estime de soi et une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Cette démarche d'actualisation vise l'accroissement du pouvoir d'agir (*empowerment*).

La *stratégie d'influence* regroupe les activités de sensibilisation allant de la diffusion d'informations à des efforts plus structurés de persuasion visant à renforcer les attitudes et les connaissances d'une personne, d'un groupe, de décideurs ou d'une communauté à l'égard des réalités masculines et du soutien à la promotion de la santé des hommes.

Finalement, l'*aménagement du milieu* vise à modifier les milieux de vie (services publics, organismes communautaires, garderies, écoles, lieux de loisirs, milieux de travail, etc.) des hommes et de leur famille, de façon à offrir des ressources et des activités mieux adaptées à leurs besoins. De la même manière, cette stratégie leur permet, ainsi qu'aux membres de leur communauté, de se regrouper pour définir leurs propres objectifs et choisir leurs propres moyens d'action. Elle correspond aussi aux pratiques inclusives développées par certains organismes qui modifient leur environnement physique et/ou institutionnel (présentation, règlement, formulaire, etc.).

Ainsi, les interventions ciblent l'un ou l'autre des niveaux systémiques à l'aide de l'une ou l'autre des stratégies. Certaines combinaisons ne sont pas applicables. Par exemple, on ne peut utiliser le renforcement du potentiel individuel afin d'agir sur l'environnement global.

Enfin, les interventions agissent sur l'un ou l'autre des déterminants de la santé et du bien-être des hommes ou sur plusieurs à la fois. Ces déterminants sont autant des facteurs favorables que défavorables, qui prédisposent ou renforcent des attitudes, habiletés ou comportements qui facilitent le développement durable des hommes, des autres et de l'environnement. Dans le cadre de la présente enquête, les stratégies de la promotion de la santé permettent de mieux saisir la logique d'actions des répondants et ce, à partir d'un répertoire de moyens dont ils se dotent éventuellement pour rejoindre les hommes.

#### Moyens d'action (intervention)

Par moyens d'action, on entend des activités, services, programmes ou ressources (A.S.P.R.). Les quelques exemples suivants sont donnés pour illustrer chacune de ces grandes catégories.

- **Activités** : activité de loisirs, atelier en informatique, en mécanique, sortie culturelle, atelier père-enfant, conférence sur le thème de la santé des hommes, journée de l'homme, etc.
- **Services** : service de crise, centre de jour, lieu d'hébergement, garderie pour les enfants de pères dans le besoin, prêt de ressources ou de biens, etc.
- **Programmes** : subdivisés en trois types, les programmes éducatifs (enseignement aux habiletés personnelles), de soutien (groupes de soutien) et ceux de *counseling* (*counseling* de couple ou soutien thérapeutique lors d'un divorce, soutien aux victimes d'agressions sexuelles, traitement de la violence conjugale).
- **Ressources** : matériel susceptible d'être remis aux hommes : bulletins, affiches, livrets, cahiers d'exercices, livres, brochures, vidéos, etc.

#### **3.7.4 Pratiques inclusives des réalités masculines**

Les pratiques inclusives des réalités masculines tiennent compte à la fois des besoins des hommes et de leur spécificité au regard de la demande d'aide.

#### Répondre aux besoins des hommes en matière de santé

Les recommandations du rapport Rondeau (Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004) pour un plan d'action au niveau provincial touchant

les hommes révèlent qu'il est nécessaire de mettre sur pied et consolider des services d'accueil et de soutien aux hommes en situation de crise, y compris des structures d'hébergement (recommandation 2). Le rapport souligne aussi l'intérêt de prévenir le suicide (recommandation 3) qui demeure un phénomène social préoccupant pour les hommes. Le comité insiste également sur l'utilité de reconnaître et consolider les réseaux communautaires qui apportent du soutien aux hommes en difficulté, ayant des comportements violents (recommandation 6), et violentés ou agressés sexuellement (recommandation 7). Enfin, les experts préconisent de produire et multiplier les messages de promotion de saines habitudes de vie à l'intention des hommes (recommandation 8).

Par ailleurs, à l'instar de ce qui est préconisé dans le domaine de la promotion de la santé par les grandes organisations nationales et internationales œuvrant dans ce domaine (Santé Canada, MSSS, OMS), les hommes doivent jouer un rôle direct, substantiel et influent dans l'élaboration des politiques et la prise de décisions qui les touchent. De bonnes pratiques, qui tiennent compte de leurs besoins, veilleront à ce que les hommes se regroupent pour définir leurs propres objectifs et choisir leurs propres moyens d'action.

### Les particularités des hommes

Il est évident que la demande d'aide des hommes pose problème, mais plutôt que de seulement tenter de les rééduquer, il serait aussi important de développer des stratégies d'intervention appropriées. Les hommes ne demandent pas d'aide de la même façon que les femmes. Le milieu de la santé et des services sociaux a intérêt à s'ouvrir davantage à cette réalité et à revoir ses propres procédures dans sa relation d'aide auprès des hommes (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004).

Les travaux de plusieurs auteurs ont montré que les attitudes masculines traditionnelles sont reliées négativement à la volonté des hommes de demander de l'aide (voir les travaux d'O'Neil, 2008). Mais aussi que les hommes qui ont une orientation plus en accord avec la socialisation masculine traditionnelle réagissent plus positivement à des services qui sont plus conformes aux préceptes de la masculinité traditionnelle. Une implication importante reliée à cette deuxième conclusion est que, simplement changer la manière de décrire ou de présenter les A.S.P.R. peut encourager les hommes avec une conception plus traditionnelle

de la masculinité à utiliser des services qui leur seraient profitables (Blazina et Marks, 2001). Dans cette perspective, le comité provincial souligne la nécessité de former des intervenants de première ligne (recommandation 4) et d'adapter les services aux besoins des clientèles masculines (recommandation 5).

### **3.7.5 L'action intersectorielle**

Selon Turcotte, Chamberland, Blais, René, Sanchez et Tremblay (2007),

L'action intersectorielle est une condition essentielle pour réaliser des interventions basées sur la perspective écologique et une approche globale de promotion de la santé (Ouellet, Paiement & Tremblay 1995; White, Jobin, McCann et Morin, 2002). Aussi, les projets développés suivant cette logique d'action mobilisent plusieurs partenaires, représentant divers secteurs d'activité et possédant des mandats complémentaires. (p. 4)

Dans le cadre de ce type de démarches d'action concertée, le projet de promouvoir la santé des hommes s'implante selon un processus en quatre étapes comportant les enjeux et les défis particuliers suivants :

1. La mobilisation des partenaires autour d'un comité chargé de développer le projet.
2. La recherche de consensus autour d'une vision de la thématique (réalités masculines) et d'une logique d'action (vision de la solution).
3. L'élaboration d'un plan d'action annuel où s'inscrivent les A.S.P.R. des différents fournisseurs de soins de santé et sociaux.
4. L'évaluation du plan d'action.

### **3.8 Le cadre d'analyse en résumé**

Le cadre d'analyse des données de la présente enquête peut être synthétisé de la manière suivante. Il s'étaye sur trois éléments principaux. Le premier a trait à la compréhension de la spécificité des hommes au regard de la santé, notamment en ce qui concerne leur capacité à demander de l'aide et à en recevoir. Cette vision de la thématique permet de situer les réponses fournies par les organismes en fonction de ce qu'ils perçoivent de cette spécificité et de la manière dont ils adaptent leur offre d'aide en conséquence. Le deuxième élément correspond à l'approche écologique des problèmes sociaux et de santé. Cette dimension du cadre théorique permet d'envisager les facteurs déterminants de la santé des hommes en

termes de systèmes pour référer à la complexité des interactions personne/milieu. Aussi, l'approche écologique est utilisée pour saisir les systèmes qui sont visés par les actions des organismes. Elle permet de le faire en portant le regard au-delà des motifs de consultation ou des problématiques qui sont identifiées par les répondants. La troisième dimension prise en compte dans l'analyse des résultats est le cadre de la promotion de la santé qui permet de décrire les actions menées par les répondants à partir des stratégies utilisées, des moyens mis en œuvre et d'identifier les pratiques qui prennent en compte les réalités masculines. En plus de la considération des particularités des hommes, cette approche permet de saisir la mesure dans laquelle ces actions sont inscrites dans une logique intersectorielle.

Dans le chapitre suivant, les principaux résultats de l'enquête sont présentés.





## CHAPITRE 4

# PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats de l'étude sont présentés suivant l'ordre du questionnaire (voir annexe 1). Dans un premier temps, la place de la clientèle masculine dans les organismes est décrite. La deuxième partie rapporte les caractéristiques des A.S.P.R. destinés spécifiquement aux hommes. Elle est suivie de la présentation des services de crise qui leur sont offerts. En quatrième point, la manière dont les répondants perçoivent l'adaptation de leurs propres services et, plus généralement, de ceux qui sont disponibles dans la communauté est exposée. La présentation des résultats se poursuit avec une description des ressources humaines rémunérées et bénévoles engagées auprès de la clientèle masculine. Les projets de développement d'A.S.P.R. s'adressant spécifiquement aux hommes et/ou aux garçons sont par la suite identifiés par les répondants, de même que les priorités et les pistes de solution. Avant de conclure le chapitre avec les points saillants ressortant de l'inventaire, quelques corrélations significatives sont portées à la connaissance du lecteur.

### 4.1 La place de la clientèle masculine dans les organismes

#### 4.1.1 *Clientèle rejointe selon le sexe*

Parmi l'ensemble des organismes ayant participé à l'étude, près d'un organisme sur deux (n=33) a une majorité de femmes dans sa clientèle (44,0 %). Les organismes ayant autant d'hommes que de femmes (n=20) représentent un peu plus du quart des répondants (26 %) tandis que 18 % reçoivent plus d'hommes que de femmes (n=14). Il est à noter que quatre organismes n'ont pas été en mesure d'estimer la répartition de leur clientèle en fonction de leur genre et que cinq n'ont pas répondu à la question traitant du genre de leur clientèle. Par conséquent, dans l'ensemble, les femmes utilisent davantage les services des organismes communautaires sondés que les hommes.

Quant aux organismes qui reçoivent des garçons et des filles (17 ans et moins), encore une fois, la tendance indique que les filles utilisent davantage les services que les garçons. Parmi ces organismes, aucun n'a comme clientèle exclusivement que des garçons tandis que tous ces organismes accueillent des filles. Un seul de ces organismes répondants n'accueille aucun garçon.

#### **4.1.2 Proportion d'hommes dans les organismes**

Une proportion importante des organismes interrogés rejoint très peu d'hommes. En effet, près de la moitié (42,1 %) des organismes sondés (n=32) reçoit moins de 25 % d'hommes. La clientèle de près d'un tiers (32,9 %) des répondants (n=25) comprend entre 26 % et 50 % de ce type de clientèle tandis que près de 8 % des organismes (n=6) reçoivent entre 51 % et 75 % d'hommes et 9,2 %, entre 76 % à 100 %. Seulement 5 % des répondants reçoivent uniquement des hommes comme clientèle. *A contrario*, plus du double n'ont aucun homme dans leur clientèle (11,8 %). En définitive, 78 % des organismes ont moins de 50 % de leur clientèle composée d'hommes.

#### **4.1.3 Satisfaction des organismes par rapport à l'utilisation de leurs A.S.P.R. par les hommes**

Une majorité d'organismes (53 %) déclarent que leurs services sont suffisamment utilisés par les hommes contre plus d'un tiers qui prétendent le contraire (38 %). Le taux important de non-réponse (9 %) s'explique ici par le fait que la question portant sur l'utilisation suffisante ou insuffisante des services par la clientèle masculine ne figurait pas dans le pré-test réalisé auprès de cinq organismes.

#### **4.1.4 Type de la clientèle masculine fréquentant les organismes<sup>13</sup>**

Nous présentons ci-après le détail de la répartition de la clientèle masculine fréquentant les organismes sondés selon leur principale occupation, leur statut conjugal, leur statut parental et la problématique à l'origine de leur demande d'aide. Les données du tableau 5 permettent de faire les constats suivants. Lorsque les organismes connaissent les caractéristiques de leur clientèle masculine, ils déclarent que : 1) la plupart des hommes qui consultent ne sont

---

<sup>13</sup> Le taux de non-réponse à la question concernant le type de clientèle est très élevé et varie de 13,1 % à 30,2 %.

pas intégrés sur le marché du travail ; 2) la minorité vit en couple et a des enfants et que ; 3) la principale problématique à l'origine de la demande d'aide des hommes est de nature psychosociale.

**Tableau 5 : Principale occupation, statut matrimonial, statut parental et principal type de problématique de la clientèle masculine fréquentant les organismes**

Variable	Nombre	Pourcentage
<b>Principale occupation (n=76)</b>		
• Surtout en emploi	17	22,4
• Surtout sans emploi	25	32,9
• Surtout à la retraite	12	15,8
• Autres	6	7,9
• Pas de majorité	6	7,9
• Pas de réponse	10	13,1
<b>Statut conjugal (n=76)</b>		
• En couple	27	35,5
• Séparé/divorcé	5	6,6
• Célibataire	17	22,3
• Autres	7	9,2
• Pas de majorité	5	6,6
• Pas de réponse	15	19,7
<b>Statut parental (n=76)</b>		
• Avec enfant	25	32,9
• Sans enfant	19	25,0
• Autres	4	5,2
• Pas de majorité	5	6,6
• Pas de réponse	23	30,2
<b>Principale problématique des hommes (n=76)</b>		
• Problème de santé physique	12	15,8
• Problème de santé psychologique	26	34,2
• Autres	11	14,5
• Pas de majorité	6	7,9
• Pas de réponse	20	26,3
• Ne sait pas	1	1,3

#### **4.1.5 Motifs de consultation des hommes**

Le taux de non-réponse à la question concernant les motifs de consultation est trop élevé pour présenter les résultats et se livrer à une analyse pertinente de ceux-ci. En effet, il varie de 39 % à 62 %. L'explication privilégiée est que la question a été mal comprise par la plupart des répondants.

#### **4.1.6 Stratégies employées pour adapter les A.S.P.R. aux hommes**

Si une très forte proportion d'organismes reçoit une minorité d'hommes, un nombre non négligeable ont tout de même investi énergie et ressource pour ajuster leurs services aux besoins des hommes. En effet, près de la moitié des répondants (47 %) déclare que leur organisme a développé des stratégies pour adapter leurs A.S.P.R. à la clientèle masculine (n=30) comparativement à 53 % qui prétendent n'avoir rien entrepris de particulier dans ce sens (N=34).

##### Description des stratégies employées

En fonction des stratégies de promotion de la santé, les données de cette étude permettent de constater que lorsque les organismes développent des stratégies pour adapter leurs A.S.P.R. à la clientèle masculine, plus du tiers d'entre elles (35,2 %) correspondent à **la stratégie du renforcement du potentiel individuel** (25 sur 71 réponses). Ainsi, les répondants déclarent développer des activités (n=11), programmes (n=7) et ressources (n=5) spécifiques ou adapter leurs actions aux réalités masculines (n=2), sans préciser toutefois de quelle manière ils le font.

*Les activités spécifiques* développées pour les hommes sont principalement axées sur les relations père-enfant et le soutien à l'engagement paternel (n=3) ainsi que sur l'action. Parmi les activités spécifiques qui sont les plus populaires, nous retrouvons : les activités ayant une connotation instrumentale ou technique (atelier en informatique, en mécanique, en image et en son) (n=3), celles qui permettent aux hommes de développer de la convivialité avec d'autres hommes en partageant des loisirs (billard) (n=2) et celles qui privilégient des sorties à l'extérieur (journées récréatives) (n=2). Un seul organisme déclare avoir mis en place des activités sportives pour réduire les méfaits de la consommation de produits nocifs chez certains de leurs clients (n=1).

*Les programmes spécifiques* (n=7) pour les hommes correspondant aux stratégies de renforcement du potentiel individuel les plus souvent cités par les organismes sont les programmes réalisés dans le domaine de la prévention du suicide (n=3). Il s'agit notamment de ceux s'appuyant sur l'intervention de groupe d'entraide et de soutien (Transition; Trajectoires,) (n=2) et des programmes offrant du soutien aux aidants naturels (n=1). Les programmes reliés au traitement de la violence conjugale (Vivre Sans Violence, Vi-Sa-Vi; groupe thérapeutique pour conjoints ayant des comportements violents) sont cités par deux organismes (28,6 %). Un seul répondant fait mention d'un programme visant l'intégration au travail d'hommes bénéficiaires de la sécurité du revenu (Raccroche) (n=1). Une réponse ne spécifie pas la nature du programme (n=1).

*Les ressources spécifiques* (n=5) permettant de rejoindre les hommes correspondent aux outils didactiques ou de formation qui sont utilisés avec les clients masculins. Ils peuvent servir à contrer la violence conjugale ou à lutter contre l'endettement de certains hommes (n=2). Plusieurs organismes mentionnent avoir recours à la distribution de dépliants utilisant un langage adapté à la clientèle masculine (n=2) ou encore, utiliser un outil d'évaluation psychosociale qui tient compte de la différence des sexes (n=1).

Quand les organismes déclarent développer des stratégies pour adapter leurs A.S.P.R. à la réalité des hommes, plus du quart de leurs réponses (29,5 %) ont trait à la **stratégie de l'aménagement du milieu** (21 sur 71). Le plus souvent, les organismes rendent leurs A.S.P.R. plus attrayants (n=10). Ils le font notamment en recrutant des intervenants masculins ou en consolidant ce type d'emploi (n=5) et en ajustant les heures d'ouverture (n=5). D'autres façons de rejoindre les hommes en aménageant le milieu consistent pour plusieurs répondants à tenir des discours plus inclusifs (adresse aux parents plutôt qu'aux mères, invitations à tous) (n=4). Plus rarement, les organismes déclarent créer des environnements accueillants pour les hommes (salle d'attente avec des revues plus « masculines ») (n=1) ou adapter leur programme au milieu de travail des hommes qu'ils veulent rejoindre (n=1).

Quand les organismes déclarent qu'ils développent des stratégies pour adapter leurs A.S.P.R., 26,7% de leurs réponses sont relatives à la **stratégie de l'influence** (n=19 sur 71

réponses). Ils le font principalement en diffusant des outils de promotion de leurs A.S.P.R. dans d'autres organismes ou auprès des hommes directement (n=4). La formation est un autre moyen pour les répondants de renforcer les attitudes et les connaissances des professionnels à l'égard des réalités masculines et de soutenir l'intervention axée sur les hommes (n=3). Ils organisent dans une proportion semblable des conférences ou des ateliers d'information à l'intention de la population générale pour la sensibiliser à la promotion de la santé des hommes (n=3). La participation à diverses instances de concertation est aussi mentionnée parmi les stratégies utilisées par les organismes quand ils réalisent ce type d'efforts de persuasion (Comité régional de la santé des hommes, comité de travail thématique) (n=3). Dans une moindre mesure, les actions de marketing social sont mentionnées à deux reprises. Elles permettent de susciter le changement de mentalité envers la santé masculine au sein de la population générale et auprès des hommes eux-mêmes (messages de prévention, annonces publicitaires) (n=2). D'autres stratégies d'influence sont mises de l'avant de façon plus marginale. Il en va ainsi du bouche-à-oreille (n=1) et du recours à la conjointe pour rejoindre le client (n=1).

