

ANEXE 1 - Liste des recommandations du Comité

Recommandation #1 : Que le gouvernement reconnaisse publiquement la nécessité de mieux appuyer les hommes et qu'il mette tout en œuvre afin que leur soit offert un milieu de vie qui corresponde mieux à leurs besoins. Cette visée doit être partagée par tous les acteurs sociaux, communautaires et économiques.

Recommandation #2 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux priorise la mise sur pied et la consolidation de services d'accueil et de soutien aux hommes dans toutes les régions du Québec, afin que les soins de base nécessaires au « désamorçage » des crises, y compris l'hébergement si nécessaire, puissent être disponibles partout. De tels services devront être offerts par du personnel compétent en intervention de crise et en intervention auprès des hommes et permettre aux clients d'être vus par des intervenants masculins s'ils le désirent.

Recommandation #3 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive les efforts amorcés en regard de la prévention du suicide, notamment en regard des hommes qui doivent être considérés comme une clientèle prioritaire.

Recommandation #4 : Que le réseau de la santé et des services sociaux développe une formation à l'intention des intervenants et des intervenantes de première ligne afin que ceux-ci soient mieux formés à transiger avec la clientèle masculine et habilités à mieux décoder leurs réels besoins.

Recommandation #5 : Que la prestation des services offerts par le réseau de la Santé et des Services sociaux soit mieux adaptée aux besoins de la clientèle masculine et que les services se rapprochent davantage des hommes, notamment en expérimentant des modèles déjà appliqués, comme celui des « pairs aidants ».

Recommandation #6 : Que les efforts actuels du réseau communautaire en regard de la lutte aux comportements violents soient reconnus, appuyés concrètement et intensifiés, en vue notamment de préserver les acquis, et qu'une aide financière d'appoint puisse être disponible pour défrayer les coûts relativement élevés d'accès à ces ressources.

Recommandation #7 : Que des efforts additionnels soient réalisés afin de garantir une meilleure accessibilité aux soins pour les hommes violentés ou abusés sexuellement.

Recommandation #8 : Que des efforts soient faits afin de concevoir et rendre publics des messages de promotion de saines habitudes de vie qui rejoignent davantage les hommes. À titre d'exemple, des campagnes encourageant l'auto-examen des testicules pourraient être développées. De même, une campagne de

prévention pour le cancer de la prostate devrait aussi être mise de l'avant. Ces programmes devraient tenter de rejoindre les hommes là où ils sont, notamment sur leurs lieux de travail et dans les centres sportifs.

Recommandation #9 : Que l'importance des organismes oeuvrant auprès des hommes soit reconnue et que l'émergence de nouveaux services communautaires à leur intention soit favorisée. Un financement adéquat doit être accordé aux organismes existants et le développement de nouveaux services dans l'ensemble des régions, encouragé.

Recommandation #10 : Que l'ensemble du processus judiciaire et des lois qui l'encadrent soit revu dans la perspective d'une meilleure prise en compte des besoins des pères et d'une meilleure protection des liens père-enfant. Il est également important de consolider les ressources communautaires existantes de soutien aux pères en situation de ruptures et de développer d'autres services plus spécifiques aux pères en période de séparation/divorce.

Recommandation #11 : Que le gouvernement reconnaisse officiellement et qu'il valorise le rôle de père en vue de favoriser son exercice le plus large possible.

Recommandation #12 : Que les efforts amorcés en regard de la prévention du décrochage scolaire des garçons se poursuivent et s'intègrent à la révision des programmes qui a cours actuellement.

Recommandation #13 : Que des mécanismes soient développés en vue de favoriser une représentation masculine plus évidente dans les professions associées aux services de première ligne en santé, en services sociaux, en soins de la petite enfance et en éducation.

Recommandation #14 : Que des campagnes de sensibilisation soient menées sur les réalités masculines (santé, habitudes de vie, etc) en lien avec les recherches et les travaux en cours et à venir. Ces campagnes doivent s'attaquer aux préjugés les plus stigmatisants à l'endroit des hommes et tenir compte des résultats des travaux entrepris afin de valoriser une image positive des hommes. Le Comité considère aussi que les pratiques de misandrie doivent être dénoncées et faire l'objet de suivis systématiques.

Recommandation #15 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille s'associent de manière permanente comme porteurs gouvernementaux du dossier de la condition masculine. À ce titre, ils instaureront une démarche et inviteront les autres instances gouvernementales concernées, le milieu de la recherche et le milieu communautaire à

entreprendre avec eux une vaste réflexion d'ensemble en vue de mieux conseiller l'action gouvernementale à l'égard des hommes.

Recommandation #16 : Que la recherche sur les multiples facettes de la condition masculine soit davantage suscitée et soutenue par le gouvernement. À cet égard, la recherche en partenariat avec le milieu, particulièrement sous la forme de recherche-action ou de recherche participative, contribuera à l'émergence de nouveaux savoirs sur les réalités que vivent les hommes et sur les interventions à préconiser auprès d'eux. Elle permettra aussi une diffusion immédiate des résultats obtenus et un transfert instantané dans la pratique des intervenants et des intervenantes.

**Portrait des besoins des hommes québécois
en matière de santé et de services sociaux**

Présenté au

Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes

par

Gilles Tremblay, PhD, t.s.
Professeur à l'École de service social de l'Université Laval

avec la collaboration de
Félix Fonséca,
Candidat au doctorat en sociologie, Université Laval

et

Richard Lapointe-Goupil,
Étudiant à la maîtrise en psychologie, Université Laval

**Québec
Décembre 2003**

Remerciements

Cette recherche a été possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nous tenons à remercier le ministère pour le soutien financier.

Nous remercions particulièrement le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes pour la confiance qu'il nous a témoignée.

Gilles Tremblay, PhD, t.s.

2003-12-23

Table des matières

Remerciements.....	2
Introduction.....	5
Le plan.....	6
La démarche méthodologique.....	7
Le concept de santé.....	8
Le portrait de la situation des hommes québécois.....	9
1. Le portrait sociodémographique.....	9
1.1. La population masculine.....	9
1.2. La natalité et la fécondité.....	10
2. L'espérance de vie et le taux de mortalité.....	11
3. La santé physique.....	13
3.1. La mortalité selon les principales maladies physiques.....	13
3.2. La perception de l'état de santé physique.....	15
3.3. La prévalence de problèmes spécifiques de santé physique.....	16
3.4. Les incapacités.....	18
4. La santé mentale.....	19
4.1. La perception de l'état de santé mentale et de détresse psychologique.....	20
4.2. Les troubles transitoires de santé mentale.....	22
4.3. Le suicide et les parasuicides.....	24
4.4. Les troubles mentaux graves.....	27
4.5. Les troubles de la personnalité.....	29
4.6. La socialisation masculine et la santé mentale.....	29
5. L'éducation.....	30
6. La conjugalité et la sexualité.....	31
7. La paternité.....	37
8. La vie professionnelle.....	41
9. Les habitudes de vie et les styles de vie.....	44
9.1. Les habitudes de vie.....	44
9.1.1. L'alimentation.....	44
9.1.2. L'activité physique.....	45

9.1.3. Les attitudes face au poids corporel.....	46
9.1.4. L'usage de la cigarette.....	48
9.1.5. L'usage d'alcool et de drogues.....	49
9.2. Les styles de vie.....	52
9.2.1. Les accidents et les morts violentes.....	52
9.2.2. Le jeu pathologique.....	54
9.2.3. La criminalité et la victimisation.....	55
9.2.4. Le soutien social et la solitude.....	58
10. Les attitudes masculines en regard des services d'aide et l'inadéquation relative des services offerts aux hommes.....	60
11. La santé et le bien-être chez les hommes de communautés spécifiques.....	68
11.1. Les hommes autochtones.....	69
11.2. Les hommes issus d'immigration récente.....	70
11.3. Les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.....	73
11.4. Les hommes sans domicile fixe.....	75
Les principaux besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux.....	76
Références.....	80

Introduction.

En juin 2002, le ministre délégué à la santé et aux services sociaux met sur pied un comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. Ce comité, qui doit faire rapport au ministre au début de l'année 2004, est chargé de tracer un portrait et faire l'analyse des besoins des hommes au Québec, de réaliser un inventaire des ressources et services disponibles, d'identifier les besoins en matière de la disponibilité, de l'adéquation et de l'accessibilité aux ressources et services jugés essentiels, de définir des priorités en matière de promotion, de prévention et d'intervention et enfin d'illustrer des pratiques les plus prometteuses¹. Pour remplir ce vaste mandat, le comité s'est doté de diverses stratégies dont une recherche en vue de tracer un premier portrait de l'état des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux.

Le présent texte se veut un apport aux travaux du comité ministériel en traçant un premier état de la situation des hommes québécois à partir des divers écrits déjà réalisés au cours des dernières années. Même si ce texte, de par son objet, met en relief les problèmes et les besoins des hommes, il n'en demeure pas moins que la majorité des Québécois et des Québécoises (89%) considèrent être en bonne, très bonne ou excellente santé (ISQ, 2000). De plus, les différences entre les diverses catégories d'hommes s'avèrent souvent plus importantes que les différences entre les hommes et les femmes, notamment lorsqu'on tient compte des différentes classes de revenu (Tremblay et al., soumis pour publication). Il n'en demeure pas moins qu'il existe des différences notoires entre les hommes et les femmes, tant dans les comportements que dans les habitudes de vie, et les problèmes liés à la santé et aux services sociaux. C'est ce que nous tenterons de mettre en lumière dans le présent texte.

Analyser en profondeur les problèmes sociaux et de santé des hommes et les besoins de ceux-ci en ces domaines exigerait de tenir compte de plusieurs facteurs explicatifs qui vont de la biologie, à la psychologie différentielle, aux conditions de vie, à la socialisation masculine, ou encore à l'épidémiologie. Il va sans dire que pour tracer un portrait plus ou moins exhaustif des besoins en santé et services sociaux des hommes au Québec, il aurait été important de prendre en considération tous ces facteurs qui entrent en ligne de compte. La présente analyse n'a toutefois pas la prétention de faire le tour de la question ni d'apporter des réponses définitives. Il s'agit plutôt d'une contribution, un premier pas en quelque sorte, permettant d'identifier des éléments de la spécificité des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux qui nous ont parus essentiels au cours de nos recherches, éléments qui peuvent nous permettre de dégager des pistes de réflexions et d'actions.

Le plan.

Après une brève revue de la démarche méthodologique suivie et une définition de la notion de santé, nous diviserons l'exposé de la situation des hommes québécois en nous basant principalement sur les dimensions retenues par le *Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*². Nous aborderons successivement l'espérance de vie et le taux de mortalité, la santé physique, la santé mentale, l'éducation, la sexualité, la paternité, la vie professionnelle, les styles de vie et les attitudes et l'inadéquation relative

¹ Mandat du comité de travail adopté le 29 août 2002.

² Voir à cet effet le document soumis avec le *Sondage auprès des organismes québécois concernés par la réalité des hommes*, janvier 2003.

des services offerts aux hommes³. Enfin nous concluons en tentant de dégager les principaux besoins des hommes québécois en matière de santé et de bien-être.

La démarche méthodologique.

Compte tenu des délais très serrés pour produire le présent rapport, nous n'avons pas entrepris une vaste étude impliquant une cueillette et une analyse de nouvelles données. La démarche méthodologique suivie s'appuie principalement sur une recension des études pertinentes, déjà produites et validées. Les données proviennent de recherches publiées dans des revues scientifiques et de rapports d'études réalisées pour le compte divers ministères et organismes gouvernementaux (provinciaux et fédéraux) tels que Santé Québec, l'Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, le Bureau du Coroner, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Société de l'assurance automobile du Québec, etc. Ces données portent directement ou indirectement sur les conditions et la réalité des hommes. Plusieurs de ces données ont été compilées à travers des versions électroniques accessibles par internet, d'autres, en format papier ou enregistrées sur disquette ou disque compact, proviennent des ministères et organismes concernés, des bibliothèques et autres banques de données pertinentes. Les critères de sélection des données s'appuient sur la récence, c'est-à-dire, les plus à jour (idéalement entre 1998-2003) et s'assurent que les sujets abordés touchent l'ensemble des dimensions de la santé et des services sociaux. Enfin, nous avons analysé la banque de données complémentaires fournies par la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant les consultations dans les CLSC du Québec en vue d'en extraire des éléments

³ Le comité avait aussi retenu les questions légales et juridiques qui ne sont pas abordées dans le présent rapport. Nous n'avons pas été en mesure de dresser un état de situation exhaustif sur cet aspect dans le

pertinents et complémentaires. Les tests statistiques usuels⁴ ont été appliqués pour vérifier s'il y avait des différences significatives entre les hommes et les femmes sur les variables étudiées. Enfin, notons que nous sommes conscients qu'il existe sans doute un bon nombre de recherches dont l'inclusion des données aurait pu être fort intéressante, cependant, le temps alloué ne nous permettait pas d'aller plus loin à ce stade-ci. Nous croyons tout de même que ce texte dresse un portrait suffisamment détaillé pour bien situer les enjeux actuels en regard de la réalité des hommes québécois.

Le concept de santé.

La santé est une notion très vaste qui ne se résume pas uniquement à l'état biologique des personnes. Le gouvernement fédéral canadien, dans une étude sur la toxicomanie, affirme que :

La santé ne constitue pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité; il s'agit d'un état de bien-être mental, social et physique. La santé reflète aussi bien le contexte social, politique et économique que l'état biologique des personnes. Les recherches indiquent que les facteurs clés suivants influent sur la santé de la population : revenu, situation sociale, réseaux de soutien social, éducation, emploi et conditions de travail, environnement physique, état biologique et bagage génétique, hygiène personnelle, capacité d'adaptation, développement sain durant l'enfance, qualité des services de santé, sexe et culture (Gouvernement du Canada, 1998, dans Fonséca, 2003 : 162).

Nous adhérons à cette vision de la santé qui tient compte du temps, de l'espace et de la capacité d'une personne à s'adapter à son environnement et à son milieu de vie ainsi que des opportunités qui lui sont offertes. Cette conception de la santé ne prend pas uniquement pour compte l'aspect clinique ou diagnostic consistant à identifier les maladies ou les problèmes sociaux. Nous sommes cependant conscients des limites de

temps qui nous était alloué.

⁴ Nous avons principalement procédé à des tests de χ^2 qui tenaient compte de l'âge et du sexe.

cette recherche qui ne peut envisager toutes les facettes nécessaires pour procurer une vision complète de la situation des hommes québécois dans tous les aspects de leur santé. Mais il nous semblait important de situer dès le départ nos assises de telle sorte qu'il soit possible de comprendre rapidement pourquoi le présent portrait ne se limite pas à situer la santé des hommes uniquement en regard des problèmes de santé liés à l'appareil reproducteur mâle comme c'est souvent le cas dans les traités sur le sujet.

Le portrait de la situation des hommes québécois.

Nous tenons à rappeler qu'il s'agit d'un premier exercice cherchant à dresser un portrait global de la situation des hommes au Québec. Ce portrait ne se veut pas exhaustif, non plus qu'il ne cherche à rendre toute la complexité des réalités multiples vécues par les diverses catégories d'hommes.

1. Le portrait sociodémographique.

1.1. La population masculine.

Selon le dernier recensement de Statistique Canada de 2001 (ISQ, 2003a), le Québec compte 7 237 479 habitants, soit une augmentation de 1,4 % depuis 1996 (7 138 795 habitants)⁵. La population québécoise est constituée de près de 49 % d'hommes (48,9%, 3 532 845) et de 51 % de femmes (3 704 635). Globalement, les chiffres montrent que la population féminine est sensiblement plus nombreuse, sauf dans la tranche des moins de 30 ans (0-29 ans). Selon les scénarios les plus optimistes, ces tendances se maintiendront également dans les années à venir. Les moins de 30 ans représentent 37% (2 682 400) de

⁵ À titre d'information, les trois principales régions les plus peuplées sont respectivement: Montréal (1 812 723); la Montérégie (1 276 397) et la région de Québec (638 917) (ISQ, 2003a).

la population totale, soit 18,8% d'hommes (1 361 660) et 18,2 % de femmes (1 320 735). Les personnes de 65 et plus représentent 13,2% de la population totale (959 810), dont 5,4% d'hommes (395 260) et 7,8% de femmes (564 555). Selon l'ISQ (1997a), la population des 65 ans et plus atteindra 1 090 332 personnes (451 511 hommes et 638 821 femmes), soit une augmentation de 130 522 personnes, comparativement à 2001. Une telle augmentation aura nécessairement des répercussions dans notre système de santé à tous les niveaux pour faire face aux besoins en santé et services sociaux des personnes âgées.

Par ailleurs, plus de 56 % de population québécoise âgée de 15 ans et plus vit maritalement : plus 33% de ces personnes sont unies par les liens du mariage et plus 23 % vivent en union libre. Les personnes séparées (1,6%), divorcées (5,2%) ou encore veuves (5,1%) forment près de 12% de la population. Selon l'Institut de la statistique Québec (1998), c'est dans la catégorie de moins de 25 ans (20-24 ans) qu'on trouve la proportion la plus élevée de couples vivant en union libre, soit 83 % des hommes et 65 % des femmes vivant en couple. C'est aussi dans la même catégorie d'âge qu'on trouve le pourcentage le plus élevé de femmes monoparentales (16%). On constate par ailleurs que 55% des naissances au Québec surviennent hors mariage contrairement à 10 % en 1977 (ISQ, 1997b).

1.2. La natalité et la fécondité.

Selon l'ISQ (2002), l'évolution des naissances au Québec suit une courbe descendante. Il y a eu 73 500 naissances au Québec en 2001 comparativement à 97 491 en 1980. Seulement 57 880 enfants nés en 2001 au Québec étaient de parents nés au Canada contrairement à 84 440 en 1980, alors que les naissances augmentent sensiblement chez

la population immigrante (9 523 enfants nés au Québec en 2001 étaient issus de parents immigrants comparativement à 7 101 en 1980).

Le taux de fécondité (l'indice synthétique ou conjoncturel de fécondité) est passé de 1,65 enfant par femme en 1991 à 1,48 en 2001. Mais bien que le Québec n'atteint plus le seuil nécessaire de renouvellement des générations, qui est universellement établi à 2,1 enfants par femme, son niveau de fécondité est quand même comparable à celui des pays industrialisés qui est une moyenne 1,7 enfant par femme. Dans la majorité des pays de l'OCDE, l'indice conjoncturel de fécondité se situe entre 1,5 et 1,9 enfant par femme durant la dernière décennie (Sardon, 1994)⁶.

2. L'espérance de vie et le taux de mortalité.

L'espérance de vie est un indicateur important pour l'évaluation des besoins en santé et services sociaux. Connaître l'âge moyen d'espérance de vie d'une population donnée, c'est non seulement pouvoir comparer l'état de santé de différents groupes de différents pays, mais c'est aussi pouvoir prévenir et mieux gérer les besoins des populations en matière de santé et de services sociaux. Le Québec est aujourd'hui un endroit où l'espérance de vie est l'une des plus élevée, soit 78,9 ans (ISQ, 2003a). Cette situation annonce le vieillissement de la population québécoise dans les années à venir, ce qui aura nécessairement des répercussions sur notre système de santé. Dans l'ensemble, outre les causes émanant de problèmes sociaux (le suicide par exemple) et d'accidents, comme on

⁶ Outre le Québec, des pays comme l'Italie et l'Espagne ont un taux de fécondité très faible (1,2). La fécondité est aussi faible au Japon (1,5), aux Pays-Bas (1,58), en Belgique (1,62), en France (1,65) durant la même période. Les pays qui ont maintenu ou augmenté leur taux de fécondité sont : la Suède avec 2,13 enfants par femmes, les États-Unis (2,08), l'Australie (1,9), la Grande-Bretagne (1,8), le Danemark (1,76) et la Norvège (1,66) (Monnier et de Guibert-Lantoine, 1994, dans ISQ, 2003a).

le verra plus loin, les Québécois meurent vieux. En 1998, 82% des femmes et 71% des hommes qui sont décédés au Québec étaient âgés de 65 ans et plus (Duchesne, 2002).

Par contre, l'espérance de vie diffère selon le sexe. Le dernier recensement montre que pour la période 1999-2001, la durée de la vie moyenne, c'est-à-dire l'espérance de vie à la naissance, des hommes québécois a atteint 76,0 ans alors que celle des femmes atteint 81,8 ans. En 1990-1992, l'espérance de vie était respectivement de 73,7 et 80,8 (ISQ, 2003a). Depuis 1990, l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes a légèrement diminué, l'espérance de vie des hommes ayant augmenté plus rapidement que celle des femmes (2,3 ans c. à 1 an). Cela s'explique par l'amélioration des habitudes de vie des hommes et de leurs comportements liés à la santé. Par ailleurs, les projections les plus optimistes font passer la durée de vie moyenne à 77,3 ans chez les hommes et 83,8 ans chez les femmes en 2011 (Statistique Canada, 2001).

L'espérance de vie au Québec est sensiblement égale à la moyenne canadienne⁷. Si on regarde plus spécifiquement l'espérance après l'âge de la retraite (65 ans), elle atteint 16,3 ans chez les hommes et 20,3 ans chez les femmes entre 1999-2001 (Statistique Canada, 2001). Les femmes de 65 ans et plus peuvent donc s'attendre à vivre 4 ans de plus que les hommes après la retraite. Une telle inégalité s'explique par ailleurs par les taux de mortalité plus élevés chez les hommes, comparativement aux taux de morbidité plus importants des femmes.

Selon les données provisoires de Statistique Canada du recensement de 2001 (ISQ, 2003a), le nombre de personnes qui décèdent au Québec augmente. En 2001, le taux de mortalité (rapport entre le nombre de décès et la population) est de 7,3 pour mille. Le

nombre de décès chez les hommes de moins de 70 ans (0-69 ans) surpasse nettement celui des femmes (10 499 c. 6424), alors que le rapport s'inverse à compter de 70 ans et plus (16 655 c. 20 422). Ces chiffres concordent d'autre part avec l'espérance de vie qui est plus élevée chez les femmes. En d'autres mots, on peut comprendre qu'il y ait plus de femmes qui décèdent après 70 ans, puisqu'il y a moins d'hommes dans cette tranche d'âge.

Par ailleurs, bien que le taux de mortalité infantile soit faible au Québec (4,6% en 2000 et 4,4% en 2001 toutes les causes de décès confondues) comparativement à la moyenne canadienne (5,3% en 1999)⁸, il demeure que les bébés de sexe masculin ont des taux de mortalité infantile de 12% supérieurs à ceux des bébés de sexe féminin. Selon Duchesne (2002), cela est dû à des facteurs biologiques tels que le faible poids à la naissance qui constitue à lui seul 1,1 % de décès chez les nouveaux nés de moins de 500 grammes. En excluant cette cause, le taux de mortalité infantile serait de 3,5 % au Québec (Duchesne, 2002).

3. La santé physique.

3.1. La mortalité selon les principales maladies physiques.

Le nombre de décès d'hommes surpasse le nombre de décès de femmes pour la plupart des principales causes de décès au Québec, soit un ratio moyen de 1,73 plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Antil, soumis).

⁷ Les seuls pays qui présentent actuellement des taux plus élevés sont le Japon (77,4 et 84,8), la Suède (77,4 et 81,7), et la France (75,2 et 82,7). Toutefois, l'espérance de vie des hommes Québécois (76 ans) est sensiblement supérieure à celle de leurs cousins Français (75,2 ans) (Statistique Canada, 2001)..

⁸ Les pays qui ont un taux de mortalité infantile inférieur à 5 % en 2000 sont : la Suède (3,4%), le Japon (3,9%) et la France (4,4%). Notons que certains pays développés présentent des taux de mortalité infantile comparables à ceux de pays en voie de développement, notamment les États-Unis avec un taux de mortalité infantile de 6,9% et surtout la Russie avec un taux de 15% (Duchesne, 2001).

Tableau 1 : Taux ajustés⁹ de mortalité selon certaines causes et le sexe, Québec, période 1994-1998 (taux annuel moyen pour 100 000)

Causes de décès	Sexe		
	Hommes	Femmes	Ratio H/F
Maladies de l'appareil circulatoire	340	199	1,71
- cardiopathies ischémiques	209	106	1,97
Tumeurs	292	173	1,69
- cancer du poumon	103	38	2,71
Maladies de l'appareil respiratoire	102	46	2,22
Suicide	30,5	8,1	3,77
Accidents de la route	14,9	6,3	2,37
Ensemble de toutes les causes	968	561	1,73

Source : *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Institut national de la santé publique du Québec, 2001.

Notons au passage que, chez les hommes de 65 à 74 ans, le taux de mortalité par cancer du poumon atteignait en 1999 un ratio impressionnant de 494 personnes pour 100 000 (ISQ, 2001b).

La mortalité liée au sida demeure relativement faible au Québec (0,2 % des décès, soit 109 décès en 2001), mais les personnes atteintes sont nettement plus souvent des hommes que des femmes (89% c. 11%). Notons que le 30 juin 2002, on retrouvait 5943 personnes atteintes du SIDA au Québec : 5200 hommes, 642 femmes et 101 enfants âgés de moins de 15 ans. Notons que 73,8% des personnes atteintes se retrouvent dans la tranche d'âge des 25-44 ans (DGSP-MSSS, 2002). Le SIDA représente la deuxième cause de décès chez les hommes de 30 à 39 ans (17%) et la quatrième cause de décès pour le groupe des

⁹ Le calcul du taux ajusté selon la méthode de la standardisation directe et de l'indice comparatif est expliqué dans l'annexe 3, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Institut national de la santé publique du Québec, 2001.

40-49 ans (11% des décès). Six fois plus d'hommes que de femmes meurent du SIDA (Turmel et Meunier, 2000).

3.2. La perception de l'état de santé physique.

Par contre, dans la plupart des pays industrialisés, incluant le Canada, la perception qu'ont les hommes de leur santé est généralement meilleure que celle des femmes (OCDE, 2001 dans Antil, Bergeron et Cloutier, soumis). Au Québec, 20% des hommes se déclarent en excellente santé comparativement à 17 % des femmes, l'écart est encore plus marqué chez les jeunes de 15 à 24 ans. Les hommes sont aussi proportionnellement moins nombreux que les femmes à déclarer avoir eu au moins un (59 % c. 69 %), ou plus d'un problème (32 % c. 46%) de santé (Antil et al., soumis).

La perception de la santé varie aussi beaucoup selon le revenu familial. La proportion d'individus de 15 ans et plus percevant leur santé comme excellente ou très bonne passe de 44% chez ceux vivant dans des ménages très pauvres, à 66% de ceux vivant dans des ménages au revenu supérieur¹⁰ (Antil et al., soumis).

Des données montrent aussi que le lien entre la conjugalité et la santé (physique et mentale) est plus fort chez les hommes (Kiecolt-Glaser et Newton, 2001; Lorber, 1997). Autrement dit, l'écart entre les hommes qui vivent en couple et les célibataires est plus grand que celui chez les femmes. Cette situation, qui augmente avec la qualité des relations dans le couple, pourrait s'expliquer par divers facteurs : réactions d'ordre émotionnel, effets sur le système immunitaire, influence sur le développement, l'expression et le pronostic des maladies, ou encore la prise en charge par la femme d'une partie de la santé de l'homme (Kiecolt-Glaser et Newton, 2001) ou de sa médication (Lorber, 1997). Les difficultés du couple sont associées davantage à des problèmes de

santé mentale et de santé en général, surtout chez les femmes et les personnes âgées (Kiecolt-Glaser et Newton, 2001). La santé physique et mentale des femmes est corrélée, de manière spécifique, à des caractéristiques familiales (Matthews, Manor et Power, 1999) et relationnelles, comme le soutien social (Denton et Walters, 1999). Chez les hommes, les caractéristiques de l'emploi et les stress d'ordre financier seraient plutôt au premier plan.

Notons qu'autant de garçons que de filles de 0 à 14 ans ont au moins un problème de santé (47 % c. 43 %) (Antil, Bergeron et Cloutier, soumis), l'écart entre les sexes apparaissant à compter de l'adolescence. Ainsi, à 9 ans, autant de garçons que de filles perçoivent leur santé comme excellente (66% c. 64%). Cependant, les jeunes de 13 ans et 16 ans se perçoivent en moins bonne santé et un écart entre garçons et filles apparaît. À 13 ans, 53% des garçons se perçoivent en excellente santé comparativement à 41% des filles et cet écart dans les perceptions des deux sexes augmente à 16 ans (52% c. 34%) (Levasseur, 2002).

3.3. La prévalence de problèmes spécifiques de santé physique.

Commençons d'abord par les maladies essentiellement masculines, liées au système reproducteur. Selon une étude réalisée à la Faculté de médecine de l'Université Laval, le nombre de cas de cancer de la prostate n'a jamais été aussi élevé, ce cancer touchant un homme sur 11 au cours de sa vie. Cependant, la mortalité liée à ce type de cancer a diminué de 23% au Québec depuis 1991 (Perron et al., 2002). Le cancer des testicules touche davantage les hommes de 20 à 45 ans. Quoique ce type de cancer demeure relativement peu fréquent (240 nouveaux cas par année au Québec), il pourrait être mieux

¹⁰ Ces pourcentages arrondis sont identiques pour les hommes et les femmes.

défecté ou plus précocement par l'auto-examen (SCC, 2002-2003) relativement peu pratiqué par les hommes au Québec. Quant aux dysfonctions érectiles, sujet encore tabou, la prévalence varie selon l'âge passant de 0,5% au début de la vingtaine à environ 10% vers 50 ans (Blanchette, 1990). L'andropause demeure quant à elle encore peu connue.

Comme les hommes rapportent moins de problème de santé en général, cela est aussi vrai pour les problèmes de santé spécifiques, à l'exception des accidents avec blessures (9 % c. 6 %) (Antil et al., soumis).

Tableau 2. Prévalence des problèmes de santé mesurée par l'Enquête sociale et de santé Québec 1998 selon le sexe, population totale, Québec, 1998

Problèmes de santé	Hommes %	Femmes
Maux de tête*	7,2	16,2
15-24 ans*	6,1	13,3
25-44 ans*	10,4	23,8
45-64 ans*	7,8	20,9
Arthrite ou rhumatismes*	8,8	14,7
45-64 ans*	15,3	23,9
65 ans et plus*	24,9	42,1
Autres allergies*	7,7	12,8
15-24 ans*	10,6	17,2
25-44 ans*	8,9	16,5
Allergies ou affections cutanées*	7	11,2
15-24 ans*	7,1	14
25-44 ans*	6,7	13,2
Hypertension artérielle*	7	10
65 ans et plus*	30,8	41,8
Accidents avec blessures**	9,2	6,3
15-24 ans**	10,5	5,5
25-44 ans**	10,8	6,8
Autres affections respiratoires	4,9	6
25-44 ans*	3,6	5,8
Asthme	4,5	5,4
0-14 ans**	8,4	4,7
Maladies cardiaques	4,8	4,4
45-64 ans**	8,2	4,4
Maladies de l'oeil	2,9	5,1
65 ans et plus*	15,2	25,4
Troubles de la thyroïde	1,3	6,2
45-64 ans*	1,9	10,6

Note : seule les données avec des différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes ont été retenues.

* : hommes < femmes

** hommes > femmes

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé Québec 1998

L'association entre le nombre de problèmes de santé et les indices socio-économiques n'est pas très claire (Macintyre, Ford et Hunt, 1999), peut-être parce que les relations entre ces variables changent selon les différents groupes d'âge (Matthews, Manor et Power, 1999).