Bien que leurs activités ne s'adressent pas spécifiquement aux hommes (banque alimentaire, centre de jour), deux répondants (2,8 %) mentionnent qu'ils ont adapté leurs A.S.P.R. pour rejoindre ce type de clientèle.

Quatre réponses sur 71 (5,6 %) n'entrent pas dans le cadre d'analyse des stratégies de promotion de la santé. Ces répondants mentionnent que le fait qu'une majorité d'hommes fréquentent l'organisme est un déterminant du succès des actions mises en œuvre pour ce type de clientèle.

Parmi les 30 organismes qui développent des stratégies pour rejoindre les hommes, ils sont nombreux à utiliser au moins deux types de moyens pour le faire (44 %). Le plus souvent, les répondants déclarent qu'ils combinent des A.S.P.R. en vue de renforcer le potentiel individuel de leur clientèle masculine avec des stratégies visant à aménager le milieu. Ils sont plus rares à recourir aux trois stratégies à la fois.

### Cibles de l'intervention en lien avec les stratégies employées

Les cibles de l'intervention se déclinent selon les quatre niveaux systémiques de l'approche écologique des problèmes sociaux et de santé.

Les hommes (facteurs individuels) constituent la cible principalement touchée par les A.S.P.R. développés par les organismes. Ils le sont la plupart du temps à travers des actions ponctuelles ou continues qui s'appuient sur la stratégie du renforcement de leur potentiel individuel. Elles visent tantôt à développer leurs compétences personnelles, sociales et relationnelles (services psychoéducatifs et éducatifs), tantôt à briser leur isolement (centre de jour, hébergement) ou à favoriser les échanges entre hommes (activités sociales, loisirs, sorties culturelles). Plusieurs répondants offrent des A.S.P.R. qui visent la résolution de problème ou le traitement de troubles spécifiques, somatiques ou de santé mentale (toxicomanie, alcoolisme, violence, maladie d'Alzheimer). Les A.S.P.R. ciblant les hommes peuvent correspondre à des interventions individuelles (suivi, relation d'aide) ou à des activités de groupes (groupe d'entraide et de soutien, thérapeutique ou de discussion).

En ce qui a trait aux facteurs relationnels, les A.S.P.R. ciblent presque exclusivement la relation père-enfant. Quelques actions sont menées en vue de favoriser la possibilité de contacts et d'échanges dans la communauté (implication communautaire, appartenance à des groupes sociaux). Deux A.S.P.R. visent le soutien offert par les réseaux sociaux informels et semi-formels (réseau d'aidants naturels dans le cadre de la prévention du suicide, soutien aux aidants naturels dans le champ de la maladie d'Alzheimer). En revanche, la qualité des relations interpersonnelles (conjointe ou ex-conjointe, enfants, collègues de travail, proches parents et amis) n'est pas ciblée par les répondants. C'est le cas aussi des attitudes, croyances et pratiques des conjointes ou ex-conjointes relatives à l'engagement paternel qui ne sont jamais prises en compte dans le développement d'actions pour promouvoir la santé des hommes.

Quand les facteurs de l'environnement immédiat (milieu de vie) sont ciblés par l'intervention, les répondants créent ou adaptent des A.S.P.R. qui sont inclusifs de la spécificité de genre masculin. Ils conduisent ces projets en faisant preuve d'un esprit d'ouverture vis-à-vis des hommes et des difficultés qu'ils vivent ainsi qu'en se rendant disponibles à leurs besoins.

L'aménagement du milieu afin de favoriser l'accessibilité des services est valorisé quand il s'agit d'intervenir dans ce système (horaires de fin de journée ou de soirée). Plus rarement, les organismes développent des A.S.P.R. visant l'intégration à l'emploi ou participent à des instances régionales de concertation ayant pour thème central la santé des hommes ou abordant ce sujet (comités de travail, tables de concertation). De façon encore plus marginale, les attitudes et les pratiques des intervenants à l'égard des hommes sont soutenues par quelques activités de formation pour le personnel et les bénévoles des organismes. Dans la même proportion, un organisme souligne qu'il utilise l'approche différenciée selon le sexe (ADS) lors des évaluations de la clientèle et qu'il en fait la publicité auprès de ses collègues.

Les A.S.P.R. touchant les facteurs reliés à l'environnement global sont plus rares. Il est le plus souvent question de conduire des actions de marketing social visant à créer des modèles d'homme crédibles et positifs. Quelques réponses portent sur les messages que les organismes véhiculent sur les hommes et leurs besoins dans les médias. Un répondant participe à la redéfinition sociétale du succès à travers une campagne intitulée « Demander de l'aide, c'est fort! ». La participation des organismes à des instances régionales de concertation ayant pour thème central la santé des hommes ou abordant ce sujet (comité, tables), en plus d'avoir des incidences très directes dans l'environnement immédiat des hommes, a le potentiel d'influencer les politiques sociales dans plusieurs domaines (santé et services sociaux, jeunesse, pauvreté, etc.).

La plupart des organismes développent des A.S.P.R. qui visent seulement une cible parmi les quatre niveaux systémiques (individu, système relationnel, environnement immédiat, environnement global). Un tiers des répondants touchent au moins deux cibles grâce à leurs A.S.P.R. Le plus souvent, ils développent des actions adaptées à la spécificité masculine et rendent leurs A.S.P.R. plus accessibles par l'utilisation de diverses stratégies (horaire, embauche d'intervenants masculins, implication d'hommes bénévoles). De manière moins fréquente, en plus d'A.S.P.R. adaptés à ce qu'ils perçoivent des particularités de la clientèle masculine et l'accessibilité optimale des services, ils proposent à leur personnel et aux bénévoles des actions de sensibilisation ou de formation. Seuls de rares organismes touchent les quatre niveaux systémiques au moyen des A.S.P.R. qu'ils offrent aux hommes. C'est notamment le cas de ceux qui développent des activités adaptées, favorisent l'accès à



leurs A.S.P.R., forment leur personnel et les bénévoles, participent à des instances régionales de concertation et conduisent des actions de marketing social.

#### Raisons pour lesquelles aucune stratégie n'est employée

Parmi les 34 répondants qui ne développent pas de stratégies pour adapter leurs A.S.P.R., une large majorité de réponses (56 %) ont trait au fait que les organismes déclarent ne pas utiliser de moyens pour rejoindre les hommes car ils s'adressent autant à ces derniers qu'aux femmes (« pas de différence », « traitement égalitaire ») (n=22 sur 39 réponses). Pour plusieurs organismes (n=7), adapter leurs A.S.P.R. ne représente pas une priorité. Le manque de moyens financiers (n=3) et le fait que certains répondants déclarent avoir peu ou pas de difficulté à rejoindre les hommes (n=3) sont deux raisons avancées par quelques organismes. Finalement, le déficit en formation des intervenants (n=2) et l'absence de clientèle masculine dans l'organisme (n=2) sont évoqués plus rarement.

#### **4.1.7 Caractéristiques des A.S.P.R. destinés spécifiquement aux hommes**

Plus des deux tiers (71 %) des organismes n'offrent pas spécifiquement d'activités, de services, de programmes ou de ressources (A.S.P.R.) aux hommes. Les motifs évoqués pour ne pas le faire sont sensiblement les mêmes que ceux mis de l'avant pour justifier l'absence d'utilisation de stratégies pour adapter leurs A.S.P.R. à la réalité et aux besoins des hommes. Les principales raisons évoquées sont : 1) le fait de ne pas faire de différence entre les individus eu égard à leur sexe ; 2) la mission de l'organisme qui s'adresse à la population en général ; 3) le fait que ce type de projet ne soit pas une priorité ou encore que ; 4) le temps et l'argent manquent pour se préoccuper de ce dossier. Une minorité d'organismes (22 %) cible spécifiquement les hommes. Ils le font dans une large part en les rejoignant directement à travers des A.S.P.R. qui s'appuient sur la stratégie du renforcement du potentiel individuel du client (46,6 %).

Aucun organisme ne se démarque en fonction du secteur où il œuvre. Les répondants, indépendamment du secteur où ils interviennent, ont une forte tendance à ne pas offrir d'A.S.P.R. spécifiquement aux hommes. Cependant, cet écart est moins important du côté des organismes œuvrant en santé mentale.

Peu d'organismes (n=23) ont répondu à la question visant à savoir quels étaient les domaines de leurs interventions spécifiques à l'intention des hommes. Cependant, la majorité d'entre eux déclare intervenir dans plus d'un domaine (n=13). Les autres sont partagés entre les domaines psychologique (n=2), social (n=2) et de la culture, du loisir et des sports (n=2). Deux réponses indiquent que les organismes interviennent dans d'autres domaines sans que ceux-ci ne soient toutefois spécifiés.

Quant aux types d'A.S.P.R. destinés spécifiquement aux hommes que les organismes mettent en œuvre (n=38), le tableau 6 permet de constater que près du tiers (31,5 %) entrent dans la catégorie des services spécialisés et que près du quart (23,7 %) d'entre eux sont soit des interventions de groupe ou des activités de loisirs, artistiques, culturelles, sociales ou sportives. Ces A.S.P.R. destinés spécifiquement aux hommes sont proposés le plus souvent dans les locaux des organismes qui les ont mis en place (23 sur 38 réponses). Près de la moitié de ces répondants (45,7 %) offrent leurs A.S.P.R. une fois par semaine, tandis que les autres répondants les offrent à des fréquences pouvant considérablement varier allant de deux fois l'an à quelques fois par semaine ou à tous les jours. Près du tiers (27 %) de ces A.S.P.R. sont offerts en soirée seulement et 18,9 % le sont exclusivement pendant les après-midi. Les autres grilles horaires où sont offerts les A.S.P.R. varient considérablement d'un organisme à l'autre, par exemple, en matinée seulement, pendant le jour et la nuit, toute la journée, etc. Quant aux problèmes que les organismes veulent contrer ou diminuer chez leur clientèle masculine, les réponses sont très variées. Les trois problèmes les plus souvent cités demeurent : l'itinérance et les dépendances (14,8 %), l'isolement (11,1 %) et l'engagement paternel (9,2 %).

**Tableau 6 : Type d'A.S.P.R. destinés aux hommes (n=38)**

<b>A.S.P.R.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Services spécialisés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hébergement (n=3)</li> <li>• Centre de jour (n=2)</li> <li>• Services éducatifs et psychoéducatifs (n=2)</li> <li>• Traitement de la VC (n=1)</li> <li>• Intégration à l'emploi (n=1)</li> <li>• Travail de rue (n=1)</li> <li>• Suivis individuels (n=1)</li> <li>• Service d'entraide (n=1)</li> </ul>	12	31,5
<b>Activités de loisirs, artistiques, culturelles, sociales, sportives</b>	9	23,8
<b>Interventions de groupe :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes d'entraide et de soutien (n=4)</li> <li>• Groupes thérapeutiques (n=3)</li> <li>• Groupes de discussion (n=1)</li> <li>• Groupe convivial (n=1)</li> </ul>	9	23,8
<b>Activités père-enfant</b>	4	10,5
<b>Rencontres diverses :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Café-rencontre (n=1)</li> <li>• En milieu de travail (n=1)</li> </ul>	2	5,2
<b>Implication d'hommes bénévoles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur un conseil d'administration (n=1)</li> </ul>	1	2,6
<b>Indéterminée</b>	1	2,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Coût des A.S.P.R. destinés aux hommes

Sur 54 réponses, dans 62,0% des cas, les A.S.P.R. sont offerts gratuitement à la clientèle tandis que 10 % des répondants déclarent charger des frais selon le revenu des participants ou offrir gratuitement leurs services aux clients présentant des difficultés financières. Les 28 % restants font payer leurs services.

#### **4.1.8 Ressources consacrées aux A.S.P.R. destinés spécifiquement à la clientèle masculine**

##### Ressources humaines

###### *Les employés rémunérés (33 répondants)*

Les organismes sondés consacrent selon les cas de 1 à 19 employés équivalant à un temps plein aux A.S.P.R. destinés spécifiquement à la clientèle masculine.

###### *Les bénévoles (33 répondants)*

Les organismes sondés consacrent selon les cas de 1 à 80 bénévoles aux A.S.P.R. destinés spécifiquement à la clientèle masculine.

##### Ressources matérielles

Sur l'ensemble des 25 organismes ayant répondu à la question traitant des ressources matérielles qu'ils consacrent à leurs A.S.P.R. spécifiquement destinés aux hommes, 11 d'entre eux ont déclaré avoir du matériel promotionnel (dépliant, affiche, publicité) mis à la disposition de la clientèle masculine. Neuf de ces réponses ont trait à du matériel didactique (jeu « entre pères ») ou ludique en lien avec l'activité développée ou le sujet abordé avec les hommes et/ou avec les garçons. Dans deux réponses, il est fait mention de la mise à disposition de locaux. Pour ce qui est des ressources matérielles mentionnées à une seule reprise, les réponses correspondent à diverses autres ressources (par exemple, petit matériel pour réaliser les activités; « petit journal » interne; dépliant de différents organismes mis à la disposition des hommes et/ou des garçons).

##### Ressources financières

Les organismes consacrent selon les cas de 10 % à 80 % de leur budget annuel global aux A.S.P.R. destinés spécifiquement à la clientèle masculine. La moitié d'entre eux y consacre entre 10 % et 40 % de leur budget tandis que 14 % déclarent que cela est « difficile à dire » ou qu'ils ne connaissent pas le montant qu'ils réservent à ce type d'A.S.P.R. Dans la même proportion, ils déclarent ne pas investir financièrement dans ce domaine d'intervention.

#### **4.1.9 Référence de la clientèle à d'autres organismes (72 réponses)**

Quand les organismes ne peuvent pas répondre aux besoins des clients, le plus souvent, ils réfèrent les hommes à un autre organisme communautaire (44,4 %) ou dans un établissement public (37,5 %) tandis que 4 % ne font aucune référence. Le secteur privé (clinique médicale) et les professionnels (psychologues, infirmiers, médecins, travailleurs sociaux) sont cités de façon marginale par les répondants (1,4 % par item).

## **4.2 Les services de crise**

### **4.2.1 Les A.S.P.R. de crise pouvant être utilisés par les hommes**

Parmi l'ensemble des répondants, seulement 15 organismes (20 %) offrent des A.S.P.R. de crise (six répondants en offrent deux ou trois). Les A.S.P.R. de crise offerts par ces ressources sont au nombre de 21. Ce type d'A.S.P.R. consiste principalement en des interventions de crise (28,6 %) sans que leur nature soit spécifiée, en des rencontres individuelles (19 %). Certains organismes mettent également à la disposition de la clientèle des lits d'urgence ou de crise (14,3 %) ou encore, fournissent des références (9,5 %). Plus rarement (4,7 % par item), les organismes déclarent offrir des services de garde (téléphonique, assuré par un professionnel), une écoute téléphonique, ou encore une intervention utilisant ce moyen de communication. Dans la même proportion, deux organismes prétendent réaliser un accompagnement en situation d'urgence et mettre à la disposition de la clientèle en crise un travailleur social.

#### Proportion des hommes utilisant les A.S.P.R. de crise

La proportion des hommes présents dans les services de crise varie d'un organisme à l'autre et d'un service à l'autre pour ceux qui en offrent plusieurs (deux ou trois par organisme). Dans presque la moitié de ces interventions (48 %), on retrouve de 5 % à 35 % d'hommes. Dans 28,5 % des cas, les A.S.P.R. de crise rejoignent entre 40 % et 60 % de ce type de clientèle tandis que 14 % touchent entre 80 % et 100 % d'hommes. Il faut souligner que 9,5 % des répondants n'ont pas fourni d'information sur cette question.

#### **4.2.2 Disponibilité, durée et coût des A.S.P.R. de crise pour la clientèle masculine**

Sur l'ensemble des 15 organismes offrant des services de crise, plus du tiers (38,9 %) ont indiqué que leurs A.S.P.R. de crise étaient disponibles 5 jours sur 7. Un tiers (33,3 %) correspond aussi à une disponibilité 7 jours sur 7 sans préciser toutefois si les A.S.P.R. en question le sont 24 heures sur 24. Plus de 10 % des organismes ont fait mention d'une accessibilité de six jours sur sept (16,7 %) tandis que 11 % révèlent que leurs organismes offrent des services de crise sur rendez-vous ou en journée seulement (de 8 h 30 à 16 h 30) (5,5 % par item). La durée des interventions de crise est principalement variable (30,7 %) ou dépend des besoins des clients (23 %). Le plus souvent, les A.S.P.R. de crise sont offerts gratuitement à la clientèle (89 % des réponses). Sinon, le client en crise paye 2 \$ par nuit ou participe à l'amortissement de petits frais administratifs éventuels reliés à l'intervention, par exemple, le coût des photocopies. Les problèmes rencontrés chez les hommes utilisant les services de crise sont des plus variés. Le problème le plus souvent mentionné (n=6) demeure celui de la dépendance envers l'alcool et la drogue. Les problèmes familiaux, l'itinérance et des difficultés liées au rôle de père demeurent également des éléments qui ont été mentionnés par au moins trois organismes (3 sur 15). Des problèmes de santé mentale comme la présence de manifestations dépressives ou de détresse psychologique, des troubles d'adaptation ou des difficultés subséquentes à une séparation, un divorce ou une peine d'amour ont également été mentionnés par deux organismes tout comme les crises psychosociales.

#### **4.2.3 Référence de la clientèle masculine en crise**

Dans presque la moitié des 15 organismes offrant des services de crise (40,6 %), les hommes se sont adressés à eux à la suite de références effectuées par des établissements publics tandis que 9 autres considèrent que les hommes qui les consultent n'y viennent pas à la suite d'une référence d'un établissement public ou d'un autre organisme communautaire. Dans ces cas de figure, les répondants déclarent que les hommes viennent volontairement (n=3), qu'ils ont vu une annonce dans les médias (n=2) ou encore, qu'ils ont été informés par le bouche-à-oreille (n=1). Trois de ces réponses correspondent à aucune référence sans fournir d'explication supplémentaire. Les hommes référés le sont dans la même mesure aux organismes communautaires (43 %) et au réseau institutionnel (40,3 %).

Certains des répondants (9 sur 15) ont aussi mentionné qu'ils mobilisent les réseaux informels ou semi-formels pour rejoindre la clientèle masculine. La conjointe est mentionnée à deux reprises, les amis de la famille le sont dans la même mesure. Pour le reste, chacun des énoncés suivants l'est une fois : camarades, employeur, famille d'accueil, autres usagers et responsable de résidence. Dans 12,8 % des cas, les répondants mentionnent aussi que les services Info-Social et Info-Santé leur réfèrent des clients.

#### **4.2.4 Outils d'évaluation du risque suicidaire**

La moitié des organismes offrant des services de crise ont développé ou utilisent des outils d'évaluation du risque suicidaire auprès de la clientèle masculine. C'est le COQ (Comment? Où? Quand?) qui est utilisé le plus souvent. Viennent ensuite les outils développés par le Centre de prévention du suicide 02 (formation, soutien clinique). Environ 39 % déclarent ne pas recourir à des outils d'évaluation du risque suicidaire et 10 % ne fournissent pas de réponse ou déclarent ne pas savoir.

### **4.3 L'adaptation des services**

#### **4.3.1 Perception des A.S.P.R. offerts par les organismes**

La grande majorité des organismes (84 %) se déclarent satisfaits de leurs A.S.P.R. qu'ils trouvent bien (55 %) ou très bien adaptés (29 %) à la clientèle masculine tandis que 12 % estiment que leurs services sont peu ou pas du tout adaptés aux caractéristiques ou aux besoins des hommes. Parmi ceux-là, 11 % les évaluent peu ou pas du tout adaptés.

Parmi les répondants qui évaluent positivement leurs A.S.P.R., plusieurs réponses soulignent que cela est dû au fait qu'ils s'adressent autant aux hommes qu'aux femmes, qu'ils ne font pas de différence et réservent aux deux sexes un traitement égalitaire (26,5 %). Plus du cinquième (21,8 %) des réponses fournies par les organismes le sont en des termes génériques, par exemple, « nos services sont bien adaptés parce que nous nous adressons à toutes les personnes âgées ». Enfin, parmi les tendances qui sont marquées plus nettement, 14 % déclarent que leurs A.S.P.R. sont adaptés à la clientèle masculine en termes d'heures d'ouverture, de type d'activité ou encore parce que des hommes participent

aux prises de décision de l'organisme; autant de raisons pour eux d'être satisfaits des A.S.P.R. qu'ils offrent.

Pour leur part, les 11 % de répondants qui se montrent peu ou pas satisfaits des services mettent de l'avant le plus souvent leur manque de ressources financières. Ensuite, dans la même proportion, viennent le besoin non comblé d'hébergement et de lits de crise, le manque d'employés, le manque de personnel masculin, la standardisation de l'intervention qui ne prend pas assez en compte les réalités masculines, les horaires peu adaptés ou encore une majorité de femmes dans leur clientèle et le peu de pères parmi celle-ci. À une seule reprise, les énoncés suivants ont été mentionnés : la disponibilité de l'équipe, le manque de bénévoles ou d'outils d'intervention et le fait que les activités s'adressent exclusivement aux jeunes mères. Un organisme mentionne que la question n'est pas pertinente, car il offre des soins palliatifs et trois autres (4,0 %) ne se prononcent pas.

#### ***4.3.2 Perception des A.S.P.R. offerts dans la communauté***

Une majorité d'organismes évaluent positivement les A.S.P.R. disponibles dans la communauté (51 %) parce qu'ils estiment que les services offerts dans leur communauté sont très bien (5 %) ou bien adaptés (46 %) à la réalité des hommes, tandis que 41 % jugent qu'ils le sont peu (1 %) ou pas du tout (40 %). À peine 8 % de répondants ne se sont pas prononcés sur la question.

Les organismes dédiés aux personnes âgées sont les plus satisfaits des A.S.P.R. offerts dans la communauté. Ils les trouvent adaptés à la clientèle masculine. Les répondants œuvrant dans les ressources pour personnes démunies sont eux aussi plutôt satisfaits des services de la communauté qui sont offerts aux hommes. En revanche, les organismes œuvrant dans le champ de la santé mentale ont une nette tendance à être insatisfaits des services offerts dans la communauté. Pour ce qui est des autres organismes, les résultats sont très mitigés.

#### ***4.3.3 Contribution des organismes***

La majorité des organismes sondés (79 %) estiment bonne ou très bonne leur contribution à l'offre d'A.S.P.R. aux hommes. Ils déclarent, entre autres, que ce qu'ils proposent « répond



aux besoins des pères », qu'ils font preuve d'une « bonne ouverture d'esprit » envers de la clientèle masculine ou encore que leurs « services sont adaptés aux particularités des hommes par rapport à la demande d'aide ». Plusieurs répondants valorisent le fait qu'ils sont à l'écoute des hommes et de leurs besoins, qu'ils permettent de briser l'isolement de certains d'entre eux ou encore que grâce au non-jugement et à la valorisation du potentiel de leur client, ils parviennent à créer un climat de confiance. Ce type de climat permet selon les répondants de faire en sorte que « de plus en plus d'hommes constatent qu'ils ont leur place dans l'organisme ».

Plus du cinquième des répondants (21 %) des répondants estiment qu'ils contribuent moyennement ou peu à l'offre d'A.S.P.R. dédiés aux hommes. Ces organismes mettent de l'avant qu'ils ne savent pas toujours où référer leurs clients, qu'ils essaient de répondre à leurs besoins, mais que cela n'est pas facile pour eux, sans préciser toutefois la nature de ces difficultés. D'autres soulignent que les organismes offrent bien souvent des « environnements plutôt féminins » et que les hommes sont moins à l'aise dans ce type de contexte d'intervention.

#### **4.3.4 Forces et obstacles rencontrés dans l'intervention auprès des hommes**

##### Les forces (« bons coups »)

Les forces perçues par les organismes dans l'intervention auprès des hommes sont d'abord reliées aux A.S.P.R. offerts (52,6 % des réponses). Les répondants signalent que leurs « bons coups » sont associés au fait d'avoir su adapter leurs A.S.P.R. à la spécificité de la clientèle masculine. Ainsi, plusieurs soulignent que les A.S.P.R. axés sur l'action et l'extérieur (sorties culturelles, loisirs de plein air, activités sociales) sont des « formules gagnantes ».

Le fait de rendre leurs A.S.P.R. plus accessibles est présenté comme un facteur déterminant dans l'intervention auprès des hommes (23,7 %). C'est notamment le cas lorsqu'ils proposent des horaires différents et impliquent des hommes (personnel rémunéré et bénévole) dans l'organisation et la réalisation des A.S.P.R. Dans la même mesure, l'ouverture des organismes sur les réalités masculines et leur disponibilité envers les hommes sont d'autres atouts pour plusieurs répondants.

Les hommes eux-mêmes sont perçus comme faisant partie de la solution (16,1 %). Plus les hommes sont présents, participent aux A.S.P.R. et en tirent satisfaction, plus il est facile de développer et de consolider une pratique d'intervention pour eux.

La perception d'avoir réalisé de « bons coups » dépend aussi des résultats obtenus (10,0 %). Mener des actions avec les hommes sur le moyen terme nécessite de vivre comme intervenant des expériences positives avec eux et suppose de pouvoir s'appuyer sur des exemples de réussite.

#### Les difficultés rencontrées (obstacles)

Ce qui rend difficile l'intervention pour un grand nombre de répondants, ce sont les hommes eux-mêmes (40,6 % des réponses) eu égard à leur socialisation. Pour plusieurs, cette dernière a des conséquences négatives sur leur capacité à demander de l'aide et à en recevoir. Elle a aussi un impact négatif sur leur acceptation de la maladie et des traitements ainsi que sur la persévérance dans ceux-ci. Plusieurs réponses mettent en exergue les difficultés liées à l'absence de participation des hommes aux A.S.P.R.

Plus du tiers des informations fournies par les organismes (35,4 %) font référence au manque d'intervenants masculins et à une formation inadéquate des professionnels au sujet des spécificités de la clientèle masculine. Certains répondants associent les difficultés à ce qu'ils nomment une « féminisation » des professions sanitaires et sociales; ce phénomène est présenté par les organismes le citant comme un obstacle important dans leur tentative pour rejoindre les hommes. Quant au fonctionnement des organismes, le manque de financement est mentionné par plusieurs comme étant un facteur de vulnérabilité des structures. Les moyens financiers insuffisants compromettent la stabilité des organismes ainsi que leur capacité à intervenir intensivement et de façon durable auprès des hommes. Plus spécifiquement, en lien avec les limitations budgétaires, le manque de personnel est évoqué comme étant un frein au fait de mener des actions qui s'adressent aux hommes.

Près de 12,5 % des réponses formulées par les organismes sont relatives aux difficultés liées au travail en réseau et au manque de concertation. La « lourdeur » de certaines

problématiques complexifie également la tâche de certains intervenants (11,4 % des réponses). Il est question principalement des situations de dépendance (alcoolisme, toxicomanie), de violence, de harcèlement et de pauvreté.

#### **4.3.5 Facteurs intervenant dans le développement ou la consolidation des services adaptés aux besoins des hommes**

##### Les facteurs favorables pour travailler avec les hommes

Plusieurs facteurs favorables à l'intervention sont identifiés. Tout d'abord, en lien avec les organismes ou l'intervention (37,2 % des réponses), les répondants mettent de l'avant le plus souvent l'ouverture du milieu et la volonté de rejoindre la clientèle masculine (n=6). Ensuite, la présence d'intervenants masculins (n=5), la spécificité de l'organisme (n=4) et le fait de rendre un service qui rejoint les préoccupations des hommes ainsi que leurs besoins (n=4) sont déterminants dans la réalisation des A.S.P.R. Développer ou consolider des A.S.P.R. adaptés aux hommes, pour plusieurs répondants, nécessite d'avoir des intervenants expérimentés (n=3) et de faire la promotion des ressources (n=3) sans que soit spécifié s'il s'agit de la faire auprès des autres organismes ou auprès des hommes eux-mêmes. Viennent ensuite le budget adéquat, la reconnaissance institutionnelle (n=2) et la formation des intervenants à l'intervention auprès de la clientèle masculine (n=2). Plus rarement (n=1 par item), quelques réponses ont trait à la stabilité de l'organisme, à l'intérêt de travailler dans une équipe multidisciplinaire et enfin, au fait de ne faire aucune différence entre les clients en raison de leur sexe.

Plus du tiers des répondants (34,5 %) soulignent que les A.S.P.R. sont déterminants dans le travail avec les hommes quand ils sont adaptés à la spécificité masculine, par exemple l'action versus l'émotion (n=17), et accessibles aux hommes, notamment les horaires (n=12). Un seul répondant mentionne que l'une des conditions de succès réside dans le fait d'offrir des A.S.P.R. s'adressant aux deux sexes.

En lien avec les hommes eux-mêmes (22 %), ce qui semble faire la différence aux yeux des répondants est la présence de clients dans l'organisme (n=9) et le fait que les hommes aient des besoins « criants » ou spécifiques (n=5). L'implication d'hommes dans l'organisation des A.S.P.R. (n=1), le fait que certains clients partagent la même problématique (n=1) et que les

hommes soient satisfaits des A.S.P.R. (n=1) sont d'autres facteurs mis de l'avant. Dans la même mesure, quelques rares réponses fournies par les organismes ont trait à l'importance de pouvoir collaborer avec des femmes (sans que soit précisé s'il est question de la conjointe ou ex-conjointe, de la mère des enfants) et aux caractéristiques des hommes quand ceux-ci répondent aux exigences de la relation d'aide (« honnête, sobre, disponible »). Quelques réponses (5,8 %) portent sur l'importance du partenariat et du travail en réseau (n=3), sur le caractère facilitant pour un organisme d'être reconnu institutionnellement (n=1) ainsi que sur l'intérêt de l'existence d'un comité régional sur la santé des hommes (n=1).

### Les facteurs défavorables pour travailler avec les hommes

Plusieurs facteurs défavorables à l'intervention sont identifiés en lien avec les organismes ou l'intervention (45,6 %). C'est ainsi que les répondants ont mis de l'avant que le manque de financement (n=10) et d'intervenants masculins sont les deux principaux éléments qui nuisent à la mise en place d'A.S.P.R. qui correspondent aux besoins des hommes. Le déficit en formation du personnel des organismes sur le sujet de l'intervention auprès des hommes (n=4) et la méconnaissance des ressources sont également problématiques. Des organismes (n=3) considèrent aussi que la surreprésentation des femmes dans le champ de l'intervention, le manque d'outils pour intervenir adéquatement auprès des hommes et plus généralement, une méconnaissance des besoins des hommes sont des facteurs défavorables à l'intervention auprès de la clientèle masculine. À deux reprises, le temps de réponse trop long à la demande d'aide des hommes qui « veulent tout, tout de suite » a été mis de l'avant. Le manque de bénévoles masculins, l'absence d'organismes s'adressant spécifiquement aux hommes ou, au contraire, l'étiquetage « ressource hommes » ont aussi été nommés à une reprise en tant que facteurs défavorables à l'intervention auprès de la clientèle masculine.

En lien avec l'environnement immédiat, plusieurs organismes (27,1 %) soulignent que le manque de promotion des ressources est un handicap dans l'intervention auprès des hommes. Elle l'est tant du point de vue des hommes eux-mêmes qui méconnaissent les A.S.P.R. que des acteurs du réseau qui se trouvent bien souvent dans la même situation. Le manque de concertation (n= 2), l'investissement insuffisant dans la prévention (n= 2), le fait

d'intervenir dans une petite communauté (« on est dans un petit milieu ») (n= 2), l'isolement que l'on peut vivre dans ce genre de milieu de vie (n= 2) et le fait que la mobilité des individus y soit réduite à cause de transports en commun insuffisants (n= 2) sont évoqués comme étant des facteurs défavorables. Dans la même mesure sont évoquées les démarches rarissimes pour rejoindre les hommes dans leurs milieux de vie ou de travail. Le manque de ressources en santé mentale et la méconnaissance des intentions du Comité régional sur la santé des hommes mis en place par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont aussi été nommés à une reprise en tant que facteurs ne favorisant pas le déploiement d'A.S.P.R. pour les hommes.

En lien avec l'environnement global, 17,3 % des répondants ont mis de l'avant que les préjugés et les stéréotypes véhiculés sur les hommes (n=4) ne facilitent pas le travail axé sur eux. Dans une moindre mesure (n=2 par item), plusieurs autres facteurs défavorables liés à l'environnement global sont cités. Il s'agit de la tendance à dénigrer les hommes, du manque de modèles crédibles et positifs, de la méconnaissance des réalités masculines, de la médiatisation des cas extrêmes et de la publicité faite autour des groupes masculinistes radicaux.

#### **4.4 Le personnel et les bénévoles**

##### ***4.4.1 Caractéristiques des employés rémunérés engagés dans les organismes***

Une large majorité des organismes (65,8 %) ayant participé à cette enquête emploient moins de 10 personnes rémunérées tandis que 36 % ont entre un et cinq employés à leur service et 11,8 % n'ont pas de personnel. Près de la moitié des organismes sondés (48,6 %) ont entre un et cinq intervenants à leur service tandis que plus du tiers (37,5 %) n'en emploient aucun. Moins de la moitié des répondants (41,3 %) comptent des hommes dans leur personnel psychosocial tandis qu'une large majorité des organismes n'en ont pas (58,7 %).

Pratiquement deux tiers des organismes sondés (66,2 %) déclarent que leurs employés rémunérés ne sont pas formés pour intervenir auprès des hommes tandis que 33,8 % prétendent le contraire. Les employés rémunérés qui ont reçu une formation pour intervenir auprès de la clientèle masculine (22 réponses) l'ont suivie majoritairement dans le cadre d'un programme offert par leur organisme (53 %). Les autres l'ont fait à titre individuel.

**Tableau 7 : Caractéristiques des ressources humaines rémunérées  
et engagées dans les organismes<sup>14</sup>**

Personnel rémunéré	Nombre	Pourcentage
<b>Nombre d'employés (n=76)</b>		
• Aucun employé	9	11,8
• De 1 à 5	36	47,4
• De 6 à 10	14	18,4
• De 11 à 15	6	7,8
• De 16 à 20	3	4,0
• Plus de 20	8	10,6
<b>Nombre d'intervenants psychosociaux (n=72)</b>		
• Aucun	27	37,5
• De 1 à 5	35	48,6
• De 6 à 10	6	8,3
• De 11 à 25	3	4,2
• Plus de 25	1	1,4
<b>Présence d'hommes au sein du personnel psychosocial (n=46)</b>		
• Oui	19	41,3
• Non	27	58,7
<b>Employés formés en intervention auprès des hommes (n=65)</b>		
• Oui	22	33,8
• Non	43	66,2
<b>Besoin de formation du personnel en intervention auprès des hommes (n=64)</b>		
• Oui	39	60,9
• Non	25	39,1

<sup>14</sup> Le nombre de répondants peut varier en fonction des caractéristiques parce que les réponses « ne sait pas », « ne s'applique pas » et « pas de réponse » ne sont pas incluses dans les calculs.

#### **4.4.2 Caractéristiques des bénévoles impliqués dans les organismes**

La presque totalité des répondants (84,6 %) ont moins de 10 bénévoles dans leur organisation tandis que 44,4 % des organismes n'en ont pas, et plus d'un quart en ont moins de cinq (27,7 %). Près de deux tiers des répondants (65 %) déclarent avoir des hommes parmi leurs bénévoles. Près de la moitié des organismes (45,8 %) n'en a aucun. Quand les organismes peuvent compter sur ces derniers, plus d'un tiers (35,9 %) des répondants n'ont aucun homme parmi leurs bénévoles comparativement à près de la moitié (41 %) qui ont plus de femmes.

Une proportion importante des répondants n'a pas de bénévoles dans leur organisation. Si l'on tient compte que du nombre des organismes ayant des bénévoles au sein de leur organisation (n=43), le pourcentage de bénévoles qui ne sont pas formés à l'intervention auprès des hommes est de 86 %. Les bénévoles qui ont reçu une formation pour intervenir auprès de la clientèle masculine (6 réponses) l'ont principalement suivie dans le cadre d'un programme offert par leur organisme (62 %). Les autres l'ont fait à titre individuel. Le tableau 8 présente les principales caractéristiques des ressources humaines bénévoles impliquées dans les organismes.

**Tableau 8 : Caractéristiques des ressources humaines bénévoles impliquées dans les organismes<sup>15</sup>**

Personnel rémunéré	Nombre	Pourcentage
<b>Nombre de bénévoles (n=72)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun employé</li> <li>• De 1 à 5</li> <li>• De 6 à 10</li> <li>• De 11 à 15</li> <li>• De 16 à 20</li> <li>• Plus de 20</li> </ul>	 32 20 9 3 1 7	 44,4 27,7 12,5 4,2 1,4 9,8
<b>Présence d'hommes parmi les bénévoles (n=40)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>	 26 14	 65,0 35,0
<b>Proportion d'hommes et de femmes parmi les bénévoles (n=39)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun homme</li> <li>• Aucune femme</li> <li>• Plus d'hommes</li> <li>• Plus de femmes</li> <li>• Autant l'un que l'autre</li> </ul>	 14 1 6 16 2	 35,9 2,6 15,4 41,0 5,1
<b>Bénévoles formés en intervention auprès des hommes (n=43)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>	 6 37	 14,0 86,0
<b>Besoin de formation des bénévoles en intervention auprès des hommes (n=64)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>	 39 25	 60,9 39,1

<sup>15</sup> Le nombre de répondants peut varier en fonction des caractéristiques parce que les réponses « ne sait pas », « ne s'applique pas » et « pas de réponse » ne sont pas incluses dans les calculs.