3.4. Les incapacités.

L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités indique que, globalement, moins d'hommes que de femmes de 15 ans et plus présentent une incapacité (15% c. 18%). La proportion d'individus vivant une incapacité augmente avec l'âge, passant de 11% chez les garçons de 0-14 ans à 39% chez les 65 ans et plus (femmes : 7% c. 43%) (Saucier et Lafontaine, 2001). Ces données pourraient toutefois sous-estimer la prévalence et la gravité des incapacités chez les personnes âgées, surtout chez les femmes, puisque l'enquête n'inclut pas les personnes vivant en institution. En effet, deux fois moins d'hommes vivent en institution chez les personnes âgées, en partie à cause de leur moindre longévité, mais aussi dû au fait que les hommes entrent à des niveaux d'incapacité moindres que ceux des femmes (Arber et Cooper, 1999). Le nombre annuel moyen de journées d'incapacité est plus élevé chez les femmes pour tous les groupes d'âge, sauf chez les 0-14 ans et les 65-74 ans, où les moyennes sont similaires (Wilkins, 2000)¹¹.

Il existerait aussi une corrélation entre les variables socio-économiques et la limitation des activités. Par exemple, chez les 15 ans et plus, le revenu familial est associé au fait de

¹¹ La répartition du nombre moyen de journées annuelles d'incapacité selon la gravité permet de localiser les différences entre les hommes et les femmes. Les données montrent que l'écart se situe non pas pour les journées d'incapacité lourde (3,3 et 3,8) ou modérée (6,9 et 7), mais bien pour les journées d'incapacité légère (4,4 c. 8,2). Par ailleurs, le pourcentage d'hommes dont *l'origine* de l'incapacité est «externe»

rapporter des limitations d'activités. Ainsi, plus d'hommes vivant dans des familles très pauvres que dans des familles au revenu supérieur rapportent des limitations d'activités (16% c. 6%)¹². L'association entre les limitations d'activités et les variables socio-économiques serait particulièrement forte chez les personnes âgées (Arber et Cooper, 1999). La moyenne annuelle de journées d'incapacité diminue aussi à mesure que le revenu augmente (sexes réunis : ménages très pauvres, 35 jours; ménages au revenu supérieur, 13 jours).

Bref, les hommes ont un taux de mortalité plus élevé que les femmes pour la plupart des causes de décès, tandis qu'ils manifestent des taux moins élevés de morbidité, d'incapacité et d'utilisation de services. Ce que Antil et al. (soumis) résumant en disant : « les hommes meurent... les femmes tombent malades ».

4. La santé mentale.

Selon la politique établie par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1989), la santé mentale résulte d'une interaction entre les facteurs psychologiques, biologiques et sociaux. La santé mentale correspond à un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné (CSMQ, 1994). Les facteurs psychologiques sous-entendent les aspects affectifs, cognitifs et relationnels. La santé mentale s'apprécie alors à la capacité d'une personne d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel) (MSSS, 1989). La dimension biologique désigne les

(résultant d'un accident) est plus élevé que le pourcentage de femmes (23% c. 10%), tout comme le pourcentage d'hommes pour qui *la cause* de l'incapacité est un traumatisme (15% c. 7%) (Wilkins, 2000).

composantes physiologiques, héréditaires ou génétiques. Enfin, les aspects sociaux quant à eux, font appel à l'équilibre relationnel de l'individu avec l'espace social global. «Elle est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques» (CSMQ, 1994 : 7). La santé mentale s'intéresse donc aux personnes dont l'état mental est menacé, celles qui vivent un trouble transitoire jusqu'aux personnes souffrant de troubles graves (CSMQ, 1994).

4.1. La perception de l'état de santé mentale et de détresse psychologique.

De la même manière que pour la santé physique, une proportion plus importante d'hommes que de femmes évaluent leur santé mentale bonne ou excellente (Statistique Canada, 2002; Goubert, 2000; Myers et al., 1996; Weinstein et Klein, 1996). Ainsi, 71% des Québécois et des Québécoises qualifient leur santé mentale comme très bonne ou excellente lorsqu'on leur demande de se comparer aux autres personnes de leur âge (Antil et al., soumis). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à qualifier leur santé mentale de passable ou mauvaise (3,9 % c. 5,8 %) (Statistique Canada, 2003). Les jeunes de 15-24 ans s'estiment en moins bonne santé mentale que les plus âgés (45 ans et plus). Cet écart se manifeste de façon marquée chez les hommes et n'est qu'une tendance chez les femmes (Antil et al., soumis). Les jeunes, plus touchés par la précarité de l'emploi, la pauvreté et l'incertitude face à leur insertion sociale que leurs aînés, se retrouvent plus fragilisés au plan de leur santé mentale (Desmarais, 2001).

Tout comme c'est le cas pour les femmes, les hommes de revenu supérieur de même que ceux avec une scolarité supérieure sont plus enclins à considérer leur santé mentale

¹² Les proportions sont semblables chez les femmes (femmes, 18% c. 6%) (Arber et Cooper, 1999).

excellente que les hommes pauvres (44% c. 29%) ou peu scolarisés (42 % c. 32 %)¹³. Les hommes, tout comme les femmes qui vivent en union ne traduisent pas une meilleure perception de leur santé mentale que ceux qui vivent sans conjoint-e (Antil et al., soumis). Le fait d'avoir un emploi est important pour le sentiment de bien-être psychologique des hommes et des femmes, mais encore un peu plus pour les hommes (Ferrie et autres, 2002; Shieman et Taylor, 2001; Malenfant et autres, 1999; Conseil de la santé et du bien-être, 1996; Association canadienne pour la santé mentale, 1995, tous cités dans Antil et al., soumis).

De la même manière, moins d'hommes que de femmes ont un indice de détresse psychologique (IDP) élevé (17% c. 23%). La proportion d'hommes ayant un IDP élevé varie selon l'âge, et c'est chez les 15-24 ans (23%) qu'on constate le plus grand nombre de personnes ayant un IDP élevé. Elle est d'environ 17% chez les 25-64 ans et 8% chez les 65 ans et plus¹⁴. Comme pour la perception de la santé mentale, le niveau d'IDP est associé au statut socio-économique. De plus, les données de l'ESS-1998 font ressortir que les transitions familiales sont porteuses de détresse psychologique pour les parents des deux sexes comparativement à leurs pairs qui vivent en famille biparentale intacte (Barnett et Hyde, 2001; Sachs et Ciarlo, 2000; Simard et Beaudry, 1998; Cloutier, Drolet et Dubé, 1992; Voydanoff et Donnelly, 1989, tous cités dans Antil et al., soumis).

L'IDP a aussi été mesuré chez les jeunes de 13 et 16 ans. L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 (Breton et al., 2002) montre qu'ils et elles suivent des écarts entre les sexes semblables à leurs aînés. Ainsi, moins de garçons que de filles présentent un IDP élevé à 13 (16% c. 27%), comme à 16 ans (12%

¹³ Chez les femmes : 39% c. 28% (revenu) et 37 % c. 26 % (scolarité) (Antil et al., soumis).

¹⁴ La courbe est semblable chez les femmes : 33%, 22%, 13% (Antil et al., soumis).

c. 27%). Une étude épidémiologique canadienne sur la dépression chez les adolescents et adolescentes va dans le même sens : la prévalence est moins grande chez les garçons que chez les filles (4,8% c. 9%) (Cairney, 1998). À 13 et à 16 ans, environ 10% plus de garçons que de filles rapportent une estime de soi élevée (26% c. 16% et 37% c. 25%). Cependant, l'estime de soi chez les enfants de 9 ans ne varie pas selon le sexe (Breton et al., 2002).

Parmi les personnes ayant un IDP élevé et déclarant que leurs manifestations de détresse durent depuis au moins 6 mois, moins d'hommes que de femmes rapportent avoir eu recours à une aide extérieure (24% c. 33%). Cependant, autant ou plus d'hommes que de femmes rapportent que leur détresse a un impact sur leur travail ou leurs études (44% c. 36%), sur leur vie familiale ou sentimentale (59% c. 59%) et sur les activités sociales (49% c. 43%)¹⁵. (Légaré et al., 2000).

4.2. Les troubles transitoires de santé mentale¹⁶.

Les données récentes de l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes indiquent qu'en 2002, 3,3% des hommes et 5,9% des femmes, au Québec, rencontrent les critères du trouble dépressif majeur (Statistique Canada, 2003). Selon Angst et al., 2002, le ratio d'environ 1 homme pour 2 femmes se manifeste dans tous les groupes d'âge dans plusieurs pays en matière de prévalence de la dépression majeure. Pour d'autres auteurs, la dépression demeure un phénomène sous diagnostiqué chez les hommes (Lynch et Kilmartin, 1999; Real, 1997; Tremblay, 2000). Sachs-Ericsson et Ciarlo (2000) considèrent qu'une partie de la réalité est occultée, tant en recherche qu'en clinique, du

¹⁵ Les conclusions d'une recherche européenne effectuée à grande échelle vont dans le même sens (Angst, et al., 2002).

¹⁶ Les diagnostics utilisés ici font référence aux DSM-IV ou à des échelles équivalentes utilisées dans les recherches.

fait que plusieurs études utilisent des mesures de symptômes ou des référents plus typiquement féminins. Tous ces auteurs prennent en compte le taux élevé de suicide chez les hommes dont la dépression est souvent reliée.

Les symptômes psychologiques sont parfois différents selon le fait d'être un homme ou une femme à cause de significations, représentations et normes différentes (Lengua et Stormshak, 2000). Walinder (2001) propose même des symptômes «masculins» pour le dépistage de la dépression. Plutôt que d'être exprimée en souffrance intériorisée, comme chez la plupart des femmes, la dépression au sein de la population masculine serait, en quelque sorte, agie (Lynch et Kilmartin, 1999). Plus d'hommes attribuent leur état dépressif à leur environnement de travail et à la maladie physique, ils extériorisent aussi leurs symptômes par des comportements et de habitudes de vie (consommation d'alcool ou de psychotropes; sports; passages à l'acte; agressions), alors que plus de femmes attribuent leur état dépressif à la maladie d'autrui ou à des difficultés relationnelles, et intériorisent davantage leurs symptômes (Angst et al., 2002). Dans la même veine, Dutton (1996) rapporte des éléments dépressifs chez la moitié des hommes en traitement pour des comportements violents. Il ne faut toutefois pas oublier que, indépendamment du genre, le taux de personnes faisant face à une dépression non traitée demeure élevé (Möller-Leimkühler, 2002).

L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2002 (Statistique Canada, 2003) nous apportent quelques données concernant les troubles anxieux. Au Québec, en 2002, les hommes sont moins affectés que les femmes par l'anxiété sociale (1,8% c. 2,2%) et le trouble de panique (1,0% c. 2,2%). La disparité entre les hommes et les femmes est

encore plus grande en matière de risque de troubles alimentaires (0,6% c. 3,2%) (Statistique Canada, 2003).

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité est le trouble le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire (Duncan, 1997, dans MSSS, 2003). On note un taux de prévalence variant de 3 à 18% chez les enfants selon les recherches. Par ailleurs, le ratio varie de 6 à 9 garçons pour une fille selon la SNCC (2000, dans MSSS, 2003), alors que d'autres recherches parlent plutôt d'un ratio de 3 à 4 garçons pour une fille (Brown, 1996; Jolicoeur, 2000, dans MSSS, 2003). Dans leur recherche auprès d'enfants du primaire au Québec, Cohen et al. (1999, dans MSSS, 2003) rapportent que 4,6% des élèves du primaire consomment des stimulants du système nerveux central dans une proportion de 3,7 garçons pour une fille. Au fil des ans, le taux de consommation chez les filles reste stable alors que celui des garçons augmente avec les années scolaires, laissant voir, selon Cohen et al., que l'on a davantage recours à la médication pour traiter les problèmes de comportement des garçons qu'on ne le fait pour les filles.

4.3. Le suicide et les parasuicides.

Hormis les personnes s'étant suicidées ou ayant fait une tentative de suicide, un peu moins d'hommes que de femmes (3,5% c. 4,3%) rapportent avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, contrairement à l'ensemble du Canada dont les proportions chez les hommes et chez les femmes sont semblables (3,6% c. 3,8%). Dans l'ensemble du Canada, comparativement aux autres groupes d'âges, la prévalence d'idées suicidaires est plus élevée chez les 15-24 ans pour les deux sexes, particulièrement chez les filles (4,7% c. 7,3%) (Statistique Canada, 2003). Chez les enfants, la prévalence des idées suicidaires sérieuses ne diffère pas selon le sexe à 9 ans,

se situant à environ 8% ; par la suite, moins de garçons que de filles rapportent des idées suicidaires sérieuses à 13 ans (3,6% c. 10%) et à 16 ans (8% c. 12%) (Breton et al., 2002). Les hommes qui vivent en union sont moins nombreux à avoir pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois comparativement à ceux qui vivent seuls (2,2 % c. 7 %;)¹⁷. Les idées suicidaires sérieuses sont significativement plus présentes chez les personnes pauvres que celles dans les catégories de revenu moyen à supérieur, tant chez les hommes que chez les femmes (8 % c. 3,3 %) (Antil et al., soumis).

De même, les proportions d'hommes et de femmes de 15 ans et plus dans l'ESSQ 1998 ayant révélé avoir attenté à leurs jours au cours de l'année de référence sont sensiblement les mêmes (0,5%). À nouveau, le groupe des 15 à 24 ans affiche les plus hautes proportions (Antil et al., soumis).

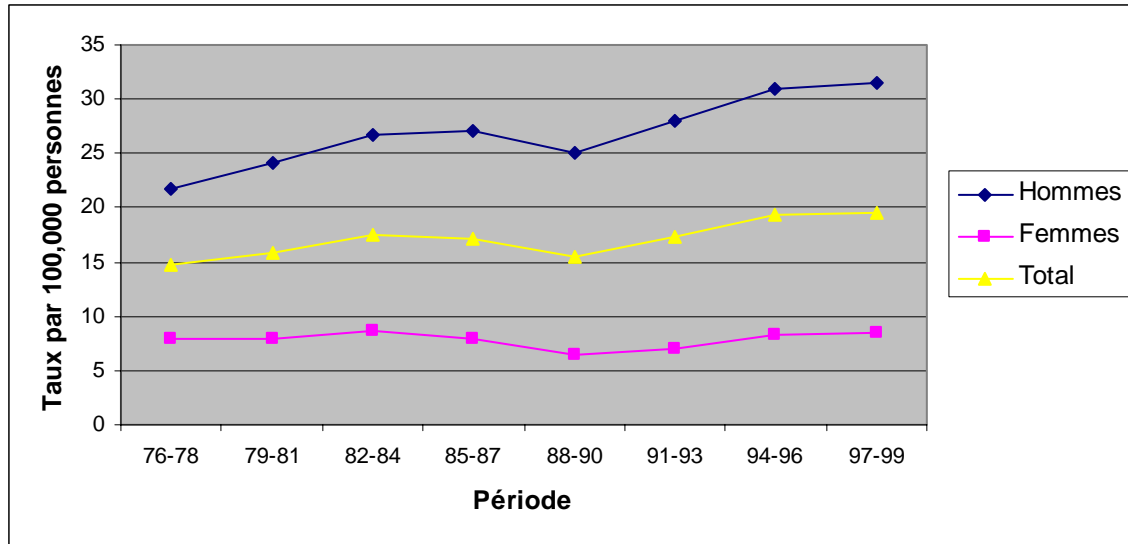
Rappelons que les hommes sont plus à risque de suicide complété que les femmes en raison des moyens plus létaux qu'ils privilégient lorsqu'ils passent à l'acte. L'utilisation d'une arme à feu ou de la pendaison et le saut sont des moyens plus fréquemment envisagés par les hommes, tandis que les médicaments ou se couper les veines sont des moyens plus fréquemment envisagés par les femmes. Boyer et autres (2000) mentionnent dans le rapport de l'ESS98 que, pour l'années 1997, le ratio était de 64,9 tentatives de suicides chez les femmes pour un suicide complété, ce ratio étant de 16,4 à 1 chez les hommes (Antil et al., soumis : 144).

On assiste depuis une vingtaine d'années à une augmentation du taux de suicides complétés chez les hommes au Québec (Charbonneau, 2000; Clain, 2001). De 1970 à 1999, le pourcentage de suicides réalisés par des hommes au Québec est passé de 70 % à 80 %, et 75% des suicides surviennent avant l'âge de 50 ans (Charbonneau, 2000). Le Québec est aussi, depuis 1995, la seule province canadienne à voir son taux global de

¹⁷ Les proportions sont semblables chez les femmes (2,3 % c. 6 %) (Antil et al., soumis).

suicide continuer de croître (Clain, 2001). Le taux de suicide des moins de 20 ans par 100 000 habitant au Québec est par ailleurs l'un des plus élevés des pays industrialisés¹⁸.

Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, de 1976-1978 à 1997-1999 (St-Laurent et Légaré, 2002)¹⁹

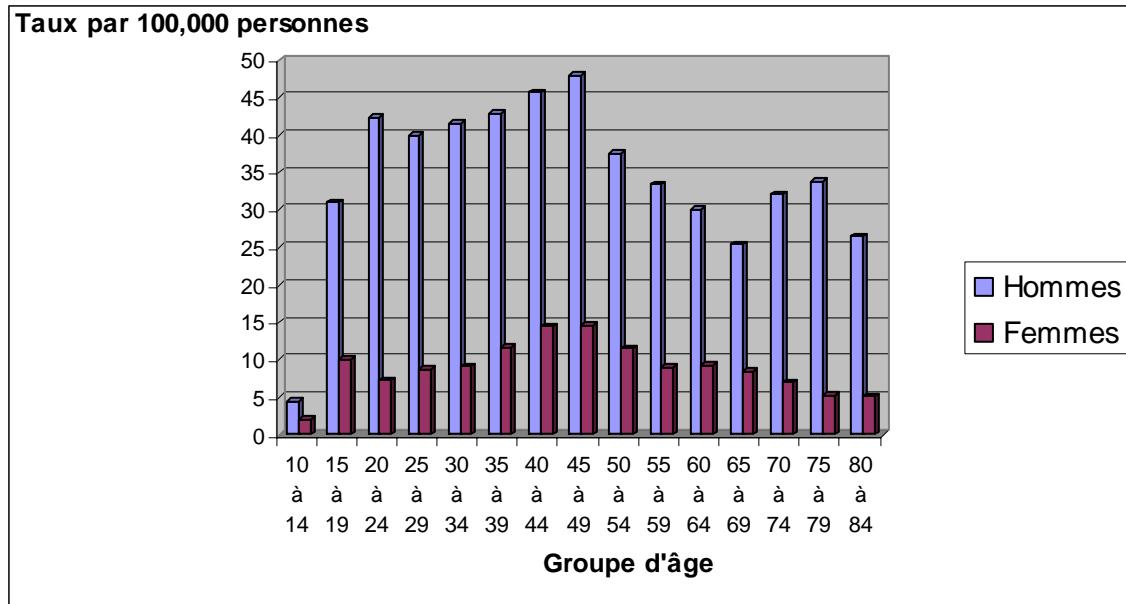


Donc, le Québec ne détient pas le taux de suicide masculin le plus élevé au monde, comme on a tendance à le croire, mais il s’y produit un phénomène tout aussi inquiétant. C’est au Québec, chez les 15-24 ans, qu’on observe la plus importante disparité des taux de suicide entre hommes et femmes, soit un homme pour sept filles (Clain, 2001).

Taux de mortalité selon l’âge et le sexe, Québec, 1997-1999 (St-Laurent et Légaré, 2002)

¹⁸ Chez les 15-24 ans, c’est la Lituanie (54 pour 100 000 en 1997) suivie de la Russie (53 pour 100 000 en 1997), du Québec (40 pour 100 000 en 1999) et de la Nouvelle-Zélande (38 pour 100 000 en 1997) qui détiennent les taux de suicide les plus élevés. Chez les hommes de 25-34 ans, ces mêmes pays se démarquent également de tous les autres; le Québec (47 pour 100 000) se classe au quatrième rang après la Russie (80 pour 100 000), la Lituanie (79 pour 100 000) et la Finlande (50 pour 100 000) (Annuaire de statistiques sanitaire mondiale, 2000).

¹⁹ Cette figure et la suivante se retrouvent dans le Plan d’action du MSSS en matière de suicide.



Au Québec, toutefois, plus de la moitié des jeunes hommes ayant commis un suicide auraient vu leur omnipraticien au cours de leur dernière année de vie (Lesage, 2000). Dans leur étude menée au Québec et portant sur le décès attribués au suicide, Lesage et al. (1994) ont découvert un taux élevé d'hommes atteints de troubles majeurs de santé mentale (dépression majeure, schizophrénie, dépendance à l'alcool et abus de substances psychoactives). Dans la majorité des cas, la présence de tels désordres se serait manifestée à l'intérieur des six mois précédant le décès. L'étude de Foster, Gillespie et McClelland (1997) réalisée en Irlande du Nord démontre que la majorité des suicides survenus dans cette partie du monde seraient reliés à une dépression sévère et à l'abus d'alcool.

4.4. Les troubles mentaux graves.

Il existe très peu de données concernant les troubles mentaux graves qui tiennent compte des différences selon le sexe. Les différences entre les hommes et les femmes se retrouveraient davantage au plan des problèmes psychosociaux associés aux troubles.

L'évolution des cycles spécifiques à la maladie affective bipolaire serait plus lente chez les hommes (Tondo et Baldessarini, 1998). Feinman et Dunner (1996) prétendent que l'abus de substances est non seulement fréquent chez les hommes atteints de ce trouble mais il occasionne aussi des conséquences néfastes sur la maladie.

Les hommes atteints de schizophrénie auraient, tant objectivement que subjectivement, une piètre qualité de vie (Roder et al., 1997). À partir de données recueillies par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) dans dix pays, Jablensky et Cole (1997) concluent que les manifestations de la maladie apparaissent plus précocement chez les hommes que chez les femmes. Le fait de vivre en couple, marié ou non, permettrait aux hommes de retarder l'apparition des premiers symptômes. À plus long terme, ce type de relation intime aurait pour conséquence de diminuer les symptômes et de favoriser une meilleure intégration au sein de la société (Walkup et Gallagher, 1999; Jablensky et Cole, 1997; Salokangas, 1997).

L'étude longitudinale menée par Loffler et Hafner (1999) à Mannheim et Heidelberg en Allemagne démontre que les jeunes hommes atteints de schizophrénie vivent dans la précarité. Sur une base individuelle, le processus d'itinérance débute bien avant la première admission en milieu hospitalier. Il semble que les deux phénomènes, la schizophrénie et l'itinérance, soient interreliés. Toutefois, il faut tenir compte de la réalité québécoise à ce sujet. La désinstitutionnalisation aurait possiblement favorisé l'augmentation du nombre d'itinérants atteints de troubles sévères et persistants (MSSS, 1997).

Le taux d'hommes atteints de schizophrénie qui souffrent de troubles liés à l'abus d'une substance est plus élevé que chez les femmes. Un tel phénomène prévaut surtout chez les

hommes issus de milieux populaires (Timms, 1998). Les hommes de couleur seraient plus à risque de recevoir un diagnostic de schizophrénie (Rosenberg, 1993). Dans leur étude menée auprès d'hispanophones de sexe masculin, Russo, Amaro et Winter (1987) ont remarqué que le taux d'admission en milieu hospitalier est plus élevé pour les hommes atteints de schizophrénie et de troubles liés à la consommation d'alcool. Ce sont aussi ces individus qui l'on hospitalise le plus fréquemment.

4.5. Les troubles de la personnalité.

Les troubles de la personnalité les plus fréquemment diagnostiqués chez les individus de sexe masculin les personnalités de type obsessionnel compulsif, narcissique, antisocial (APA, 2000).

La socialisation masculine met l'accent sur trois attributs : l'autonomie, l'indépendance et la compétition (Lynch et Kilmartin, 1999). Or, les individus très indépendants seraient plus susceptibles de présenter un désordre de personnalité narcissique ou antisociale (Nuckolls, 1997). Cela serait particulièrement vrai au sein des classes défavorisées (Bucholz et al, 2000). Luntz et Widom (1994) considèrent que les hommes abusés ou négligés au cours de leur enfance développent de manière plus significative une personnalité antisociale.

Kets-de-Vries (1989) fait l'hypothèse que les hommes compulsifs et dépressifs sont plus susceptibles de maintenir un comportement alexithimique : un style cognitif extrêmement réaliste, un imaginaire pauvre, une incapacité à exprimer des émotions intimes, une

tendance à avoir un comportement relationnel stéréotypé et un style d'élocution qui se caractérise par de nombreux et infinis détails.

De manière générale, les hommes se voient attribués en grande proportion des symptômes associés à l'agression, l'abus de substances, la psychose et les troubles d'ordre cognitifs (Fabrega et al., 1990).

4.6. La socialisation masculine et la santé mentale.

De manière générale, il semble que la socialisation masculine ait certains effets négatifs sur le plan de la santé mentale que nous pourrions résumer par le tableau suivant (Tremblay et Thibault, 2002) :

Socialisation masculine	Effets sur la santé mentale
Performance	Honte de l'échec
Répression des émotions	Difficultés 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
Autonomie	Isolement affectif
Se débrouiller seul	Ne pas demander de l'aide
Prouver sa masculinité	Insécurité
Valorisation de la force et la violence	Dévalorisation de la parole, agirs violents

5. L'éducation.

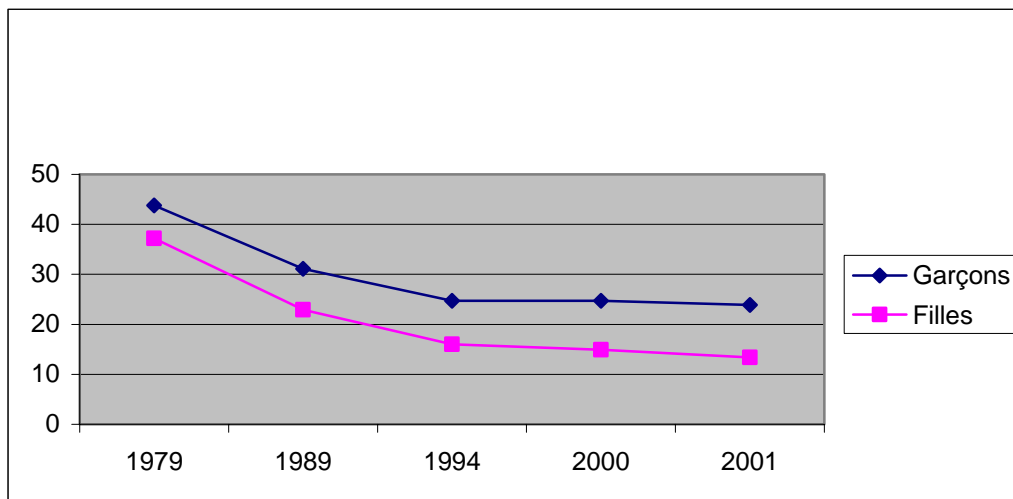
Le *Portrait social du Québec* (ISQ, 2001b) montre que les écarts entre l'ensemble des hommes et des femmes quant au plus haut diplôme obtenu ne sont pas très grands. Cela masque cependant l'évolution récente des taux de décrochage et de diplomation. En fait, les taux de décrochage scolaire ont beaucoup diminué depuis les années 1970. Au début des années 1980, environ 30% des jeunes n'obtenaient aucun diplôme avant l'âge de 20

ans alors que cette proportion est d'environ 16,5% en 1999-2000 (Lespérance, Nobert, Foucault et Ristic, 2001).

Les taux de décrochage diffèrent aussi chez les hommes et les femmes. Ainsi, si seulement 9,6% des femmes de la cohorte 1999-2000 n'avaient aucun diplôme, c'est le cas de 23,2% des hommes (Lespérance et al., 2001). De manière générale, les données indiquent qu'en plus des taux de décrochage plus élevés chez les hommes, la majorité d'entre eux se rendent moins loin dans leurs études que les femmes (Lespérance, 2001).

Au primaire, 25,0 % des garçons contre 17,8 % de fille n'atteignent pas le secondaire avant l'âge de 12 ans²⁰ (MEQ, 2002). Alors que le taux de filles ne complétant pas un diplôme d'études secondaires diminue sans cesse, celui des garçons demeure relativement stable.

Taux d'élèves n'ayant pas obtenu un DES à 19 ans (MEQ, 2002)

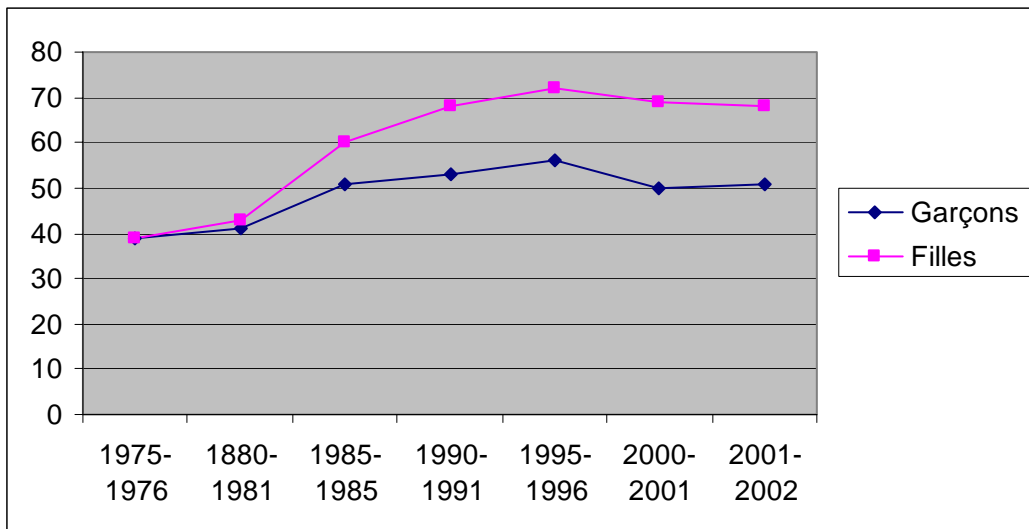


Les garçons sont moins nombreux que les filles à obtenir un diplôme de baccalauréat ou de formation technique collégiale (30,6% c. 46,3 %) et sont plus nombreux à

²⁰ Il faut cependant apporter des nuances à cette affirmation, car, étant donné que le primaire compte 6 ans d'études et que notre système scolaire pratique encore la discrimination des âges (un enfant qui n'a pas 5ans avant le mois de septembre ne peut entrer en maternelle, donc tous les enfants qui sont nés après ce

n'obtenir aucun diplôme (23,6 % c. 10,1 %). En fait, de 1992 à 1996, 46% des garçons seulement comparativement à 61% des filles ont complété un DEC que ce soit en formation préuniversitaire ou en formation technique (MEQ, 2002).