#### **4.4.3 Les besoins de formation**

La majorité des organismes ayant des employés (60 %) déclare que leur personnel rémunéré a besoin de formation en ce qui a trait à l'intervention auprès des hommes comparativement à 40 % qui pense le contraire. Plus de la moitié des réponses fournies concernant les sujets de formation (57 %) indiquent que les professionnels doivent se former à l'intervention auprès des hommes (40,8 %) et aux réalités masculines (16,2 %). Pour ce qui est des bénévoles, la majorité des répondants (51,2 %) considère que ces derniers n'ont pas besoin de formation en intervention masculine tandis que 48,8 % pensent qu'il serait utile de les former.

#### **4.4.4 Raisons pour lesquelles le personnel rémunéré n'a pas besoin de formation**

Les 25 organismes qui prétendent que leurs employés rémunérés n'ont pas besoin de formation invoquent différents motifs. Près de la moitié de ceux-ci (46 %) sont d'avis que les intervenants n'ont pas besoin de formation spécifique pour intervenir auprès de la clientèle masculine parce qu'ils estiment que la formation générale de ceux-ci est adéquate, qu'ils savent répondre aux besoins des clients ou encore, qu'ils sont compétents et peuvent adapter l'intervention à tous les types de clientèle. Pratiquement un tiers des autres réponses (32,2 %) renvoient au fait que les organismes ne font pas de différence eu égard au sexe dans l'intervention. Dans une moindre mesure, quelques organismes indiquent que la clientèle masculine n'est pas ciblée par l'organisme ou qu'elle est référée en cas de besoin (6 % pour chaque raison invoquée).

#### **4.4.5 Raisons pour lesquelles les bénévoles n'ont pas besoin de formation**

Des 21 répondants estimant que leur personnel bénévole n'a pas besoin de formation relativement à l'intervention auprès des hommes, plus du quart (29 %) font mention qu'ils n'en ont pas besoin parce qu'ils ne côtoient pas d'hommes dans l'organisme. Presque un quart des répondants (23,5 %) estiment que les types d'activités offerts par ces derniers ne le justifient pas (transport, socialisation et écoute, « popote ») et 12 % déclarent que leurs bénévoles ont reçu une formation générale et sont préparés pour s'adapter aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

## 4.5 Le plan d'action

### **4.5.1 Projets de développement d'A.S.P.R. s'adressant spécifiquement aux hommes**

#### Les A.S.P.R. s'adressant spécifiquement aux hommes prévus en 2008/2009 et à moyen terme

##### *Prévus en 2008/2009*

Pratiquement les deux tiers (65,8 %) des 41 organismes ayant répondu à la question portant sur le développement d'A.S.P.R. s'adressant spécifiquement aux hommes pour l'année 2008-2009, indiquent qu'ils ont prévu en développer. Un tiers le feront dans le domaine du soutien à l'engagement paternel, notamment en développant des activités père-enfant, tandis que plus du quart (27 %) envisagent des projets de développement de leurs services d'accueil et d'hébergement (par exemple, pour parent en situation monoparentale). Les activités de groupe font également partie du centre d'intérêt de certains répondants (20 %). Quand ils prévoient cette dernière éventualité, ils projettent tantôt de créer des groupes de soutien, tantôt de consolider les programmes existants, par exemple les programmes « Transition » et « Trajectoires ». De plus, environ 11 % des répondants estiment que leur projet de développement d'A.S.P.R. est en lien avec des problématiques spécifiques (santé mentale, toxicomanie, intégration sociale).

Près d'un organisme sur deux (42 %) a également fait mention qu'il a des projets ayant trait à l'intervention en général. Pratiquement le tiers de ces organismes prévoit de poursuivre « l'existant ». Le plus souvent « l'existant » n'est pas spécifié par les répondants. Certains autres déclarent aussi qu'ils veulent augmenter le nombre d'hommes dans leur clientèle. Ils projettent de le faire en développant des approches adéquates aux réalités masculines (« aller chercher le senti, développer une attitude de clairvoyance ») et qui répondent aux besoins des hommes. Enfin, soulignons que plus du tiers des organismes (34,1 %) n'ont rien prévu pour des raisons qui ne sont pratiquement jamais spécifiées et que 10 % estiment que rien de précis n'est encore décidé ou que la perspective de développer un plan d'action pour les hommes est incertaine.

*Projets de développement prévus après 2009, à moyen terme (18 réponses)*

Les données de cette enquête permettent de constater que seulement 18 organismes ont prévu le déploiement d'A.S.P.R. spécifiquement destinés aux hommes et/ou aux garçons dans les années à venir. Dans la majorité des cas (82 %), ces organismes prévoient la création d'A.S.P.R. Un tiers de ces réponses portent sur la création de services d'hébergement pour hommes. Seulement 10 % des organismes déclarent vouloir « s'ouvrir aux réalités masculines ». Dans la même proportion, ils souhaitent faire la promotion de modèles masculins crédibles et positifs. Enfin, 39 % des répondants ont mentionné que leur organisme n'a rien prévu faute de financement ou parce qu'il continue de privilégier une approche indifférenciée eu égard au sexe de leurs clients.

**4.5.2 A.S.P.R. s'adressant spécifiquement aux hommes à développer au niveau régional**

Dans le secteur communautaire

Dans le secteur communautaire, les besoins pour améliorer la réponse sociale aux difficultés vécues par certains hommes résident pour certains organismes (25 %) dans la création de lieux destinés aux hommes (hébergement, accueil de jour, lieux de rencontre). D'autres ont aussi souligné la nécessité de créer des A.S.P.R. de crise (13 %) et de développer les groupes de soutien et thérapeutique s'adressant aux hommes (9 %).

Des répondants évoquent également l'importance de faire la promotion des ressources auprès des hommes (13 %). Dans une moindre mesure, 6 % des répondants ont aussi mentionné l'intérêt de promouvoir la santé masculine et l'engagement paternel tout comme la nécessité de recruter des intervenants masculins et de former l'ensemble des intervenants à l'intervention et aux réalités masculines. La nécessité de se pencher sur la problématique des toxicomanies a également été mentionnée par un petit pourcentage de répondants (3 %).

Dans le secteur institutionnel

Dans le secteur institutionnel, la nécessité de développer les A.S.P.R. de crise et les groupes de traitement, de se pencher sur les problématiques de l'engagement paternel et de

la violence ainsi que de recruter du personnel, et notamment du personnel masculin, représentent les principales préoccupations pour les répondants (23,6 % des réponses).

#### *Dans les secteurs communautaire et institutionnel*

Dans les deux secteurs confondus, il ressort que l'intérêt des répondants porte d'une part sur la création d'A.S.P.R. de crise, le développement d'interventions de groupe (soutien et thérapeutique) ainsi que sur l'ouverture de lieux d'hébergement (33,7 % des réponses) et d'autre part, sur l'embauche d'intervenants masculins formés aux réalités masculines (9 % des réponses).

#### ***4.5.3 Priorités des acteurs de la santé et des services sociaux axées sur les hommes au cours des deux prochaines années***

Environ la moitié (46,4 %) des 62 organismes ayant répondu à la question portant sur les priorités d'action à développer au cours des deux prochaines années en ce qui a trait à l'intervention auprès des hommes ont souligné que les priorités des acteurs de la santé et des services sociaux devraient être la création d'A.S.P.R., avec l'ouverture de lieux d'accueil s'adressant aux hommes en difficulté, la mise en place d'interventions visant les hommes dépendants et ceux qui souffrent de maladie mentale ou encore la réalisation d'actions de prévention du suicide. Près d'un tiers des répondants (27,5 %) ont également mentionné la nécessité de développer et de consolider le travail de concertation, en maillant étroitement le réseau, en renforçant le soutien financier aux organismes et en faisant la promotion des ressources auprès des acteurs de la santé et des services sociaux.

Viennent ensuite dans l'ordre des priorités, le fait de favoriser l'accessibilité des services (10,5 %). Pour ce faire, des organismes suggèrent d'organiser les services différemment, de faire preuve de plus d'ouverture d'esprit envers les hommes, de recruter du personnel masculin et d'en assurer la formation aux réalités masculines et à l'intervention auprès des clientèles masculines. Une proportion similaire de répondants (10,5 %) pense aussi qu'il faut œuvrer au changement de mentalité par rapport aux hommes et à leurs besoins. Notamment, il est préconisé de lutter contre les préjugés misandriques et les stéréotypes de rôles de genre en développant des modèles d'hommes crédibles et positifs. Enfin, certains

organismes mettent la priorité, dans une moindre mesure, sur le fait de faire la promotion des A.S.P.R. auprès des hommes (5,1 %).

## **4.6 Corrélations significatives**

Peu de corrélations sont significatives statistiquement. Toutefois, en croisant certaines variables (répartition de la clientèle selon le genre ; personnel employé; moyens utilisés pour rejoindre les hommes; offre d'A.S.P.R. spécifique de la clientèle masculine; satisfaction des organismes par rapport à l'utilisation des A.S.P.R. par les hommes), il ressort quelques points saillants. Nous les présentons brièvement dans les sections subséquentes.

### ***4.6.1 Répartition de la clientèle selon le genre et moyens développés pour rejoindre les hommes***

Les organismes ayant plus d'hommes comme clients développent des moyens pour rejoindre la clientèle masculine comparativement aux autres organismes ayant une tendance à ne pas en développer.

En effet, la majorité des organismes ayant plus d'hommes que de femmes dans leur clientèle ont développé des moyens pour rejoindre les hommes (78,5 %). Quand les femmes sont en majorité ou en nombre égal aux hommes dans la clientèle des organismes, on constate que ces derniers ont plutôt tendance à ne pas développer de moyens pour rejoindre la clientèle masculine. Au regard des résultats de la présente enquête, pour que des moyens soient développés pour rejoindre les hommes, il semble donc que la clientèle masculine doit être majoritaire au sein des organismes. Le tableau 9 présente la répartition des organismes qui ont développé ou non des moyens pour rejoindre les hommes en fonction de la répartition de leur clientèle.

**Tableau 9 : Répartition des organismes qui ont développé ou non des moyens pour rejoindre les hommes en fonction de la répartition de leur clientèle**

Variables	Ont développé des moyens pour rejoindre les hommes		
	Oui	Non	Total
<b>Répartition de la clientèle selon le genre (n=64)</b>			
Plus d'hommes que de femmes	78,57 %	21,43 %	14
Plus de femmes que d'hommes	37,50 %	62,50 %	32
Autant l'un que l'autre	38,89 %	61,11 %	18

$p \leq 0.05$

#### **4.6.2 Moyens développés pour rejoindre les hommes et répartition de la clientèle selon le genre**

Le développement de moyens pour rejoindre les hommes semble avoir une incidence sur le fait que ceux-ci fréquentent majoritairement, ou autant que les femmes, les structures qui mettent en place ce type de stratégies ( $p \leq 0.05$ ). Le tableau 10 indique la présence ou non de moyens développés pour rejoindre la clientèle masculine en fonction de la répartition de la clientèle dans les organismes selon le genre

**Tableau 10 : Présence ou non de moyens développés pour rejoindre la clientèle masculine en fonction de la répartition de la clientèle dans les organismes selon le genre**

Variables	Répartition de la clientèle selon le genre			
	Plus d'hommes	Autant l'un que l'autre	Plus de femmes	Total
<b>Moyens développés pour rejoindre la clientèle masculine (n=64)</b>				
Oui	36,67 %	23,33 %	40 %	30
Non	8,82 %	32,35 %	58,82 %	34

$p \leq 0.05$

#### **4.6.3 Moyens développés pour rejoindre les hommes et offre d'A.S.P.R. spécifique de la clientèle masculine**

Presque la moitié (46,8 %) des organismes développant des moyens pour rejoindre la clientèle masculine offre des services destinés spécifiquement aux hommes comparativement à 53,1 % qui n'offrent pas de tels services spécifiques. D'autre part, seulement 7,8 % des organismes ne développant pas de moyens pour rejoindre la clientèle masculine offrent des services destinés spécifiquement aux hommes tandis que la majorité d'entre eux (92,1 %) ne propose pas de services spécialement destinés à la clientèle masculine (tableau 11).

**Tableau 11 : Répartition des répondants en fonction des moyens développés pour rejoindre la clientèle masculine et de l'offre ou non de services spécifiquement destinés aux hommes**

<b>Variables</b>	<b>Organismes offrant des services destinés spécifiquement aux hommes</b>		
	Oui	Non	Total
<b>Moyens développés pour rejoindre la clientèle masculine (n=70)</b>			
Oui	46,88 %	53,13 %	32
Non	7,89 %	92,11 %	38

$p \leq 0.0005$

Par conséquent, il ressort de cela qu'un organisme qui développe des moyens pour rejoindre la clientèle masculine n'offre pas nécessairement de services destinés spécifiquement aux hommes. Cependant, ne pas mettre en œuvre de stratégies qui s'adressent à eux signifie qu'il y a très peu de services destinés spécifiquement à ce type de clientèle.

#### **4.6.4 Formation du personnel rémunéré en intervention masculine et offre d'A.S.P.R. spécifique de la clientèle masculine**

Le tableau 12 permet de constater que pour les organismes, avoir du personnel psychosocial formé en intervention auprès de la clientèle masculine ne veut pas nécessairement dire qu'il y a beaucoup plus de chances que des services soient spécifiquement destinés aux hommes. Cependant, n'avoir aucun personnel psychosocial formé à ce type d'intervention ou n'avoir aucun personnel signifie qu'il a beaucoup plus de chances de ne pas avoir de services destinés spécifiquement aux hommes. C'est ainsi que la majorité des organismes n'ayant pas de personnel psychosocial ou ayant du personnel psychosocial sans formation auprès de la clientèle masculine n'offre pas d'A.S.P.R. spécifiques des hommes, tandis que près de la moitié des organismes ayant du personnel rémunéré formé en intervention masculine offrent des services spécifiquement destinés à une clientèle masculine. Au regard des résultats de la présente enquête, nous pouvons donc poser l'hypothèse que le fait d'avoir du personnel psychosocial formé en intervention masculine conduit les organismes à offrir des services destinés spécifiquement aux hommes. Autrement dit, le développement d'une expertise de son personnel en intervention masculine conduirait l'organisme à offrir des services destinés spécifiquement aux hommes.

**Tableau 12 : Répartition des organismes qui offrent ou non de la formation à leur personnel rémunéré en intervention masculine selon la présence ou non de services spécifiquement destinés aux hommes**

<b>Variables</b>	<b>Organismes offrant des services destinés spécifiquement aux hommes</b>		
	Oui	Non	Total
<b>Formation du personnel rémunéré en intervention masculine (n=70)</b>			
Oui	45,45 %	54,55 %	22
Non	17,50 %	82,50 %	40
Aucun personnel	12,50 %	87,50 %	8

$p \leq 0.005$



#### **4.6.5 Formation du personnel psychosocial en intervention masculine et répartition de la clientèle selon le genre**

Le tableau 13 permet, pour sa part, de constater que les organismes qui emploient du personnel psychosocial ayant reçu une formation pour intervenir auprès des hommes ont davantage tendance à accueillir plus d'hommes ou autant d'hommes que de femmes dans leur clientèle ( $p \leq 0.05$ ) comparativement aux organismes qui n'emploient pas d'intervenants sociaux formés à l'intervention masculine ou qui n'ont pas du tout ce type d'intervenant au sein de leur organisation.

**Tableau 13 : Présence ou non d'intervenants psychosociaux au sein des organismes en fonction de la répartition de leur clientèle**

Variables	Répartition de la clientèle selon le genre			
	Plus d'hommes	Autant l'un que l'autre	Plus de femmes	Total
<b>Personnel psychosocial formé en intervention masculine (n=66)</b>				
Oui	40,91 %	13,64 %	45,45 %	22
Non	13,51 %	37,84 %	48,65 %	37
Aucun personnel psychosocial	0 %	28,57 %	71,43 %	7

$p \leq 0.05$

#### **4.6.6 Répartition du personnel rémunéré selon le genre et offre d'A.S.P.R. spécifique de la clientèle masculine**

Les organismes ayant majoritairement des hommes dans leur personnel rémunéré offrent davantage de services destinés spécifiquement aux hommes comparativement à ceux qui emploient une majorité de femmes ou qui n'ont aucun personnel rémunéré. De plus, on constate que lorsque les hommes ne sont pas majoritaires dans la répartition du personnel rémunéré ou bien qu'il n'y a pas de personnel rémunéré dans l'organisme, ce dernier a une forte tendance à ne pas offrir d'A.S.P.R. destinés spécifiquement aux hommes (tableau 14).

**Tableau 14 : Répartition des organismes en fonction du genre de leur personnel rémunéré et de l'offre ou non de services spécifiquement destinés aux hommes**

Variables	Organismes offrant des services destinés spécifiquement aux hommes		
	Oui	Non	Total
<b>Répartition du personnel rémunéré selon le genre (n=68)</b>			
Plus d'hommes	100 %	0 %	5
Plus de femmes	16,55 %	83,45 %	36
Autant l'un que l'autre	0 %	100 %	2
Aucun personnel rémunéré	20 %	80 %	25

$p \leq 0.005$

***4.6.7 Présence d'hommes, répartition selon le genre dans le personnel psychosocial et répartition de la clientèle selon le genre***

Le tableau 15 permet de constater que : 1) la présence d'hommes dans le personnel psychosocial détermine de façon significative la proportion d'hommes dans la clientèle ( $p \leq 0.0005$ ) et ; 2) le fait d'avoir parmi ce type d'intervenants une majorité d'hommes est aussi significatif ( $p \leq 0.005$ ).

**Tableau 15 : Répartition des organismes en fonction de la présence ou non d'hommes dans le personnel psychosocial et de la répartition de la clientèle selon le genre**

Variables	Répartition de la clientèle selon le genre			
	Plus d'hommes	Autant l'un que l'autre	Plus de femmes	Total
<b>Présence d'hommes dans le personnel psychosocial (n=65)***</b>				
Oui	55,56 %	16,67 %	27,78 %	18
Non	13,64 %	31,82 %	54,55 %	22
Aucun personnel psychosocial	0 %	40 %	60 %	25
<b>Répartition du personnel psychosocial selon le genre (n=65)**</b>				
Plus d'hommes	60 %	0 %	40 %	5
Plus de femmes	30,30 %	27,27 %	42,43 %	33
Autant l'un que l'autre	0 %	50 %	50 %	2
Pas de personnel psychosocial	0 %	40 %	60 %	25

\*\*  $p \leq 0.005$

\*\*\*  $p \leq 0.0005$

#### **4.6.8 Répartition de la clientèle selon le genre et utilisation des A.S.P.R. par les hommes selon les organismes**

La totalité des organismes ayant plus d'hommes que de femmes dans leur clientèle estiment que leurs services sont suffisamment utilisés par les hommes, tandis que les organismes ayant autant d'hommes que de femmes dans leur clientèle ont une forte tendance (75 %) à évaluer que leurs services sont suffisamment utilisés par les hommes. Pour leur part, les répondants avec une clientèle majoritairement féminine ont majoritairement tendance à estimer que leurs services sont insuffisamment utilisés par les hommes. Le tableau 16 présente la distribution des organismes en fonction de la répartition de leur clientèle et de leur perception quant à l'utilisation de leurs services par les hommes.

**Tableau 16 : Répartition des organismes en fonction de la répartition de leur clientèle et de leur perception quant à l'utilisation de leurs services par les hommes**

Variables	Estiment que leurs services sont suffisamment utilisés par les hommes		
	Oui	Non	Total
<b>Répartition de la clientèle selon le genre (n=60)</b>			
Plus d'hommes que de femmes	100 %	0 %	12
Plus de femmes que d'hommes	40,63 %	59,38 %	32
Autant l'un que l'autre	75 %	25 %	16

$p \leq 0.005$

#### **4.6.9 Besoin de formation de la part des bénévoles et utilisation des A.S.P.R. par les hommes**

Les organismes déclarant que leurs bénévoles ont besoin de formation pour intervenir auprès de la clientèle masculine ont tendance à estimer que leurs services sont insuffisamment utilisés par les hommes. Inversement, les organismes déclarant le contraire estiment que leurs A.S.P.R. sont suffisamment utilisés par les hommes. Les organismes n'ayant pas de bénévoles sont, pour leur part, mitigés dans leur estimation de l'utilisation de leurs services par les hommes. La présence de bénévoles fournit donc un indice sur la perception des organismes concernant la spécificité de l'intervention selon le genre. Les organismes déclarant que leurs bénévoles ont besoin de formation en intervention auprès de la clientèle masculine auraient donc tendance à estimer qu'il n'y a pas assez d'hommes utilisant leurs A.S.P.R. Inversement, les organismes considérant que leurs bénévoles n'ont pas besoin de formation évaluent plutôt que les hommes utilisent suffisamment leurs A.S.P.R. (tableau 17).

**Tableau 17 : Répartition des organismes en fonction du besoin ou non de formation de leurs bénévoles et de leur perception de l'utilisation de leurs services par les hommes**

Variables	Estiment que leurs services sont suffisamment utilisés par les hommes		
	Oui	Non	Total
<b>Besoin de formation de la part des bénévoles (n=67)</b>			
Oui	38,89 %	61,11 %	18
Non	84,21 %	15,79 %	19
Pas de bénévole	53,33 %	46,67 %	30

$p \leq 0.005$

#### **4.7 Quelques faits saillants de l'inventaire**

##### **4.7.1 L'offre de services**

- La majorité (71 %) des organismes (n=54) ayant participé à l'enquête n'offre pas d'activités, de services, de programmes ou de ressources (A.S.P.R.) qui s'adressent spécifiquement aux hommes.
- Parmi ces 54 organismes, plus d'un tiers (35 %) déclarent que leurs A.S.P.R. sont destinés à tous sans distinction eu égard à leur sexe (« pas de différence », « traitement égalitaire »).
- Une minorité de répondants (22,3 %) ciblent spécifiquement les hommes. Ils le font dans une large part en les rejoignant directement à travers des A.S.P.R. qui s'appuient sur la stratégie du renforcement du potentiel individuel du client (46,6 %).
- Les principales problématiques rencontrées par les hommes bénéficiaires des A.S.P.R. spécifiques sont l'itinérance et les dépendances (14,8 %), l'isolement (11,1 %) et la paternité (9,2 %).
- L'utilisation de moyens pour rejoindre les hommes, la présence d'hommes dans le personnel psychosocial et le fait que ceux-ci sont majoritaires dans l'organisme contribuent à la fréquentation des A.S.P.R. par la clientèle masculine.

- Dans une moindre mesure, la formation du personnel psychosocial à l'intervention auprès des hommes a également une incidence positive sur la fréquentation des A.S.P.R. par la clientèle masculine.
- 15 organismes offrent au total 21 A.S.P.R. de crise (six répondants en offrent deux ou trois). Les A.S.P.R. consistent principalement en des interventions de crise (28,6 %), des rencontres individuelles (19 %) et la mise à disposition de lits d'urgence ou de crise (14,3 %). Pratiquement, dans la moitié de ces interventions (48 %), on retrouve de 5 % à 35 % d'hommes et de garçons.

#### **4.7.2 La clientèle**

- Les principales problématiques rencontrées par les hommes bénéficiaires des A.S.P.R. de crise sont les dépendances (18,7 %), les problèmes familiaux (9,3 %), l'itinérance (9,3 %) et la parentalité (9,3 %).
- Les clients en crise sont référés principalement par les établissements et les services publics quasiment dans la même proportion aux organismes communautaires (43 %) et au réseau institutionnel (40,3 %).

#### **4.7.3 L'adaptation des services**

- Dans 84 % des cas, les organismes sont satisfaits de leurs A.S.P.R. qu'ils trouvent bien ou très bien adaptés à la clientèle masculine. En revanche, dans une proportion bien moindre (51 %), ils pensent que les A.S.P.R. disponibles dans la communauté ne sont pas ou peu adaptés.

#### **4.7.4 Les forces dans l'intervention**

- Les forces perçues par les organismes dans l'intervention auprès des hommes sont d'abord reliées aux A.S.P.R. offerts (52,6 %). Les répondants signalent que leurs « bons coups » sont associés au fait d'avoir su adapter leurs A.S.P.R. à la spécificité de la clientèle masculine. Ainsi, plusieurs soulignent que les A.S.P.R. axés sur l'action et l'extérieur (sorties culturelles, loisirs de plein air, activités sportives) sont des « formules gagnantes ».

- Le fait de rendre leurs A.S.P.R. plus accessibles est présenté comme un facteur déterminant dans l'intervention auprès des hommes (23,7 %). C'est notamment le cas lorsqu'ils proposent des horaires différents et impliquent des hommes (personnel et bénévoles) dans l'organisation et la réalisation des A.S.P.R. Dans la même mesure, l'ouverture des organismes aux réalités masculines et leur disponibilité sont d'autres atouts pour plusieurs répondants.
- Les hommes eux-mêmes sont perçus comme faisant partie de la formule gagnante (16,1 %). Plus les hommes sont présents, participent aux A.S.P.R. et en tirent satisfaction, plus il est facile de développer et de consolider une pratique d'intervention à leur intention.
- La perception d'avoir réalisé de « bons coups » dépend aussi des résultats obtenus (10 %). Mener des actions avec les hommes sur le moyen terme nécessite de vivre comme intervenant des expériences positives avec eux et suppose de pouvoir s'appuyer sur des exemples de réussite.

#### **4.7.5 Les obstacles dans l'intervention**

- Pour un grand nombre de répondants, ce qui rend difficile l'intervention auprès des hommes ce sont les hommes eux-mêmes (40,6 %) eu égard à leur socialisation. Pour plusieurs, celle-ci a des conséquences négatives sur leur capacité à demander de l'aide et à en recevoir. Elle a aussi un impact négatif sur leur acceptation de la maladie et des traitements ainsi que sur la persévérance dans ceux-ci. Plusieurs réponses mettent en exergue les difficultés liées à l'absence de participation des hommes aux A.S.P.R.
- Plus du tiers (35,4 %) des réponses fournies par les organismes font référence au manque d'intervenants masculins et au déficit de la formation des professionnels au sujet des spécificités de la clientèle masculine. Certains répondants associent les difficultés à ce qu'ils nomment une « féminisation » des professions sanitaires et sociales; ce phénomène est présenté par les organismes le citant comme un obstacle important dans leur tentative pour rejoindre les hommes. Quant au fonctionnement des organismes, le manque de financement est mentionné par plusieurs comme étant un facteur de vulnérabilité des structures. Les moyens financiers insuffisants compromettent la stabilité des organismes ainsi que leur

capacité à intervenir intensivement et de façon durable auprès des hommes. Plus spécifiquement, en lien avec les limitations budgétaires, le manque de personnel est évoqué comme étant un frein au fait de mener des actions destinées aux hommes.

- Les difficultés liées au travail en réseau et le manque de concertation sont aussi mis de l'avant par plusieurs organismes (12,5 %).
- La « lourdeur » de certaines problématiques complexifie également la tâche de certains intervenants (11,4 %). Il est question principalement des situations de dépendance (alcoolisme, toxicomanie), de la violence et du harcèlement ainsi que de la pauvreté.

#### **4.7.6 Les facteurs favorables à l'intervention**

- Plusieurs facteurs favorables à l'intervention sont identifiés. Tout d'abord, en lien avec les organismes ou l'intervention (37,2 %), les répondants mettent de l'avant que la présence d'intervenants masculins, la spécificité de l'organisme et le fait de rendre un service qui rejoint les préoccupations des hommes ainsi que leurs besoins sont déterminants dans la réalisation des A.S.P.R. L'accessibilité des A.S.P.R. adaptés à la spécificité de la clientèle masculine est aussi soulignée comme étant un facteur favorable (34,5 %).
- Les hommes eux-mêmes constituent un autre facteur déterminant mis de l'avant par de nombreux répondants (22 %). C'est notamment le cas quand les clients sont présents dans l'organisme. Cela s'explique aussi pour ceux qui mettent de l'avant ce point par le fait que les hommes aient des besoins « criants » ou spécifiques.
- Quelques réponses (5,8 %) portent sur le caractère facilitant pour un organisme d'être reconnu institutionnellement, sur l'importance du partenariat et du travail en réseau ainsi que sur l'intérêt de l'existence d'un comité régional sur la santé des hommes.

#### **4.7.7 Les facteurs défavorables à l'intervention**

- Plusieurs organismes soulignent que l'absence de promotion des ressources est problématique. Elle l'est tant du point de vue des hommes eux-mêmes qui méconnaissent bien souvent les A.S.P.R. que des acteurs du réseau qui sont dans la même situation (27,1 %).



- Les préjugés et les stéréotypes véhiculés sur les hommes (misandrie), le manque de modèles crédibles et positifs, la méconnaissance des réalités masculines, la médiatisation des cas extrêmes et la médiatisation des groupes radicaux ne facilitent pas le travail axé sur les hommes (17,3 %).

#### **4.7.8 Les besoins de formation**

- La majorité des organismes ayant des employés (60 %) déclare que leur personnel rémunéré a besoin de formation. Plus de la moitié d'entre eux (57 %) estiment que leurs professionnels doivent se former à l'intervention auprès des hommes (40,8 %) et aux réalités masculines (16,2 %) tandis que 48,8 % des répondants déclarent que leurs bénévoles doivent recevoir une formation dans les mêmes domaines (63 %).

#### **4.7.9 Les actions à développer pour les hommes**

- Dans le secteur communautaire, les besoins pour améliorer la réponse sociale aux difficultés vécues par certains d'hommes résident pour de nombreux organismes dans la création de lieux destinés aux hommes (hébergement, accueil de jour, lieux de rencontre) (25 %). Ils soulignent aussi la nécessité de créer des A.S.P.R. de crise (13 %) et de développer les groupes de soutien et thérapeutique dédiés aux hommes (9 %).
- Les répondants évoquent l'importance de faire la promotion des ressources auprès des hommes (13 %), de la santé masculine (6 %) et de l'engagement paternel (6 %). Ils parlent dans une moindre mesure de l'intérêt de se pencher sur la problématique des toxicomanies (3 %).
- Recruter des intervenants masculins et les former à l'intervention et aux réalités masculines est une autre priorité pour les organismes (6 %).
- Dans le secteur institutionnel, la nécessité de développer les A.S.P.R. de crise et les groupes de traitement, de se pencher sur les problématiques de l'engagement paternel et de la violence ainsi que de recruter du personnel, et notamment du personnel masculin, représentent des préoccupations majeures pour les répondants (23,6 %).

#### **4.7.10 Les priorités des acteurs de la santé et des services sociaux**

- Selon 62 organismes, les priorités des acteurs de la santé et des services sociaux devraient être la création d'A.S.P.R., avec l'ouverture de lieux d'accueil s'adressant aux hommes en difficulté, la mise en place d'interventions visant les hommes dépendants et ceux qui souffrent de maladie mentale ou encore la réalisation d'actions de prévention du suicide (46,4 %).
- Plus du quart (27,5%) des réponses formulées par les 62 organismes ayant répondu à la question des priorités des acteurs portent sur la nécessité de développer et de consolider le travail de concertation, en maillant étroitement le réseau, en renforçant le soutien financier aux organismes et en faisant la promotion des ressources auprès des acteurs de la santé et des services sociaux.
- Viennent ensuite dans l'ordre des priorités, le fait de favoriser l'accessibilité des services (10,5 %). Pour ce faire, les organismes suggèrent d'organiser les services différemment, de faire preuve de plus d'ouverture d'esprit envers les hommes, de recruter du personnel masculin et d'en assurer la formation aux réalités masculines et à l'intervention.
- Ensuite, dans la même proportion (10,5 %), les répondants pensent qu'il faut œuvrer au changement de mentalité par rapport aux hommes et à leurs besoins. Notamment, il est préconisé de lutter contre les préjugés misandriques et les stéréotypes de rôles de genre (10,5 %) en développant des modèles d'hommes crédibles et positifs.
- Enfin, dans une moindre mesure (5,1 %), les organismes mettent la priorité sur le fait de faire la promotion des A.S.P.R. auprès des hommes en vue de normaliser la demande d'aide.

## CHAPITRE 5

# DISCUSSION

Analysés sous l'angle de la spécificité des hommes au regard de la santé, d'une approche écologique et de la promotion de la santé, les résultats de la présente enquête invitent à réfléchir aux conditions permettant de susciter, renforcer et maintenir l'intérêt des hommes à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin.

À l'instar de ce que Dulac (2004) souligne dans son inventaire provincial des ressources et des services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes, en plus de s'appuyer sur les données colligées auprès des organismes de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, les commentaires généraux formulés dans cette discussion tiennent compte aussi « de notre connaissance sensible des réponses des participants et de notre expertise concernant la problématique générale » (Dulac, 2004, p. 16).

Cette expertise s'est développée dans plusieurs champs d'études sur les hommes et les masculinités. Plus particulièrement, la promotion de l'engagement paternel a été un domaine que nous avons exploré systématiquement durant ces dernières années. Nous l'avons fait à la fois théoriquement, pour conceptualiser l'implication des hommes auprès de leurs enfants, et d'un point de vue empirique, afin d'identifier les interventions développées pour soutenir les pères (Bizot, 2007). Entre autres points saillants, ces travaux ont révélé que ces dernières avaient un caractère moins exceptionnel que d'autres quand il s'agissait de rejoindre les hommes. Logiquement, les études portant sur ce type d'intervention étaient plus nombreuses elles aussi. Au Québec, plusieurs recherches ont l'intérêt d'avoir été menées de manière longitudinale (voir les travaux d'Arama, 1997; Bolté *et al.*, 2002; Forget *et al.*, 2005). Leurs résultats sont riches d'enseignement et nous permettent de voir plus loin que les seules particularités des pères.

Dans une large mesure, ces études mettent en évidence l'intérêt de recourir à une approche sensible au genre. Elles permettent également d'identifier des pratiques exemplaires pour rejoindre les hommes en tenant compte de l'impact normatif de leur socialisation masculine traditionnelle. Enfin, elles offrent aux praticiens et aux chercheurs qui interviennent auprès de la clientèle masculine ou qui souhaitent le faire, des perspectives pour adapter leurs services et ainsi, mieux répondre aux besoins des hommes.

Aussi, en partant des résultats de la présente enquête, la logique discursive de cette discussion nous conduit fréquemment à extrapoler par analogie avec ce que la promotion et le soutien à l'engagement paternel nous apprennent sur l'intervention auprès des hommes.

Concernant **la présence de la clientèle masculine dans les organismes**, les informations relatives à la différence entre les hommes et les femmes fournies par les répondants de la présente étude corroborent les connaissances acquises généralement sur ce sujet. Les hommes sont moins présents que les femmes au sein des organismes communautaires sondés. Or, il est avéré que les hommes sollicitent moins les services sociaux et de santé que les femmes. Les études confirment notamment qu'ils utilisent les services de santé mentale moins fréquemment; cela contribuant à exacerber les symptômes reliés à leurs problèmes ou troubles psychologiques (voir les travaux de Drapeau, Boyer et Lesage, 2009). Au-delà des statistiques établissant la proportion de la clientèle masculine dans leurs organismes, plusieurs répondants vont dans ce sens lorsqu'ils commentent les difficultés rencontrées dans leur travail avec les hommes. Ils voient dans l'hésitation des hommes à demander de l'aide un facteur de vulnérabilité biopsychosociale très important. Il ressort de ce point, que les hommes du Saguenay—Lac-Saint-Jean ne sont pas différents des autres hommes.

Concernant **l'offre d'A.S.P.R.**, force est de constater que peu d'actions sont développées pour les hommes. Plusieurs organismes considèrent que celles qu'ils entreprennent sont, et doivent rester, accessibles à l'ensemble des personnes, sans distinction eu égard à leur sexe. Bien souvent, dans les structures où l'on ne s'adresse pas à la clientèle masculine spécifiquement, les intervenants arguent pour justifier cette pratique que le service est rendu à la population dans sa globalité et que, dans cette globalité, l'homme est « compris ». Or, le

fait de ne pas dédier d'actions spécifiques à la clientèle masculine au sein des organismes est un obstacle pour entrer en contact avec les hommes. Les résultats de la présente enquête démontrent qu'il existe un lien significatif existant entre le fait d'utiliser des moyens pour rejoindre les hommes et la proportion d'hommes fréquentant l'organisme. Dans ce cas de figure, les hommes sont plus nombreux que les femmes ou aussi nombreux que celles-ci au sein des organismes. Des études dans le domaine du soutien à la paternité vont dans le même sens. Elles ont montré avec clarté que les projets prometteurs déploient des stratégies particulières pour rejoindre les hommes, qu'ils le font en établissant des plans d'action diversifiés et en pérennisant les A.S.P.R. qu'ils offrent à la clientèle masculine (Forget, Devault et Bizot, 2009). Dans la mesure où plusieurs répondants de la présente enquête témoignent de la difficulté à recruter des hommes et dressent le constat de leur manque de participation aux A.S.P.R., il semblerait que dire seulement que les services sont « ouverts à tous » ne suffit pas à rejoindre la clientèle masculine.