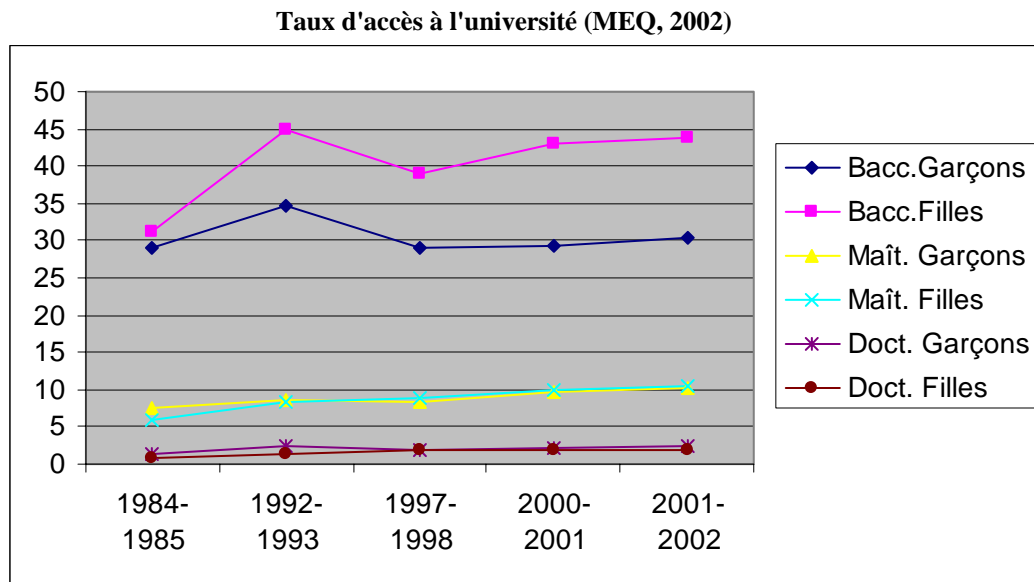
Taux d'accès au collégial (MEQ, 2002)



De 1976 à 2001, la situation s'est largement modifiée en regard de l'obtention d'un premier diplôme universitaire. La progression des filles a été particulièrement fulgurante, les taux de diplomation universitaire (premier diplôme) passant de 13,1% à 31%, soit une augmentation de 17,9 points alors que les taux correspondants des garçons sont passés de 16,7% à 20,5% pour une augmentation de seulement 3,8 points. Quant aux études graduées, les taux actuels sont équivalents entre les hommes et les femmes au deuxième

mois perdent une année d'étude), il n'est pas surprenant de voir des enfants qui fréquentent encore le primaire, même à l'âge de 13 ans.

cycle et légèrement à l'avantage des hommes au doctorat²¹. Compte tenu de la progression importante des femmes au premier cycle, on peut penser que d'ici quelques années, le taux de diplomation des femmes aux études supérieures sera plus élevé que celui des hommes (MEQ, 2002).



Les décrocheurs du secondaire et du collège ont, comparativement aux diplômés du collège et de l'université, un parcours d'emploi marqué par une plus grande instabilité d'emploi et un taux de chômage plus élevé. Ils ont aussi un revenu inférieur, des taux de pauvreté et de criminalité plus élevés et présentent plus de problèmes de santé mentale et physique (MÉQ, 2002; Janosz et LeBlanc, 1996). Janosz et LeBlanc (1996) concluent que les jeunes qui abandonnent l'école éprouvent davantage de difficultés à intégrer la

²¹ Seulement 1% de la population obtient un diplôme de doctorat.

vie adulte. Or, seulement 33% des hommes en 1994-1995, comparativement à 48% des femmes (MÉQ, 2001), sortent du système de l'éducation avec au moins un DEC, et cette tendance se poursuit au baccalauréat. On comprend que la non-obtention d'un DEC est un obstacle important à l'intégration sociale d'un grand nombre d'hommes. Compte tenu de l'évolution du marché du travail, la moindre qualification des hommes les privera d'accès aux emplois de qualité.

Des recherches récentes mettent en évidence que la socialisation des garçons les prépare moins bien que les filles à l'adaptation, la persévérance et la réussite scolaires, et ce, à tous les niveaux d'enseignement, sauf le doctorat (MÉQ, 2001; Hébert, 2001; Bouchard et al., 2000; Martino, 2000; Ouellet et Lamarre, 1999). Selon Bouchard et al. (2000), Martino (2000), Ouellet et Lamarre (1999) et Hébert (2001), les garçons rejetteraient l'école, la réussite et l'effort scolaire, tant au primaire et au secondaire qu'au collégial, parce qu'ils sont associés à des valeurs féminines. Selon ces mêmes auteurs, le développement de l'identité masculine se ferait par la valorisation dans des activités hors classe (ex: sports, cours de récréation, travail). Les garçons se désinvestiraient des matières scolaires pour s'investir dans d'autres activités de l'école, voire à l'extérieur de l'école. Les garçons qui adopteraient des attitudes et des comportements pro-scolaires pourraient se voir rejeter par leurs pairs ou questionner par les adultes. Dans la mesure où ils le peuvent, les garçons rejetteraient l'école pour obtenir la reconnaissance de leur masculinité auprès de leurs pairs et des adultes. Ceux qui ne le peuvent pas chercheraient à affermir leur sentiment d'identité masculine à l'extérieur de l'école et s'investiraient donc peu dans leurs activités scolaires ou parascolaires.

Dans la recherche de Rivière, Sauvé et Jacques (1997), les filles se reconnaissent davantage de traits positifs que les garçons, particulièrement lorsqu'elles se définissent en tant qu'étudiantes. Un construit collectif qui semble lier le sexe masculin à des représentations sociales négatives, surtout au plan scolaire, semble être bien intériorisé chez les élèves de niveau collégial et commence possiblement dès l'enfance (Rivière et al., 1997). Ces représentations sociales négatives des garçons au plan scolaire sont toutefois pondérées par un taux de satisfaction plus élevé face à ses résultats scolaires, comparativement aux filles, et ce, malgré parfois des difficultés évidentes (Bouchard et al., 2000). D'autres caractéristiques du rapport à l'école différencient les garçons et les filles du secondaire, notamment le plaisir d'apprendre, plus marqué chez les filles (Terril, 1992 dans Rivière et al., 1997), le nombre d'heures consacrées aux travaux scolaires et à l'étude par semaine est plus élevé chez les filles (Terril et Ducharme, 1994 dans Rivière et al., 1997), la perception de l'utilité des matières scolaires, plus faible chez les garçons, et un rapport à l'autorité et à la réglementation plus difficile pour les garçons (Bouchard et al., 2000).

Par ailleurs, certains chercheurs expliquent les plus grandes difficultés des garçons à l'école par le fait que l'école ne leur soit pas adaptée. Bouchard et al. (1994) constatent que le modèle type de l'élève qui réussit à l'école est un modèle féminin. On ne connaît pas de modèle masculin de la réussite à l'école. La pédagogie employée par les enseignant-es conviendrait moins bien à leur style cognitif et mieux à celui des filles (Hébert, 2001; Aubé, 2000; Ouellet et Lamarre, 1999). Les stratégies d'adaptation des garçons seraient moins efficaces que celles des filles pour leur permettre de rencontrer les exigences scolaires (Larose et Roy, 1992 ; Ouellet et Lamarre, 1999). L'inadéquation

entre l'école et les garçons serait plus grande qu'avec les filles et les garçons auraient moins de stratégies pour y faire face. Janosz et LeBlanc (1996 : 78) concluent que «l'école, dans sa facture actuelle, favorise intrinsèquement l'abandon scolaire des jeunes qui maîtrisent mal les prérequis comportementaux, cognitifs ou même familiaux nécessaires à l'intégration au système scolaire». Ainsi, «une multitude de données convergent vers cette idée selon laquelle les filles et les garçons n'ont pas le même rapport à l'école, la même approche des études, le même niveau de motivation» (Fédération des cégeps, 1999 : 31).

6. La conjugalité et la sexualité.

La proportion des personnes mariées diminue de plus en plus; elle est passée de 63,8% chez les hommes et de 60,2% chez les femmes entre 1991-1996 à 61,1 % et 57,5 % entre 1996-2001. Parmi les hommes qui se sont mariés en 2001, se trouvaient 75 % de célibataires, 22% de divorcés (remariés) et 3% de veufs²². Il y avait 125 000 célibataires de plus chez les hommes en 2001, mais les veuves (306 400) étaient 4,8 fois plus nombreuses que les veufs (63 300) et les divorcées (221 800), 1,5 fois plus nombreuses que les divorcés (152 400)²³ (Duchesne, 2001). En 2000, 51 % des mariages se sont soldés par un divorce, soit 17 054 divorces pour 24 908 mariages la même année (ISQ, 2002)²⁴. Selon Duchesne (2001), l'espérance de vie des femmes plus élevée, leur plus

²² Les proportions sont semblables chez les femmes : femmes : 77%, 20% et 3% (Duchesne, 2000)

²³ Au Québec, 31,6% des hommes et 25,4 % de femmes vivent en union libre en 2001. Selon l'ISQ (2002), plus d'un demi million de couples québécois vivent aujourd'hui en union libre, ce qui représente 18% des hommes âgés de 15 ans et plus et plus de 16 % des femmes. Mentionnons par ailleurs que les couples de même sexe, soit 12 695 hommes et 8 030 femmes, sont comptabilisés dans cette catégorie. Il y aurait 10 360 couples de même sexe au Québec, soit 0,6 % de l'ensemble des couples.

²⁴ Cette tendance ne s'observe pas unique au Québec. Les taux de divorce sont très élevés dans plusieurs pays : dans l'ensemble du Canada, on note 36 divorces par 100 mariages en 1998, le Québec (45%) se classe au premier rang suivi de la Colombie-Britannique (40%). Le taux de divorce dépasse également 40%

jeune âge au mariage, le remariage moins fréquent chez elles, mais aussi le fait que ce sont elles qui initient souvent le processus de divorce, expliquent ces différences. L'écart entre le nombre de veufs et de veuves serait dû à la surmortalité masculine, mais aussi à l'écart d'âge entre les époux lors du mariage (l'âge moyen lors du mariage est de 1,8 an plus élevé chez les hommes que chez les femmes).

Parmi les personnes en union, plus d'hommes que de femmes rapportent n'avoir pas de difficultés dans leurs relations conjugales (76% c. 71%) inversement plus de femmes que d'hommes disent vivre des difficultés conjugales moyennes ou sévères (12% c. 16%) (Julien, Julien et Lafontaine, 2000). Il n'est donc pas surprenant de constater qu'entre 60% et 75% des séparations sont initiées par la conjointe (Kiecolt-Glaser et Newton, 2001). En fait, selon l'enquête inédite de Joyal et LeBourdais (2002, dans Tremblay, S., 2002), 59,8% des ruptures de mariages et 76,6% des ruptures d'unions libres sont initiées par les conjointes. Cette même étude rapporte que les coûts associés aux procédures judiciaires ne sont pas assumés de la même manière puisque, dans 60,7% des dossiers de divorces et 79,1% des dossiers de séparations, les conjointes pouvaient avoir recours à l'aide juridique alors que cela ne pouvait être le cas que de la moitié moins d'hommes, soit respectivement 31,7% et 40,8%. Les hommes seraient également davantage prêts à accorder à la mère la garde exclusive de l'enfant. (Joyal et LeBourdais, 2002 dans Tremblay, S., 2002). Rappelons que la période entourant la séparation est identifiée comme étant une période de risque importante en matière de suicide et d'homicide. Comme nous le verrons plus loin, les hommes séparés sont également plus à risque en matière de consommation d'alcool, de drogues, de jeu compulsif, de malnutrition.

en Angleterre, au Danemark, en Norvège, en Autriche, en République tchèque, en Belgique et même 50% en Suède et en Finlande (ISQ, 2002).

Selon les données de 2001, 55 % des hommes remariés ont perdu leur conjointe depuis moins de 5 ans comparativement à 62 % des femmes depuis cinq ans et plus; 25 % de divorcés et 23 % de divorcées se sont remariés. Ainsi, non seulement les veufs sont plus nombreux à se remarier que les veuves, mais ils le font plus tôt après le décès de leur conjointe; les hommes divorcés se remarient également davantage et plus rapidement que les femmes divorcées (ISQ, 2002).

Le premier rapport sexuel avec pénétration survient de plus en plus tôt dans la vie des jeunes (Bozon et Kontula, 1998 ; Leaune et Adrien, 1998 tous dans Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis). Certaines études indiquent que l'écart entre l'âge des hommes et celui des femmes lors de la première relation sexuelle avec pénétration tend à diminuer (Moore et al., 1993, dans Kowaleski-Jones et Mott, 1998). D'autres études indiquent que les hommes ont des relations sexuelles à un plus jeune âge que les femmes (Bastani et al., 1996 dans Courtenay, 2000; Zelnik et Shah, 1983, dans Ku, Sonenstein et Pleck, 1993).

Par ailleurs, plus d'hommes que de femmes ont déclaré avoir eu plus d'un ou une partenaire sexuel-le durant les 12 derniers mois précédant l'ESSQ 1998 (11% c. 8%). Cette différence est significative chez les 25-44 ans (12% c. 7%), bien que ce soient les 15-24 ans qui sont les plus nombreux à se retrouver dans cette situation (hommes, 33%; femmes, 30%) (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis). Selon Adrien, Leaune et Auger (2000), ceci s'explique par le fait que la probabilité d'avoir eu plusieurs partenaires sexuels diminue après 20 ans pour les femmes, et après 30 ans pour les hommes. Les hommes affirment plus souvent que les femmes avoir plus d'une partenaire sexuelle, peu importe la catégorie professionnelle ou le groupe d'âge ; ils rapportent également avoir un plus grand nombre de partenaires (Bowd et Loos, 1998).

Près de la moitié des hommes ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires (45 %) rapportent utiliser le condom toujours ou presque toujours lors de leurs relations sexuelles avec les partenaires occasionnels de l'autre sexe. Par contre, 22 % des hommes dans la même situation disent ne jamais utiliser le condom. Il semble que les campagnes de promotion du condom chez les jeunes ont porté fruits puisque le groupe des 15-24 ans se démarque avec des pourcentages d'utilisation du condom (toujours ou presque toujours) nettement supérieurs à ceux des tranches plus âgées (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Nous reparlerons plus loin des réalités des hommes homosexuels et bisexuels en regard des services de santé et des services sociaux. À cette étape-ci, rappelons que les hommes gais et bisexuels demeurent un groupe à « risques élevés de contracter des MTS ou le VIH » (Clermont et Sioui-Durand, 1997 : 13). Chez les personnes atteintes du syndrome d'immunodéficience acquise, 64,3% des cas déclarés avaient contracté la maladie à la suite de contacts sexuels avec un ou des autre(s) homme (s) (DGSP-MSSS, 2002).

De manière générale, les hommes sont identifiés comme étant deux fois plus sujets que les femmes à s'engager dans des pratiques sexuelles à risque (Bastani et al., 1996, et EDK, 1995 dans Courtenay, 2000).

7. La paternité.

La paternité a déjà fait l'objet de recensions importantes au Québec et au Canada (notamment Dubeau, 2002; Tremblay, S. soumis ; Turcotte et al., 2001). On reconnaît généralement les apports positifs de l'engagement paternel sur le développement cognitif de l'enfant, son adaptation sociale et sa réussite sur le plan scolaire. L'engagement

paternel semble suivre des trajectoires différentes selon l'influence d'une panoplie de facteurs.

Plusieurs des revues portant sur les travaux menés auprès des pères soulignent la diversité des définitions adoptées quant à l'engagement paternel (Pleck, 1997). Certains auteurs mettent l'accent davantage sur les aspects quantitatifs de l'engagement alors que d'autres se centrent sur les aspects qualitatifs de cet engagement. La communauté scientifique s'entend toutefois sur l'importance d'investir les efforts à opérationnaliser les critères d'un engagement paternel positif. Les résultats des études menées durant de nombreuses années auprès des mères ont eu pour conséquence d'associer les qualités parentales à des caractéristiques féminines telles que la sensibilité, la communication, la manifestation d'affects, etc. La centration sur les forces des pères est importante puisqu'elle permettrait d'identifier les qualités paternelles qui s'avèrent positives dans l'éducation des enfants. Palm et Palkovitz (1988) mentionnent entre autres les qualités relatives à la discipline, l'indépendance, l'autonomie, le réalisme et le jeu (Dubeau, 2002).

Dans la cohorte d'enfants nés en 1983-1984 et suivis par l'ELNEJ, 63,1 % des enfants nés d'une union libre ont connu la séparation de leurs parents avant l'âge de 10 ans, dont 22,8 % avant l'âge de 2 ans. Les études menées sur ces différentes cohortes confirment que les enfants sont de plus en plus jeunes lorsque leurs parents se séparent (Marcil-Gratton, 1998). Les résultats de ELNEQ (2000) rapportent que déjà 9% des nourrissons de 5 mois vivent dans une famille où le père est absent. Selon l'ISQ (2002), 17 054, soit 1,8 enfants par famille, ont été touchés par le divorce de leurs parents en 2000. L'âge moyen des enfants impliqués dans le divorce de leurs parents est de 10,9 ans, soit entre 5 et 14 ans pour 64% des enfants, 12 % étaient âgés de 0 à 4 ans et 24 % de 15 ans et plus. La garde partagée prend de plus en plus d'importance au détriment de la garde unique de l'un des deux parents. Ainsi, en 1978, 71% des enfants de parents divorcés étaient juridiquement confiés à la mère, 15 % au père et 13 % en garde partagée, ces proportions étaient respectivement de 63%, 14 % et 23 % en 2000. Les femmes obtiennent dans une large proportion la garde unique (72%) des enfants plus jeunes, alors que les pères

obtiennent la garde plus souvent (25 %) lorsque l'enfant à atteint l'adolescence (ISQ, 2002). En fait, l'âge moyen des enfants confiés au père est de 13,3 ans en regard 10,5 ans pour ceux confiés à la mère²⁵.

Selon l'Enquête sociale et de santé 1998, les parents masculins et féminins séparés ont un profil assez différent. Plus de pères séparés vivent dans des ménages sans enfants mineurs (39% c. 12%). Cela reflète le fait dans la plupart des cas c'est la mère qui obtient la garde exclusive de ou des enfant-s. La majorité des pères ont un droit de visite ou de sortie prolongée, ou encore une garde partagée : ils constituent 56% de l'effectif des pères séparés ou divorcés (mères : 17%). Qui plus est, plus de pères que de mères ne voient jamais leurs enfants après la séparation ou divorce (5,5% c. 0,7%).

Répartition des enfants de parents séparés et de ces enfants par type d'union rompue selon la nature des contacts avec l'un ou l'autre parent au moment de la séparation et la fréquence des contacts avec le père (Enfants vivant avec leur mère) Québec, 1994-1995²⁶

Nature des contacts	ENSEMBLE DES ENFANTS DE PARENTS SÉPARÉS	ENFANTS SELON LE TYPE D'UNION ROMPUE	
		MARIAGE	UNION LIBRE
Vivent chez la mère	84,5	79,6	89,3
Contact avec le père			
Chaque semaine	22,3	22,5	22,2
Aux deux semaines	22,5	21,0	23,9
Irrégu­liè­re­ment(1)	24,0	25,2	22,8
Jamais	15,7	10,9**	20,4
Vivent chez le père(2)	7,7	9,4**	5,8**
Garde partagée	7,9	10,9**	4,9**
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : ELNEJ, Cycle 1 (Marcil-Gratton et LeBourdais, 1999 : 25, extrait du tableau 8)

Notes : (1) Irrégu­liè­re­ment : une fois par mois ou moins

(2) Trop peu d'enfants pour ventiler selon la fréquence des contacts

** Estimations ne répondant pas aux normes de qualité de Statistique Canada. Les conclusions qu'on pourrait en tirer ne sauraient être fiables et seront fort probablement erronées.

²⁵ Il convient par ailleurs de noter que l'enregistrement de enfants de parents en rupture ne concerne que ceux pour lesquels une décision a été prise par le tribunal. Ne figure dans les procès-verbaux du tribunal uniquement l'âge de l'enfant sans mention de son sexe.

²⁶ Tableau tiré de Tremblay, S. (2002 : 22).

Autant de pères que de mères qualifient le climat entourant la séparation de bon ou assez bon (65% c. 58%), et il en est de même pour les relations avec l'autre parent (84% et 84%) (Létourneau et al., 2000).

Par ailleurs, il n'y a pratiquement pas de différences dans les difficultés vécues par les pères et par les mères en regard de leur rôle parental de même qu'il n'existe pas non plus de différences significatives entre les types de familles. En fait, 72% des hommes et 69% des femmes disent ne pas éprouver de difficultés dans leur rôle parental. Au sein des familles recomposées, contrairement aux belles-mères (29% c. 5%), les beaux-pères ne rapportent pas plus de problèmes avec les beaux-enfants qu'avec leurs propres enfants (4,4% et 5%) (Létourneau et al., 2000).

Dans l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, à l'exception des garçons de 9 ans, les jeunes de 9, 13 et 16 ans perçoivent moins de soutien affectif de la part du père que de la mère. En général, les garçons ont une perception plus négative de leurs relations avec leurs parents que les filles (Bellerose, Cadieux et Noël, 2002). Ces données corroborent des recherches antérieures qui démontrent toutes que le père est perçu par les adolescents et les adolescentes comme moins présent et plus distant (Claes, Poirier et Arsenault, 1998; Paterson, Field et Pryor, 1994 ; Youniss et Smollar, 1985 tous dans Tremblay, 1999).

Bien que les lois reconnaissent le principe de coparentalité et d'égalité entre les conjoints et ex-conjoints, il semble que, dans les mœurs, le concept de mère comme parent principal demeure encore largement répandu (Dulac, 1996; Tremblay, S., 2003) de telle sorte que plusieurs freins à un plein engagement des pères demeurent. Malgré les orientations sur le plan légal et les recherches sur la valeur de l'engagement paternel, la

question des prérogatives des pères séparés demeure un sujet relativement houleux souvent envisagé sous un angle plus émotif que rationnel (Leduc, 2002). Tout comme d'autres auteurs (notamment Dulac, 1996 et Leduc, 2002), nous ne pouvons que déplorer que trop souvent l'enfant devient un objet du maintien du conflit entre les ex-conjoints plutôt que d'une recherche réelle de son mieux-être.

8. La vie professionnelle.

Selon les données du dernier recensement de Statistique Canada de 2001 (ISQ, 2003a), 64,2 % des Québécois de 15 ans et plus, soit 3 742 490 personnes, sont actifs; 58,9 % de ces personnes occupent un emploi et 8,2 % sont sans emploi. Environ 29% de la population (2 089 865 personnes) est inactive. La majorité de la population active (3 256 680) est employée contre 376 420 travailleurs autonomes, 11 275 travailleurs non rémunérés et 98 110 travailleurs sans emploi. En 1996, dans 64,0 % des cas les familles biparentales des deux parents étaient actifs, 55,1% occupaient un emploi, 8,7 % étaient inactifs et 1,6 % au chômage; dans 27,3 % des cas un seul parent était actif²⁷. Dans 24,1 % des cas l'homme était le seul parent actif contre 3,2 % chez les femmes. Le père était alors en emploi dans 21,4 % des cas pendant que la mère était considérée inactive (Statistique Canada, 2001).

La proportion des familles à faible revenu était de 22,1%, soit 12,6 % des familles biparentales et 55% des familles monoparentale, dont 60% chez les femmes

monoparentales. Les familles qui vivent de l'aide sociale au Québec étaient, en 1997, au nombre de 40 799 (biparentales) et 88 934 (monoparentales).

En ce qui a trait à la condition socio-économique selon le sexe, 71,1% de la population masculine du Québec est active, comparativement à 57,7 % chez les femmes (ISQ, 2001b). De ce nombre, 64,9% des hommes sont en emploi et 8,7 % sans emploi²⁸. Dans l'ensemble, on constate que le niveau de scolarité et le taux de diplomation ne se reflètent pas réellement sur le niveau d'activité et d'employabilité. En fait, bien que les femmes aient un meilleur profil de formation et de diplomation, elles sont moins nombreuses dans le marché du travail. Mais elles ont un meilleur taux de placement, car leur taux de chômage est plus bas (7,7% c. 8,7%) (ISQ, 2001b) , ce qui laisse croire que le profil de l'emploi risque de changer au cours des prochaines années d'autant plus que les pertes d'emploi se retrouvent principalement parmi ceux qui n'exigent pas ou peu de formation.

9. Les habitudes de vie et les styles de vie.

Les habitudes de vie constituent l'un des déterminants majeurs de la santé. Elles représentent un ensemble de facteurs sur lesquels l'individu peut agir, du moins en partie, pour améliorer sa santé.

9.1. Les habitudes de vie

9.1.1. L'alimentation

L'alimentation constitue un déterminant de la santé d'une personne. Selon *l'Enquête sociale et de santé* du Québec 1998, 85 % des Québécois de 15 ans et plus qualifient leurs

²⁷ La moyenne canadienne des familles biparentales où les deux parents étaient actifs était de 67,7%, avec l'Ontario en tête (68,8%). 59,4 % des parents occupaient un emploi (61,3 % en Ontario) (Ministère de la Famille et de l'Enfance Québec, 1998).

²⁸ Chez les femmes, 53,3% sont en emploi et 7,7% sans emploi (ISQ, 2001b).

habitudes alimentaires bonnes ou excellentes/très bonnes alors que 15 % considèrent que leur alimentation est moins saine ou mauvaise. De manière générale, les femmes qualifient davantage leurs habitudes alimentaires de saines que ne le font les hommes, à l'inverse plus d'hommes que de femmes les considèrent mauvaises ou moyennes (17 % c. 14%)²⁹. Au plan matrimonial, les personnes vivant en couple (12% personnes mariées et 16 % vivant en union libre) sont moins nombreuses que les personnes seules (20%) à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Au plan socio-économique, la qualité des habitudes alimentaires est liée à la scolarisation, à la situation financière et au statut professionnel. La perception d'une qualité des habitudes alimentaires mauvaise ou médiocre diminue selon le niveau de scolarité (18% pour le bas niveau de scolarité contre 12 % pour le haut) et selon le revenu (24 % pour le plus bas revenu contre 13 % pour le plus haut) (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Selon des études américaines (Courtenay, 2000), les hommes en général mangent moins de produits riches en fibres, de fruits et de légumes que ne le font les femmes. Ils mangent beaucoup plus de gras, s'exposant ainsi à plus de risque de maladies de l'appareil circulatoire, particulièrement les étudiants, qui mangent typiquement davantage de « malbouffe ». Les hommes ont moins tendance à déjeuner tous les matins que les femmes, et ils consomment davantage de sel qu'elles. D'autres facteurs comme la perte

²⁹Par ailleurs, plus les personnes vieillissent, plus elles considèrent que la qualité de leurs habitudes alimentaires s'améliore. Selon l'ISQ (2000), 90 % des personnes âgées de 65 ans et plus contre 80% des 15-24 ans, hommes et femmes réunis, considèrent avoir une saine alimentation. Autant les hommes que les femmes font plus attention à leur alimentation après l'âge de la retraite.

d'un emploi ou l'inactivité auraient plus de conséquences néfastes, et sur leurs habitudes alimentaires et sur leur santé en général que sur celles des femmes.

9.1.2. L'activité physique.

L'activité physique est un déterminant dans le maintien et l'amélioration de la santé. L'activité physique peut en effet, à des degrés divers, contribuer positivement ou négativement à la santé d'une personne selon l'usage qui en est fait. Les hommes de 15 ans à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que les femmes du même groupe d'âge à pratiquer une activité physique de loisir à une fréquence de trois fois et plus par semaine au cours d'une période de trois mois (43 % c.26 %). Pour les autres tranches d'âges, il n'existe pratiquement pas d'écarts entre les hommes et les femmes (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Par ailleurs, même si certains hommes sont plus actifs physiquement que les femmes, ils sont plus enclins à abandonner l'entraînement physique et à négliger leur condition (Courtenay, 2000). Les hommes, dû à leur témérité et à leur surreprésentation dans les sports extrêmes, sont aussi plus exposés aux accidents sportifs que ne le sont les femmes (Courtenay, 2000).

La pratique de l'activité physique est aussi liée aux conditions socio-économiques (niveau de scolarité et situation financière) des personnes. Ainsi, 32 % des personnes ayant un haut niveau de scolarité comparativement à 21 % de scolarité faible pratiquent des activités physiques de loisir au moins trois fois par semaine alors que 19 % des personnes de revenu supérieur ne pratiquent aucune activité physique de loisir comparativement à 31 % des personnes de revenu moyen inférieur (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis). On observe cette tendance dans plusieurs enquêtes sur la

pratique d'activités physiques de loisirs (USDHHS, 1996; Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996 tous dans Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

9.1.3. Les attitudes face au poids corporel.

Des études (Canadien Heart Health Suveys Research Group [CHHSRG], 1997; SBESC, 1990 tous dans Ledoux et Rivard, 2000; Reeder, 1996) ont montré que l'évolution du poids corporel a des effets sur le risque de développer des maladies liées à l'appareil circulatoire, le diabète et certains types de cancer. L'excès de poids chez les hommes augmente le risque de cancer du colon, de problèmes cardiaques, de troubles du sommeil, incluant celui de s'endormir en conduisant (Courtenay, 2000). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1998), il y aurait une augmentation du poids moyen dans toutes les régions du monde et le Québec ne fait pas exception.

Selon l'ESSQ 1998, se sont les hommes, tous les âges confondus, qui ont le taux d'obésité le plus élevé (32,4 % c. 23,8 %). Les hommes sont généralement plus satisfaits de leur poids et ils sont moins nombreux que les femmes à vouloir perdre du poids (34,3% c. 53,3%). Chez les hommes, le désir de perdre du poids est lié aux indicateurs de statut socio-économique (scolarité relative, niveau de revenu, catégorie professionnelle), au statut matrimonial et au surplus de poids (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Par ailleurs, on retrouve aussi des hommes qui désirent augmenter leur masse corporelle. C'est le cas d'environ 39 % des hommes âgés de 20 à 64 ans avec un poids insuffisant, mais aussi de 11 % de ces hommes dans la catégorie poids acceptable (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis). McCreary, Dorsch et Ronnebohm (2001) considèrent que la perception du corps chez les hommes doit être évaluée en tenant compte à la fois du désir de perdre du poids et de la volonté d'être plus musclé. Contrairement à la poursuite de la

minceur qui semble se produire chez plusieurs femmes, des chercheurs affirment qu'un nombre croissant d'hommes visent avoir une masse musculaire plus importante, ce que ces auteurs appellent le « modèle musculaire mésomorphique » (Mishkind et autres, 1986, dans McCreary, 2001). D'autres parlent du « complexe d'Adonis », cette recherche de correspondre à un modèle corporel perçu comme « parfait » d'homme musclé, sans poil, au prix d'efforts physiques importants, parfois inconsiderés (Olivardia, 2001), complexe qui altère la perception de l'image corporelle. Dans une étude auprès de collégiens d'Autriche, de France et des États-Unis, les jeunes hommes estimaient qu'il leur manquait en moyenne 28 livres pour atteindre le poids idéal selon eux, alors qu'ils se situaient dans la catégorie du poids santé (Castle et Phillips, 2001).

9.1.4. L'usage de la cigarette.

Le tabagisme constitue sans doute l'un des facteurs de risque au plan de la santé les mieux documentés au cours des dernières années

L'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire rapporte que moins de garçons que de filles fréquentant les écoles secondaires sont des fumeurs actuels (16% c. 22%) (Loiselle, 2001). Au Canada, *l'Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) effectuée entre 1996-1997 indique que 28,6% des Canadiens âgés de 15 ans et plus fument le tabac (Single et al., 1999) (Statistiques Canada, 1998).

Selon les différents groupes d'âge, on n'observe pas de différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes sauf pour le groupe des 20-24 ans, dans lequel 44 % des hommes fument alors que c'est le cas pour 36 % des femmes (Bernier et Brochu, 2000 : 101).