Bien que peu d'A.S.P.R. soient destinés à la clientèle masculine, on voit poindre parmi les répondants une **préoccupation pour rejoindre et soutenir les hommes** plus particulièrement et ce, en tenant compte des « codes de la masculinité ». En effet, bien qu'ils demeurent en minorité, les répondants qui utilisent des stratégies pour s'adresser à la clientèle masculine ou lui offrent au moins un type d'intervention représentent plus d'un tiers de notre échantillon. Ces organismes mentionnent que les hommes ne demandent pas d'aide facilement et que, lorsqu'ils le font, c'est d'une manière qui est très différente de celle des femmes. Beaucoup parmi eux mettent de l'avant le fait qu'il faut prendre en considération cette spécificité et adapter les services en conséquence. En cela, ils rejoignent les constats établis par de nombreux chercheurs (voir les travaux de Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002).

Les organismes offrant des A.S.P.R. spécifiques pour les hommes le font en diversifiant leurs stratégies pour les rejoindre et en leur proposant différents types d'A.S.P.R., ou en essayant de le faire. Quand ils mettent en place des A.S.P.R., le plus souvent, les organismes prennent en considération la particularité des hommes, notamment au regard de leur besoin d'agir. En effet, un enseignement majeur tiré de l'expérience de nombreux intervenants est qu'une façon adéquate de favoriser l'implication et le maintien des hommes dans les A.S.P.R. consiste à orienter, dans un premier temps, les activités sur la tâche plutôt

que directement sur l'expression des sentiments. Aujourd'hui, cette idée semble faire consensus. En règle générale, les clients veulent des résultats tangibles et efficaces, tout en étant rapides. En lien avec cette caractéristique de la clientèle masculine, dans le contexte particulier du soutien à l'engagement paternel dans des groupes de pères, les initiatives portant fruit se focalisent souvent, tout d'abord, sur l'objectif initial d'augmenter les compétences parentales puis, graduellement, encouragent les participants à exprimer leurs sentiments sur leur vécu du rôle paternel. Dans cette progression, les hommes sont de plus en plus confortables avec l'expression et le partage de leurs émotions (Andronico et Horne, 2004).

Les répondants soulignant **l'utilité d'adapter les A.S.P.R. aux hommes** relèvent aussi que, dans le travail social traditionnel, l'intervention est trop fréquemment alignée sur les caractéristiques de la clientèle féminine comme l'expression des émotions, l'intimité et la reconnaissance de la vulnérabilité, ce qui ne convient pas à certains hommes. Ils rejoignent en cela de nombreux auteurs qui établissent le même constat. Ces chercheurs soulignent l'incompatibilité qui semble exister entre la relation d'aide et les préceptes de la masculinité traditionnelle (Brooks, 1998). Diverses tâches associées à la demande d'aide, comme le fait de compter sur les autres, d'admettre que l'on a besoin d'aide, de reconnaître et catégoriser un problème émotionnel, vont à contre-courant des notions hégémoniques de masculinité. D'autres caractéristiques du *bon client* font aussi défaut aux rôles de genre masculins traditionnels comme la tolérance à la vulnérabilité interpersonnelle, la volonté de se confier, la capacité d'être conscient de ses émotions et de les exprimer (voir les travaux de Dulac, 1999, 2001). Ce constat rejoint ce que de nombreux répondants mettent en avant pour expliquer le rapport des hommes avec les services, soit l'impact normatif de la socialisation masculine. Plusieurs déclarent que celle-ci influe sur la manière dont les hommes demandent de l'aide, la reçoivent quand elle leur est fournie et aussi, sur leur capacité à persévérer dans la relation d'aide ou dans le traitement. À l'instar de ce qui est souvent présenté comme une évidence, pour un nombre significatif de répondants, les hommes sont donc victimes de leur socialisation de genre traditionnelle.

En ce qui a trait à l'influence du genre dans la relation d'aide, certains répondants évoquent ce que l'un d'entre eux nomme une « féminisation » des champs sanitaire et social. Cette caractéristique de l'intervention est présentée par plusieurs comme étant un obstacle au

développement de pratiques efficaces pour rejoindre et soutenir les hommes. De fait, il semblerait que le manque de modèles masculins dans les professions dédiées à la relation d'aide contribue à l'associer à une activité féminine et n'incite pas les hommes à demander de l'aide. À cet effet, Valérie Roy (2008) signale que les hommes ne sont pas habitués à consulter et, en corollaire, les intervenantes pas habituées à recevoir leurs demandes d'aide. Par conséquent, nous évoluons dans un système où les demandes et les besoins des patients masculins ne sont pas toujours facilement exprimés, entendus et compris. Ce n'est pas donc pas seulement l'adhésion des hommes à des rôles de genre masculins restrictifs qui rend difficile la demande d'aide ; l'assimilation de normes semblables par les fournisseurs de soins sociaux et de santé joue elle aussi un rôle négatif (Tremblay *et al.*, 2007). Dans ces conditions, comme plusieurs répondants le soulignent, il est nécessaire d'adapter les stratégies d'intervention à la spécificité de cette clientèle, de s'ouvrir davantage à ses réalités et de recruter des hommes. La corrélation de certaines données quantitatives de la présente enquête fait apparaître d'ailleurs une relation causale significative entre le fait d'employer des intervenants psychosociaux masculins et celui de recevoir plus d'hommes ou autant d'hommes que de femmes dans son organisme.

Comme l'un des obstacles souvent mentionnés par les répondants est le manque de préparation des intervenants, un moyen de pallier cette difficulté pour un grand nombre d'entre eux réside dans la formation des professionnels et des bénévoles. Les résultats de la présente enquête tendent à montrer que la formation à l'intervention auprès des clientèles masculines a une incidence sur la fréquentation des A.S.P.R. par les hommes. À l'instar des recommandations du « Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes » (2004), il ressort de cela que l'accès à une formation continue dans le domaine de l'intervention auprès de la clientèle masculine fait partie intégrante de la vision de la solution pour développer des projets inclusifs des réalités masculines. L'évaluation récente d'une formation sur la valorisation du rôle et de la place des pères témoigne de l'impact de ce type d'action sur les pratiques des intervenants (Dubeau *et al.*, 2009). Plus directement relié à une intervention axée sur les hommes traditionnels, le programme de formation (Tremblay et L'Heureux, 2005) mis en œuvre par la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines confirme l'intérêt de faciliter l'accès des intervenants de différents secteurs à ce type de formation sur les réalités masculines (Saint-Hilaire, 2007). Ainsi, après s'être formés, il serait plus aisé pour eux d'être à l'écoute des besoins des hommes, de les

accompagner sinon les référer à d'autres organismes ou établissements et de mettre en place des pratiques efficaces de promotion de la santé masculine.

Une autre façon d'adapter les interventions à la spécificité de la clientèle masculine et de s'ouvrir davantage à ses réalités consiste à rendre les A.S.P.R. plus accessibles et accueillants pour les hommes. Aux vues des résultats de l'enquête, la volonté des organismes d'adapter leurs pratiques est tangible lorsqu'ils offrent leurs A.S.P.R. en fin d'après-midi ou en soirée, tenant compte ainsi de la plus grande disponibilité des travailleurs à ces moments-ci de la journée. Notons que ce type d'aménagement du milieu est profitable de la même manière aux travailleuses. La préoccupation de créer des environnements plus accueillants pour la clientèle masculine est un autre aspect de ce qui doit être fait pour adapter les A.S.P.R. à ce type de clientèle selon plusieurs répondants. En cela, les allégations des organismes sensibilisés à cette dimension de l'intervention rejoignent les constats établis dans le domaine de la promotion et du soutien à l'engagement paternel. Sur ce point, plusieurs projets prometteurs ont fait la démonstration que les pères manifestent plus d'intérêt à fréquenter des milieux dédiés au soutien à la famille où ils sentent qu'ils ont leur place et dans lesquels ils ne sont pas stigmatisés (présence de magazines plus « masculins »; affiches représentant des modèles d'hommes et de pères crédibles et positifs; aménagement de l'espace physique (Bolté *et al.*, 2002; Forget *et al.*, 2005).

Sans doute, ces différentes stratégies visant l'aménagement du milieu de l'intervention permettent de créer une plus grande proximité avec les hommes au sein des organismes. Cependant, on peut s'étonner que très peu de répondants mentionnent l'intérêt de rejoindre la clientèle masculine en dehors des enceintes de leurs structures. Par exemple, aller à la rencontre des hommes dans leur milieu de travail représente, à n'en pas douter, une opportunité intéressante. Aujourd'hui, peu nombreux sont ceux qui s'en saisissent ou déclarent le faire. Développer de telles actions de sensibilisation (et de recrutement) dans le monde du travail suppose d'arriver à sensibiliser plus et mieux les entreprises. Des expériences prometteuses sont menées dans ce sens par de rares organismes. Il conviendrait sûrement de réfléchir à intensifier ce type d'action.

Quand il est question de s'exprimer sur les A.S.P.R. à développer dans le futur pour répondre aux besoins de la clientèle masculine, les répondants se rejoignent sur plusieurs



points. En plus de la nécessité de se former aux réalités masculines et à l'intervention auprès des hommes que nous avons déjà abordée dans la présente discussion, il ressort que leur intérêt porte sur la création de services de crise et l'ouverture de lieux d'hébergement ainsi que sur le développement d'interventions de groupe (soutien, thérapeutique).

Les services et lieux d'accueil auxquels les organismes font référence devraient s'adresser prioritairement selon eux aux hommes en difficulté. Aussi, en plus de l'intensification des actions de prévention du suicide, ils préconisent la mise en place d'interventions visant les hommes dépendants et ceux qui souffrent de maladie mentale. En cela, les points soulevés par les répondants concordent avec les recommandations du « Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes ». Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, comme ailleurs au Québec, les hommes tardent à demander de l'aide et se présentent souvent dans les services en état de crise. Ce type de contexte peut devenir très vite explosif quand les structures et les intervenants ne sont pas préparés adéquatement à accueillir une telle demande d'aide. Dans ces conditions, la mise sur pied et la consolidation de services d'accueil et de soutien aux hommes vivant ce genre de situation, y compris des structures d'hébergement, semblent faire partie intégrante de la vision de la solution qui se dégage des réponses fournies par les organismes. Cela est d'autant plus important que des chercheurs ont montré clairement qu'il est plus facile pour un homme qui a demandé de l'aide une première fois et qui a tiré satisfaction de sa démarche, de la répéter, sans attendre d'être à nouveau dans une situation explosive (Turcotte, Dulac, Lindsay, Rondeau et Turcotte, 2002). Cependant, il ne faudrait pas non plus négliger totalement la mise sur pied de services axés sur la prévention, car au-delà de répondre adéquatement aux besoins des hommes en crise, il faut également travailler à éviter que les situations des hommes se dégradent jusqu'à atteindre un niveau de crise.

Quant au deuxième point, force est de constater que l'intervention de groupe pour soutenir les hommes et prévenir les effets morbides de certains problèmes de santé qui les affectent est encore peu répandue. Or, l'intervention de groupe représente souvent un cadre aidant. Si les groupes d'hommes ont été peu évalués, d'autres types d'intervention utilisant cette dynamique l'ont été abondamment dans les champs de la promotion de la santé, du soutien et de l'entraide ou encore, du traitement de diverses pathologies sociales, psychologiques ou

somatiques. La plupart des chercheurs ont mis en évidence que le groupe comme intervention est justifié du fait qu'il peut être un catalyseur du changement (Lindsay *et al.*, 2006, p. 4). Bien qu'il ne soit pas question d'une panacée, plusieurs auteurs ont révélé que le groupe pouvait offrir un environnement très propice aux changements ou au rétablissement de certains hommes. Toutefois, la mise en place de ce type d'intervention suppose que l'on considère la spécificité des hommes traditionnels, notamment au regard de leur difficulté à exprimer leurs émotions (Voir Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002).

Dans l'enquête, les répondants déclarent que les préjugés et les stéréotypes véhiculés sur les hommes, le manque de modèles crédibles et positifs, la méconnaissance des réalités masculines, la médiatisation des cas extrêmes et le radicalisme de certains groupes de défense de droits ne facilitent pas le travail axé sur les hommes. Or, la recherche fait apparaître que l'environnement global est très peu pris pour cible dans le cadre des interventions réalisées par les répondants. En conséquence, des questions essentielles demeurent au sujet de l'implication des organismes dans des actions qui visent la transformation des normes (par exemple, les actions visant la normalisation de la demande d'aide chez les hommes), des règles ou des lois. Dans les faits, des projets locaux peuvent-ils intervenir globalement ? Est-ce leur vocation ? Si cette mission ne leur incombe pas, qui va l'accomplir en dehors des groupes de pression radicaux ? Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, un élément de réponse réside dans la création du Comité régional de la santé des hommes. Celui-ci joue d'ores et déjà un rôle important dans la mise en place d'un programme de recherche pour mieux cerner les réalités masculines et les services offerts à la clientèle masculine. Il devra sans conteste intensifier son action en vue de servir également de courroie de transmission entre les différents acteurs des politiques publiques, de l'intervention et de la recherche en vue de développer un plan d'action régional qui réponde aux besoins des hommes.

En effet, malgré le contexte actuel qui voit se multiplier les efforts réflexifs afin de mieux comprendre les réalités masculines et les tentatives d'offrir aux hommes des A.S.P.R. adaptés à leurs besoins, beaucoup reste à faire. Comme Gaudet et Devault (2001) le mentionnent au sujet du soutien à la paternité, il existe une différence significative entre l'ouverture des intervenants familiaux à cibler davantage les pères et les actions mises en place. Dans ces conditions, il convient selon elles de cibler davantage les hommes.

Les difficultés liées au financement des organisations, au manque de préparation des intervenants pour mettre en place des A.S.P.R. dédiés aux hommes ou encore à la carence de personnel masculin dans les organismes sont des raisons avancées fréquemment par les répondants pour expliquer, de la part de certains hommes, leur désintéressement des organismes fournissant de l'aide. De manière récurrente, les résultats des études portant sur la dispensation de services dans les champs sanitaire et social font apparaître la nécessité de valoriser l'action des organismes en leur apportant un soutien financier (voir Larivière, 2001). Ce type de reconnaissance permet à ces derniers de développer des A.S.P.R. diversifiés et de le faire durablement (voir les travaux de Forget *et al.*, 2005). Ce constat en appelle un autre relatif à la difficulté pour les organismes d'agir seuls dans ces conditions. Plusieurs mentionnent qu'il est souhaitable d'opérer en concertation et d'interpeller des acteurs de divers secteurs, qu'ils soient du milieu communautaire ou institutionnel (santé, services sociaux, éducation, sûreté, emploi, municipalité, etc.). Dans cette perspective, le travail en réseau doit être soutenu et renforcé. À dessein, à l'instar de ce que souligne une récente évaluation d'un projet de promotion de l'engagement paternel, l'action intersectorielle a des effets bénéfiques indéniables sur les pratiques professionnelles des intervenants ainsi que sur l'implication des hommes auprès de leur progéniture, dans la famille et au sein de la communauté (voir Dubeau *et al.*, 2009). La mise en place et la réalisation d'un plan d'action d'envergure qui réunit plusieurs acteurs communautaires et institutionnels contribuent à ce résultat. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, le développement d'actions concertées dans le domaine de la promotion de la santé masculine pourrait trouver, dans de telles expériences menées auprès des pères, une source d'inspiration pour rejoindre les hommes plus largement.



## CHAPITRE 6

# STRATÉGIE POUR LE FUTUR

L'ensemble des éléments recueillis, tant à travers l'enquête que dans la recension des écrits qui l'a précédée, conduit les chercheurs à présenter une série de recommandations s'inscrivant dans une stratégie globale.

### 6.1 Stratégie globale

Pour améliorer la réponse sociale aux difficultés vécues par certains d'hommes, une approche communautaire dite par immersion du territoire qui s'inspire de la promotion de la santé est privilégiée. Dans cette perspective, il est utile de planifier une intervention massive dans la communauté autour de l'enjeu social de la promotion de la santé masculine.

Le Comité régional sur la santé des hommes joue le rôle de maître d'œuvre de ce plan d'actions régional multiscalaire, multistratégies. Ce dernier intensifie donc son action de courroie de transmission entre les différents acteurs des politiques publiques, de l'intervention et de la recherche en suscitant ou consolidant la réalisation d'A.S.P.R. de qualité qui sont appuyés financièrement.

### 6.2 Quelques recommandations

#### ***6.2.1 Au regard des activités, services, programmes et ressources :***

1. Rendre les A.S.P.R. davantage accessibles aux hommes en adaptant l'offre d'aide aux besoins de la clientèle masculine. Cela peut se faire en expérimentant ou en s'inspirant de modèles déjà appliqués ailleurs avec succès (« pairs aidants », soutien et promotion de l'engagement paternel).
2. Favoriser la création de lieux destinés aux hommes (hébergement, accueil de jour, lieux de rencontre), notamment pour répondre à leurs besoins quand ils sont en situation de crise ou qu'ils sont isolés.

3. Mettre en place et renforcer les interventions visant les hommes souffrant de dépendance et/ou de maladie mentale.
4. Développer les groupes d'entraide et de soutien dédiés aux hommes en difficulté, notamment quand ils souffrent d'isolement.
5. Poursuivre la lutte contre l'épidémie de suicide en réalisant des actions de prévention.
6. Susciter, renforcer ou maintenir l'engagement paternel en favorisant la mise en place d'actions dédiées aux hommes concernés par la paternité dans leurs milieux de vie (quartier, communauté, milieu de travail).
7. Aller à la rencontre des hommes dans leurs milieux de vie, notamment sur leur lieu de travail, dans leur famille ou en les rejoignant au sein de leurs différents groupes d'appartenance (activités sociales, de loisir, sportives ou culturelles).

#### **6.2.2 Au regard des croyances, attitudes et valeurs :**

8. Faire la promotion des activités, services, programmes et ressources auprès des hommes en normalisant la demande d'aide (« Demander de l'aide, c'est fort! »).
9. Promouvoir la santé masculine par des actions de communication de masse, notamment à travers des messages faisant la promotion de saines habitudes de vie qui rejoignent davantage les hommes.
10. Œuvrer au changement de mentalité des intervenants par rapport aux hommes et à leurs besoins en s'attaquant aux préjugés misandriques et en développant à travers des actions de marketing social des modèles d'hommes crédibles et positifs.
11. Sensibiliser les décideurs politiques, hommes et femmes, à l'intérêt de soutenir les activités, services, programmes et ressources dédiés spécifiquement aux hommes.

#### **6.2.3 Au regard des ressources humaines :**

12. Soutenir le recrutement des intervenants masculins dans les organismes au moyen de divers mécanismes incitatifs (campagne de promotion des professions de la santé, des services sociaux, des métiers de la petite enfance et de l'éducation à l'intention des garçons et des jeunes hommes; politique salariale plus avantageuse dans le secteur communautaire).

13. Soutenir le recrutement de bénévoles masculins au sein des organismes et favoriser la participation sociale des hommes au sein de la communauté, notamment en rejoignant les aînés.
14. Former les professionnels et les bénévoles aux spécificités de la demande d'aide des hommes et à l'intervention auprès de la clientèle masculine.