L'usage de la cigarette apparaît tôt. Alors qu'environ une fille sur douze (9 %) rapporte avoir initié l'usage de la cigarette à l'âge de douze ans et moins, c'est le cas d'environ un garçon sur dix (10 %). Au sein de la population de fumeurs et de fumeuses, la proportion

de personnes qui rapportent être de gros fumeurs³⁰ est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (15 % c. 8 %). On observe une diminution constante de la proportion de fumeurs réguliers à mesure que les niveaux de scolarité relative et de revenu augmentent, tant chez les hommes que chez les femmes (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Des études américaines nous indiquent que les hommes auraient tendance à inhaler plus profondément la fumée de cigarette que les femmes, à choisir des marques plus fortes en nicotine ou sans filtre, et fument davantage la pipe et le cigare que ne le font les femmes. De manière générale, les hommes arriveraient mieux que les femmes à arrêter de fumer lorsqu'ils se décident. Par contre, ils seraient moins portés à prendre la décision d'arrêter de fumer (Courtenay, 2000).

9.1.5. L'usage d'alcool et de drogues

Selon le Comité permanent de lutte contre la toxicomanie (1996, dans Biron, 1998), parmi les méfaits sur la santé associés à la consommation de substances, on compte les cirrhoses, 45 % des accidents routiers mortels, 54 % des homicides involontaires, 50 % des suicides, des surdoses, ainsi que la transmission du VIH et des hépatites. À cette liste s'ajoutent la négligence, la violence conjugale et familiale, les relations sexuelles non protégées, un nombre élevé de partenaires sexuels, le décrochage scolaire, les comportements délinquants et criminels (Chayer et autres, 1997 dans Biron, 1998).

De manière générale, au Québec, le nombre de litres d'alcool absolu consommé par personne par an est passé de 9,9 litres en 1978 à 6,8 litres en 1994 (Kuzminski et Demers, 1998). Toute proportion gardée, davantage d'hommes que de femmes (86 % c. 77 %) rapportent avoir consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête

³⁰ Un «gros fumeur» est défini comme quelqu'un qui fume 26 cigarettes ou plus par jour. Un «petit fumeur» se définit par le fait de fumer entre 1 et 10 cigarettes par jour (Bernier et Brochu, 2000).

sociale et de santé de 1998 et moins d'hommes se considèrent abstinents (8 % c. 18 %). On n'observe aucune différence significative quant à la consommation d'alcool au cours de la dernière année entre les hommes et les femmes parmi le groupe des 15-24 ans (89 % c. 86 %), contrairement aux autres groupes d'âge. Les hommes rapportent consommer environ deux fois plus d'alcool que les femmes, soit 6,6 consommations comparativement à 3,1 pour les femmes. Les hommes sont, toute proportion gardée, plus nombreux que les femmes à s'être enivrés au moins une fois dans l'année (29 % c. 21 %) et au moins cinq fois durant l'année (14 % c. 7 %). L'enivrement est une pratique surtout présente chez les jeunes, soit environ deux buveurs sur cinq (40 %) de 15-24 ans qui rapportent s'être enivrés au moins une fois et environ 35 % au moins cinq fois, au cours de l'année de référence. Contrairement à l'usage du tabac, la proportion de buveurs augmente avec les niveaux de scolarité relative et de revenu du ménage. L'enivrement (5 fois ou plus au cours de la dernière année) est par contre plus fréquent chez les buveurs masculins sans emploi que chez les buveurs en emploi (18 % c. 12 %) (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Rappelons qu'au Québec, la proportion de décès liés à l'alcool au volant par rapport à l'ensemble des décès sur les routes a diminué de 32 % en 1995 à 22 % en 1999. Dans 77 % des cas, les victimes de la route étaient des hommes. Les 20 à 35 ans représentent le groupe le plus à risque (Mayhew, Brown et Simpson, 2002).

Pour différents auteurs, la socialisation masculine favorise la surconsommation d'alcool de telle sorte que le fait d'être de sexe masculin constitue le premier facteur de risque d'abus d'alcool (Snell et autres, 1987, dans Huselid et Cooper, 1992). Selon Lemle et

Mishkind (1989, dans Huselid et Cooper, 1992), boire est socialement plus acceptable pour les hommes que pour les femmes.

Un rapport du ministère de la santé et de service sociaux (2002) indique par ailleurs que la consommation de drogues illicites augmente au Québec. Selon ce rapport, si l'on tient compte des médicaments (tranquillisants, somnifères) vendus sur le marché illicite, près d'un million de Québécois et de Québécoises seraient des consommateurs potentiels de drogues. Le cannabis demeure cependant la drogue la plus populaire auprès des Québécois : 77 800 consommateurs de marijuana et hachisch en 2000.

Les données montrent aussi que plus d'hommes que de femmes sont des consommateurs actuels (20% c. 15%). Les différences hommes-femmes se retrouvent chez les 15-24 ans (44% c. 35%) et les 25-44 ans (22% c. 14%). Dans les autres groupes d'âge, le phénomène de consommation de drogues est beaucoup plus rare (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Les utilisateurs de drogues intraveineuses représentent le groupe dont la proportion parmi les personnes infectées au VIH augmente le plus rapidement (23 % pour la période 1998-2000) (Turmel et Meunier, 2000). Selon Kuzminski et Demers (1998), le consommateur-type de drogues illicites est un homme jeune, célibataire, qui se dit stressé.

Parmi les consommateurs de psychotropes prescrits, deux fois plus d'hommes que de femmes (21 % c. 11 %) disent avoir un problème relié à leur consommation, que ce soit dans le domaine familial, le travail ou les études, les finances la vie sociale ou la santé.

Au Canada, la consommation de stimulants chez les enfants et les adolescents est en hausse importante et rassemble cinq fois plus de garçons que de filles (Cohen et Collin, 1997).

Phénomène plus nouveau chez les jeunes hommes de 18 à 25 ans en particulier, l'usage de stéroïdes anabolisants, surtout les athlètes et les culturistes, serait en hausse. En l'espace de quelques mois, l'usage de ces substances permet d'obtenir un gain de 10 à 15 kilogrammes de masse musculaire tout en perdant de la graisse (Pope et Brower, 2000, dans Pope et Kanayama, 2001). Au Québec, Chayer et al. (1997) évaluent que 7 % des jeunes hommes des équipes sportives provinciales font usage d'anabolisants. Ces substances peuvent avoir des effets importants sur le comportement (surtout l'agressivité), la santé mentale (dont la dépression) et la santé physique (entre autre l'infertilité, un risque accru de cancer de la prostate et d'attaque cardiaque) (Pope et Kanayama, 2001). Selon McKenzie et Greenberg (1995, dans Chayer et al., 1997), le consommateur-type d'anabolisants est un homme de 14 ans et plus, sportif régulier, souvent membre d'une équipe, qui a une opinion favorable envers les anabolisants et qui en minimise ou ignore les risques associés.

Depuis le milieu des années 80, il semble y avoir une évolution du mode de consommation vers le polyusage de substances psychoactives – tabac, alcool, drogues (Hubbard et autres, 1989, dans Wechsberg, Craddock et Hubbard, 1998). Proportionnellement plus d'hommes que de femmes rapportent faire un usage combiné drogues et alcool ou de drogues seulement (21 % c. 15 %). Cette réalité touche, en proportion, davantage les hommes de 15 à 24 ans (Tremblay et Lapointe-Goupil, soumis).

Globalement, 28,3% des décès chez les hommes sont liées à la consommation de certains produits psychotropes licites, tels que l'alcool et le tabac, contre 17% chez les femmes.

Les groupes d'âge les plus à risque au Québec, tous les sexes confondus, sont les 20-45 ans (Mayhew, Brown et Simpson, 2002).

9.2. Les styles de vie.

9.2.1. Les accidents et les morts violentes.

De manière générale, plus d'hommes que de femmes adoptent un style de vie qui les expose aux situations dangereuses (Lorber, 1997). En 2000, au Québec, les statistiques du Bureau du coroner³¹ (non-publiées) révèlent que 2,8 fois plus d'hommes que de femmes sont morts de causes accidentelles (966 c. 343). La différence entre hommes et femmes est particulièrement grande chez les 25-44 ans, où on retrouve 4,2 fois plus d'hommes (321 c. 76) (Bureau du Coroner).

Le Bureau du coroner indique aussi que, toutes causes confondues, 73,9% des 4251 personnes décédées en 1999 dans des circonstances violentes sont des hommes (Turmel, 2001). En tenant compte uniquement des homicides, la moyenne annuelle de décès établie par Statistiques Canada pour la période 1990-1999, au Québec, est de 104 hommes et 47 femmes (Laroche, 2001), ce qui est toutefois supérieur au nombre de dossiers pour lesquels le Bureau du coroner Québec est intervenu en 1999 (89 hommes, 33 femmes) (Turmel, 2001).

Par ailleurs, les hommes meurent davantage d'accidents de la route que les femmes, surtout les jeunes hommes de 15-24 ans dont le ratio atteignait 28 décès pour 100 000 en 1999³² (Antil et al., soumis) qui conduiraient plus «sportivement», plus souvent sous l'effet de la consommation de psychotropes et qui seraient plus réticents à boucler leur ceinture de sécurité (Courtenay, 2002). Davantage d'hommes que de femmes ont eu des

³¹ À ce jour, 4% des rapports ne sont pas terminés, ce qui représente environ 170 décès (S. Tennina, Bureau du Coroner, communication personnelle, 22 mai 2003).

accidents avec blessures dans les sports et les loisirs (19 c. 13,6 pour 1000) et au travail (22,1 c. 14,4 pour 1000). Les accidents de travail des hommes semblent aussi plus graves puisque proportionnellement plus d'hommes que de femmes ont dû consulter un médecin à suite d'un accident (71% c. 46%) ou limiter leurs activités (67% c. 44%) (Antil et al., soumis).

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 a aussi mesuré des taux pour 1000 d'accidents avec blessure ayant causé une consultation auprès d'un-e professionnel-le de la santé au cours des 12 derniers mois (Robitaille et al., 2002). Les garçons et les filles ne diffèrent pas à 9 ans (110,4 c. 87,6 pour 1000) ni à 13 ans (161,3 c. 144,8 pour 1000). Cependant, à 16 ans, plus de garçons rapportent des blessures (262 c. 191 pour 1000). Robitaille et al. (2002) ajoutent aussi que les blessures des personnes de 13 et 16 ans sont plus nombreuses et plus graves que celles rapportées par les jeunes de 9 ans, ce qui reflète des différences de comportement et de loisirs associés à l'âge mais aussi à la cohorte.

9.2.2. Le jeu pathologique.

Le jeu pathologique est un problème qui a des conséquences sanitaires et criminogènes tant chez l'individu que dans la société en général. Il affecte particulièrement la santé mentale, les activités interpersonnelles, la structure familiale, le travail, et engendre des comportements, tels que la criminalité, le suicide, etc. (Chevalier et Allard, 2001). Il est aussi étroitement lié à la consommation de produits psychotropes. Environ 0,5 % de la population des pays industrialisés est touchée par le problème du jeu compulsif (Faulkner et Duguay, 2002). Cet épiphénomène n'épargne pas non plus le Québec. Selon un rapport de recherche effectuée pour le compte de la Direction de la santé publique de Montréal,

³² Chez les femmes du même groupe d'âge, on rapporte 11 décès la même année (Antil et al., soumis).

1,1% de la population Montréalaise aurait tendance au jeu excessif, alors que 3,9% seraient des joueurs pathologiques³³. Les hommes auraient environ 1,3 fois plus de chances que les femmes de jouer aux jeux de hasard et d'argent, et 1,5 fois plus de chances de présenter des problèmes liés au jeu. Les personnes seules et moins scolarisées sont les plus à risque (Chevalier et Allard, 2001). Cette problématique ne se démarque non de celle de la consommation des produits psychotropes. En fait, les personnes adultes ayant des problèmes liés au jeu, consomment, en proportion, 5 fois plus de drogue ou d'alcool que le reste de la population (Arseneault, Ladouceur et Vitaro, 2001).

La différence de prévalence entre hommes et femmes des problèmes de jeu est nettement plus grande à l'adolescence. Une étude effectuée dans la région de Québec indique que deux fois plus de garçons que de filles ont admis avoir joué lors de la semaine précédant l'étude (19% contre 8%). La proportion des garçons ayant des problèmes liés au jeu serait aussi au moins deux fois plus élevée que celle des filles (3,7% contre 1,5%) (Ladouceur, Boudreault, 1999; Vitaro et Jacques, 1999). Mais c'est encore davantage les jeunes en difficulté qui présentent le taux de prévalence le plus élevé, soit 7,7%³⁴ (Fortin et al., 2001). Ainsi, compte tenu des corrélations étroites entre plusieurs comportements à risque et le jeu compulsif ou pathologique, des chercheurs affirment qu'il existe désormais un «syndrome de comportement problématique général» en regard du jeu (Vitaro, Ladouceur et Tremblay, 2001).

³³ Le Comité de lutte à la toxicomanie évalue ce taux à 3% pour l'ensemble du Québec (CPLT, 1998).

³⁴ On ne rapporte aucune différence entre les garçons et les filles de cette catégorie (Fortin et al., 2001).

9.2.3. La criminalité et la victimisation.

Selon le rapport de la Direction des Affaires Policière et de la Prévention de la criminalité (DAPPC - Ministère de la Sécurité publique, 2001), 420 401 infractions au Code criminel ont été enregistrées au Québec, soit 5 673 crimes par 100 000 habitants³⁵. Ce rapport indique aussi que les hommes sont plus nombreux que les femmes à perpétrer des actes criminels, toutes les formes de crimes incluses, et cela tant chez les jeunes (2 814 crimes c. 592) que chez adultes (3 356 c. 547). Les crimes les plus commis par les hommes sont les infractions contre la propriété, surtout chez les jeunes (jeunes: 1 751 c. 359; adultes: 1 304 c. 236) et les infractions contre la personne, surtout chez les adultes (jeunes: 760 c. 194; adultes: 1 336 c. 215) (DAPPC-MSP, 2001).

La consommation abusive de drogues engendre la désinhibition et peut faciliter la commission d'un crime violent³⁶. Les hommes aux prises avec un problème de toxicomanie sont plus susceptibles de commettre des délits violents à l'endroit de leur conjointe, comme les femmes toxicomanes sont également plus à risque d'être victime de violence conjugale comme elles sont aussi susceptibles de commettre de actes violents à l'endroit de leur conjoints. D'autres délits sont commis dans le but de faciliter le trafic de la drogue³⁷.

³⁵ Les infraction au Code criminel incluent les homicides, les voies de fait, les enlèvements, les vols qualifiés ou extorsions, le harcèlement criminel, les menaces, les infractions contre la personne, celles contre la propriété et les autres types d'infractions au Code criminel et aux lois fédérales et québécoises. Ces crimes n'incluent pas cependant ceux relatifs à la conduite automobile.

³⁶ Des données indiquent que 55% des délinquants incarcérés au Canada ont commis des crimes sous l'effet des drogues (Vanderberg et al., 1995).

³⁷ On constate aussi qu'environ 70% des détenus sous la responsabilité fédérale font usage de drogues (Fabiano, 1993 dans Fonséca, 2003). En 1995, 64% des inculpations pour des crimes liés aux drogues concernaient le cannabis (Centre canadien de la statistique juridique, 1996 dans Fisher et al., 1996 dans Fonséca, 2003). Aux États-Unis, on enregistre chaque année plus d'un million d'arrestations liées à la drogue et près de 3 millions d'actes criminels relatifs à la drogue sont commis chaque année dans les écoles américaines. Parmi ces crimes, 12 % sont des attaques à main armée (Cose, 2000 dans Fonséca, 2003).

Les personnes de sexe masculin sont nettement plus souvent agresseurs et victimes de violence physique, incluant les assauts et les homicides (Cairns et Kroll, 1994; Harris et Knight-Bohnhoff, 1996; West, 1993). Cette différence entre les sexes augmente considérablement avec la sévérité des actes de violence, de 5 à 10 garçons/hommes pour 1 fille/femme (Cairns et Kroll, 1994). La violence psychologique semble plus partagée entre les deux sexes (Harris et Knight-Bohnhoff, 1996; Tremblay et al., 1996) et la violence indirecte, plus présente ou du moins plus typique (Harris et Knight-Bohnhoff, 1996), chez les personnes de sexe féminin. Dans son relevé de différentes études populationnelles en matière de violence conjugale, l'ISQ (2003b) rappelle que les hommes auraient tendance à sous-estimer la violence alors que la situation serait inverse chez les femmes.

Les statistiques policières compilées par le ministère de la Sécurité publique indiquent que, pour l'année 2000, 15 844 personnes ont déclaré à la police avoir été victimes de violence conjugale, parmi elles, une grande majorité de femmes (85,1%) « bien que l'on ait noté un nombre non négligeable d'hommes victimes (2 365) » (MSP, 2000 dans ISQ, 2003b). Les auteurs présumés de ces actes de violence conjugale étaient à 87,6% des hommes. Ces données policières indiquent une augmentation du nombre de déclaration de violence conjugale au cours des dernières années, soit une hausse de 18,4% de 1997 à 2000. C'est chez les personnes de 25-29 ans que le taux de victimisation est le plus élevé, suivies des personnes de 18-24 et de 30-39 ans. Au cours de cette même année, 14 femmes et 7 hommes sont décédés en contexte de violence conjugale (MSP, 2000 dans ISQ, 2003b). « La séparation représente le facteur qui augmente nettement le taux d'homicide conjugal, particulièrement à l'endroit des femmes » (ISQ, 2003b : 24).

Lorsqu'on examine la prévalence annuelle, les jeunes couples de 18 à 24 ans seraient plus sujets à vivre de la violence conjugale, de même que les couples en union depuis moins de deux ans et ceux avec des enfants de moins de 7 ans (ISQ, 2003b). Les conjoints moins scolarisés seraient plus sujets à exercer de la violence envers leurs conjointes que les plus scolarisés (Rodgers, 1994; Heiskanen et Pisspa, 1998; cités dans ISQ, 2003b). Un faible revenu est généralement lié à un risque plus grand d'être victime et d'être agresseur. Le chômage chronique représente un facteur important de l'agression contre la conjointe (ISQ, 2003). Par ailleurs, avoir été témoin de violence conjugale entre ses parents et avoir été victime de violence dans son enfance augmentent considérablement le risque de devenir agresseur ou victime par la suite (Stark et Filtcraft, 1991; O'Leary, 1988, dans ISQ, 2003b). La concomitance entre toxicomanie et violence conjugale est aussi bien documentée. Par ailleurs, l'isolement social constitue un facteur prédisposant ou être une conséquence de la violence conjugale. « On ne peut pas, dans l'état actuel des connaissances, affirmer que la grossesse est un facteur de risque de violence conjugale » (ISQ, 2003b : 41), mais les jeunes mères sont plus à risque, tout comme les femmes ayant des limitations à long terme.

Les filles et les femmes sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles et de harcèlement criminel que les garçons et les hommes (Harris et Knight-Bohnhoff, 1996) qui en sont les principaux agresseurs. En fait, selon la DAPPC, 1 764 jeunes femmes et 1 279 femmes adultes comparativement à 474 jeunes hommes et 90 hommes adultes ont subi une agression sexuelle en 2001 alors que 197 jeunes femmes et 2 431 femmes adultes comparativement à 79 jeunes hommes et 881 hommes adultes ont été victimes du harcèlement criminel (surtout la violence conjugale) durant la même période (DAPPC-

MSP, 2001). Par ailleurs, on relève qu'environ 1 fille/femme sur 4 risque de subir une agression sexuelle quelconque au cours de sa vie comparativement à 1 garçon/homme sur 6 (Dorais, 1997). La socialisation masculine ferait en sorte que les garçons et les hommes seraient moins ouverts à déclarer un abus sexuel que les filles et les femmes (Dorais, 1997; Mathews, 1995).

Kaufman, Kantor et Jasinski (1998 dans ISQ, 2003b) déterminent huit traits de personnalité fréquemment rencontrés chez les agresseurs : l'insécurité, une faible estime de soi, un faible contrôle des impulsions, de piètres habiletés sociales et de communication, un style agressif ou hostile, une personnalité antisociale, le narcissisme, l'anxiété et la dépression.

9.2.4. Le soutien social et la solitude.

Le soutien social est aussi un indicateur, non seulement de l'état de bien-être en général, mais aussi de la santé physique et mentale. Selon des études, l'effet protecteur du soutien social serait particulièrement révélateur chez les hommes. Entre ceux qui en bénéficient et ceux qui n'en bénéficient pas, les écarts de santé physique et mentale sont plus élevés que chez les femmes (Denton et Walters, 1999; Lee et al., 2001). La détresse psychologique et soutien social sont aussi associés. L'ESSQ 1998 révèle que 38% des personnes de 15 ans et plus (sexes réunis) ayant un faible soutien social ont un IDP élevé contre presque la moitié (16%) des personnes bénéficiant d'un soutien social élevé (Légaré et al., 2000). Plus d'hommes que de femmes déclarent avoir un faible soutien social (23% c. 17%) (Julien, Julien et Lafontaine, 2000). Qui plus est, davantage d'hommes que de femmes rapportent n'avoir aucun-e confident-e (14% c. 8%) et que personne ne leur témoigne de l'affection (6% c. 2,7%). Les hommes de 15-24 ans et ceux

de 65 ans et plus ont plus de soutien social que les hommes de 25-64 ans (16% et 15% c. 25%). Par ailleurs, le soutien social des hommes en union (donc particulièrement chez les 25-64 ans) repose en grande partie sur la conjointe alors que davantage de femmes déclarent avoir un réseau plus étendu (Antil et al., soumis).

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois (1999) rapporte que moins de garçons que de filles disent pouvoir compter sur 6 sources ou plus de soutien social à 9 ans (24% c. 33%) et à 16 ans (9% c. 13%). De plus, moins de garçons rapportent s'être confiés à quelqu'un d'autre au cours des 6 derniers mois à 9 (48% c. 60%), à 13 (31% c. 59%) et à 16 ans (49% c. 78%) (Drapeau et al., 2002).

Par ailleurs, moins d'hommes que de femmes se disent heureux ou très heureux de vivre seuls-es (47% c. 62%) (Julien, Julien et Lafontaine, 2000). La proportion d'individus malheureux ou très malheureux de vivre seuls-es diminue toutefois avec l'âge chez les hommes (14% des 15-24 ans à 4,5% des 65 ans et plus) et les femmes (10% à 2,5%) (Antil et al., soumis).

10. Les attitudes masculines en regard des services d'aide et l'inadéquation relative des services offerts aux hommes

Alors que 21% des hommes déclarent avoir consulté au moins un-e professionnel-le de la santé³⁸ au cours des deux semaines précédant l'ESSQ 1998, le pourcentage des femmes s'élève à 29% (Antil, soumis). En spécifiant le type de professionnel-le consulté-e, le portrait est à peu près le même : moins d'hommes que de femmes de la population

³⁸ Médecin, médecin spécialiste, pharmacien-ne, dentiste, optométriste ou opticien-ne, infirmier-e, chiropraticien-ne, acupuncteur-e, praticien-ne de médecine non-traditionnelle, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, travailleur social ou travailleuse sociale, diététiste, autre.

générale ont consulté un-e médecin (12% c. 17%) ou un-e professionnel-le autre qu'un-e médecin (13% c. 19%) (Fournier et Piché, 2000).

Proportions de personnes rapportant avoir consulté au moins un-e professionnel-le au santé au cours des deux semaines précédant l'ESSQ 1998 (Antil, soumis).

	Hommes	Femmes
15-24 ans	15%	24%
25-44 ans	18%	29%
45-64 ans	24%	33%
65 ans et plus	31%	37%

Sensiblement la même proportion d'hommes que de femmes rapporte avoir utilisé la chirurgie d'un jour (4% c. 4,4%), mais parmi ces personnes, les hommes disent avoir reçu des services après leur retour à domicile dans une proportion nettement moindre (11% c. 21%) (Trahan, Bégin & Piché, 2000). Selon l'ESSQ1998, parmi les individus de 15 ans et plus qui avaient consulté un-e professionnel-le de la santé au cours d'une période de deux semaines précédant l'enquête, 5% s'étaient adressés à un CLSC, comparativement à 64% à une clinique privée, 14% à un hôpital, et 11% à une pharmacie (Fournier et Piché, 2000).

Selon les données provenant des registres des CLSC 2001-2002³⁹, 41 % des 960 679 consultations en santé physique concernent des garçons/hommes. Les proportions de consultations selon le sexe varient selon l'âge. Pour la tranche des 0-14 ans, il n'existe aucune différence significative entre garçons et filles (49,5% c. 50,5%). Rappelons qu'à cet âge, ce sont davantage les parents qui prennent en charge la consultation. À l'inverse,

³⁹ Données fournies par la RAMQ. Compte tenu que la précision et l'assiduité de la complétion des données peuvent varier selon les établissements et les praticiens-nes, il convient de conserver une certaine prudence sur l'interprétation des résultats.

chez les 15-24 ans, les différences sont plus prononcées, puisque 29% des consultations seulement sont effectuées par les hommes. Paradoxalement, en ce qui concerne les consultations en urgence, 48% des consultations touchent des hommes ($n = 91\ 614$) (Fichier RAMQ, 2002).

Un problème plus spécifique aux personnes âgées est celui de la perte d'autonomie. Parmi les consultations liées à cette problématique, seulement 32% s'adressent aux hommes de 65 ans et plus (Fichier RAMQ, 2002). Ce résultat est cohérent avec la plus grande proportion de femmes en situation d'incapacité à cet âge et leur plus grande longévité.

Par ailleurs, chez les 15 ans et plus, 34% des consultations en santé mentale ont été faites par des hommes ($n = 108\ 607$). Cependant, chez les 0-14 ans, 53% des consultations concernaient les garçons (Fichier RAMQ, 2002). Cette proportion générale du tiers des consultations par des hommes comparativement aux deux tiers par des femmes se retrouve également, à 1% près, dans les services psychosociaux (excluant le maintien à domicile et les personnes âgées en perte d'autonomie) ($n = 81\ 126$) et dans les services d'intégration et de réintégration sociale en santé mentale (troubles transitoires et troubles graves) ($n = 29\ 757$). Par ailleurs, on retrouve des proportions inverses dans les services en CLSC reliés à l'alcoolisme et aux toxicomanies (68% c. 32%) ($n = 3\ 694$) (Fichier RAMQ). Ces données reflètent les hypothèses selon lesquelles plus d'hommes que de femmes boivent, utilisent des substances psychoactives illicites et en abusent. Cela nous indique aussi que les services, hormis l'urgence et les services reliés à l'alcoolisme et aux toxicomanies, touchent davantage les femmes que les hommes, même si les hommes, comme nous l'avons vu précédemment, sont davantage touchés que les femmes par

certaines problématiques comme les impacts psychosociaux reliés à la perte d'un emploi ou à la séparation conjugale, le cancer, les maladies cardiovasculaires, etc.

Un autre champ de consultation est le secteur familial. Les chiffres des CLSC 2001-2002 divisent ces consultations en trois. Les services d'éducation familiale et sociale touchent les problématiques psychosociales des familles et les habiletés parentales, tandis que les services de santé parentale et infantile visent la prévention médicale et le développement optimal des jeunes. Il existe un troisième volet qui concerne l'ensemble des interventions plus générales portant sur l'enfance, la jeunesse et la famille. Puisque les interventions familiales peuvent être données aux parents ou aux enfants et qu'elles sont de natures très différentes, les comparaisons sont faites par groupes d'âge. Ainsi, 60% des 25 741 interventions en services d'éducation familiale et sociale données aux 0-14 ans touchaient des garçons. Inversement, lorsque les interventions sont données aux 15-44 ans, seulement 20% des consultations sont faites par les hommes ($n = 37\ 761$). Ces données sont cohérentes avec la plus grande tendance des femmes à consulter en santé mentale, mais appuient aussi l'hypothèse selon laquelle les femmes s'occupent encore très majoritairement de cet aspect du bien-être de leurs enfants. Par ailleurs, les services de santé parentale et infantile donnent un portrait légèrement différent. Tout comme en santé physique, les consultations se rapportant aux enfants (0-14 ans) sont autour du point d'équilibre, avec 51% des 137 908 interventions ayant été faites pour des garçons. Pour les 15-44 ans, seulement 3,6% des 55 483 consultations sont faites par les hommes. Il faut toutefois interpréter ces données avec prudence, car les services de santé parentale et infantile comportent une large part d'interventions en pré- et péri-natalité, et parfois les consultations sont toutes notées dans le dossier de la mère même si elles s'adressent au

père. Quant aux interventions plus générales portant sur les enfants, les jeunes et leurs familles, un peu plus de consultations ont été faites pour des garçons chez les 0-14 ans puisqu'ils forment 56% des clients ($n = 47\,308$). À l'opposé, chez les 15-44 ans, seulement 22% des consultations sont faites par des hommes ($n = 55\,911$) (Ficher RAMQ, 2002).

Une autre manière d'envisager le recours aux services passe par l'utilisation des médicaments. *L'Enquête sociale et de santé Québec 1998* rapporte que moins d'hommes que de femmes de la population totale ont utilisé au moins un médicament dans les 2 jours précédant la réponse au questionnaire de l'enquête (43% c. 63%), et trois médicaments ou plus (12% c. 22%). Cette réalité se maintient, peu importe que les médicaments soient prescrits par le médecin ou le dentiste (24% c. 44%) ou non prescrits (26% c. 37%). Les différences entre les hommes et les femmes dans la consommation des médicaments en général existent pour tous les groupes d'âge sauf les 0-14 ans, et montrent un patron distinct selon le sexe. Les médicaments, prescrits ou non, sont divisés en 13 différentes classes (Papillon et al., 2000). En excluant la pilule contraceptive, aucune différence dans le patron de consommation des hommes et des femmes n'est relevé quant au type de médicaments utilisés (Antil, soumis).

Les chiffres de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* indiquent que les garçons de 9 et 13 ans présentent des proportions similaires aux filles, à n'avoir consommé aucun médicament au cours des 2 semaines précédant la réponse au questionnaire (9 ans : 34% c. 40%; 13 ans : 40% c. 32%). Cependant à 16 ans, plus de garçons n'ont consommé aucun médicament⁴⁰ (38% c. 21%). Cependant, plus de garçons que de filles consomment des médicaments pour mieux

fonctionner ou se concentrer, à 9 comme à 13 ans (8% c. 2,3% et 3,7% c. 0,7%), et moins de garçons utilisent des médicaments pour la douleur⁴¹ ou la fièvre à 13 ans (37% c. 47%). À 16 ans, les filles consomment davantage de vitamines ou minéraux (33% c. 24%), de médicaments pour la douleur ou la fièvre (64% c. 48%), le rhume ou les allergies (31% c. 24%) et les autres médicaments (11% c. 6%). La différence de consommation de médicaments entre garçons et filles de 16 ans semble donc inclure beaucoup plus que les contraceptifs oraux (Levasseur, 2002).

Les femmes prennent davantage de congés de maladie, utilisent plus de médicaments et se perçoivent comme malades à un seuil plus bas. Bref, cette attention portée aux problèmes de santé mineurs les amène à consulter plus rapidement et plus régulièrement. À l'inverse, les hommes ne consultant que pour les problématiques graves, présentent des diagnostics plus lourds (Lorber, 1997). Par ailleurs, autant chez les hommes que chez les femmes, ce sont ultimement les symptômes physiques qui mènent à la consultation. Cependant, les troubles émotionnels des femmes les amènent aussi à consulter, ce qui n'est pas le cas chez les hommes (Möller-Leimkühler, 2002). En fait, les hommes plus traditionnels dissimulent et nient leurs symptômes pendant une longue période de temps, et ce, peu importe la gravité de la maladie ou du problème (Charmaz, 1994). Ils adoptent des stratégies d'action telle que la fuite pour éviter de dévoiler leur malaise (Dulac, 1997). Ils attendent la crise ou de fortes pressions extérieures pour consulter (Dulac, 1997; Tremblay, 1989). Pour Dulac (1997 : 16), «les hommes agissent en aval, après une crise». Ainsi, la pression sera telle que certains ont tendance à agir ce malaise par des comportements agressifs, notamment envers leurs proches (Lynch et Kilmartin, (1999).

⁴⁰ Il faut tenir compte ici que ce sont les filles qui doivent faire usage d'anovulants.

⁴¹ À nouveau, il faut ici tenir compte des douleurs menstruelles dont plusieurs filles n'échappent pas.

La socialisation à la masculinité empêcherait la détection et l'acceptation des symptômes, ce qui inhibe la demande d'aide (Dulac, 1997). La demande d'aide peut être perçue par les hommes comme une menace pour l'identité masculine, nuisant au sentiment de contrôle et à l'autonomie (Brooks, 1998; Dulac, 1997), ce qui explique pourquoi plusieurs hommes utilisent des stratégies de compensation ou des manières d'exprimer leur détresse socialement cohérentes avec leur rôle (alcool, colère, hostilité, surtravail) (Möller-Leimkühler, 2002). Selon Brooks (1998) les exigences de la thérapie, du processus d'aide si on préfère, sont aux antipodes des exigences de la masculinité.

Des exigences contradictoires (Brooks, 1998 dans Dulac et Groulx, 1999)

Exigences de la thérapie	Exigences de la masculinité
dévoiler la vie privée	cache sa vie privée
renoncer au contrôle	maintenir le contrôle
intimité non sexuelle	sexualiser l'intimité
montrer ses faiblesses	montrer sa force
expérimenter la honte	exprimer sa fierté
être vulnérable	être invincible
chercher de l'aide	être indépendant
exprimer ses émotions	être stoïque
être introspectif	agir-faire
s'attaquer aux conflits	éviter les conflits
confronter sa douleur, sa souffrance	nier sa douleur, sa souffrance
reconnaître ses échecs admettre son ignorance	persister indéfiniment feindre l'omniscience

La maladie marginalise les hommes en déstabilisant leur conception de la masculinité. Si cela est plus facile pour certains qui ont su se démarquer du stéréotype, pour d'autres demander de l'aide s'avère beaucoup plus difficile. Lorsqu'ils demandent de l'aide, ces hommes plus traditionnels le font d'une façon non conventionnelle, parfois agressivement parce mal dans leur peau (Dulac, 1997; Dulac et Groulx, 1999). Ils risquent alors d'être reçus de manière répressive, ou de se voir refuser l'accès aux services. [...] Ce qui est sous-tendu dans ces attitudes, ce sont des conceptions implicites des genres masculin et féminin : les femmes sont fragiles, victimes, ont besoin de support alors que les hommes sont des violents, méritent qu'on les réprime (Tremblay et L'heureux, 2002).

Le point de départ, et sans aucun doute un des plus importants facteurs de réussite, implique un changement de paradigme, l'intervention auprès des hommes demeurant dominée par le paradigme de la pathologie et de la répression (Dulac et Groulx, 1999; Dulac, 2001). Au contraire, l'intervention est l'expérience des intervenants et des intervenantes auprès

des hommes met en relief la nécessité de rejoindre l'individu derrière le comportement, la personne dans toutes ses capacités et de resituer le problème avec le client dans un contexte social, plus particulièrement la socialisation masculine (Bélangier et L'Heureux, 1994; Dulac et Groulx, 1999; Tremblay, 1989). *Choisir d'intervenir en tenant compte de la souffrance des hommes, c'est s'attaquer à un tabou social très persistant+, nous disent Dulac et Groulx (1999).

Les modes classiques d'intervention s'appuient sur la verbalisation des émotions et sur l'introspection alors que les hommes traditionnels ont moins développé ces habiletés (Tremblay, 1989, 1996). À la suite de sa recherche menée dans le cadre d'AIDRAH⁴², Dulac et Groulx (1999) considèrent que la culture des services et des organismes d'aide est largement façonnée par les caractéristiques féminines, soit la clientèle qui consomme davantage ces services. Les services semblent peu attirés par la clientèle masculine se présentant le plus souvent en crise ou avec des comportements suscitant l'opprobre social. Dulac (2001) parle également des difficultés des intervenants de lire et décoder les modes masculins d'expression des sentiments et des émotions axés sur l'agir. La façon féminine de s'exprimer (verbalisation des émotions) serait devenue la norme. Pour Dulac (2001), cela ne signifie pas que les hommes sont incapables d'exprimer leurs émotions comme le veut le stéréotype, mais plutôt qu'ils ont des modes d'expression particuliers que les intervenants doivent apprendre à décoder. Le travail pour développer de nouveaux modes d'expression devient possible dans un milieu sûr, où l'homme se

⁴² Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes (AIDRAH), regroupement de trois associations provinciales, l'Association québécoise de suicidologie (AQS), l'Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (ARIVH) et la Fédération des organismes bénévoles et communautaires d'aide et de soutien aux toxicomanes (FOBAST) avec le Centre de recherches appliquées sur la famille de l'Université McGill.

sent validé sur le plan des émotions (le ressenti), dans ce qu'il est et non seulement en regard de ce qu'il a fait, de ce qu'il a à changer, de ce qui lui fait honte.

Dulac et Groulx (1999) reprennent chaque étape du processus d'aide. La prise de contact constitue, selon lui, une étape cruciale pour créer un climat de confiance. Il recommande la politique de la main tendue, c'est-à-dire aller vers les hommes en détresse et non seulement attendre une motivation. L'accessibilité horaire est aussi importante. Le client doit être vu rapidement. L'étape de l'évaluation constitue également une étape cruciale parce qu'elle permet au client de reconnaître le problème. Les questions doivent être ouvertes et éviter qu'elles soient formulées comme des jugements. Dulac et Groulx (1999) accordent tout un chapitre sur l'intervention de groupe qui est actuellement la forme d'aide la plus valorisée auprès des hommes dans les pratiques québécoises.

Rappelons que depuis quelques années, plusieurs écrits ont été rédigés sur l'intervention auprès des hommes au Québec et aux États-Unis en particulier, principalement sur le plan de l'intervention psychosociale (Brooks, 1998; Brooks et Good, 2001; Collectif Cœur Atout, 1986; revue *Intervention*, 2002; Meth et Passick, 1990; Osherson et Krugman, 1990; Pease et Camilleri, 2001; Pollack et Levant, 1998; Tremblay, 1989, 1996; Twohey et Ewing, 1995; Wilcox et Forrest, 1992), mais aussi au plan de la santé (Courtenay, 2000a et b; Meryn et Jadad, 2001; Sabo et Gordon, 1995), sans compter les ouvrages portant des problématiques plus spécifiques (cancer de la prostate, difficultés érectiles, santé gay, dépression, violence conjugale, suicide, alcoolisme et toxicomanie, jeu compulsif, etc.

Bref, comme le soulignent Tremblay et al (soumis) dans leur conclusion,

les hommes semblent entretenir un rapport différent à leur corps et à leur bien-être personnel comparativement aux femmes de telle sorte que le rapport objectif (mortalité, morbidité, etc.) ne correspond pas au rapport subjectif (perceptions, demandes de soins et services, etc.) qu'ils entretiennent avec leur santé.

Cela exige donc d'aider les hommes à être plus sensibles aux signaux précurseurs et d'être plus attentifs à leur santé et leur bien-être. Mais cela exige d'abord de faire de la santé et du bien-être des hommes une priorité au même titre qu'il demeure important de se préoccuper de la santé et du bien-être des femmes (Tremblay et al., soumis). Les hommes ne doivent plus être invisibles dans les services (Pease et Camilleri, 2001). Cela exige de revoir nos conceptions sociales en regard des hommes, de la masculinité et des questions masculines et de revoir l'offre de services aux hommes, l'accueil qui leur est fait, les horaires d'accessibilité, etc. (Dulac, 2001).

11. La santé et le bien-être chez les hommes de communautés spécifiques.

Il convient d'abord de rappeler que la définition de la notion de santé n'est pas universelle. Georges Devereux (1977, dans Fonséca, 2003), qui fut le premier à théoriser la question des pathologies sociales à travers une approche ethnopsychiatrique, affirmait déjà que tous les comportements, les problèmes et les modes de vie observés chez chaque peuple, chaque société, qu'ils soient d'ordre rituel, culturel, médical ou social, représentent une pensée collective et non universelle. Selon lui, les pathologies (la perception du sain) n'ont de sens que dans la société et la culture où elles sont vécues et traitées. Autrement dit, chaque société, chaque culture, interprète différemment ses problèmes sociaux et ses pathologies (Fonséca, 2003). Nous relevons ici quelques études récentes portant sur les hommes autochtones, les hommes issus d'immigration récente,

les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle et enfin les hommes sans domicile fixe.

11.1 Les hommes autochtones.

Les autochtones représentent 1,1 % de la population québécoise (Statistique Canada, 2001). On compte 77 837 autochtones, dont 68 440 de différentes nations amérindiennes et 9 397 Inuits⁴³. Les autochtones forment 11 nations réparties dans 54 communautés. De plus, la *Loi sur les Indiens* différencie les indiens inscrits des non-inscrits. Le statut des métis est également différent. Les villages inuits relèvent du gouvernement provincial alors que les villages des premières nations relèvent du ministère des Affaires indiennes et du Nord (fédéral). Il s'agit donc de diverses réalités fort complexes.

Selon le recensement de 1996, une plus forte proportion de femmes que d'hommes complètent leurs études (c'est-à-dire en étant titulaires d'un grade, certificat ou diplôme). Ainsi, « 29 % des femmes autochtones, contre 27 % des hommes autochtones, ayant déclaré comme plus haut niveau de scolarité avoir fait des études secondaires (de la 9e à la 13e année) possédaient un certificat d'études secondaires » (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2003).

Comme nous n'avons pas eu accès aux données comme nous l'avions espéré, nous ne pouvons documenter aussi adéquatement que souhaitable les problèmes de santé et de bien-être des Autochtones. Rappelons cependant que les journaux et des études dans d'autres provinces (Laforest et Nicholas, 1999) ont largement fait état de problèmes psychosociaux divers liés à la colonisation et au changement rapide d'un mode de vie traditionnel à un mode de vie plus près des sociétés nord-américaines, notamment le

chômage chronique, les problèmes de logement, l'alcoolisme et la toxicomanie, la violence conjugale, le suicide sans compter le décrochage scolaire et l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

Par ailleurs, pour qu'une intervention soit efficace, elle doit se faire en mobilisant les communautés concernées et s'appuyer sur les modes traditionnels de guérison (cercle de guérison, *sweat lodge*, etc.) (Godbout, 2002; Sioui et Rock, 2001).

11.2. Les hommes issus d'immigration récente.

Les communautés immigrantes constituent 9,8 % de la population du Québec, soit 706 965 personnes immigrantes arrivées entre 1950 et 2001 (Statistique Canada, 1998). Sur le plan socio-économique, la proportion d'hommes des communautés culturelles issues d'immigration, de 15 ans et plus, à occuper un emploi rémunéré est de 65 % comparativement à 43 % chez les femmes⁴⁴. Les conditions socio-économiques des communautés culturelles dépendent cependant de leur statut, leur catégorie professionnelle, l'origine et le niveau de scolarité (Clarkson et Renaud, 2002).

Au plan des habitudes vie, les personnes des communautés culturelles issues de l'immigration récente sont moins nombreuses que la population québécoise en général à consommer des produits psychotropes. Leurs habitudes alimentaires sont par ailleurs intimement liées à leurs croyances, à leurs expériences et aux conditions socio-économiques. Elles sont influencées par le coût et la disponibilité des produits alimentaires, par l'identité culturelle et les croyances religieuses. Il semble que ce sont les

⁴³ À l'exception de trois nations (Hurons-Wendat, Malécites et Abénaquis), le recensement de 2000 fait par le MAINC (ministère des Affaires indiennes et du Nord Canadien) fait allusion aux Indiens qui habitent des réserves au sens de la Loi fédérale sur les Indiens.

⁴⁴ La proportion des personnes des communautés culturelles qui occupent un emploi rémunéré est significativement moins élevée que l'ensemble de la population, soit 54 % contre 65 %. Ces tendances se répètent également lorsque l'on considère l'âge (15-24 ans = 39 % comparativement à 50 % pour l'ensemble

jeunes et les hommes qui changent plus rapidement leurs habitudes alimentaires une fois arrivés dans le nouveau pays; les femmes seraient plus conservatrices, car elles ont plus d'expérience dans la préparation des mets traditionnels. On estime que la variation du poids corporel chez ces groupes serait liée plutôt au processus de changement des habitudes alimentaires traditionnelles pour celles de la nouvelle culture et que ce sont les personnes en provenance des pays arabophones et de la Chine qui présentent moins d'excès de poids, comparativement aux immigrants d'origines haïtienne et hispanophone (Shatenstein et Nadon, 2002).

Il y a peu de données concernant l'activité physiques chez les populations immigrantes (Taylor et al., 1998)⁴⁵. On affirme toutefois que divers facteurs peuvent influencer sur leur niveau d'activité physique, notamment la valorisation ou non de la pratique en tant que telle dans la culture d'origine et la disponibilité de temps au moment de l'établissement dans un nouvel environnement. Une étude du ministère de la Santé et de Services sociaux montre qu'une personne sur trois (33 %) chez certaines communautés culturelles ont rapporté ne pas avoir pratiqué d'activité physique de loisir (au moins 20 minutes) au cours des trois précédents d'enquête⁴⁶. Cette proportion serait plus élevée chez les immigrants récents d'origine haïtienne (44%). La proportion des personnes des communautés étudiées pratiquant ce type d'activité trois fois par semaine ou plus se situe à 21 % (Clarkson, 2002).

du Québec; 25-44 ans = 64 % c. 79 % ; 45 ans et plus = 46 % c. 49 %) et le sexe (hommes = 65 % c. 71 % ; femmes = 43 % c. 59 %) (Clarkson et Renaud, 2002).

⁴⁵ Une étude étatsunienne estimait cependant à 43 % la proportion de la population des personnes issues des minorités ethniques physiquement inactives durant leurs loisirs, comparativement à 25 % de la population en général (Tylor et al., 1998).

⁴⁶ L'étude a été réalisée auprès des personnes de 15 ans et plus des communautés originaires des pays suivants : Haïti, Magreb, Moyen-Orient, Chine et les pays hispanophones.

Sur le plan de la santé en général, les populations immigrantes ont moins de problèmes de santé de longue durée. Comme dans la population québécoise en général, les jeunes et les hommes perçoivent plus positivement leur état de santé : 14 % des hommes comparativement à 20 % des femmes considèrent leur santé comme moyenne ou mauvaise (Clarkson et Hamel, 2002). Également comme dans la population québécoise en général, la perception de l'état de santé des communautés immigrantes est liée au statut socio-économique et aux habitudes de vie.

Au chapitre de la santé mentale, des résultats d'études du ministère de la Santé et des Services sociaux indiquent que les personnes nouvellement arrivées présentent un bilan favorable, comparativement à celui de la population québécoise en général, en ce qui a trait à certaines dimensions telles que la symptomatologie anxiodépressive et la satisfaction face à la vie sociale. Les personnes immigrantes qui ont vécu des conditions de violence avant leur immigration présenteraient cependant des symptômes anxiodépressifs plus élevés et sont moins satisfaites que les autres face à la vie sociale (MSSS, 2003).

Sur le plan des recours aux services sanitaires et aux services sociaux, des projets ont été mis sur pied au début des années 1990 pour inciter les personnes nouvellement arrivées à les utiliser. En 1992, *La politique de la santé et du bien-être* du Ministère de la Santé et des Services sociaux avait identifié les communautés culturelles d'immigration récente comme des groupes vulnérables aux problèmes d'adaptation (difficulté d'intégration sociale et professionnelle, perturbation de l'environnement, problèmes économiques et autres facteurs de risque) et qu'il fallait agir pour et avec ces personnes afin de trouver des solutions mieux adaptées pour leur venir en aide (MSSS, 1992). En fait, les récentes

orientations et politiques en matière de santé et de services sociaux se préoccupent de plus en plus mais aussi de façon concrète du sort des communautés issues de l'immigration récente. À titre d'exemple, en 2001, le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration énonçait dans son *Plan stratégique* pour 2001-2004, que l'accessibilité aux services est une condition essentielle pour les personnes afin de participer à la société comme citoyens à part entière (MRCI, 2001).

Toutefois, malgré ces nombreuses préoccupations, une étude récente de la Direction de la santé publique / Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Chevalier et Gravel, 2002) portant sur l'utilisation des services par certaines communautés culturelles de Montréal, montre qu'encore seulement 20% des répondants ont consulté un-e professionnel-le de la santé durant les douze mois précédant l'enquête.

11.3 Les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

La prévalence d'hommes homosexuels et bisexuels demeure sujette à controverse selon les paramètres déterminés au départ pour l'analyse des données. Parle-t-on d'auto-identification, de relations affectives, de contacts sexuels avec des personnes du même sexe, de contacts actuels ou passé, réguliers ou passagers? Bref le sujet est complexe et, compte tenu de la stigmatisation toujours présente à cet égard, on considère qu'on retrouve une tendance à une sous-représentation des communautés gaie et bisexuelle (Badley et Tremblay, 1996). Dans leur recherche à Calgary, Bagley et Tremblay (1996) rapportent 5,9% d'hommes s'auto-identifiant comme homosexuels et 6,1% comme bisexuels. Par ailleurs, 14% des hommes interviewés ont rapporté avoir eu au moins un contact sexuel volontaire avec un autre homme entre l'âge de 12 ans et 27 ans.

La discrimination, la marginalisation et l'isolement auxquelles les personnes homosexuelles et bisexuelles doivent faire face les rendent plus vulnérables au plan psychosocial. Ces difficultés sont liées aux réactions négatives, réelles ou appréhendées, en regard de l'homosexualité et de la bisexualité, particulièrement de la part de la famille et des proches, aux harcèlements et aux agressions dont elles sont victimes, au risque plus élevé de propagation du VIH/SIDA (Clermont et Sioui-Durand, 1997). À cette liste, Jalbert (1999) ajoute la faible valorisation de soi, l'abus d'alcool et de drogues, l'itinérance, la prostitution, les fugues, l'abus sexuel, le décrochage scolaire, les désordres alimentaires, l'endeuilement répétitif dû au SIDA, certains types de cancer (anal, colon, poumons), les infections gastro-intestinales, etc. On ne s'étonne pas que certains auteurs notent particulièrement la détresse psychologique liée à la stigmatisation sociale de l'homosexualité et de la bisexualité pouvant conduire à la dépression et au suicide (Dorais, 1998, 2000). Une douzaine d'études en Amérique du Nord rapportent des taux de prévalence des tentatives suicidaires chez les jeunes gays et bisexuels entre 20% et 50% (Clermont et Sioui-Durand, 1997). Par ailleurs, le processus de formation de l'identité s'avère d'autant plus complexe, surtout à l'adolescence alors que le jeune qui se questionne sur son orientation sexuelle, craignant les réactions de son entourage, faisant face à l'homophobie et à l'hétérosexisme, se retrouve isolé, ne pouvant s'appuyer sur ses soutiens traditionnels comme la famille ou l'école, avec peu ou pas de modèles autour de lui.

On considère qu'il s'agit d'une clientèle invisible dans les services de santé et les services sociaux alors qu'on ne parle que très peu de cette réalité. On parle d'un manque d'adaptation des services aux réalités homosexuelles, d'une sous-utilisation des services,

et d'un biais hétérosexiste dans la recherche, dans la formation et la prestation de services des intervenants et intervenantes (Clermont et Sioui-Durand, 1997; Jalbert, 1999). En fait, en dehors des comportements à risque en matière de VIH et MTS, on connaît encore très peu sur ces réalités particulièrement chez les hommes âgés et ceux des minorités ethniques (Jalbert, 1999).

11.4. Les hommes sans domicile fixe.

On estime que 85,6% des personnes sans domicile fixe sont des hommes, soit 5 hommes pour une femme. Ils sont aussi plus jeunes que la population en général : 18-29 ans : 21,1%, 30-44 ans : 44,6%, 45 et plus : 35,3%⁴⁷. Quant à l'origine ethnique, 89% des personnes itinérantes de Montréal et 98% ce celles de Québec sont nées au Canada, 87% sont francophones, 8% anglophones et 6% allophones. Seulement le quart (27%), au moment de l'enquête ou un autre moment dans leur vie, vivait ou avait vécu une union. Au moment de l'enquête, davantage que les femmes, les hommes sans domicile fixe vivaient presque tous sans union (97% c. 89%). Près de 40% ont eu au moins un enfant et pour la moitié de ces personnes, ces enfants ont moins de 18 ans, la garde étant presque toujours confiée à l'autre parent⁴⁸ (ISQ, 2001a).

Environ 41% des personnes itinérantes ont complété leurs études secondaires. La forte majorité tire principalement ses revenus de transferts gouvernementaux (83%), près du tiers (31%) utilisent des « stratégies de débrouille », soit diverses formes de petits travaux « peu reconnus et souvent stigmatisés » (ISQ, 2001a : 56), alors que 6% occupent un emploi à temps plein ou à temps partiel. Par ailleurs, 94% disent avoir occupé un emploi à un moment donné de leur vie (ISQ, 2001a).

⁴⁷ Les femmes sans domicile fixe sont plus jeunes que les hommes (ISQ, 2001a).

⁴⁸ Les proportions sont semblables chez les femmes sans domicile fixe (ISQ, 2001a).

Les principaux besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux.

Nous avons dressé un survol des principales réalités des hommes québécois en matière de santé et de bien-être. Nous identifions dans les lignes qui suivent quelques conclusions importantes qui, à notre point de vue, se dégagent de ce portrait.

D'abord, soulignons que les différences entre divers groupes d'hommes sont souvent plus importantes que les écarts entre les hommes et les femmes de la même catégorie, en particulier en ce qui regarde les regroupements selon le statut socioéconomique.

- ✓ Dans la monographie sur la santé des hommes (Tremblay et al., soumis), l'équipe de recherche identifie certains groupes plus à risque à partir des données de l'ESSQ 1998 :

- Les jeunes hommes sur plusieurs plans : les habitudes alimentaires (particulièrement l'usage de « malbouffe »); l'usage de drogues et l'enivrement; les accidents de la route, au travail et dans la pratique sportive; le suicide.
- Les hommes d'âge moyen (25-44 ans) pour le peu d'exercice physique de loisir et le suicide.
- Les hommes pauvres, sans emploi et peu scolarisés sur le plan de l'insécurité alimentaire, de l'exercice physique, du poids corporel, des pratiques sexuelles à risque et de la perception de l'état de santé mentale.
- Les manœuvres et ouvriers non qualifiés, sur le plan des habitudes alimentaires, des pratiques sexuelles à risque et des accidents au travail.
- Les hommes sans conjointe sur plusieurs plans : les habitudes alimentaires; l'abus d'alcool et de drogues ; les comportements sexuels à risque; les accidents de la route, au travail et de loisir; la détresse psychologique, la perception de l'état de santé mentale et le suicide.

À cette liste, ajoutons :

- Les gays et les bisexuels, surtout les jeunes, sur le plan de la détresse psychologique et du suicide, ainsi que des pratiques sexuelles à risque, particulièrement au début de leur processus de *coming out*.
 - Les hommes issus d'immigration récente au plan du stress d'adaptation et du réajustement des rôles sociaux pouvant également constituer des facteurs de risque sur le plan de la violence conjugale et de la violence familiale.
 - Les hommes autochtones au plan du chômage, du logement, de l'alcoolisme et la toxicomanie, de la violence conjugale et du suicide.
- ✓ Il semble s'opérer « un décalage important chez les hommes entre la santé objective et la santé subjective » (Tremblay et al., soumis). Un modèle explicatif est proposé dans la monographie sur la santé des hommes. Des recherches québécoises et américaines démontrent que la socialisation masculine interfère dangereusement dans le processus de recours aux services de santé et sociaux de telle sorte que les hommes sont moins sensibles aux signes précurseurs, prennent plus de risque inutilement et attendent davantage à la dernière minute pour consulter que ne le font les femmes. L'offre de service semble aussi empreinte de ces présupposés sociaux de telle sorte que les hommes perçoivent les services comme étant mal adaptés à leurs besoins (Dulac, 1997) et qu'ils reçoivent moins d'attention et d'information (Courtenay, 2000). Par ailleurs, les services en place comportent également des barrières à leur utilisation par les hommes (Courtenay,

2001; Dulac, 2001; Nantel et Gascon, 2002). Cela implique donc de travailler sur divers aspects :

- D'une part, un travail sur le plan des mentalités afin de modifier la socialisation masculine qui comporte plusieurs aspects nocifs à la santé et au bien-être (Pleck, 1982) : campagne pour aider à dépister les signes précurseurs, pour valoriser de la demande d'aide, etc.
- Cela implique aussi un travail auprès des ressources en place pour mieux les adapter sur le plan des horaires de travail, mais aussi en matière d'approche plus accueillante pour les hommes.
- Enfin, dans ses recherches, Dulac (1997) insiste sur l'importance des services spécialisés pour les hommes en rappelant que les hommes ont besoin «d'endroits ou de lieux pour s'exprimer dans un environnement confortable émotionnellement, respectueux de leur langage, de leurs réticences, de leur culture».

Ces ressources, pour la plupart issues du milieu communautaire, sont au cœur du développement de nouvelles expertises et elles permettent aux hommes d'avoir accès à un certain nombre de services particuliers [...] Tous les programmes et les services existants doivent être adaptés aux réalités spécifiques des hommes, comme ils doivent l'être aux réalités spécifiques des femmes. [...] Certains notent aussi l'importance de favoriser une plus grande présence d'hommes dans les professions de relation d'aide (David, 2002). Des standards de services adaptés aux réalités masculines demeurent à établir. (Tremblay et al., soumis).

- ✓ Certaines problématiques attirent particulièrement notre attention, notamment le suicide qui constitue l'une des premières causes de mortalité chez les hommes, la séparation conjugale et la perte d'un emploi semblent constituer des périodes charnières qui méritent une attention particulière, les abus (physiques ou

sexuels⁴⁹) perpétrés envers des garçons qui constituent un facteur de risque important de reproduire ces comportements destructeurs par la suite, les difficultés scolaires des garçons dont les impacts psychosociaux sont en hausse avec les exigences de plus en plus grande du marché du travail, enfin la prise de risques inutiles dans le sport, au travail ou dans la vie en général.

En guise de conclusion, il nous semble que, dans une perspective interactionniste, la réponse aux besoins des hommes en matière de santé et de services sociaux au Québec passe par deux chemins complémentaires : d'une part travailler à modifier certaines attitudes et comportements des hommes qui nuisent à leur santé et leur bien-être et d'autre part, modifier l'offre de service.

Enfin, la recherche sur la santé et le bien-être des hommes demeure encore embryonnaire. Les connaissances en cette matière nécessitent d'être approfondies si nous voulons développer des stratégies d'intervention qui soient efficaces.

Le portrait actuel nous montre que les hommes représentent une clientèle à risque sur plusieurs plans en matière de santé et de bien-être. Certains groupes d'hommes (les jeunes, les plus économiquement défavorisés, les hommes seuls, séparés ou divorcés, les autochtones, etc.) méritent une attention plus particulière. La situation est suffisamment alarmante, il est urgent d'agir!

Références

- Adrien, A., Leane, V. et Auger, D. (2000). Comportements sexuels et utilisation du condom. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Affaires indiennes et du Nord Canada (2003). Site internet http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/sts/awp6_f.html
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, (4ème édition). Washington (DC) : APA.

⁴⁹ Rappelons qu'il n'existe que très peu de services pour les garçons abusés et pour les hommes abusés sexuellement dans l'enfance.

Angst, J., A., Gamma, M., Gastpar, J.-P., Lépine, J., Mendlewicz et A.Tylee (2002), Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and DEPRES II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 : 201-209.

Antil, T. (soumis pour publication). Recours aux soins et services de santé. Dans Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. et Lapointe-Goupil, R. *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*, Québec : MSSS.

Antil, T., Bergeron, M.-È. et Cloutier, R. (soumis pour publication). État de santé et de bien-être des hommes québécois. Dans Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. et Lapointe-Goupil, R. *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*, Québec : MSSS.

Arber, S. et Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science & Medicine*, 48: 61-76.

Arseneault, F., Ladouceur, R. et Vitaro, F. (2001). Consommation de psychotropes et jeux de hasard : prévalence, coexistence et conséquences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, (42) 173-184.

Aubé, R. (2000). *La réussite scolaire des garçons au collégial. Rapport de recherche*, Cégep Beauce-Appalaches.

Bagley, C. et Tremblay, P. (1996). On the Prevalence of Homosexuality and Bisexuality in a Random Community of 750 Men Aged 18 to 27. *The Journal of Homosexuality*, 36 (2) 1-18.

Bélanger, J. et L'Heureux, P. (1993). *Nécessité dans l'intervention de reconsidérer les prémisses de départ quant à la nature des hommes*. Texte ronéotypé. Montréal : Cœur Atout, Papier présenté au *Forum sur la santé gaie*, octobre 1994.

Bellerose, C., Cadieux, E. et Noël, Y. (2002). Interaction parent-enfant. Dans ISQ, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Bernier, S. et Brochu, D. (2000). Usage du tabac. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.

Biron, C. (1998). *Orientations et stratégie en promotion de la santé et en prévention en matière de substances psychotropes (document de consultation)*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

Blanchet, F. (1990). L'établissement d'un diagnostic différentiel des dysfonctions érectiles par l'utilisation de la symptomatologie sexuelle. *Bulletin de l'Association des sexologues du Québec*, 11 (3).

Bord, H. (1987), *The Making of Masculinities: The New Men's Studies*, London: Alen and Unwin Publication.

Bouchard, P., Coulombe, L. et St-Amant, J.-C. (1994). *Abandon scolaire et socialisation selon le sexe: Élaboration d'un cadre théorique et recension des écrits*, CRIRES, Université Laval.

Bouchard, P., St-Amant, J.-C. et Gagnon, C. (2000). Pratiques de masculinité à l'école québécoise, *Revue canadienne de l'éducation*, 25 (2) 73-87.

Bowd, A. D., et Loos, C. H. (1998). Idéologie masculine, différences entre les sexes et risques d'infection à VIH chez les jeunes femmes. *Le Travailleur Social*, 66 (3) 6-14.

Boyer, R., St-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R. et Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.

Breton, J.-J., Légaré, G., Laverdure, J. et D'Amours, Y. (2002). Santé mentale. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec : ISQ.

Brooks, G.R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bucholz, K.K., Hesselbrock, V.M., Heath, A.C., Kramer, J.R. et Schuckit, M.A. (2000). A latent class analysis of antisocial personality disorder symptom data from a multi-centre family study of alcoholism. *Addiction*, 95 (4) 553-567.

Cairney, J. (1998). Gender differences in the prevalence of depression among Canadian adolescents. *Canadian Journal Of Public Health*, 89 (3) 181-182.

Cairns, R.B. et Kroll, A.B. (1994). Developmental perspectives on gender differences and similarities. In Rutter, M. et Hay, D.F. (Éd.). *Development through life- A handbook for clinicians*, pp 350-372. Oxford : Blackwell Scientific Publications.