#### **6.2.4 Au regard des organisations :**

15. Renforcer le soutien financier aux organismes qui utilisent des stratégies pour rejoindre les hommes ou qui leur offrent des activités, services, programmes ou ressources spécifiques.
16. Développer et consolider le travail de concertation en créant une table de concertation sur les réalités masculines au Saguenay–Lac-Saint-Jean.
17. Maintenir et renforcer les efforts de promotion des ressources existantes auprès des différents acteurs sectoriels (santé et services sociaux, emploi, éducation, sûreté publique, justice, services correctionnels) et communautaires.

#### **6.2.5 Au regard de la recherche :**

18. Susciter et soutenir la recherche sur les différents aspects de la condition masculine en partenariat avec les milieux de pratique afin : (1) de contribuer à l'émergence de nouveaux savoirs sur les réalités vécues spécifiquement par les hommes du Saguenay–Lac-Saint-Jean et; (2) d'accroître l'efficacité des interventions qui leur sont destinées.
19. Favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche dans le domaine des études sur les réalités masculines et l'intervention auprès des hommes.





## CONCLUSION

La présente enquête avait un objectif principal : colliger des informations pertinentes auprès des partenaires régionaux qui interviennent dans le champ sanitaire et social pour identifier les activités, programmes, ressources et services (A.S.P.R.) offerts aux hommes dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. De façon subséquente, il s’agissait d’avoir une meilleure compréhension des réalités masculines par rapport à la demande et l’offre d’aide. Force est de constater que les éléments d’information fournis par les répondants ont permis d’esquisser des pistes de réflexion fort riches.

Cet inventaire a révélé que la mise en place des activités, services, programmes et ressources (A.S.P.R.) destinés à la clientèle masculine demeure un objectif pour une minorité d’organismes au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cependant, dans le secteur communautaire, la tendance de quelques-uns à prendre en considération la spécificité de la demande d’aide des hommes est un indicateur important des efforts déployés par les organismes pour intégrer la préoccupation de cette clientèle dans la mise en place de leurs A.S.P.R.

Cette tendance va dans le sens de ce que de nombreux chercheurs et intervenants ont mis en œuvre depuis quelques années au Québec et ailleurs, à savoir, des programmes de recherche et des interventions sensibles au genre. Généralement, ces experts sont mus par la double conviction qu’il est nécessaire de mieux comprendre les réalités vécues par les hommes afin de mieux intervenir auprès d’eux. À dessein, ils préconisent de leur offrir des services adaptés à ce qu’ils vivent et surtout à ce qu’ils sont en regard du genre. En effet, force est de reconnaître que celles et ceux qui travaillent auprès des hommes ont ignoré longtemps le fait évident que ces derniers sont avant tout des hommes et qu’il est

indispensable d'en tenir compte dans les pratiques de relation d'aide. Aujourd'hui, les choses changent et les interventions tiennent compte plus souvent du bagage culturel des hommes eu égard à l'influence des stéréotypes sexuels.

Dans l'analyse des besoins des hommes, à l'instar de ce que les répondants ont mis à jour à travers leurs commentaires, les témoignages d'hommes et de chercheurs intéressés par la santé masculine mettent l'accent sur plusieurs points importants. Pour améliorer l'état de santé des hommes en général, les intervenants et décideurs concernés devront prendre conscience que certains changements de mentalité sont nécessaires.

Comme Tremblay et ses collègues le soulignent, il faut : « d'une part, travailler à modifier les attitudes et comportements des hommes qui nuisent à leur santé et à leur bien-être et d'autre part, à modifier l'offre de service » (2004, p. 44).

En effet, la socialisation aux rôles de genre des hommes va à l'encontre de la demande d'aide lorsque survient un problème; elle est aussi en contradiction avec les préoccupations en matière de santé. Un changement de mentalité qui perpétuerait des valeurs moins stéréotypées permettrait aux garçons et aux hommes de considérer leur corps comme autre chose qu'une machine. Cela leur éviterait d'adopter des comportements et habitudes de vie nuisibles pour leur santé, celles des autres et aussi, pour l'environnement. Une telle transformation aurait sans doute également un impact bénéfique sur la capacité des hommes à demander de l'aide et à en recevoir.

Mais ces changements de mentalité doivent aussi atteindre les intervenants de la santé et des services sociaux. Il est évident que la demande d'aide des hommes pose problème, mais plutôt que de seulement tenter de les « rééduquer », il serait important de développer dans le même temps des stratégies d'intervention appropriées. Les milieux de l'intervention ont donc intérêt à s'ouvrir davantage aux réalités masculines et à revoir leur conception (et leurs procédures) de la relation d'aide auprès des hommes.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, plusieurs actions développées dans le secteur communautaire paraissent porteuses d'avenir pour l'ensemble des acteurs sociaux sensibilisés à l'intérêt de promouvoir la santé des hommes. Une analyse approfondie de ces

initiatives permettrait d'identifier certains moyens pour accroître l'efficacité des interventions. Il sera utile de préciser avec les répondants qui déclarent agir auprès de la clientèle masculine leurs besoins et s'intéresser davantage aux conditions de réussite et aux résultats des différentes interventions afin d'en dégager les projets les plus prometteurs.



## RÉFÉRENCES

- à cœur d'hommes (2003). *Inclure la réalité des hommes dans la prestation des services sociaux et de santé au Québec*, Mémoire rédigé par Pierre Turcotte, présenté au Comité ministériel du Ministère de la Santé et des Services sociaux sur la prévention et l'aide aux hommes (Québec).
- à cœur d'hommes (2005). *La socialisation conservatrice: facteur d'aliénation et de dualisation*, Mémoire rédigé par Mario Trépanier, Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec.
- Addis, M.E. & Cohane, G.H. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1-15.
- Addis, M.E. & Mahalik, J.R. (2003). Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *American psychologist*, 58(1), 5-14.
- Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2006). *État de situation. Santé des hommes. Formation d'un comité régional de travail multifactoriel*, document de travail.
- Arama, D. (1997). *Promotion du rôle des pères : Inventaire des ressources et projets d'intervention spécifiques à la paternité au Québec*. Rapport de recherche, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Arth, E., Bergeron, A., Lapierre, R., Clouston, M.-C. & Couture, R. (2009). *L'état de santé des hommes du Saguenay—Lac-Saint-Jean*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean, 106 pages.
- Anderson, C.W. (2006). *Do decreases in conventional masculinity among participants in a men's organization predict improvement in their psychological well-being ?* Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland, Baltimore County.
- Andronico, M. & Horne, A. (2004). Counseling men in groups: The role of myths, therapeutic factors, leadership, and rituals. In J. Delucia-Waack, D. Gerrity, C. Kalodner, & M. Riva (Eds.), *Handbook of group counseling and group psychotherapy* (pp. 456-468). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Antil, T., Bergeron, M.-È. & Cloutier, R. (2005). État de santé et de bien-être des hommes québécois. In G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, Bergeron, M-È & R. Lapointe-Goupil (Éds). *La santé des hommes au Québec*. (pp. 115-142). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Antil, T. (1986). Une nouvelle avenue dans la pratique de la santé communautaire : la santé des hommes. In J. Bélanger, J. Broué, C. Guévremont, et al. (Dir.). *Intervention auprès des hommes*. Compte-rendu du colloque, Montréal, Fédération des CLSC, 118-133.
- Antil, T. (2005). La santé des hommes : une mise en contexte. In *La santé des hommes au Québec*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux et Institut de la statistique du Québec. Québec : Les Publications du Québec, 13-20.
- Bizot D. 2007 « Les groupes de pères au Québec comme soutien à la paternité », dans Sellenet C. (dir.). *Les pères en débat*. Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès, pp. 169-188
- Blazina, C., & Marks, I. (2001). College men's affective reactions to individual therapy, psychoeducation workshops, and men's support group brochures: The influence of gender role conflict and power dynamics upon help seeking attitudes. *Psychotherapy*, 38, 297-305.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Brooks, G. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Man*, San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Brooks-Harris, J.E., Heesacker, M. & Mejia-Millan, C. (1996). Changing men's male gender-role attitudes by applying the elaboration likelihood model of attitude change. *Sex Roles*, 35, 563-580.
- Campbell, J. (2001). Être femme et intervenir auprès des hommes, Texte rédigé pour le document de référence de la Semaine provinciale de prévention du suicide 2001 de l'AQS « prévenir le suicide au masculin ».
- Centre de prévention du suicide 02 (2009). *Rapport annuel 2008-2009*. Chicoutimi : Centre de prévention du suicide 02 Inc.
- Cheatham, H.E., Shelton, T.O. & Ray, W.J. (1987). Race, sex, causal attribution, and help-seeking behavior. Special Issue : Blacks in higher education. *Journal of College Student Personnel*, 28(6), 559-568.
- Cochran, S. V., & Rabinowitz, R. E. (2000). *Men and depression: Clinical and empirical perspectives*. San Diego, CA: Academic Press.
- Cochran, S. V. (2001), Assessing and treating depression in men. In G. Brooks & G. Good (Eds.), *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men* (pp. 229-245). San Francisco: Jossey-Bass.
- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2005). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Connell, R. W. (1990). An iron man: The body and some contradictions of hegemonic masculinity. In M. Messner, & D. Sabo (Eds). *Sport, men and the gender order*. Champaign, IL : Human Kinetics Books.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Cambridge, UK : Polity Press.
- Connell, R. W. (2000). *The men and the boys*. Cambridge, UK : Polity.

- Courtenay, W. H. (2000a). Teaming Up for the New Men's Health Movement. *Journal of Men's studies*, 8(3), 387.
- Courtenay, W. H. (2000b). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being : a theory of gender and health. *Social science & Medicin*, 50, 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (1998). College men's health: An overview and a call to action. *Journal of American College Health*, 46(6), 279-290.
- Daigle, M. S. (2002) *Des hommes en détresse : quels services vont-ils utiliser ?* Intervention, no. 116, 5-12.
- Daigle, M. S., Beausoleil, L., Brisoux, J., Raymond, S., & Charbonneau, L. (2002). Des hommes en détresse : Quels services vont-ils utiliser? *Intervention*, 116, 5-12.
- David, G. (2002). Les hommes face à la consultation psychosociale et/ou psychothérapeut., Intervention, no 116, juin 2002, p. 167-174.
- Bolté, C., Devault, A., St-Denis, M., & Gaudet, J. (2002). *Sur le terrain des pères. Projets de soutien et de valorisation de la paternité*. Montréal.
- Drapeau, A., Boyer, R., & Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 372-384.
- Dubeau, D., Turcotte, G., Ouellet, F., & Coutu, S. (2009). L'évaluation ou l'épreuve de la complexité, In D. Dubeau, A. Devault & G. Forget (Dir.). *La paternité au XXIe siècle*, pp. 175-201. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Duchesne, L. (2006). La situation démographique au Québec – Bilan 2006, Institut de la statistique du Québec, chap.4, novembre 2006.
- Duchesne, L. (2002). La mortalité. Dans Institut de la statistique du Québec, *La Situation démographique au Québec : Bilan 2001*. Québec : ISQ.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*, Centre d'études d'aide appliquée sur la famille, Montréal.
- Dulac, G. (1999). Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises. Montréal : A.I.D.R.A.H.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal, VLB Éditeur.
- Dulac, G. (2004). *Répertoire 2004 des organismes communautaires de prévention et d'aide pour les hommes*. Montréal : Laboratoire Masculinités/Rôles et genres.
- Eisler, R.M. (1995). The relationship between masculine gender role stress and men's health risk: The validation of a construct. In R. F. Levant & W. S. Pollack (Eds.), *A new psychology of men* (pp. 207-225). New York: Basic Books.
- Englar-Carlson, M. & Shepard, D.S. (2005). Engaging men in couples counseling: Strategies for overcoming ambivalence and inexpressiveness. *The Family Journal*, 13, 383-391.
- Englar-Carlson, M. (2006). Masculine Norms and the Therapy Process, In M. Englar-Carlson & M. Stevens (Eds.). (2006). *In the room with men: A casebook of therapeutic change* (pp.13-47). Washington, DC: American Psychological Association.

- Evans, R., Brotherstone, H., Miles A. & Wardle J. (2005). Gender differences in early detection of cancer. *The Journal of Men's Health & Gender*, 2(2): 209-217.
- Forget, G., Bizot, D., Forer, B., Jarvis, D., & Paquette, T. (2006). *Mon père est important parce que... Un regard sur les pratiques canadiennes de soutien à l'engagement paternel*, Rapport de recherche soumis à l'Agence canadienne de santé publique. Disponible en français et en anglais.
- Forget G., Devault, A. & Bizot D. (2009). Des pratiques exemplaires pour soutenir les pères. In D. Dubeau D., A. Devault, & G. Forget (Dir.). *ProsPère, la paternité du XX<sup>e</sup> siècle ?* pp. 221-236. Ste-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Fortin, D., Boivin, J.F. et Brisson, M. (2009). *Présentation des groupes d'entraide et de soutien « Transition » et « Trajectoires »*. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean (Chicoutimi) : 27 avril 2009.
- Galgut, C. (2007). Men and Therapy : is it Time for Men to Come Out of the Closet. *Healthcare Counsellors and Psychotherapists Journal HCPJ*, July 2007, 14-17.
- Gaudet, J. & Devault, A. (2001). Comment intervenir auprès des pères? : Le point de vue des intervenants sociaux et communautaires. *Intervention*, 114, 9-18.
- Genest-Dufault, S. (2006). *Études sur les hommes et les masculinités : perspectives théoriques, service social, et rupture amoureuse*. Examen de doctorat 1 : volet rétrospectif, École de service social, Université Laval; (Québec).
- Gillon, E. (2007). Counselling Men in Healthcare Settings. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*, June.
- Good, G.E., Heppner, P.P., DeBord, K.A. & Fischer, A.R. (2004). Understanding Men's Psychological Distress : Contributions of Problem-Solving Appraisal and Masculine Role Conflict. *Psychology of Men and Masculinity*, 5 (2) 168-177.
- Good, G. E., & Mintz, L. B. (1990). Gender role conflict and depression in college men: Evidence for compounded risk. *Journal of Counseling and Development*, 69, 17–21.
- Good, G.E. & Wood, P.K. (1995) Male Gender Role Conflict, Depression, and Help Seeking: Do College Men Face Double Jeopardy ? *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 70-75.
- Goode, J., Hanlon, G., Luff, D., O'Cathain, A., Stangleman, T. & Greatbatch, D. (2004). Male callers to NHS Direct: The assertive carer, the new dad and the reluctant patient. *Health : An interdisciplinary. Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8(3), 311-328.
- Guyon, L. (1996). Les habitudes qui agissent sur la santé. In L. Guyon (Dir.), *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*. Chapitre 6, pp. 97-126. Avec la collaboration de C. Robitaille, M. Clarkson et C. Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.
- Harris, P., & Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others, *British Journal of Social Psychology*, 33, 369–386.



- Horne, A. M., Jolliff, D., & Roth, E. (1996). Men mentoring men in groups. In M. Andronico (Ed.), *Men in groups: Insight, interventions, psychoeducational work* (pp. 97–112). Washington, DC : American Psychological Association.
- Houle, J., Mishara, B.L., & Chagnon, F. (2005). Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide? *Santé mentale au Québec*, 30(2), 61-84.
- Institut National de Santé Publique du Québec (2004). L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente?, Québec (Province).
- Kilmartin, C. (2005). Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health and Gender*, 2 (1) 95-99.
- Kimmel, M. (2004). Masculinities. In M. Kimmel & A. Aronson (Eds.). *Men & Masculinities: A social, cultural, and historical encyclopedia*, Vol. II (pp. 503-507). Santa Barbara, CA: ABC Clio.
- Larivière, C. (2001). L'amplification obligée des relations partenariales : l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie ? *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 2001, 64-80.
- Lavoie, B. (2009). Psychothérapie. Ah, si les hommes étaient des femmes... *L'actualité médicale. Le journal du médecin*. 30(2). p. 10.
- Levant, R.F. (1995). Toward the reconstruction of masculinity. In R. Levant & Pollack, W. S., (eds.). *A new psychology of men*. (pp. 229-251). New York : Basic Books.
- Mahalik, J.R., Good, G.E. & Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, presenting concerns and help-seeking: Implications for practice and training. *Professional Psychology: Research & Practice*, 34, 123-131.
- McKee, M. & Shkolnikov, V. (2001). Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *British Medical Journal*, (323) 1051-1055.
- Messerschmidt, J.W. (1997). *Crime as structured action: Gender, race, class and crime in the making*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Smiler, A.P. (2004). Thirty years after the discovery of gender : Psychological concept and measures of masculinity. *Sex Roles*, 50, 15-26.
- Millar, A. (2003). Men's experiences of considering counselling: Entering the 'unknown. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(1), 16-24.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2001). Direction de l'analyse et de la surveillance, Surveillance de la mortalité au Québec : 1977-1998, Québec, 187.
- O'Neil, J.M., Good, G.E. & Holmes, S. (1995). Fifteen years of theory and research on men's gender role conflict: New paradigms for empirical research. In R.F. Levant & W.S. Pollack (Eds.), *A New Psychology of Men* (pp. 164-206). New York : Basic Books.
- O'Neil, J.M. (1982). Gender role conflict and strain in men's lives : Implications for psychiatrists, psychologists, and other human service providers. In K. Solomon & N.B. Levy (Eds.), *Men in transition : Changing male roles, theory, and therapy* (pp. 5-44). New York : Plenum.
- O'Neil, J. M. (2008). Summarizing 25 years of research on men's gender role conflict using the Gender Role Conflict Scale: New research paradigms and clinical implications. *Counseling Psychologist*, 36, 358-445.