Canadien Heart Health Suveys Research Group [CHHSRG] (1997). Obesity: A risk factor for cardiovascular disease. The Canadia Heart Health Surveys. *Canadian Médical Association Journal*, 157 (suppl. 1).

- Castle, D. J., et Phillips, K. A. (2001). Body dysmorphic disorder in men. *SPSMM Bulletin*, 6 (4) 8-9.
- Charbonneau, L. (2000). Pour prévenir le suicide... Agissons! Dans Association québécoise de suicidologie. *Prévenir le suicide au masculin, document de réflexion pour la Semaine provinciale de prévention du suicide 2001*. Montréal : AQS, pp 7-8.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35 (2) 269-88.
- Chayer, L., Larkin, J.-G., Morissette, O., et Brochu, S. (1997). *Prévenir les toxicomanies : de la nature du problème aux politiques à considérer*. Montréal : Université de Montréal et Ministère de la santé et des services sociaux.
- Chevalier, S. et Gravel, S. (2002). *Utilisation des services de santé et des services sociaux*. Québec: MSSS - Direction de la santé publique et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Chevalier, S. et Allard, D. (2001). *Jeu pathologique et joueurs problématiques – Le Jeu à Montréal*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre - Direction de la santé publique.
- Clain, O. (2001). Les suicides des jeunes hommes au Québec, un cas de fatalisme? Dans Assoum, P.-L. et Zafiroopoulos, M. (Éd.) : *Les solutions sociales de l'inconscient*. Paris : Anthropos (Psychanalyse et pratiques sociales), pp.181-201.
- Clarkson, M. (2002). *Activité Physique*. Québec: MSSS - Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.
- Clarkson, M. et Hamel, D. (2002). *Perception de la santé*. Québec: MSSS - Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation et Institut nationale de la santé publique du Québec.
- Clarkson, M et Renaud, J. (2002). *Conditions socioéconomiques et milieu de travail*. MSSS - Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation et Université de Montréal - Département de sociologie et Centre d'études ethniques des universités montréalaises.
- Clermont, M. et Sioui-Durand, G. (1997). *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. Orientations ministérielles*. Québec : MSSS.
- Cohen, D., et Collin, J. (1997). *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*. Montréal : Université de Montréal et MSSS.
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie (1998). *Avis sur la double problématique toxicomanie et jeu pathologique chez les jeunes*. Québec : MSSS.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. Montréal: CSMQ.
- Courtenay, W. H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men : Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9 (1) 81-142.
- Courtenay, W.H., McCreary, D.R. et Merighi, J..R.(2002). Gender and Ethnic Differences in Health Beliefs and Behaviors. *Journal of Health Psychology*, 7 (3) 219-231.
- David, G. (2002). Les hommes face à la consultation psychosociale et/ou psychothérapique. *Intervention*, (116) 167-174.
- Denton, M., et Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health : an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, (48) 1221-1235.
- Desmarais, D. (2001). Avoir 20 ans et vivre et vivre de la détresse psychologique: un paradoxe contemporain. *Carriérologie*, 8 (1) 14-20.
- Direction des Affaires Policière et de la Prévention de la criminalité (DAPPC) (2001), *Statistiques sur la criminalité au Québec*. Québec : Ministère de la Sécurité publique- Direction générale des affaires policières, de la prévention et des services de sécurité (Direction des communications).
- Dorais, M. (1997). Ça arrive aussi aux garçons. L'abus sexuel au masculin. Montréal : vlb.
- Dorais, M. (1998). Les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels: parmi les plus à risque de suicide. *Vis-à-Vie*, 8(2).
- Dorais, Michel (2000). MORT OU FIF: Contextes et mobiles de tentatives de suicide chez des adolescents et jeunes hommes homosexuels ou identifiés comme tels. Québec: Université Laval.
- Drapeau, S., Deschesnes, M., Lavallée, C. et Lepage, L. (2002). Soutien social. Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.
- Duchesne, L. (2002). La Mortalité. Dans Institut de la statistique du Québec, *La Situation démographique au Québec : Bilan 2001*. Québec : ISQ.

- Duchesne, L. (2001). La Situation démographique. Institut de la statistique du Québec, *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Dubeau, D. (2002). *État de la recherche portant sur les pères au Canada*. Hull : UQO. Recherche pour le compte du Réseau ontarien de l'initiative pour l'engagement paternel.
- Dulac, G. (1996). Les moments du processus de déliaison père-enfant chez les hommes en rupture d'union. Dans Conseil québécois de recherche sur la famille. *Comprendre la famille : Actes du troisième symposium de recherche sur la famille*. Québec, Presses de l'Université du Québec, pp.45-63.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Dulac, G. & Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal : vlb.
- Dutton, D. G. (1996). *De la violence dans le couple*. Paris : Bayard.
- Fabrega, H. Jr, Mezzich, J., Ulrich, R. et Benjamin, L. (1990). Females and males in an intake psychiatric setting. *Psychiatry*, 53 (1) 1-16.
- Faulkner, R., et Duguay, L. (2002). *La Prévention du jeu pathologique : document de référence*. Québec : MSSS.
- Fédération des cégeps (1999). *La réussite et la diplomation au collégial, des chiffres et des engagements*. Montréal : FCQ.
- Feinman, J.A. et Dunner, D.L. (1996). The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37 (1) 43-49.
- Fonséca, F. (2003). *De homine et toxico. Essai sur les théories contemporaines de la toxicomanie et les politiques à son endroit*. Université Laval (thèse de doctorat à soutenir).
- Fortin, J. M., Ladouceur, R., Pelletier, A. et Ferland, F. (2001). Les Jeux de hasard et d'argent chez les adolescents en difficulté. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, (20) 135-151.
- Foster, T., Gillespie, K. et McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, (170) 447-452.
- Fournier, M.-A. et Piché, J. (2000). Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.
- Godbout, M. (2002). *Les réalités autochtones*. Conférence prononcée dans le cadre du cours *Fondements sociopolitiques du service social*. École de service social, Université Laval.
- Goubert, A.-C. (2000). *Baromètre de santé. Premiers résultats 2000*. Vanve (France): Rapport du Comité français d'éducation pour la santé.
- Harris, M.B. et Knight-Bohnhoff, K. (1996a). Gender and aggression I : Perceptions of aggression. *Sex roles*, 35 (1/2) 1-25.
- Harris, M.B. et Knight-Bohnhoff, K. (1996b). Gender and aggression II : Personal aggressiveness. *Sex roles*, 35 (1/2) 27-42.
- Hébert, P. T. (2001). "If I had a new notebook, I know things would change": Bright underachieving young men in urban classrooms. *Gifted child quarterly*, 45 (3) 174-194.
- Huselid, R. F. et Cooper, M. L. (1992). Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 33 (4).
- Institut de la statistique du Québec (1997a). *Portrait socio-démographique du Québec*, Québec : Direction de la Statistique du Québec - ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (1997b). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*. Québec : Direction de la Statistique du Québec - ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2001a). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*. Montréal : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2001b). *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2001c). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Québec: ISQ
- Institut de la statistique du Québec (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.

- Institut de la statistique du Québec (2003a). *Recensement du Canada. Compilation et traitement*. Montréal : Direction de l'édition et des communications – ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2003a). *La violence conjugale envers les hommes et les femmes, au Québec et au Canada 1998*. Québec : ISQ.
- Jablensky, A. et Cole, S.W. (1997). Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding ? Results from a cross-cultural investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 170 (2) 234-240.
- Jalbert, Y. (1999). *La santé gaie : Connaissances actuelles et actions futures. Recension des écrits*. Montréal : Coalition des organismes québécois de lutte contre le sida.
- Janosz, M. & LeBlanc, M. (1996). Pour une vision intégrative des facteurs reliés à l'abandon scolaire, *Revue canadienne de psycho-éducation*, 25 (1) 61-68.
- Julien, M., Julien, D. et Lafontaine, P. (2000). Environnement de soutien. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.
- Kowaleski-Jones, L., et Mott, F. L. (1998). Sex, contraception and childbearing among high-risk youth : do different factors influence males and females? *Family Planning Perspectives*, 30, (4) 163-169.
- Kets-de-Vries, M.F.R. (1989). Alexithymia in organizational life: The organization man revisited. *Human Relations*, 42 (12) 1079-1093.
- Kiecolt-Glaser, J. K. et Newton, T.L. (2001). Marriage and health : his and hers. *Psychological Bulletin*, 127 (4) 472-503.
- Ku, L., Sonenstein, F. L., et Pleck, J. H. (1993). Factors influencing 1st intercourse for teenage men. *Public Health Reports*, 108 (6) 680-694.
- Kuzminski, F., et Demers, A. (1998). *Évolution (1978-1994) et déterminants de la consommation d'alcool et de drogues au Québec (analyses secondaires de données d'enquêtes nationales)*. Montréal : Université de Montréal et MSSS.
- Ladouceur, R., N. Boudreault, F. Vitaro et C. Jacques (1999), «Pathological gambling and related problems among adolescents», Dans *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 8, 55-68.
- La Forest, G. et Nicholas, G. (1999). *Rapport du groupe de travail sur les questions autochtones*.
- Laroche, D. (2001). Tendances des crimes contre la personne. Dans Institut de la statistique du Québec. *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*, Québec : ISQ.
- Larose, S. et Roy, R. (1992). *Modélisation de l'intégration aux études collégiales et facteurs de réussite scolaire chez les nouveaux arrivants à risque*, Rapport de recherche, Québec : Cégep de Ste-Foy.
- Ledoux, M., et Rivard, M. (2000). Poids corporel. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition* (chapitre 8). Québec : ISQ.
- Lee, G. R., DeMaris, A., Bavin, S. et Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B (1) S56-S61.
- Légaré, G., Préville, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurent, D. et Boyer, R. (2000). Santé Mentale. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Lengua, L. J., et Stormshak, E.A. (2000). Gender, gender roles, and personality: gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43 (11-12) 787-820.
- Lesage, A.D. (2000). D'autres pistes d'intervention pour prévenir le suicide chez les hommes au Québec. Dans Association québécoise de suicidologie, *Prévenir le suicide au masculin*, (pp. 107-114). Montréal : AQS.
- Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. et Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7) 1063-1068.
- Lespérance, A. (2001) Le Cheminement scolaire selon le sexe. Dans Institut de la statistique du Québec. *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*, Québec : ISQ.
- Lespérance, A., Nobert, Y., Foucault, D. et Ristic, B. (2001). Scolarisation et diplomation. Dans Institut de la statistique du Québec. *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Létourneau, E., André, D., Bernier, M., Marchand, P. et Trudel, A.-M. (2000). Familles et santé. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Levasseur, M. (2000). Perception de l'état de santé. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Levasseur, M. (2002). État de santé physique et recours aux médicaments. Dans : Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec : ISQ.

- Loffler, W. et Hafner, H. (1999). Ecological pattern of first admitted schizophrenics in two German cities over 25 years. *Social Science and Medicine*, 49 (1) 93-108.
- Loiselle, J. (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000 - Volume I*. Québec : ISQ.
- Lorber, J. (1997). *Gender and the social construction of illness*. Thousand Oaks (CA) : SAGE.
- Luntz, B.K. et Widom, C.S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 151 (5) 670-680.
- Lynch, J.L. et Kilmartin, C. (1999). *The Pain Behind the Mask: Overcoming Masculine Depression*. New York: Haworth Press.
- Macintyre, S., Ford, G. et Hunt, K. (1999). Do Women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*, (48) 89-98.
- Martino, W. (2000). Mucking around in class, giving crap, and acting cool: Adolescent boys enacting masculinities at school. *Canadian journal of education*, 25 (2) 102-112.
- Mathews, F. (1995). *Le garçon invisible : Nouveau regard sur la victimologie au masculine: enfants et adolescents*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille - Gouvernement du Canada.
- Matthews, S., Manor, O. et Power, C. (1999). Social inequalities in health: are there gender differences? *Social Science and Medicine*, (48) 49-60.
- Mayhew, D. R., Brown, S.W. et Simpson, H.M. (2002). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 1999*. Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada et Transports Canada.
- McCreary, D. (2001). Men's Drive for Muscularity. *SPSMM Bulletin*, 6 (4) 7-8.
- McCreary, D. R., Dorsch, K. D., et Rennebohm, J.A. (2001). Exploring body image perceptions in adolescents boys and girls. Affiche présentée au Congrès de l'American Psychological Association, San Francisco.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2002). *Bulletin statistique de l'éducation*. Québec: Direction des statistiques et des études quantitatives - MÉQ.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale du Québec*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Priorités nationales de santé et du bien-être*. Québec: MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec: MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SADA). Cas cumulatifs 1979-2002*. Québec : Direction générale de santé publique – MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Santé et bien-être d'immigrants récents au Québec: une adaptation réciproque? *Coup d'œil Sur la recherche évaluative*, (8) 1-4.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Trouble de déficit de l'attention #hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : Connaissances et intervention*. Québec : MSSS.
- Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (2001). *Plan stratégique 2001-2004*. Québec: MRCI.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, (71) 1-9.
- Myers, L.B. et al. (1996). Illusions of well-being and the repressive coping style. *British Journal of Social Psychology*, (35) 443-457.
- Nantel, Y. et Gascon, É. (2002). Les difficultés masculines et l'intervention sociale : une question de lien ? *Intervention*, (116) 103-111.
- National Cancer Institute (2000). *Population based smoking cessation: proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population*, Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services.
- Nuckolls, C.W. (1997). Allocating value to gender in official American psychiatry, part II: Psychiatric training and practice. *Anthropology and Medicine*, 4, 3, 245-271.
- Olivardia, R. (2001). Male body image and the adonis complex. *SPSMM Bulletin*, 6 (4) 6-7.

- Organisation Mondiale de la Santé (1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Genève: Rapport de consultation sur l'obésité.
- Ouellet, M. et Lamarre, J. (1999). *Pour une meilleure réussite scolaire des garçons et des filles*, Avis au Ministre de l'Éducation, Québec.
- Papillon, M.-J., Laurier, C., Barnard, L. et Baril, J. (2000). Consommation de médicaments. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Perron, L., Moore, L., Bairati, I., Bernard, P.M., Meyer, F. (2002). PSA screening and prostate cancer mortality decline. *Canadian Medical Association Journal*.
- Pope, H.G., et Kanayama, G. (2001). Anabolic-androgenic steroids. *SPSMM Bulletin*, 6 (4) 9-11.
- Real, T. (1998). *I Don't Want to Talk About It : Overcoming the Secret Legacy of Male Depression*. New York, NY: Scribner.
- Reeder, B.A. (1996). The Public health implications of obesity in Canada. Dans Anderson, A. et al. (éd), *Progress in Obesity Research*. London: John Libbey, pp.581-585.
- Rivière, B., Sauvé, L. et Jacques, J. (1997). *Les cégépiens et leur conception de la réussite, tome 1, Rapport de recherche*, Montréal, Collège de Rosemont.
- Robitaille, Y., Bourbeau, R., Goulet, C. et Pless, I.B. (2002). Blessures, exposition au risque et mesures de protection. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.
- Roder, W., Ute, U., Oliver, J.P. et Priebe, S. (1997). Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43 (2) 129-143.
- Rosenberg, H. (1993). Race and patient diagnosis: Divergence between clinical assessments of state mental patients. Communication présentée au congrès de l'American Sociological Association.
- Russo, N.F., Amaro, H. et Winter, M. (1987). The use of inpatient mental health services by Hispanic women. *Psychology of Women Quarterly*, 11 (4) 427-441.
- Sachs-Ericsson, N., et Ciarlo, J.-A. (2000). Gender, social roles, and mental health : an epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43 (9-10) 605-628.
- Saint-Laurent, D. et Légaré, G. (2002). *Description des suicides et des comportements suicidaires au Québec*. INSPD. Présentation au colloque Créer l'humanité.
- Salokangas, R.K.R. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96 (6) 459-468.
- Santé et Bien-être social Canada (1988). *Le poids et la santé* (Document de travail), Ottawa : Direction générale des services et de la promotion de la santé - SBESC.
- Saucier, A. et P. Lafontaine (2001), Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Québec : ISQ.
- Shatenstein, B. et Nadon, S. (2002). *Alimentation et poids corporel*. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Sioui, B. et Rock, R. (2001). *Réalités autochtones*. Conférence dans le cadre du cours *Fondements sociopolitiques du service social*. École de service social. Université Laval.
- Statistique Canada (2003). *Profil de la santé mentale et du bien-être de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, 2002*. Site internet http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/tables_f.htm.
- Taylor, W.C. et al. (1998). Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Prevention Medicine*, 15 (4) 334-343.
- Timms, D. (1998). Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Social Science and Medicine*, 46 (9) 1235-1247.
- Tondo, L. et Baldessarini, R.J. (1998). Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155 (10) 1434-1436.
- Trahan, L., Bégin, P. et Piché, J. (2000). Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers, Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Tremblay, G. (1989). *L'intervention sociale auprès des hommes - Quelques pistes en vue de préciser un modèle d'intervention*. Essai de maîtrise. Département de service social, Université de Sherbrooke.
- Tremblay, G. (1996). *L'intervention sociale auprès des hommes – Vers un modèle s'adressant à des hommes plus traditionnels*. *Service Social*, 45(2) 21-30.

- Tremblay, Gilles. (1999). *Perspectives longitudinales concernant la relation père, la formation de l'identité et les comportements perturbateurs chez les garçons montréalais de milieux défavorisés*, Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Tremblay, G. (2000). La détresse des hommes : Comprendre et mieux intervenir. Dans Association québécoise de suicidologie. *Prévenir le suicide au masculin*, document de réflexion pour la Semaine provinciale de prévention du suicide 2001, pp. 77-85.
- Tremblay, G. et Lapointe-Goupil, R. (soumis pour publication). Habitudes de vie et comportements reliés à la santé. Dans Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. et Lapointe-Goupil, R. *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*, Québec : MSSS.
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. et Lapointe-Goupil, R. (soumis pour publication). *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*, Québec : MSSS.
- Tremblay, G. et L'Heureux, F. (2002). *L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergent d'intervention clinique*. *Intervention*, (116) 13-25.
- Tremblay, G. et Thibault, Y. (2002). *Hommes et santé mentale : Des pistes d'intervention*. Papier présenté au Congrès de l'ACFAS, Québec.
- Tremblay, R.E., Boulerice, B., Harden, P.W., McDuff, P., Pérusse, D., Pihl, R.O. et Zoccolillo, M. (1996). Do children in Canada become more aggressive as they approach adolescence? In Human Resources Development & Statistics Canada (Éd.). *Growing up in Canada : National longitudinal survey of children and youth/ Grandir au Canada - Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, (pp. 127-137). Ottawa: Statistique Canada.
- Tremblay, S. (soumis pour publication). *Comprendre, reconnaître et soutenir l'engagement des pères dans la famille et auprès des enfants. Document de travail produit dans le cadre des travaux du comité ministériel sur la place des hommes dans la famille*. Québec : MFE.
- Tremblay, S. (2002). *Condition des pères et place des hommes dans la famille*. Document de travail. Québec : MFE.
- Turcotte, G., Dubeau, D., Bolté, C. et Paquette, D. (2001). Pourquoi certains pères sont-ils plus engagés que d'autres auprès de leurs enfants? Une revue des déterminants de l'engagement paternel. Institut de recherche pour le développement social des jeunes, *Revue canadienne de psycho-éducation*, 30 (1) 65-91.
- Turmel, B. et L. Meunier (2000). Portrait de l'épidémie de VIH/Sida au Québec, décembre 2002 : surveillance des maladies infectieuses. Québec : MSSS.
- Turmel, S. (2001). *Bureau du coroner : rapport annuel 2000*. Québec : Ministère de la Sécurité Publique.
- Vanderberg, S. A. et al. (1995). Early substance use and its impact on adult offender alcohol and drugs problems *Form on Correction Research*, 7.
- Vitaro, F., Ladouceur, R. et Tremblay, R.E. (2001). Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies*, (17) 171-190.
- Walinder, J. (2001). Male depression and suicide. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16 (S2) 21-24.
- Walkup, J. et Gallagher, S.K. (1999). Schizophrenia and the life course: National findings on gender differences in disability and service use. *International Journal of Aging and Human Development*, 49 (2) 79-105.
- Wechsberg, W. M., Craddock, S. G., et Hubbard, R. L. (1998). How are women who enter substance abuse treatment different than men?: A gender comparison from the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Drugs & Society*, 13 (1-2).
- Weinstein, N.D. et Klein, W.M. (1996). Unrealistic Optimism: Present and Future. *Special Issue of Social and Clinical Psychology*, (15) 1-8.
- West, W.G. (1993). Boys, recreation and violence: The informal education of some young Canadian males. Dans Haddad, T. (Éd.). *Men & Masculinities: A critical anthology*, (pp. 277-310). Toronto : Canadian Scholars' Press.
- Wilkins, R. (2000). Incapacité et limitations d'activité. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.

INVENTAIRE DES RESSOURCES ET SERVICES DISPONIBLES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'AIDE AUX SOMMES

GERMAIN DULAC
Centre d'études appliquées sur la famille
3506, rue Université bureau 106
Montréal (Québec) H3A 2A7
(514) 398-1025
germain.dulac@mcgill.ca



INVENTAIRES DES RESSOURCES ET SERVICES DISPONIBLES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'AIDE AUX HOMMES

Ce rapport est publié par :
Centre d'études appliquées sur la famille
3506, rue Université b. 106
Montréal, (Qc)
H3A 2A7
téléphone : (514) 398- 1025
télécopie : (514) 398- 5287

Mots clés

1. Hommes
2. Santé, service de
3. Hommes, santé et hygiène
4. Bottin de ressource

© Germain Dulac

ISBN : 0-7717-0619-7



Centre d'études appliquées sur la famille, 2004

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2004



TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	3
Remerciements.....	4
I. Le contexte	
1. La demande et l'offre d'aide	5
2. Les facteurs liés aux caractéristiques individuelles et plus particulièrement le sexe	6
3. L'aide offerte et l'attrait social des services	6
II. Le projet	
1. Les objectifs du comité	7
2. Les objectifs spécifiques de l'inventaire	7
3. La méthodologie	8
III. Les résultats de l'inventaire	
1. Le nombre de ressources et la répartition selon les régions.....	9
2. L'ancienneté des ressources	9
3. Le mandat des ressources	9
4. L'expertise des ressources	10
5. Le nombre d'employé et leur statut	10
6. Le nombre de client pour les années 2000, 2001, 2002	11
7. Les modes de recrutement de la clientèle.....	11
8. Les manifestations durant les années 2000, 2001, 2002	11
9. Les sources de financement pour les années 2000, 2001, 2002	12
10. Les revenus pour les années 2000, 2001, 2002	13
11. Le taux d'autofinancement pour les années 2000, 2001, 2002	13
12. Les revenus affectés au fonctionnement pour les années 2000, 2001, 2002.....	14
13. Les partenaires financiers	14
14. Les réseaux d'appartenance	14
15. Le rayonnement des ressources	14
16. Les forces des ressources.....	14
17. Les difficultés des ressources	15
18. Les adhérents pour les années 2000, 2001, 2002	15
IV. Conclusion	16
Bibliographie	17
Annexes méthodologiques 1,2,3,4,	18
Annexes : tableaux 1 à 45	40
Annexe : liste et fiches individuelles des ressources	63



Remerciements

En mai 2003, Le *Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes* du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec m'a donné le mandat de réaliser un premier portrait des services et ressources communautaires et plus spécifiquement des organismes qui s'adressent exclusivement ou prioritairement aux clientèles masculines, ayant une approche spécifique de genre et qui ne sont pas assimilés aux ressources courantes du réseau des services sociaux.

Je désire remercier la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, les membres du comité et plus particulièrement Guy ainsi que Monsieur Christian Lapierre MSSS/SSSS qui m'ont grandement facilité la tâche.

Germain Dulac



I. Le contexte

Certaines données sociosanitaires indiquent que, par rapport aux femmes, les hommes utilisent deux fois moins les services de santé (Bellerose et al. 1994). De plus, nous savons que les hommes ne demandent pas d'aide lorsqu'ils sont confrontés à une difficulté ou le font tardivement (Dulac, 1997 et 1998). Notre étude la plus récente montre que si les hommes sont généralement réfractaires à l'idée de consulter, que ce sont les femmes et les proches qui veulent et demandent de l'aide pour leur conjoint et, lorsque les hommes demandent de l'aide, leur persistance dans le programme d'aide offert est relativement faible. À ce chapitre, le taux élevé de suicides parmi la population masculine pose de sérieuses questions sur les stratégies à mettre en place pour intervenir efficacement auprès des hommes à risque. (Dulac et Laliberté, 2002).

Par ailleurs, il semblerait que les services sont souvent mal outillés pour répondre aux besoins des hommes, particulièrement lorsque ceux-ci se présentent tardivement et souvent en crise aux points de service (Dulac, 2001). Mes constats rejoignent ceux de nombreux chercheurs et intervenants québécois spécialisés dans l'intervention auprès des hommes (Bérubé, 1997 ; Tremblay, 1996 ; Broué et Guévremont, 1994).

1. La demande et l'offre d'aide

Nous savons que le comportement de recherche d'aide est complexe et dépend d'un ensemble de facteurs personnels et sociaux. En effet, la recherche d'aide est modelée à la fois par le milieu social, par les antécédents sociaux et personnels, et par les ressources d'aide disponibles. Les études sur la recherche d'aide démontrent que la sollicitation de l'aide auprès des professionnels survient habituellement après des démarches auprès d'amis, de membres de la famille et de ressources de la communauté ((Dulac et Laliberté, 2002 ; Wills, 1992). Ces sources d'aide informelle sont généralement identifiées comme constituantes du réseau de soutien social d'une personne. Selon Thoits (1995), le soutien social correspond à l'ensemble des fonctions aidantes réalisées par les

personnes significatives de l'entourage d'une personne en difficulté. Mais la qualité du soutien social dont bénéficie une personne est difficile à

évaluer puisque ce soutien est le résultat de transactions complexes entre la personne et son environnement. En fait, l'évaluation du soutien social apporté à une personne s'effectue par l'appréciation de trois composantes : les ressources de soutien, les comportements d'appui et l'appréciation subjective du soutien (Hobfoll et Vaux, 1993 ; Sarason, Sarason et Pierce, 1990 ; Vaux, 1988). La demande d'aide auprès d'une ressource formelle survient le plus souvent lorsque le soutien provenant du réseau naturel est insuffisant ou inadéquat. Le réseau naturel influence donc le processus de demande d'aide de différentes façons, notamment il peut : a) servir de tampon et faire diminuer le stress, par conséquent le besoin d'aide ; b) procurer le soutien instrumental et affectif requis et, par le fait même, éliminer le besoin d'aide ; c) agir comme agent de référence auprès des services professionnels ; d) transmettre des attitudes, des valeurs et des normes relatives au fait de demander de l'aide. Le réseau social naturel exerce ainsi une fonction de filtrage et de référence qui influence la recherche d'aide auprès des ressources formelles. Toutefois, le réseau naturel n'est pas nécessairement en mesure de répondre adéquatement à tous les problèmes, et c'est alors que la personne en difficulté se tourne vers le réseau formel d'aide.

Globalement, il est possible de dégager deux grandes perspectives en regard des études portant sur la démarche de demande d'aide. La première perspective aborde l'étude des facteurs en se centrant sur les caractéristiques individuelles, les variables de l'environnement d'un individu et l'explication des comportements est basée sur le déterminisme individuel. La seconde perspective s'intéresse aux interactions qui ont cours entre la personne qui demande de l'aide et l'organisme d'aide. Dans un tel cas, il y a un acteur agissant intentionnellement dans la poursuite de certains objectifs, c'est-à-dire selon un rationnel qui lui est propre et qui renvoie à sa culture (dans notre cas à la culture masculine), et un ensemble d'organismes qui lui proposent des solutions (propres à la culture



de l'organisme). Toutefois, la disponibilité de services adéquats demeure déterminante en dernière instance (Dulac, 2001).

2. Les facteurs liés aux caractéristiques individuelles et plus particulièrement le sexe

Les caractéristiques comme le genre, la classe sociale et l'appartenance culturelle sont associées à la fréquence d'utilisation des services d'aide. L'enquête Santé Québec montre que les hommes utilisent deux fois moins les services sociosanitaires que les femmes alors qu'ils sont autant affectés par la maladie (Bellerose et al., 1994).

En effet, comme il est socialement plus acceptable pour une femme que pour un homme de demander de l'aide et que les femmes ont le sentiment d'une accessibilité aux services, elles ont plus de facilité à percevoir leur symptôme et à l'étiqueter comme un problème nécessitant de l'aide ; elles sont ainsi plus nombreuses à recourir aux services d'aide. Selon Fischer et al. (1983), si les femmes consultent plus souvent, c'est qu'elles ont une attitude plus favorable face au fait de demander de l'aide. Elles ont aussi des sentiments plus positifs face au soutien social et sont plus portées à se tourner vers l'aide professionnelle lorsque leur réseau informel n'est plus efficace (Veroff, 1981). Johnson (1988) souligne que les femmes sont plus tolérantes au stigmate qu'une demande d'aide peut entraîner et plus aptes à reconnaître leur besoin d'aide. Pour nous, (Dulac, 2001) cette différence s'explique largement par la socialisation : des qualités comme la compétence, l'autosuffisance, l'indépendance sont autant de traits considérés masculins, mais avoir besoin d'aide est assez facilement associé à une caractéristique féminine. Par ailleurs, demander de l'aide suppose une forme de dépendance à l'égard d'un aidant, ce qui est contradictoire à la valorisation de l'autonomie cultivée chez les garçons. Le fait que les hommes ont tendance à moins dévoiler leur intimité constitue aussi un facteur non négligeable (Dulac, 2003).

De plus, Trinkoff et Anthony (1990) soulignent que si les femmes utilisent plus les services d'aide que les hommes, c'est que contrairement à ceux-ci elles ont une stratégie préventive et consultent pour des symptômes dont le degré de développement est moins sévère. En revanche, les hommes consultent plus tardivement et ce, pour des problèmes aggravés, ce qui entraîne une démarche plus stigmatisante et des coûts de traitement plus élevés. Les hommes sont moins enclins que les femmes à faire confiance à l'aide psychosociale, mais cette tendance est cependant moins marquée chez ceux qui ont une vision moins stéréotypée des rôles masculins (Whitaker, 1987) ; ils ont aussi des exigences précises sur la façon de résoudre leurs problèmes (Lang, Wagner et Tata, 1995). L'estime de soi semble jouer un rôle important. Nadler (1983) relève que le souci d'éviter d'être confronté à une dissonance entre leurs hauts standards internes et l'inadéquation associée au fait de demander de l'aide peut être un frein chez les hommes.

3. L'aide offerte et l'attrait social des services

Si la demande d'aide est déterminée par le genre et plus particulièrement par la socialisation des hommes, il faut néanmoins envisager le fait que la manière d'offrir les services d'aide à la clientèle masculine, est déterminante dans l'accès et l'utilisation des services.

À ce chapitre, on s'interroge maintenant sur le fait 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, car historiquement la division sexuelle des tâches a assigné aux femmes les rôles de « *caring* », 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. Les interactions entre les deux parties modulent les stratégies des acteurs : elles déterminent les



démarches de demande d'aide (ou de refus d'aide) et les trajectoires de recherche d'aide (Dulac et Laliberté 2002). En effet, la décision de demander de l'aide découle de l'évaluation que fait une personne de sa réalité et de l'aide qu'elle peut recevoir et cela en regard des coûts et bénéfices qu'elle anticipe. Sur ce plan, plusieurs facteurs peuvent interagir : ses expériences antérieures, les informations normatives, le jugement des autres. Ainsi, l'attitude des personnes offrant des services influence la perception d'un problème et les solutions à y apporter.

Cette hypothèse trouve ses fondements dans l'expertise des intervenants auprès d'hommes de crise. Elle soulève l'importante question de l'adéquation de notre système de provision de services non seulement aux besoins mais aussi à la culture de la clientèle masculine. Comme nous l'avons constaté antérieurement (Dulac, 1998a) à propos de l'implantation de services spécialisés pour les pères, les facteurs socioculturels semblent importants dans la mise sur pied de tels services. Selon Broué et Guévremont (1994), une dynamique particulière existerait au sein des institutions du réseau du ministère de la Santé au Québec : les intervenants procèdent généralement à une évacuation des clients masculins en détresse ; ils s'assurent ainsi d'entendre le moins possible le désarroi et la souffrance des clientèles masculines parce qu'elle est déstabilisante et parce qu'on n'est pas habilité à y faire face ce qui rend l'intervention beaucoup plus difficile. La clientèle masculine est dérangement pour les intervenants, car son attitude (passivité, agressivité) ne favorise pas l'empathie, mais plutôt l'antipathie des intervenants-es ; surtout, cette particularité les confronte à leurs limites d'intervenants. Comme le remarquent Labelle et Boyer (1998), les jeunes suicidaires sont passés à l'acte du fait qu'on n'a pu ou pas su répondre à leurs besoins spécifiques lors de la demande d'aide.

Également, la discontinuité dans les services offerts aux hommes trouve aussi sa source dans les résistances des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux qui empruntent aussi des avenues idéologiques. Tremblay (1996) souligne que, depuis une dizaine d'années, un questionnement émerge à propos du biais pro-féminin chez l'ensemble des intervenants qui

préfèrent nettement travailler avec la clientèle féminine. Ainsi, selon l'auteur, l'efficacité des services offerts aux hommes en difficulté est remise en question. Toutes ces données rejoignent, en quelque sorte, les conclusions du coroner Dr Bérubé (1997) et de Dulac (2001) quant à la décision des hommes de demander de l'aide : ils le font souvent lorsqu'ils sont en crise, mais souvent leurs demandes de services et d'aide ne sont pas prises en charge par les services courants du système de santé. Plusieurs vont alors s'adresser à des organismes communautaires qui œuvrent auprès des hommes en difficulté.

II. Le projet

1. Les objectifs du comité

Les organismes « pour hommes » se sont développés grâce à l'action concertée des militants de la condition masculine qui furent actifs au Québec durant les décennies 1980 les premiers groupes sont apparus au milieu de la décennie puis se sont multipliés au cours des années 1990 (pour une historique de ces groupes on consultera : Dulac, 1994 et 2002a). Ces organismes visaient à répondre à des besoins particuliers des clientèles masculines, besoins qui ne semblent pas couverts par les services courants du système sociosanitaire. Toutefois, on ne connaît pas l'ampleur et la nature de ces organismes pas plus qu'on est informé sur leur statut, leur mode de fonctionnement, leur organisation et les services qu'ils offrent. Face à cette situation et sous la pression de militants et d'intervenants le Ministère a mis sur pied un *Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes* dont les mandats sont de :

1. Tracer le portrait et faire l'analyse des besoins des hommes au Québec.
2. Réaliser un inventaire des ressources et services disponibles.
3. Identifier les lacunes au niveau de la disponibilité, de l'adéquation et de l'accessibilité aux ressources et aux services jugés prioritaires.
4. Définir des priorités d'action en matière de promotion, de prévention et d'intervention.
5. Illustrer des pratiques les plus " prometteuses ".



2. Les objectifs spécifiques de l'inventaire

Cette étude vise à remplir l'objectif 2 fixé par le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes c'est-à-dire de **réaliser un inventaire des ressources et services disponibles** : Faire la recension des ressources et services disponibles pour les hommes en matière de prévention et d'aide aux hommes (hormis les services courants du réseau) ; dénombrer, détailler et décrire les différentes ressources et services sur l'ensemble du territoire québécois.

3. La méthodologie

Lors de la réunion du 17 décembre 2002, le responsable du projet et les membres du Comité se sont entendus sur le type d'informations devant être recueillies, le mode de cueillette, les résultats attendus et de l'échéancier de travail. Le Comité a aussi précisé l'étendue du champ d'étude. Dans cette étude, les notions de **ressources et de services disponibles** réfèrent aux organismes qui s'adressent exclusivement ou prioritairement aux clientèles masculines, ayant une approche spécifique de genre et qui ne sont pas assimilés aux ressources courantes du réseau des services sociaux.

Les données furent recueillies en utilisant un questionnaire (annexe 2) posté aux organismes concernés qui permet de décrire pour chaque organisme les caractéristiques suivantes :

Présentation / identification de l'organisme.
Rayonnement de l'organisme.
Expertise de l'organisme.
Manifestation/ action de l'organisme.
Financement de l'organisme.
Force et difficultés de l'organisme.
Adhérents.

Au préalable le responsable du projet a fait un contact téléphonique personnalisé avec l'organisme. Ensuite, une lettre (annexe 1) décrivant les objectifs et le contexte de l'étude a accompagné le questionnaire et a assuré le répondant de la confidentialité des données. La collecte des données a débuté le 15 juin 2003, les derniers questionnaires sont parvenus le 15 septembre. Des relances (4) ont été faites le 15

juillet, le 12 et le 21 août ainsi que le 10 septembre (annexe 3).

L'échantillon final comprend 66 questionnaires valides et complets, lesquels ont été analysés. De plus, 10 questionnaires qui ne furent jamais retournés sont comptabilisés pour la question 1, description de la répartition régionale de services. Par contre, 52 des questionnaires postés (n=128) ont été écartés de l'étude pour les raisons suivantes : 6 services avaient été identifiés en double ; 13 ressources n'offraient plus de services ; 19 ne correspondaient pas à la définition du champ d'étude ; 7 n'offrent pas de services pour hommes ; finalement 5 ressources ont refusé de répondre et 2 questionnaires sont incomplets.

Les limites de cette étude

Le petit nombre de sujets (n=66) limite grandement le type d'analyse. Plusieurs croisements de variables sont impossibles et dans bon nombre de cas un trop grand nombre de cases vides rend l'interprétation hasardeuse. L'analyse se limite alors à un examen descriptif des réponses.

Par contre, il faut prendre en considération le fait qu'il ne s'agit pas d'un échantillon, mais que les répondants constituent la presque totalité de la population des ressources concernées par cette étude. En ce sens les résultats sont représentatifs de la situation de l'ensemble de ces ressources.



III. Les résultats de l'inventaire

1. Le nombre de ressources et la répartition selon les régions, (annexe : Tableau 1).

Au total nous avons repéré 76 ressources qui correspondent à la définition : *d'organismes qui s'adressent exclusivement ou prioritairement aux clientèles masculines, ayant une approche spécifique de genre et qui ne sont pas assimilés aux ressources courantes du réseau des services sociaux.*

Les régions de Montréal et de Québec rassemblent près de la moitié des ressources et services en matière de prévention et d'aide aux hommes ; Montréal en ayant le double (n=22). Viennent ensuite la Montérégie, les Laurentides, la Mauricie et la Chaudière avec 7% chacune. Les autres régions n'ont qu'une ou deux ressources. Notons que nous n'avons pas repéré de ressources dans les régions du Nord et du Centre du Québec.

Pour l'ensemble du Québec, ce sont les ressources pour conjoints violents qui dominent largement (n=30, 40%) suivi des ressources génériques pour hommes (n= 21, 26%), celles pour les pères séparés-divorcés (n=13, 17%) et les pères de familles intactes (n=9, 12%), alors que les ressources pour hommes victimes sont les moins nombreuses (n=3, 4%).

2. L'ancienneté des ressources (annexe : Tableau 2).

L'ancienneté des ressources nous est fournie grâce à la question portant sur la date de fondation ; cela nous donne une bonne indication de l'histoire des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes. Ceux-ci ont émergés et se sont développés au début de la décennie 1980 ; et à la fin de la décennie 38% des ressources et services actuels étaient déjà en place. Leur nombre n'a fait que s'accroître depuis.

Durant la période précédant les années 1990, les ressources pour les conjoints violents constituaient la grande majorité des ressources (72%), et les

ressources génériques pour hommes (20%). Mais depuis cette date les ressources et les clientèles se diversifient, particulièrement en ce qui a trait aux ressources pour les pères dont la presque totalité est postérieure à 1990.

3. Le mandat des ressources (annexe : Tableau 3).

Nous avons posé une question sur le mandat de l'organisme. Les ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes ont des mandats diversifiés selon le type de service. La liste des réponses est assez longue :

- Défendre les droits des hommes
- Aider
- Soutenir
- Supporter la communauté
- Soutenir les initiatives locales et régionales
- Sensibiliser
- Éduquer
- Responsabiliser
- Diffuser l'information
- Diffuser de la condition paternelle
- Développer des outils de formation et de support
- Défendre et protéger les droits des enfants
- Prévenir
- Intervenir
- Promouvoir des attitudes non violente, la médiation, des valeurs familiales, l'égalité et l'employabilité
- Référer
- Regrouper les hommes
- Offrir de l'hébergement
- Accueillir, écouter et accompagner
- Travailler en collaboration avec les autres organismes
- Valoriser le rôle du père
- Dépister
- Éditer des livres
- Offrir de la consultation
- Assurer un suivi psychosocial
- Favoriser le bien être des familles
- Regrouper les organismes communautaires
- Contribuer à la recherche
- Favoriser le développement de partenariat et de promotion
- Représenter
- Briser l'isolement
- Procurer aux hommes un lieu de rencontre
- Favoriser l'empowerment
- Offrir un service d'évaluation et d'intervention
- Accompagner
- Favoriser le développement du réseau relationnel

Nous avons regroupé ces réponses en 7 catégories : Prévention et promotion, aide et intervention ; défendre et représenter ; empowerment individuel ; empowerment communauté ; hébergement ; ainsi qu'une catégorie "autres" (annexe 4).



Les deux mandats les plus souvent cités par la totalité des répondants sont ceux qui concernent l'aide et l'intervention (41%) et ceux qui touchent la prévention et la promotion (30% des réponses). Les ressources pour conjoints violents s'en tiennent généralement à ces deux mandats, alors que les autres types de ressources ont des mandats plus diversifiés, auxquels s'ajoute la défense des droits, l'empowerment individuel et communautaire.

Il faut aussi mentionner que 5 organismes ont comme mandat de regrouper ou de fédérer les ressources :

Fédération des hommes du Québec,
À cœur d'homme,
Regroupement des ressources alternatives en condition masculine,
Le réseau Après-Rupture,
Le réseau Hommes Québec

4. L'expertise des ressources (annexe : tableau 4).

Une observation similaire peut être faite en ce qui concerne la diversité de l'expertise que les ressources ont développée au cours des années. La liste des réponses est la suivante (annexe 4) :

Défense des droits
Lobby et représentation politique
Représentation hors du Québec
Représenter les membres
Mener des projets de recherche
Activités de sensibilisation
Organiser des conférences
Organiser des activités
Thérapie
Activité d'information
Activité de concertation
Aide et support
Groupe de responsabilisation
Formation
Éducation populaire
Programme d'intervention
Ligne d'urgence
Information juridique et diffusion des causes de jurisprudence
Démocratisation du droit de la famille
Manifestation
Prévention
Promotion
Atelier d'écriture
Atelier pour hommes
Atelier de stimulation
Hébergement
Accompagnement

Animation de groupe
Concertation
Conférence
Référence
Supervision
Évaluation
Consultation
Répét pour les pères
Lieu d'échange et de discussion
Écoute téléphonique
Distribution alimentaire et cuisine collective
Participation aux consultations publiques sur les lois
Production de documentaires vidéos
Intervenir auprès des victimes de violence

Toutefois, une activité inédite fait son apparition. La formation et la supervision n'ayant pas été mentionnée par aucune ressource à la question du mandat. Cela est particulièrement le cas des ressources pour conjoints violents (n=11, 15% des ressources de ce groupe) chez qui la formation et la supervision se situent en troisième place dans leur champ de spécialisation.

Dans une moindre mesure, on retrouve aussi ce genre d'expertise mentionnée par les ressources généralistes pour hommes (n=3, 23%) et celles pour les pères de familles intactes (n=2, 28%).

5. Le nombre d'employés et leur statut (annexe : tableau 5, 6,7,8).

De manière générale 40% des ressources ont 3 employés ou moins et 55%, 5 et moins. Ajoutons qu'environ la moitié de ceux-ci travaillent à temps partiel. Toutefois ces constats généraux peuvent varier selon le type de ressource. Par exemple, aucune des ressources pour les pères séparés ou divorcés n'a d'employé à plein temps et doivent compter sur des bénévoles ou des travailleurs à temps partiel.

En revanche, ce sont les ressources pour les conjoints violents qui disposent d'une plus grande proportion d'employés à temps plein et à temps partiel, mais peu ou pas de bénévoles. Pour leur part, les ressources généralistes pour hommes et celles pour les pères de familles intactes comptent pour la moitié de celles qui emploient 3 personnes ou moins.



Les ressources pour hommes victimes ne comptent souvent qu'une seule personne travaillant comme bénévole ou employé à temps partiel.

Les données concernant la scolarité des employés sont non significatives (annexes : Tableaux 9, 10).

6. Le nombre de clients pour les années 2000, 2001, 2002 (annexe : Tableaux 11, 12 13).

Nous avons demandé aux répondants de nous indiquer le nombre de clients qui avaient reçu leur service au cours des trois dernières années 2000, 2001, 2002.

On peut dire que le tiers des 66 répondants ont offert, sur une base annuelle, des services à moins de 100 hommes, et près des deux tiers des ressources à moins de 200 hommes.

Plus particulièrement, 40% et 80% de chaque ressource pour conjoints violents ont offert des services à moins de 100 et moins de 200 hommes annuellement.

Les ressources générales pour hommes, celles pour les pères de familles intactes et celles pour les pères divorcés semblent avoir offert annuellement des services à un plus grand nombre d'hommes (800 et plus) et dans une proportion plus grande que les autres types de services. Toutefois, cela est peut-être associé aux services de promotion et de prévention offerts, ainsi qu'aux campagnes de sensibilisation et l'organisation d'événements qui touchent un plus vaste public.

7. Les modes de recrutement de la clientèle (annexe : Tableau 13a).

Nous avons demandé aux répondants de nous indiquer les modes de recrutement utilisés pour inciter les hommes à utiliser leurs services. Les ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes utilisent des stratégies de recrutement qui font appel à des

pratiques diversifiées, comme le montre la liste des réponses suivantes (annexe 4) :

- Connaissances et contacts
- Site internet
- Documents d'information et dépliants
- Références
- Médias incluant : journaux, radio et télévision
- Publicité
- Sensibilisation
- Bouche à oreille
- Bottin des ressources
- Spectacle bénéfice
- Rencontres d'évaluation
- Tables de concertation
- Procureur
- Magistrature
- Contrainte judiciaire
- Par l'entremise d'activités
- Salon de la maternité, paternité et des aînés
- Formation
- Conjointe
- Services publics et parapublics
- Soirées d'information

Nous avons regroupé ces réponses sous les catégories suivantes : activités, médias, concertation, juridique, référence du réseau formel, et référence individuelle. De manière générale, on peut dire que les ressources utilisent toutes ces stratégies de recrutement. Les médias sont mentionnés le plus souvent par les répondants (30%), viennent ensuite les références du réseau formel (28%) et les initiatives individuelles (20%).

Cependant, on remarque une différence notable en ce qui concerne les types de ressources. Les services pour conjoints violents utilisent plus les références du réseau formel et juridique et ces sources de recrutement constituent près de la moitié des modes de recrutement (45%) tandis que les références individuelles ne comptent que pour 15%. En revanche, les initiatives individuelles totalisent 30 à 50% des modes de recrutement pour les autres types de service.

8. Les manifestations durant les années 200, 2001 et 2002 (annexe Tableaux : 14, 15,16).

Nous avons demandé aux participants de nous décrire les manifestations qu'ils avaient menées au cours des trois années. Les manifestations



suivantes ont été regroupées sous les catégories : média, politique, mémoire, organisation d'événements, marches et manifestations (annexe 4).

Intervention auprès d'organismes, des médias, des o.n.g. et des partis politiques
Consultations fédérales sur les droits des visites des enfants
Entrevue télévisée
Plainte à l'ONU
Congrès national
Spectacle de Noël
Pièce de théâtre
Camps d'été
Voyage
Conférence
Colloque
Présentation de projet de mémoire
Dépôt de mémoire sur un projet de loi
Manifestation (Parlement d'Ottawa, fierté gaie, mondialisation)
Journée communautaire dans le village
Marche
Soutien aux conjointes
Maintien des groupes de soutien et de rétablissement
Signature de pétitions
Publicité
Production d'un CD
Éditions de quatre livres
Publication d'un livre
Politique de reconnaissance du milieu communautaire
Mobilisation nationale
Consultation
Rencontre avec le Ministre de la Santé et le directeur de la Santé Publique
Développement de projet avec différents partenaires
Création de comités
Commission parlementaire
Lancement du cadre de référence
Production de capsule publicitaire
Activité pour souligner l'anniversaire
Information juridique
Impression des outils de promotion, pochette et Communautaire
Parrainage et participation au comité du projet "Père Enjeux"
Présentation
Semaine de la famille
Journée thématique
Dépliants
Rédaction d'un guide pour hommes en rupture de couple
Mobilisation à Québec

Pour toutes les ressources, la manifestation la plus courante est l'organisation d'événements tels que : congrès, journée communautaire, activité pour souligner l'anniversaire, journée thématique, semaine de la famille, spectacle de Noël, pièce de théâtre, camps d'été, etc.

En seconde place, on retrouve les manifestations à tenue politique comme la présentation de mémoire et l'action directe auprès du personnel politique et

ministériel, alors que l'action auprès des médias arrive en troisième place et semble diminuer d'intensité au cours des trois années.

De telles manifestations constituent un moyen de rendre visible la ressource de publiciser ses activités et services et éventuellement de recruter des clients.

Au cours des trois années de l'étude, on remarque une augmentation au chapitre de l'organisation de manifestation. On note que seulement le tiers des toutes les ressources (2002=28%, 2001=34%, 2000=35%) n'ont pas organisé ou participé à une manifestation.

Particulièrement, ce sont les ressources pour pères séparés ou divorcés qui sont proportionnellement les plus actives (près de 90% de ces ressources ont organisé une manifestation), suivi des ressources pour les pères de familles intactes (85%) puis de celles pour les conjoints violents (entre 70% et 75%) et les ressources génériques pour hommes (48% à 52%). Enfin, mentionnons qu'aucune ressource pour homme victime n'a organisé de manifestations.

9. Les sources de financement pour les années 2000, 2001, 2002 (annexe : Tableaux : 18, 19, 20).

Pour l'ensemble, les services en matière de prévention et d'aide aux hommes trouvent leur financement auprès de cinq (5) sources ; ce qui ne tient pas compte de l'importance des sommes versées par chaque source, (annexe 4).

Le classement des sources demeure relativement constant au cours des trois années de l'enquête. Ainsi, les sources gouvernementales et paragouvernementales sont citées le plus souvent par 42% des services pour 2002, 41% pour 2001 et 43% pour 2000.

La contribution des utilisateurs arrive en seconde place, cette contribution est mentionnée la moitié moins souvent que la précédente (2000=21%, 2001=21%, 2002=19,5%) par les ressources.



En troisième place, les répondants ont nommé les dons provenant de fondations ou de différents organismes caritatifs (2000=17%, 2001=15.1%, 2002=14.5%). Centraide est la source de financement qui se classe en quatrième position, cité par (2000=13.0%, 2001=13.3% 2002=13.9% des répondants. Soulignons cependant que deux types de ressources n'ont pas le soutien de Centraide : les pères séparés et divorcés et les hommes victimes.

Enfin, les activités citées de financement telles que les conférences, colloques, publications, fêtes etc. sont cités par 7%, 7,2% 7% des répondants.

10. Les revenus pour les années 2000, 2001, 2002 (annexe : Tableaux : 21, 22, 23).

Les revenus globaux de l'ensemble des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes sont plutôt stables. Pour les années 2002, 2001, 2000, entre 42 % et 43% des ressources ont répondu que leurs revenus annuels étaient inférieurs à 100,000\$.

Il appert toutefois des différences importantes selon le type de services et de clientèle. Au cours des trois dernières années, les revenus des ressources pour les conjoints violents ont connu un gain appréciable. Le pourcentage de ressource de ce type ayant répondu avoir des revenus supérieurs à 100,000\$ est passé de 59,3% en 2000, à 70% en 2001 et à 85% en 2002.

Pendant ce temps, le groupe des ressources génériques pour hommes a vu leur revenu baissé substantiellement. Le pourcentage de ceux ayant moins de 100,000\$ a doublé, passant de 31,5% en 2000 à 42% en 2001, à 63% en 2002.

Enfin, il faut souligner que bon nombre de ressources n'ont pas de revenus ou des revenus inférieurs à 25,000\$ par année. Dans ce groupe des peu fortunés on retrouve 80% des ressources pour pères divorcés ou séparés, 57% des ressources génériques pour hommes, le tiers des ressources pour hommes victimes et (selon les

années) entre 30 et 40% des ressources pour pères de familles intactes.

L'analyse de la répartition des revenus par région est non significative (annexe : Tableaux : 24,25,26).

11. Le taux d'autofinancement pour les années 2000, 2001, 2002 (annexe : Tableaux : 27, 28, 29).

Toutes les ressources qui ont répondu au questionnaire ont recours à l'autofinancement. Au cours des trois années étudiées, 2/3 (deux tiers) des ressources interrogées ont déclaré que l'autofinancement comptait jusqu'à 30% de leurs revenus. Mais cette donnée générale cache des variations importantes selon le type de ressources.

Le nombre de ressources pour conjoints violents dont l'autofinancement compte pour plus de 30% semble augmenter, passant de 11.1% en 2000 à 18.5% en 2002 et le nombre de celles dont l'autofinancement est inférieur à 30 % diminue d'autant passant de 85% à 77%.

Le même phénomène s'observe en ce qui a trait aux ressources génériques pour hommes où l'on remarque le nombre de ressources déclarant que l'autofinancement compte au moins pour 30% de leurs revenus, augmente passant de 42% en 2000 à 63% en 2002.

Les ressources pour qui l'autofinancement compte le moins dans le financement sont les ressources pour les pères de familles intactes. Entre 50% et 70% des ressources disent ne compter que sur moins de 10% d'autofinancement dans leurs revenus.

À l'opposé, les ressources pour pères divorcés sont celles qui comptent le plus sur l'autofinancement. En effet, pour la moitié de ces ressources l'autofinancement compte pour plus de 70% de leur revenus.



12. Les revenus affectés au fonctionnement pour les années 2000, 2001, 2002 (annexe : Tableaux : 30, 31, 32).

Selon les années, si l'on fait exception des ressources pour conjoints violents, la majorité des répondants n'ont pu dire clairement qu'elle proportion de leurs revenus était affectée au fonctionnement, ce qui rend l'analyse des données plutôt hasardeuse. Cela peut être un indice du manque d'information que possèdent les ressources à ce sujet.

Si l'on ne considère que les ressources pour conjoints violents, on peut dire que la moitié de celles-ci y consacrent moins de 30% et le tiers plus de 61% ; données constantes au cours des trois ans.

13. Les partenaires financiers (annexe : Tableau : 33).

Chacune des ressources qui ont participé à l'enquête a cité plusieurs partenaires. La liste des partenaires financiers recoupe celle des sources de financement (annexe 4),.

Parmi les noms cités les partenaires gouvernementaux et para-gouvernementaux comptent pour plus de la moitié des réponses (54%) ; l'entreprise privée, les organismes caritatifs et Centraide (18%) comptent pour 35% des réponses ; alors que les utilisateurs ne totalisent que 8 % des réponses. Le reste étant des réponses autres (5%) ou sans partenaires (5%).

14. Les réseaux d'appartenance (annexe : Tableau : 34).

La plupart des répondants (86%) ont déclaré être membre d'un réseau. Outre les nombreuses associations sectorielles ou régionales, les tables de concertation citées (annexe 4) rappelons qu'il existe quelques regroupements spécifiques aux ressources pour hommes :

Fédération des hommes du Québec,
À cœur d'homme,
Regroupement des ressources alternatives en condition masculine,
Le réseau Après-Rupture,
Le réseau Hommes Québec

15. Le rayonnement des ressources (annexe : Tableau : 35).

De manière générale, 60% des répondants considèrent avoir un mandat régional, 14% un mandat local. Si 8% disent avoir un mandat national (provincial), cela correspond aux associations qui fédèrent et regroupent les ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes.

Il est intéressant de souligner que 17% des répondants considèrent avoir un mandat international. Cela est surtout le cas des ressources pour pères de familles intacts et celle pour les pères séparés ou divorcés.

16. Les forces des ressources (annexe : Tableau : 36).

Les répondants nous ont énuméré une longue liste des forces de leur organisme (annexe 4) qui ont été regroupées sous sept (7) catégories :

Politique
Intervention et service à la clientèle
Communication et information
Formation
Concertation et réseautage
Image positive (crédibilité et bonne réputation)
Structure de fonctionnement démocratique

Plus du tiers (36%) des réponses concernant les forces de la ressource portent sur l'intervention et le service à la clientèle et 17% sur la crédibilité et la bonne réputation.

Viennent ensuite la concertation et le réseautage, (13%) la communication et l'information (12%).



La formation (10% de toutes les réponses) est plus citée par les ressources pour pères (familles intactes), celles pour conjoints violents et dans une moindre mesure par les ressources génériques pour hommes

Le rapport au Politique : défense de droit, lobby et représentation, constitue 8% des réponses de tous les répondants. Cependant, cela est plus le fait des deux types de ressources : celles pour les pères séparés et divorcés et dans une moindre mesure les ressources génériques pour hommes. Alors qu'aucune ressource pour pères de familles intactes ou pour hommes victimes n'a mentionné cela et qu'une seule mention a été faite par les ressources pour conjoints violents.

Enfin, 4% des réponses à la question des forces de la ressource portent sur la structure interne de fonctionnement.

17. Les difficultés des ressources (annexe : Tableau : 37).

Les répondants nous ont énuméré une longue liste des difficultés de leur organisme (annexe 4) qui a été regroupé sous sept (7) catégories :

Hostilité politique
Visibilité
Faible utilisation
Concertation réseautage
Financement
Développement et croissance
Ressource humaines et matérielles

Près de la moitié (43%) des réponses concernant les difficultés de la ressource portent sur le financement, 25% sur le manque de ressources humaines et matérielles et 10% sur la difficulté de développement et de croissance. Ces trois types de difficultés regroupent 78% des réponses. Il faut préciser que la question du manque de ressources humaines est décrite comme d'une part, la difficulté de recruter du personnel compétent, ce qui soulève, entre autre, la question de la formation et d'autre part à offrir des rémunérations adéquates à des intervenants spécialisés.

L'hostilité politique-idéologique compte pour 10% des réponses et recueille approximativement le même taux chez les ressources pour conjoints violents, les pères séparés et les ressources génériques pour hommes.

Le manque de visibilité recueille 5% et la faible utilisation pour 6% de toutes les réponses, alors que la catégorie concertation et le réseautage n'est citée que pour moins de 1%.

18. Les adhérents pour les années 2000, 2001, 2002 (annexe : Tableaux : 38, 39, 40, 41, 42, 43) et le montant de la cotisation annuelle (annexe : Tableaux : 44, 45).

Pour l'ensemble des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes on observe une tendance à l'accroissement du nombre d'organismes qui ont des membres individuels au cours des trois années.

En effet, si moins des deux tiers des ressources avaient des membres individuels en 2000, c'est les trois-quarts qui en ont en 2002 (25% n'ont aucun membre). En ce qui concerne le nombre de membres, la moitié des ressources avaient moins de 100 membres, 25% plus de 100.

On remarque aussi qu'aucune cotisation individuelle est perçue pour 54% des ressources. Et 87% de celles qui perçoivent ont une cotisation annuelle inférieure à 20\$.

Un faible pourcentage (20% en 2000, 22% en 2001 et 23% en 2002) de ressources ont des "groupes" membres et parmi celles-ci 80% ont moins de 10 groupes membres en 2002.

Aucune cotisation de groupes n'est perçue pour 86% des ressources. Et 55% de celles qui perçoivent, ont une cotisation annuelle pour les groupes membres inférieure à 20\$.



IV Conclusion

En guise de conclusion voici quelques commentaires généraux qui tiennent compte des données présentées précédemment mais aussi de notre connaissance sensible des réponses des participants ainsi que de notre expertise concernant la problématique générale des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes.

À l'intérieur des limites propre à cette recherche on constate que les résultats décrivent à la fois l'hétérogénéité et la similitude des situations des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes.

Tout d'abord, il faut souligner le petit nombre de ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes. Ce faible nombre explique en partie le fait que 60% de ces ressources ont un mandat régional, mandat difficilement atteignable compte tenu des contraintes auxquelles ces ressources sont confrontées. À ce chapitre, il faut souligner la grande inégalité en ce qui a trait à la disponibilité de ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes selon les régions.

Quoique presque toutes les ressources dépendent d'une forme ou d'une autre de soutiens financiers de l'État à une valeur de 50% de leur budget, les difficultés de financement sont la préoccupation majeure des ressources. Toutefois on note une certaine disparité entre les types de services ou certains semblent mieux nantis que les autres.

Les ressources les plus anciennes semblent les mieux dotées, particulièrement si elles ont comme clientèle des hommes ayant été référés pas la justice. Mais ce sont ces mêmes ressources qui ont les sources de financement les moins diversifiées et qui proportionnellement accueillent annuellement le moins de clients et aussi des clients non volontaires.

En revanche, les ressources qui ont parmi leur mandat des objectifs d'empowerment individuel de représentation ou de défense de droits sont moins bien pourvues financièrement mais qui ont des sources de revenus plus diversifiées. Paradoxalement ce sont aussi ces ressources qui non seulement ont le plus grand nombre de clients, mais aussi de clients volontaires c'est-à-dire qui se présentent sur une base individuelle.

Il appert que les ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes éprouvent une grande difficulté à développer des services et à répondre à la clientèle. Outre la question du financement, il faut noter au nombre des difficultés la question du recrutement de personnel qualifié semble constante, ce qui oblige les ressources à former leur personnel.

Il faudrait aussi mentionner la difficulté à fidéliser les clientèles après qu'elles aient obtenu des services et d'enrôler les différents acteurs sociaux comme membres des ressources.

Si dans certaines sphères de la société, l'image générale des services pour hommes est jugée négative comme le soulignent un grand nombre de ressources et que certains types de services semblent plus touchés que d'autres ; malgré tout, la force des ces ressources demeure la qualité de services offerts, qui se reflète dans la fiabilité et la crédibilité qu'elles ont acquises au fil des ans, et qui semblent reconnu dans les différents milieux de pratique.