- Pampalon R, Choinière R, & Rochon M. (2001). L'espérance de santé au Québec. Dans Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, chapitre 16; Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001; 399-418.
- Perlick, D.A. & Manning, L.N. (2006). Overcoming stigma and mental health treatment. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Eds). *Textbook of men's mental health* (pp. 389-417). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Pleck, J.H. (1981). *The Myth of Masculinity*. Cambridge : MIT Press.
- Pollack, W. (1999) *Real Boys: Rescuing our sons from the Myths of Boyhood*. New York: Random House. Preston et Weed, 1976
- Real, T. (1997). *I Don't Want To Talk About It*. NewYork: Scribner.
- Riopel, M. (2007). *Le rapport des hommes à la santé : exploration à partir d'une expérience de stage en milieu hospitalier*. Mémoire de maîtrise non publiée. École de service social. Université de Montréal.
- Robertson, J.M. & Fitzgerald, L.F. (1992). Overcoming the masculine mystique : Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 240–246.
- Rook, KS. (1998). Investigating the positive and negative sides of personal relationships : through a lens darkly? In B. H. Spitzberg, & W. R. Cupach (Eds). *The Dark Side of Close Relationships* pp. 369–393. Mahwah, NJ: Erlbaumy.
- Roy, P. (2007). La négociation des normes masculines par les hommes en crise suicidaire. Mémoire de maîtrise en sociologie non publiée. Université du Québec à Montréal.
- Roy, V. (2008). *La demande d'aide des hommes, un monde à part !?* Conférencedans le cadre des activités du Groupe de recherche et d'intervention régionales (G.R.I.R.), Université du Québec à Chicoutimi : 10 octobre 2008.
- Saint-Hilaire, Y. (2007). Présentation de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines. Conférence donnée dans le cadre d'une rencontre du Comité régional sur la santé des hommes. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean, le 8 novembre 2007.
- Santé et Bien-être social du Canada (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- Smiler, A. (2004). Thirty years after the discovery of gender: Psychological concepts and measures of masculinity. *Sex Roles*, 50(1/2), 15-26.
- Smith, J. P., Tran, G.Q. & Thompson, R.D. (2008). Can the theory of planned behavior help explain men's psychological help-seeking Evidence for a mediation effect and clinical implications. *Psychology of Men and Masculinity* 9(3):179-192.
- Tremblay, A. (1991). *Sondages : Histoire, pratique et analyse*. Montréal, Paris : Gaëtan Morin.
- Tremblay, G. & L'Heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergeant d'intervention clinique, *Intervention*, 116.
- Tremblay, G., Thibault, Y., Fonséca, F., & Lapointe-Goupil, R. (2004). La santé mentale et les hommes : État de situation et pistes d'intervention. *Intervention*, 121, 6-16.

- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M-E & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Tremblay, G. & Lapointe-Goupil, R. (2005). Habitudes de vie et comportements liés à la santé chez les hommes québécois. In *La santé des hommes au Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut de la statistique du Québec. Québec : Les Publications du Québec, 71-114.
- Tremblay, G., Morin, M-A, Desbiens, V. & Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Études et Analyses, no 36. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G., & Turcotte, P. (2002). Les trajectoires de demande d'aide des hommes en difficulté. Collection Études et Analyses, no 21. Montréal et Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Turcotte, G., Chamberland, C., Blais, M.-F., René, J.-F., Sanchez, I., & Tremblay, V. (2007). *Le projet MAP à Montréal. Pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle de femmes chefs de familles monoparentales. Rapport d'évaluation d'implantation*. Rapport d'activités scientifiques présenté au CQRS. Institut de recherche pour le développement social des jeunes, Mai 2007.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Keincolt-Glaser, J. K. (1996). The Relationship between social support and physiological processes : A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health, *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531.



**ANNEXE 1**

**QUESTIONNAIRE**



## IDENTIFICATION DU RÉPONDANT<sup>16</sup>

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

Nom et fonction de la personne ressource (répondant) : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

*Avez-vous complété le sondage réalisé dans le cadre des travaux du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes en 2002 ayant donné lieu au Rapport Rondeau ?*

oui

non

ne sais pas

### LA PLACE DE LA CLIENTÈLE MASCULINE DANS VOTRE ORGANISME OU ÉTABLISSEMENT

#### 1. Comment se répartit votre clientèle parmi les catégories suivantes :

Hommes (18 ans et +): \_\_\_\_\_ %

Garçons (17 ans et -): \_\_\_\_\_ %

Femmes (18 ans et +): \_\_\_\_\_ %

Filles (17 ans et -): \_\_\_\_\_ %

100 %

*Remarque : Si aucun homme et aucun garçon ne fréquentent votre établissement ou votre organisme, veuillez répondre aux questions 2, 5, 9, 15 et 16, 19 à 35*

#### 2. Selon vous, les services que vous offrez dans votre organisme ou établissement sont-ils suffisamment utilisés par la clientèle masculine :

oui

non

<sup>16</sup> Dans ce questionnaire, le masculin est utilisé de façon épiciène.

**3. Quels types de clientèle masculine fréquentent votre organisme ou votre établissement ?**

*Indiquez SVP une proportion en pourcentage. Celle-ci peut être approximative.*

Activité	%	Statut conjugal	%	Statut parental	%	Types de problématiques	%
Avec emploi		En couple		Avec enfant		Médical	
Sans emploi		Séparé/Divorcé		Sans enfant		Psychosociale	
Retraité		Célibataire		Autres :		Autres :	
Autres		Autres :					
	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>

**4. Quels sont les principaux motifs de consultations des hommes ou des garçons avec qui vous êtes en contact dans votre organisme ou établissement?**

*Cotez vos réponses SVP de 1 à 4 : 1 pas fréquent, 2 peu fréquent, 3 fréquent, 4 très fréquent*

**Côte**

- Santé physique \_\_\_\_\_
- Violence \_\_\_\_\_
- Détresse psychologique/suicide \_\_\_\_\_
- Dépendance (alcool, drogue, jeu) \_\_\_\_\_
- Difficultés conjugales \_\_\_\_\_
- Parentalité \_\_\_\_\_
- Deuil/Perte \_\_\_\_\_
- Isolement/Solitude \_\_\_\_\_
- Autre (s) (précisez SVP) : \_\_\_\_\_

---



---



---



**5. Avez-vous développé des mesures, moyens ou protocoles pour rejoindre vos services à la clientèle masculine ?**

- Si oui, décrivez-les SVP:

---

---

---

---

- Si non, pourquoi :

---

---

---

---

**6. Offrez-vous des services destinés spécifiquement aux hommes ou aux garçons qui fréquentent votre organisme ou établissement ?**

- Si oui, dans quel(s) domaine(s) (*plusieurs choix possibles*) :

1. médical \_\_\_\_\_

2. psychologique \_\_\_\_\_

3. social \_\_\_\_\_

4. culture/loisir/sport \_\_\_\_\_

5. éducation/formation \_\_\_\_\_

6. politique \_\_\_\_\_

7. autres : \_\_\_\_\_

- Si non, pourquoi :

---

---

---

(Allez à la question 9)

**7. Pour chaque service destiné spécifiquement à la clientèle masculine, veuillez SVP remplir le tableau en suivant l'exemple indiqué :**

*Si vous offrez plus de trois services, merci de compléter votre réponse sur une autre feuille en précisant le numéro de la question.*

	Service <b>Exemple</b>	Service 1	Service 2	<b>Service 3</b>
Nature du service	<i>Groupe de soutien</i>			
Fréquence	<i>Une fois par semaine</i>			
Durée	<i>10 semaines</i>			
Horaires	<i>19 :00 à 21 :00</i>			
Lieu	Dans l'organisme			
Problématique de la clientèle	<i>Paternité</i>			
Objectifs visés	<i>Soutenir les hommes dans leur engagement paternel</i>			
Coût pour la clientèle	<i>Gratuit</i>			

**8. Si vous dédiez des services spécifiquement aux hommes ou aux garçons, quelles sont les ressources humaines, matérielles et financières que vous y consacrez :**

- Humaines :

Nombre d'employés rémunérés équivalent temps plein : \_\_\_\_\_

Nombre de bénévoles : \_\_\_\_\_

- Matérielles (ex. : tracts, « flyers », pamphlet, outils didactiques, etc.) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Financières (Montant alloué ; Part du budget global annuel [en %] consacrée à ce type d'action) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Lorsque vous ne pouvez pas répondre aux besoins de la clientèle masculine, à quelles autres ressources réferez-vous ces personnes ?**

**SERVICES DE CRISE**

**10. Offrez-vous des services de crise pouvant être utilisés par les hommes ?**

◆ oui (répondez à la question 11)

◆ non (passez à la question 13)

**11. Pour chaque service de crise, veuillez SVP remplir le tableau en suivant l'exemple indiqué :**

*Si vous offrez plus de trois services de crise, merci de compléter votre réponse sur une autre feuille en précisant le numéro de la question.*

	Service <b>EXEMPLE</b>	Service de crise 1	Service de crise 2	Service de crise 3
Nature du service	Lit d'urgence			
Fréquence	7jours / 7jours			
Durée	3 nuitées			
Horaires	19h à 7h30			
Proportion d'hommes et/ou de garçons utilisant le service	20%			
Lieu	Dans l'organisme			
Problématique de la clientèle	Itinérance			
Objectifs visés	Hébergement			
Coût pour la clientèle	2\$ / nuit			

**12. En général, quelles sont les ressources qui vous réfèrent les clientèles masculines en crise pouvant fréquenter votre organisme ou établissement?**

---

---

---

**13. Lorsque vous ne pouvez pas répondre aux besoins de la clientèle masculine en crise, à quelles autres ressources référez-vous ces personnes ?**

---

---

---

**14. Développez-vous ou utilisez-vous des outils d'évaluation du risque suicidaire auprès de la clientèle masculine ? (Par exemple : COQ, projet *reaching* du MSSS, projet pilote avec STL, etc.)**

- Si oui, précisez SVP quel(s) outil(s) vous utilisez :

---

---

---

#### **ADAPTATION DES SERVICES OFFERTS**

**15. Pensez-vous que vos services sont adaptés aux besoins de la clientèle masculine?**

- Sont très bien adaptés aux besoins de la clientèle masculine
- Sont bien adaptés aux besoins de la clientèle masculine
- Sont peu adaptés aux besoins de la clientèle masculine
- Ne sont pas adaptés du tout aux besoins de la clientèle masculine

Précisez SVP votre réponse en quelques mots :

---

---

---

**16. Selon vous, dans quelle mesure les services disponibles dans la communauté répondent-ils aux besoins de la clientèle masculine?**

- Répondent très bien aux besoins de la clientèle masculine
- Répondent bien aux besoins de la clientèle masculine
- Répondent peu aux besoins de la clientèle masculine
- Ne répondent pas du tout aux besoins de la clientèle masculine

Précisez SVP votre réponse en quelques mots :

---

---

---

**17. À votre avis, quelle est la contribution de votre organisme ou établissement à la réponse aux besoins de la clientèle masculine?**

---

---

---

**18. En considérant votre pratique avec la clientèle masculine, quels sont selon vous les « bons coups » que vous avez déjà réalisés dans votre intervention auprès des hommes et/ou des garçons ?**

Les bons coups que vous avez réalisés en 2007-2008:

---

---

---

Les bons coups que vous avez réalisés antérieurement:

---

---

---

**19. Au sein de votre organisme ou établissement, quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous intervenez auprès des hommes et/ou des garçons ?**

---



---



---

**20. Pour votre organisme ou établissement, quels sont les facteurs favorables et défavorables pour développer ou consolider des services adaptés aux besoins des hommes ou des garçons ?**

Facteurs favorables	Facteurs défavorables
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**21. Dans votre communauté, quels sont les facteurs favorables et défavorables pour développer ou consolider des services adaptés aux besoins des hommes ou des garçons ?**

Facteurs favorables	Facteurs défavorables
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**Personnel et bénévoles**

**22. Dans votre organisme ou établissement, quel est le nombre de personnes rémunérées (y compris le directeur général) ? \_\_\_\_\_**

**23. Dans votre organisme ou établissement, quel est le nombre d'intervenants psychosociaux rémunérés (équivalent temps plein)? \_\_\_\_\_**

**24. Au niveau de l'ensemble du personnel rémunéré, quelle est la proportion d'hommes et de femmes ?**

	Personnel psychosocial	Autres personnels
Hommes		
Femmes		
	100%	100%

**25. Dans votre organisme ou établissement, quel est le nombre de bénévoles « en relation d'aide »/« soutien aux personnes » ? \_\_\_\_\_**

**26. Au niveau des bénévoles en relation d'aide/soutien aux personnes, quelle est la proportion d'hommes et de femmes ?**

Hommes : \_\_\_\_\_

Femmes : \_\_\_\_\_

100%

**27. Les personnes rémunérées et les bénévoles de votre organisme ou établissement ont-ils reçu une formation pour intervenir auprès des clientèles masculines ?**

Personnes rémunérées :    oui        non   

Bénévoles :                    oui        non   

**28. Les personnes rémunérées et les bénévoles de votre organisme ou établissement qui ont reçu une formation pour intervenir auprès de la clientèle masculine, l'ont-ils suivie :**

	Personnes rémunérées		Bénévoles	
• À titre individuel :	oui	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
• Dans le cadre d'un programme offert par votre organisme ou établissement	oui	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

**29. À votre avis, les personnes rémunérées ou bénévoles de votre organisme ou établissement ont-t-ils besoins de formation pour intervenir auprès des clientèles masculines ?**

Personnes rémunérées ou bénévoles :      oui (*répondez à la question 30*)  
non (*répondez à la question 31*)

**30. Dans quel(s) domaine(s) le personnel rémunéré ou les bénévoles ont-t-ils des besoins de formation ?**

Personnes rémunérées:

---

---

---

Bénévoles:

---

---

---

**31. Pourquoi les personnes rémunérées ou bénévoles n'ont pas besoin de formation pour intervenir auprès de la clientèle masculine ?**

Personnes rémunérées :

---

---

---

Bénévoles:

---

---

---

### **Plan d'action**

**32. Quels sont les services s'adressant spécifiquement aux hommes et/ou aux garçons que vous prévoyez développer au sein de votre organisme ou votre établissement dans les prochaines années ?**

- Au cours de l'année prochaine (2008-2009) :

---

---

---



- À moyen terme (après 2009) :

---

---

---

**33. À votre avis, quelles seraient les activités, services, programmes ou ressources à développer dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle masculine ?**

Dans le secteur communautaire :

---

---

---

Dans le secteur institutionnel :

---

---

---

**34. Selon vous, quelles devraient être les priorités d'action des acteurs de la santé et des services sociaux en direction des hommes et/ou des garçons durant les deux prochaines années ?**

---

---

---

**35. Quels sont les autres commentaires ou suggestions que vous souhaiteriez apporter aux membres du comité de travail sur la santé des hommes au Saguenay-Lac-Saint-Jean pour alimenter leur réflexion sur ce thème ?**

---

---

---

## Autorisation pour l'utilisation de vos données

J'autorise l'utilisation de mes données et commentaires qui seront rendues anonymes dans le rapport de recherche portant sur les ressources disponibles pour les hommes au Saguenay-Lac-Saint-Jean :

Oui

Non

Désirez-vous recevoir une copie du rapport final :    oui  non

Dans votre secteur connaissez-vous d'autres organismes ou établissements qui rejoignent les hommes susceptibles de faire partie de notre sondage :

---

---

Nom de l'organisme ou de l'établissement :

---

---

Personne à contacter selon vous :

---

---

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Merci de votre collaboration!**

**Faire parvenir vos réponses avant le 20 juin 2008 à :**

**Éric PILOTE**

Professeur au Département des sciences humaines

Unité d'enseignement en travail social – Université du Québec à Chicoutimi

555 boulevard de l'Université Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Téléphone : (418) 545-5011 poste 5668 Télécopieur : (418) 545-5012

## **ANNEXE 2**

### **FACTEURS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES HOMMES**



## 1 - Facteurs individuels

Les facteurs biogénétiques :

- *Handicap physique de naissance*
- *Vieillessement*

Le genre :

- *Adhésion aux rôles de genre traditionnels*
- *Rapport au corps et à la santé*
- *Demande d'aide*

Les facteurs biographiques :

- *Développement psychoaffectif à la petite enfance*
- *Statut matrimonial*
- *Transition aux différents âges de la vie*
- *Identité ethnoculturelle<sup>17</sup> / acculturation*

Les ressources psychologiques personnelles :

- *Habilités de communication, de verbalisation des émotions, de résolution de problèmes, Capacité d'adaptation*
- *Estime de soi*
- *Compétences sociales*
- *Capacité et motivation à mobiliser le soutien offert par les réseaux sociaux informels, semi-formels et formels<sup>18</sup>*

L'éducation :

- *Trajectoire scolaire et de formation*
- *Niveau d'instruction*

L'emploi, le niveau de revenu et le statut social

---

<sup>17</sup> L'identité ethnoculturelle relève d'un sentiment d'appartenance plus ou moins prononcé à un groupe possédant certaines caractéristiques propres. Au Canada, une question sur l'origine ethnique est posée à chaque recensement. Les répondants peuvent fournir plus d'une origine, mais dans la plupart des cas une seule réponse est donnée.

<sup>18</sup> On divise l'environnement social de soutien en trois catégories : le réseau de soutien informel, le réseau de soutien semi-formel et le réseau de soutien formel. Le soutien informel est issu de l'ensemble des relations personnelles d'un individu. Ces liens ne sont pas créés par l'entremise d'un groupe ou d'une organisation. La plupart du temps les sources de soutien informel sont le conjoint, les enfants, la famille, les amis, les voisins, les collègues de travail. Le soutien semi-formel provient de contexte de groupes organisés, mais non institutionnalisés tels que des groupes d'entraide, des regroupements de loisirs, des comités d'école... Enfin, le soutien formel est fourni par des professionnels qui œuvrent dans des institutions (services sociaux, services de santé, bureau de soutien à l'emploi, services juridiques...).

Les habitudes de vie :

- *Gestion de la consommation d'alcool*
- *Consommation de drogues*
- *Activités physiques*
- *Être atteint de maladie*

## 2 - Facteurs relationnels

- Qualité des relations interpersonnelles (conjointe ou ex-conjointe, enfant, collègue de travail, proches parents et amis)
- Soutien offert par les réseaux sociaux informels et semi-formels
- Attitudes, croyances et pratiques des conjointes ou ex-conjointes relatives aux réalités masculines (par exemple, envers l'engagement paternel)
- Caractéristiques de l'enfant (âge, état de santé physique et mentale...)
- Possibilité de contacts et d'échanges dans la communauté (rôles joués dans le milieu de travail, dans la vie de quartier, implication communautaire, appartenance à des groupes sociaux...)

## 3 - Facteurs environnementaux immédiats

- Soutien à l'intégration à l'emploi
- Condition d'exercice de l'emploi
- Accès au logement
- Soutien offert par le réseau formel (activités, services, programmes, ressources et équipements disponibles)
- A.S.P.R. et équipements destinés spécifiquement aux hommes
- Soutien à la clientèle masculine dans les organismes et les établissements offrant des services, activités, ressources et programmes à la population générale
- Accessibilité des services, activités, ressources et programmes aux hommes
- Attitudes, croyances et pratiques des intervenants à l'égard de la clientèle masculine
- Attitudes, croyances et pratiques des amis, parents et proches relativement aux hommes
- Qualité de l'environnement physique (lieux de rassemblement, terrain de jeu)

#### 4 - Facteurs environnementaux globaux

- Pauvreté
- Chômage et sous-emploi
- Mesures d'aide à l'intégration à l'emploi
- Politique de conciliation travail-famille
- Pratiques juridiques à l'égard de la garde partagée et du droit de visite
- Politiques sociales relatives à la santé des populations (place des hommes)
- Politiques sociales relatives à l'éducation (place des garçons)
- Médias, images, messages véhiculés sur les hommes et leurs besoins
- Définition sociétale de ce que signifie « être un homme »
- Sexisme (misandrie; misogynie) et homophobie
- Rapports égalitaires et non violents entre les personnes