BIBLIOGRAPHIE

- BELLEROSE, C., LAVALLÉE, C. et J. CAMIRAND. (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993. Faits saillants*, Québec, Santé Québec, 72p.
- BÉRUBÉ, J., coroner. (1997). Rapport d'enquête publique sur les causes et les circonstances des décès : Françoise Lirette, Loren Gaumont-Lirette, René Gaumont, survenus à Baie-Comeau, le 9 septembre 1996, ministère de la Justice du Québec, 68 p.
- BROUÉ, Jacques et Clément GUÉVREMONT. (1994), La résistance des intervenants dans l'accueil et la référence des conjoints violents, *Le travailleur social*, vol. 62, no 3, p.101-103.
- DULAC, G.. (2004 à paraître), Des hommes et de l'intimité. *Sociologie et sociétés*, numéro dirigé par Bernadette Bawin-Legros.
- DULAC, G. et A. LALIBERTÉ. (2002), Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque suicidaire : la limite des aidants naturels, in *Comprendre la famille. Actes du 6^e symposium québécois de recherche sur la famille*. p. 317-330.
- DULAC, G. (2002a) *Le mouvement masculiniste. Évolution et revendications des groupes québécois*. Pour le Conseil du statut de la femme, dans le cadre du Plan stratégique quadriennal 2001-2005, avril, 40 pages, (document ronéo).
- DULAC, G. (2001), *Aider les hommes ... aussi*. Montréal, VLB éditeur, 191p.
- DULAC, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*, Regroupement A.I.D.R.A.H., Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill, 49 p.
- DULAC, G. (1998). *Intervenir auprès de la clientèle masculine, théories et pratiques québécoises*, Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill, 120 p.
- DULAC, G. (1998a). L'intervention auprès des pères : des défis pour les intervenants, des gains pour les hommes. *P.R.I.S.M.E.* vol. 8 no.2, pp.190-206.
- DULAC, G. (1994). *Penser le masculin. Essai sur la trajectoire des militants de la condition masculine et paternelle*. Québec, IQRC, 149p.
- HOBFOLL, S. E. et A. VAUX (1993). Social support: social resources and social context, dans Golberger L. et S. Breznitz (Eds), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, New York: The Free Press, p. 685-706
- KADUSHIN, A. (1996). Men in a woman's profession, *Social Work*, vol. 21, no 6, p. 440-447
- LABELLE, Réal et Richard BOYER. (1998, janvier). *Vécu et demande d'aide formelle de 24 suicidants âgés entre 15 et 29 ans*, Rapport de recherche soumis au Conseil permanent de la jeunesse, Québec, 39 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Direction générale de la santé publique, Gouvernement du Québec, 83 p.
- NADLER, A. (1983). Personal characteristics and help-seeking, dans Nadler, A., Fisher, J. D. et B.M. DePaulo (Eds.), *New Directions in Helping. Applied Perspectives on Help-Seeking and Receiving*, vol. 2, New York : Academic Press, p. 303-340
- SARASON, B.R., SARASON, I.G. et G. R. PIERCE. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment, dans Sarason, B. R., Sarason, I. G. et G.R. Pierce (Eds), *Social Support : An Interactional View*, New York : John Wiley & Sons, p. 427-453
- THOITS, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes : Where are we? What next?, *Journal of Health and Social Behavior*, (suppl.), p. 53-79
- TOUSIGNANT, M. (1994). Le suicide et les comportements suicidaires, dans Institut québécois de recherche sur la culture, *Traité des problèmes sociaux*, Québec, IQRC, P. 765-776
- TREMBLAY, G. (1996). L'intervention auprès des hommes. Vers un modèle d'intervention s'adressant aux hommes les plus traditionnels, *Service social*, vol. 45, no 2, p. 21-30
- TRINKOFF, Alison M. et J. C. ANTHONY. (1990). Gender differences in initiation of psychotherapeutic medicine use, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 81, p. 32-38
- VAUX, A. (1988). *Social Support: Theory, Research, and Intervention*, New York : Praeger
- VAUX, A., BURDA, P. et D. STEWART. (1986). Orientation toward utilization of support resources, *Journal of Community Psychology*, vol. 14, p. 159-170
- VEROFF, Joanne Bennett. (1981). The dynamics of help-seeking in men and women: A national survey, *Psychiatry*, vol. 44, p. 189-200
- WILLS, T.A. (1992). The helping process in the context of personal relationships dans Spacapan, S. et S. Oskamp (Eds.), *Helping and Being Helped: Naturalistic Studies*, Newbury Park, CA : Sage
- WHITAKER, Leighton C. (1987). Macho and morbidity: The emotional need vs. fear dilemma in men, *Journal of College Student Psychotherapy*, vol. 1, no 4, p. 33-47



ANNEXES :

Méthodologiques 1,2,3,4.



ANNEXE 1 :
La lettre de présentation de la recherche

Montréal, le 18 mai 2003

À qui de droit

J'ai reçu le mandat du *Comité ministériel de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes* de faire l'inventaire des ressources et services communautaires disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes.

Je vous demande de remplir le questionnaire ci-joint au mieux de votre connaissance et de me le retourner dans l'enveloppe affranchie qui l'accompagne, aussi rapidement que possible, car je dois remettre mon rapport dans peu de temps.

La première page du questionnaire comporte des informations sur votre organisme, nom du responsable, adresse, téléphone, courriel et Site web. Vérifiez si ces données sont exactes et faites les corrections nécessaires.

Bien entendu, les renseignements fournis sont confidentiels et ne seront pas dévoilés à aucune personne. Ces données serviront à compléter une ébauche de portrait de la situation générale des ressources et services disponibles.

Si vous désirez des informations complémentaires, vous pouvez me rejoindre à l'université McGill au (514) 398-1025 aux heures habituelles de bureau.

Merci



Germain Dulac

**ANNEXE 2 :
Le questionnaire**



JNVENTAIRES DES RESSOURCES ET SERVICES DISPONIBLES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'AIDE AUX SOMMES



QUESTIONNAIRE

GERMAIN DULAC Ph.D.
Centre d'études appliquées sur la famille
3506 rue Université bureau 106
Montréal (Québec) H3A 2A7
(514) 398-1025
germain.dulac@mcgill.ca



Présentation / identification de l'organisme

Région administrative du Québec :

Nom de l'organisme :

Adresse rue :

Ville :

Pays :

Code postal :

Téléphone :

Télécopie :

Courriel :

Site internet : www

Nom et coordonnées de la personne responsable

Nom :

Adresse :

Ville :

Pays :

Code postal :

Téléphone :

Télécopie :

courriel :

WEB :

Date de fondation :

Date d'incorporation :



Statuts légaux

Préciser s'il y a eu un changement d'appellation ou si l'organisme est issu de la fusion ou de regroupement.

Mandat de l'organisme

Quel est le mandat de l'organisme ?

(exemple : Notre mission est d'aider, soigner, soutenir, protéger, regrouper, représenter, propager, promouvoir, défendre, éduquer, viser la diffusion de, régir la pratique, régulariser les pratiques, etc.).

Expertise ou champ de spécialisation

Quels sont les services offerts et les activités ?

(exemple : thérapie, information, promotion, formation *interne/externe*, animation régie des pratiques, concertation, défense des droits, lobby et représentation politique, organisation d'événement ou de manifestation, représentation hors du Québec, etc).



Personnel et employés :

Dénombrer les employés selon leur situation et leur formation

Nombre d'employés salariés à temps plein : _____

Nombre d'employés salariés à temps partiel : _____

Nombre d'employés bénévoles : _____

Formation / scolarité des salariés et bénévoles (*dernier diplôme obtenu*)

Primaire _____

Secondaire _____

Collégiale _____

Universitaire baccalauréat complété _____

maîtrise complétée _____

doctorat complété _____

Combien de personnes ont reçu les services de votre organisme ?

À CHAQUE ANNÉE au cours des 3 dernières années ?

2002 _____

2001 _____

2000 _____

Quels sont les mécanismes de recrutement de votre clientèle ?



Manifestations/ actions pour les 3 dernières années :

Quelles sont les principales actions menées par votre organisme, qui ne sont pas les services courants ?

À CHAQUE ANNÉE ... au cours des 3 dernières années.

Décrivez l'action, la date et le lieu.

2002

2001

2000



Financement :

Existe-il des programmes de reconnaissance et de financement de votre organisme ?

Oui _____

Non _____

Si OUI, lesquels.

Quelles furent vos sources de financement pour les 3 dernières années ?

2002

2001

2000



Quels furent le montant total de vos revenus pour les 3 dernières années ?

2002 _____ \$
2001 _____ \$
2000 _____ \$

De ce montant quel est le pourcentage d'autofinancement* pour chaque année ?

2002 _____ %
2001 _____ %
2000 _____ %

* *autofinancement* = ce qui ne provient pas de subvention, de programme, de ministre ou ministère.

Quelles parties de vos revenus annuels (pour les 3 dernières années) sont affectés au fonctionnement et aux activités ?

2002 fonctionnement _____ % activités _____ %
2001 fonctionnement _____ % activités _____ %
2000 fonctionnement _____ % activités _____ %



Principaux partenaires :

Quels sont vos partenaires financiers ?

Réseau d'appartenance :

Votre organisme est-il membre d'une fédération d'une coalition d'une association ou d'un regroupement ? si OUI précisez .

Rayonnement :

Quel est le rayonnement de votre organisme : international, national, régional, local ?

Donnez un exemple de votre rayonnement régional, national, international ?



Forces de l'organisme :

Quel sont les forces de votre organisme ?

Donnez un exemple pour chaque cas.

(Ex : Promotion, publication, manifestation, organisation et coordination d'activités, reconnaissance de l'excellence, services professionnels aux membres, information et service au public, échanges internationaux, lobby politique. Formation : organisation d'ateliers, / conférence ; stages ; documentation etc.).

Difficultés de l'organisme :

Quels sont les principales difficultés auxquelles votre organisme doit faire face ?

Donnez un exemple pour chaque cas.



Adhérents :

Votre organisme compte combien de membre depuis les trois dernières années.
Nombre d'individus et nombre de groupes ?

2002 individu _____ groupe _____
2001 individu _____ groupe _____
2000 individu _____ groupe _____

Quel est le montant annuel de la cotisation ?

Individuelle _____ \$
Groupe _____ \$

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Si possible inclure votre pamphlet promotionnel et la carte d'affaire de votre organisme
au questionnaire rempli et retourner-le tout dans l'enveloppe affranchie qui est incluse
à l'adresse indiquée, ou par courriel à

Germain Dulac
(514) 398-1025
germain.dulac@mcgill.ca

Le Centre d'études appliquées sur la famille
Université McGill
3506, rue Université bureau 106
Montréal, (Québec)
H3A 2A7



ANNEXE 3 :

La lettre de relance internet et téléphone

Madame, monsieur

Il y a quelques semaines, je vous ai fait parvenir un questionnaire visant à faire l'inventaire des services et ressources disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes. Je n'ai toujours pas reçu de réponse de votre organisme. La collaboration de votre organisme est essentielle pour mener à bien l'étude sur la situation des services pour les hommes dans la province. Le temps presse car l'analyse des données doit débiter bientôt. Cette étude scientifique et objective doit dresser le réel portrait de la situation des groupes québécois.

Il est important que vous retourniez ce questionnaire même si vous refusez de participer à l'étude ; inscrivez seulement JE REFUSE DE RÉPONDRE sur la première page et retournez-le dans l'enveloppe affranchie, qui a été jointe à mon envoi.

Si vous avez déjà rempli et retourner le questionnaire veuillez oublier ce message, mais si vous désirez plus d'information vous pouvez me rejoindre à l'université au (514) 398-1025, par courriel germain.dulac@mcgill.ca

Le Centre d'études appliquées sur la famille
Université McGill
3506, rue Université bureau 106
Montréal, (Québec)
H3A 2A7



Merci de votre collaboration



Germain Dulac

ANNEXE 4 : Liste des réponses par catégories / variables

DÉFINITION DES CATÉGORIES :

Nom de l'organisation : nom de l'organisation qui offre de l'aide, du secours, de l'assistance, du soutien ou d'autres services.

Usagers / clientèle : Caractéristique des personnes qui utilisent, requièrent, sollicitent l'aide de l'organisation (ex : homme, père, père divorcés, jeunes hommes, conjoint violent, etc.)

Aide : la nature (espèce) des activités, des produits, des services de secours, d'assistance, et d'aide fournis, offert par l'organisation (ex : thérapie, soutien, médiation, défense de droit, groupe de partage, information, etc.)

CONTENU DES VARIABLES (questions ouvertes) :

Mandat de l'organisme

1) Prévention-Promotion

- Prévenir
- Promouvoir des attitudes de non violence, la médiation, des valeurs familiales, l'égalité et l'employabilité
- Sensibiliser
- Éduquer
- Valoriser le rôle du père
- Diffuser l'information (
- Diffusion de la condition paternelle

2) Aide\ Intervention individuelle

- Responsabiliser
- Consultation
- Aider
- Soutenir
- Accompagner
- Accueil, écoute et accompagnement
- Intervenir
- Référer
- Assurer un suivi psychosocial
- Service d'évaluation et d'intervention
- Dépister
- Favoriser le bien être des familles

3) Défendre\ Représenter

- Défendre les droits des hommes
- Défendre et protéger les droits des enfants
- Représenter

4) Empowerment individuel

- Briser l'isolement\ Procurer aux hommes un lieu de rencontre
- Favoriser le développement du réseau relationnel
- Favoriser l'empowerment

5) Empowerment de la communauté\ concertation

- Supporter la communauté
- Soutenir les initiatives locales et régionales
- Travailler en collaboration avec les autres organismes
- Regrouper les hommes
- Favoriser le développement de partenariat et de promotion
- Regrouper les organismes communautaires

6) Hébergement

- Offrir de l'hébergement

7) vide

8) Autres

- Éditer des livres



- Contribuer à la recherche
- Développer des outils de formation et de support

9)NSP

Expertise ou champ de spécialisation

1)Prévention\Promotion\Information

- Prévention
- Promotion
- Activités de sensibilisation
- Activité d'information
- Éducation populaire
- Information juridique et diffusion des causes de jurisprudence
- Manifestation

2)Aide\Intervention individuelle\Thérapie

- Thérapie
- Aide et support
- Programme d'intervention
- Ligne d'urgence\ ligne téléphonique
- Écoute téléphonique
- Intervention en situation de crise
- Intervenir auprès des victimes de violence
- Accompagnement
- Référence
- Consultation
- Évaluation
- Écoute téléphonique
- Animation de groupe
- Groupe de responsabilisation

3)Représenter\Défense de droits

- Défense des droits
- Lobby et représentation politique
- Représentation hors du Québec
- Représenter les membres
- Démocratisation du droit de la famille
- Participation aux consultations publiques sur les lois

4)Empowerment individuel

- Atelier d'écriture
- Atelier d'échange
- Atelier pour hommes
- Atelier de stimulation
- Organiser des activités
- Répit pour les pères
- Lieu d'échange et de discussion

5)Empowerment communautaire et concertation

- Concertation
- Activité de concertation

6)Hébergement

- Distribution alimentaire et cuisine collective
- Hébergement

7)Formation\Supervision

- Formation
- Supervision

8)Autres

- Mener des projets de recherche
- Organiser des conférences internationales
- Conférence
- Production de documentaires vidéos

9)NSP



Mécanismes de recrutement

1) Activités

- Spectacle bénéfice
- Par l'entremise d'activités
- Sensibilisation
- Salon de la maternité, paternité et des aînés
- Formation
- Soirée d'information

2) Média

- Site internet
- Médias incluant : journaux, radio et télévision
- Bottin des ressources
- Documents d'information et dépliants
- Publicité

3) Concertation

- Table de concertation\Partenariat

4) Juridique

- Procureur
- Magistrature
- Contrainte judiciaire

5) Référence

- Services publics et parapublics
- Références
- Rencontre d'évaluation

6) Individuel\Bouche à oreille

- Bouche à oreille
- Connaissance et contacts
- Conjointe

8) Autres

9) NSP



Manifestations

1) Intervention \ Action auprès des

- Intervention auprès d'organismes, des médias, des ong et des partis politiques
- Rencontre avec le Ministre de la Santé et le directeur de la Santé Publique
- Mobilisation à Québec avec Action Communautaire Autonome
- Consultations fédérales sur les droits des visites des enfants
- Plainte à l'ONU

2) Dépôt de mémoires \ Participation à des consultations

- Signature de pétitions
- Consultation
- Commission Parlementaire
- Dépôt de mémoire sur un projet de loi
- Présentation de projet de mémoire

3) Organisation d'événements

- Congrès international et national
- Journée communautaire dans le village
- Activité pour souligner l'anniversaire
- Journée thématique
- Journée communautaire dans le village
- Semaine de la famille
- Spectacle de Noël
- Pièce de théâtre
- Camps d'été

4) Marche de protestation

- Marche
- Manifestation (Parlement d'Ottawa, fierté gaie, mondialisation à Québec)



Financement

1)Para Gouvernemental

- Service aux organismes communautaires-SOC
- Soutien à l'action communautaire autonome-SACA
- Subventions salariales (Emploi Québec)
- Fonds lutte pauvreté
- Fonds Jeunesse Québec
- PACE
- Partenariat avec le centre de détention
- Santé Canada
- Service correctionnel canadien
- Programme tribunal de prévention des troubles transitoires chez les hommes

2)Gouvernemental

- Ministère de la Sécurité publique discrétionnaire
- Ministère de la Santé et des services sociaux
- Ministère de l'éducation du Québec
- Politique en violence
- Plan de consolidation (Santé publique)
- Ministère de la famille et de l'enfance
- Régie Régionale
- Sécurité alimentaire (Régie régionale)
- Sécurité publique
- Ministère de l'emploi et de la solidarité
- Députés
- Subventions
- Municipalité
- Développement marché du travail

3)Utilisateur

- Les membres
- Entente-Contrat de service
- Revenu de thérapie
- Formation
- Honoraires professionnels

4)Don\Fondation

- Commanditaires
- Clubs sociaux
- Fondation
- Conseil d'administration
- Donateurs
- Caritas
- Fondation Alcoa-Action bénévole
- Congrégation religieuse

5)Activités de financement

- Activités d'autofinancements (
- Conférence

6)Centraide

- Centraide

7)

8)Autres

9)NSP



Partenaires financiers

1) Para gouvernemental

- Soutien à l'action communautaire-SACA
- Fonds de lutte pauvreté
- SOC
- PACE
- Centre de détention
- Service correctionnel
- Centre de détention
- Stratégie Jeunesse pour le Québec de la GRC

2) Gouvernemental

- Ministère de l'emploi et de la Solidarité
- Ministère de l'Éducation
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec
- Ministère de la santé publique
- Ministère de la sécurité publique
- Ministre du parti québécois
- Ville de Port Cartier
- C.L.S.C.
- Santé Canada
- Régie Régionale
- Sécurité publique
- Députés
- Municipalité

3) Membres\Utilisateurs

- Les membres

4) Entreprises privées

- Entreprises privées
- Entreprise sportive
- ALCOA
- CN informatique
- Programme d'aide aux employés
- Journal de Rosemont

5) Fondation\Donation

- Fondation
- Congrégations religieuses
- Clubs sociaux

6) Centraide

- Centraide



Forces de l'organisme

1) Politique

- Lobby politique
- Implication à la Régie Régionale
- Connaissance de l'aspect politique
- Questionnement public des ministres

2) Intervention et service à la clientèle/Aide

- Diversité des services
- Développer une expertise
- Service au public
- Approche non culpabilisante
- Accueil
- Intervention
- Intervention de groupe
- Offrir des ressources de soutien

3) Communication et information

- Organisation de conférence et de colloques
- Publication

4) Formation

- Ateliers
- Atelier de stimulation pour les enfants

5) Concertation/Réseautage

- Réseautage
- Concertation
- L'intersectorialité
- Support aux intervenants des autres organisations

6)

7)

8) Autres

- Structure de fonctionnement
- Excellente réputation auprès de la clientèle et d'Emploi Québec
- Crédibilité

9) NSP



Difficultés de l'organisme

1)Financement

-Manque de financement

2)Ressources humaines et matériels

-Manque de ressources (humaines-matérielles)

-Recrutement du personnel qualifié

-Secrétariat

-Absence d'infrastructure

-Permanence

-Manque d'implication

-Manque de temps

-Manque d'investissement

3)Visibilité

-Manque de visibilité\Publicité

-Mieux informer les services sociaux

4)Concertation\Collaboration

-Manque de coopération avec les autres organismes

5)Politique et hostilité

-Lobby féministe

-Hostilité alimentée par le CSF

-Les femmes

-Ministère de la famille

-Censure des médias

-Refus de connaissance des OSBL

-Discrimination envers les hommes

6)faible utilisation

-Faible réponse des hommes aux offres de services

-Atteindre les jeunes hommes

7)Développement en croissance

-Manque de services spécialisés

-Difficulté à répondre à la demande

-Développement de nouveaux programmes en situation de crise

8)Autres

9)NSPDDéveloppement de nouveaux programmes en situation de crise



ANNEXES :

Tableaux 1 à 45



ANNEXES :

Liste et fiches individuelles des ressources



**ANNEXE 4 : Rubriques, dimensions et éléments du portrait
des comportements associés aux maladies, blessures et décès des hommes**
tiré du document de Will H. Courtenay

Rubriques	Dimensions	Éléments
Prévention et détection des maladies	Utilisation des soins de santé	Les hommes visitent moins les médecins que les femmes ne le font. Pourtant les examens médicaux réguliers permettent la détection précoce de plusieurs des maladies mortelles. De telles visites entraînent aussi une variété de comportements positifs : contrôle de l'hypertension, du cholestérol, etc. qui sont nécessaires au maintien de la santé.
	Tests et examens	En outre, les hommes sont moins enclins à passer des tests et à s'auto-examiner que les femmes ne le sont.
	Techniques/modes préventifs	Les hommes sont peu disposés à prendre soin d'eux : par exemple, ils utilisent moins de médicaments et consomment moins de vitamines et de surplus alimentaires ; ils dorment moins bien ou négligent plus facilement leur sommeil (ce qui affaiblirait leur système immunitaire) ; ils se protègent moins contre les rayons du soleil.
	Nutrition	Les hommes consomment généralement moins de fibres, de fruits et de légumes que ne le font les femmes, notamment les sources de carotène. A contrario, ils

		<p>mangent beaucoup plus gras, augmentant ainsi leur risques de maladie cardiaque et leur taux de cholestérol.</p> <p>Les hommes se nourrissent aussi moins régulièrement que ne le font les femmes : ils sautent plus volontiers le déjeuner et mangent plus « salé »</p>
	Contrôle du poids	<p>Une proportion plus importante d'hommes que de femmes ont un poids excédentaire ou sont obèses. Une telle situation les prédispose à plusieurs maladies.</p>
	Activité physique	<p>Même si certains hommes sont en général plus actifs physiquement que ne le sont les femmes, ils ne le sont pas tous également.</p> <p>Lorsqu'inactifs, ils suivent rarement un entraînement physique et ne surveillent pas leur condition. La vie sédentaire qu'ils mènent alors, souvent au milieu de leur vie, est particulièrement dommageable à leur santé physique.</p>
Contextes particuliers	Consommations toxiques	<p>La consommation de tabac, alcool, stéroïdes et autres drogues et substances est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ces consommations sont reliées à plusieurs problèmes de santé.</p> <p>Les hommes fumeraient davantage que les femmes, particulièrement le cigare et la</p>

		<p>pipe. En outre, ils seraient les seuls consommateurs de tabac sans fumée (à priser ou à chiquer).</p> <p>La quantité et la fréquence de consommation d'alcool sont généralement plus élevées chez les hommes que chez les femmes ; en conséquence plus d'hommes que de femmes développent une dépendance à l'alcool, entraînant presque automatiquement des problèmes de santé physique et mentale et une prédisposition plus élevée aux accidents.</p> <p>LA consommation de stéroïdes anabolisants est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Cette consommation a été associée au développement de certaines maladies, notamment du foie.</p>
	Style de vie	<p>Les hommes pratiquent plus souvent des activités physiques dangereuses.</p> <p>En outre, ils sont plus souvent reliés à des accidents de voiture et conduisent plus « sportivement » que les femmes et plus souvent qu'elles avec un taux d'alcool supérieur à la limite permise.</p> <p>Les hommes sont plus réticents que les femmes à boucler leur ceinture de sécurité et à porter un casque de sécurité (bicycle, moto, etc).</p>

		<p>Enfin, les hommes débuteraient plus tôt que les femmes à avoir des relations sexuelles et auraient aussi un comportement sexuel plus à risque, notamment en regard des précautions à contracter le SIDA ou d'autres MTS.</p> <p>Les garçons et les hommes sont plus souvent intéressés par la pratique de sports ou d'activités récréatives dangereux (plongée, course automobile, etc)</p>
	Violence	<p>Les hommes expriment plus souvent et plus directement leur agressivité. Ils sont aussi plus souvent reliés à des manifestations de violence. Presque la moitié d'entre eux auraient été battu au moins une fois, comparativement au quart des femmes. <i>Ils possèdent plus souvent des armes à feu qu'ils gardent chargés dans leur maison.</i> La grande majorité des prévenus et des condamnés sont des hommes.</p>
	Vie sociale	<p>Les relations sociales sont fortement corrélées avec la longivité. Les hommes ont en général un réseau social beaucoup plus petit que celui des femmes et ils n'ont pas en général de réseau de support. L'union jouerait un rôle plus important dans la santé des hommes que dans celle des femmes.</p>
	Vie professionnelle	<p>Les emplois typiquement masculins sont des emplois</p>

		<p>beaucoup plus à risque que les emplois typiquement féminins.</p> <p>À cause de leur emploi, les hommes sont plus souvent exposés à des substances toxiques.</p> <p>La perte d'emploi ou l'inactivité auraient des conséquences plus désastreuses sur la santé des hommes que sur celle des femmes.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ANNEXE 5 - LISTE DES ORGANISMES AYANT
RÉPONDU AU SONDAGE**

**Sondage auprès des organismes québécois
concernés par la réalité des hommes**

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
ACCROC	-Pause-Parent -Parents Unis Laurentides Inc. -Repère -SAPACA	
Accueil Harvey-Bibeau		
Accueil Parrainage Outaouais		
ACEF du Nord de Montréal		
Alliance Sherbrookoise pour l'autonomie à domicile		
ALPABEM		
Amalgame Montréal Inc.		
Ano-Sep (Anonyme séparée)		
Armée du Salut		
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle	Le Groupe Moment-Hom	
Association des Familles monoparentales et recomposées de Joliette (AFMRJ)		
Association des handicapés cardio-respiratoires		
Association pour personnes exceptionnelles de Papineau Inc.		
Auberge du Cœur la Source-Soleil		
BAOBAB Familial		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
C-TA-C (Contre toutes agressions sexuelles)		
CAP	-RRASMO -Racor en santé mentale	
CARI St-Laurent		
Carrefour de santé de Jonquière Mission CLSC	-Le Séjour de Jonquière -Ressac	
Carrefour du Vieux Moulin de LaSalle		
Carrefour familial Hochelaga		
Carrefour santé du Granit		
Centrami		
Centre Accalmie	Interface Baie-des-Chaleurs	
Centre CASA		
Centre Cléophas-Claveau		
Centre communautaire Dawson	-Pause Parent/Enfant Verdun -Centre des femmes Verdun -Little Rascals play group -The Dads project – Catholic Community Services	
Centre communautaire Éclaircie		
Centre Contactivité Inc.		
Centre d'action bénévole du Granit		
Centre d'action bénévole du Haut-St-François		
Centre d'action bénévole et communautaire St-Laurent	Association de parents en santé mentale St-Laurent-Bordeaux-Cartierville	
Centre d'activités pour le maintien		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord (CAMÉÉ)		
Centre d'aide pour hommes de Lanaudière (CAHO)		
Centre d'appui aux communautés immigrantes (CACI)		
Centre d'écoute et de référence de l'UQAM		
Centre d'entraide Le Pivot Inc.		
Centre de bénévolat Côte-des-Neiges		
Centre de bénévolat SARPAO Inc.		
Centre de crise (CLSC Hoch.Mais.)	Le Centre d'hébergement préventif à la famille	
Centre de jour St-James		
Centre de la Communauté sourde, Montréal métropolitain		
Centre de prévention du suicide de Québec		
Centre de prévention du suicide de la Côte-Nord		
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise BSL		
Centre de prévention du suicide Le Faubourg		
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac St-Jean		
Centre de référence du Grand Montréal		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
Centre de rencontre Le Phare		
Centre de santé Pontiac		
Centre de santé Uashat		
Centre de santé Vallée-de-la Gatineau		
Centre de santé Vallée de l'Or	-Clinique de santé mentale -Centre Normand -Ressource d'aide pour hommes violents	
Centre d'intervention de crise Tracom Inc.		
Centre Dollard-Cormier		
Centre du Fiorès	Centre Sida-Amitié	
Centre du Vieux-Moulin de LaSalle		
Centre hospitalier de Lachine		
Centre hospitalier de LaSalle		
Centre hospitalier Fleury	RACOR en santé mentale	
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Alma		
Centre hospitalier Pierre Legardeur		
Centre hospitalier Vallée-de-l'Or	Comités prévention du suicide	
Centre hospitalier Vallées de l'Outaouais		
Centre hospitalier Vallées de l'Outaouais - Gatineau		
Centre Intervalle Pontiac		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
Centre jeunesse GIM		
Centre juif Cummings pour aînés		
Centre Lanaudois d'information sur les psychotropes		
Centre le Jeannois		
Centre le Maillon de Laval		
Centre Multi-écoute		
Centre régional de prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue		
Centre résidentiel communautaire Joliette-Lanaudière		
Centre RESSAC		
Centre Soutien-jeunesse		
Centre Tel-Écoute		
Chaumière jeunesse de Rawdon	-Centre local d'emploi -Service d'éducation populaire	
Chez-nous : entre hommes inc.		
Chez Émilie, Maison d'entraide populaire	-YMCA -La Relance Jeunes et famille	
Chic Resto Pop	-Carrefour familial -Carrefour d'alimentation Partage	
CHOC (Carrefour d'Hommes en changement)		
CHSLD CLSC Bordeaux-Cartierville		
CHSLD de mon Quartier – Jeanne Le Ber		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
CHSLD Les Havres		
CLSC-CHSLD d'Autray		
CLSC-CHSLD de Gatineau		
CLSC-CHSLD de la Petite-Nation	<ul style="list-style-type: none"> -À des organismes pour hommes violents -Aux maisons d'hébergement -À la CAVAC -Aux écoles 	
CLSC-CHSLD des Pays-d'En-Haut		
CLSC-CHSLD des Trois-Vallées		
CLSC-CHSLD du Haut-St-François	Virage Santé mentale	
CLSC-CHSLD du Marigot		
CLSC-CHSLD Les Eskers		
CLSC-CHSLD Meilleur		
CLSC-CHSLD Pabok		
CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est		
CLSC-CHSLD Saint-Laurent	CARI St-Laurent	
CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval		
CLSC Centre de santé des Sept-Rivières		
CLSC Charlevoix	Maison de la famille de La Malbaie	
CLSC Côte-des-Neiges		
CLSC D'Argenteuil		
CLSC de Côte-des-Neiges		
CLSC de Hull (et Un. Du Québec		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
en Outaouais)		
CLSC de L'Estuaire		
CLSC de Matane		
CLSC des Faubourgs		
CLSC des Faubourgs (équipe Sida/VIH)		
CLSC des Prés-Bleus		
CLSC du Grand Chicoutimi (services psychosociaux)	<ul style="list-style-type: none"> -Hydro-Québec -Santé sécurité au travail -RHQ -Centres de détention (MSP) -Urgences d'hôpitaux... -Info-social, Info-santé 	
CLSC du Plateau Mont-Royal	<ul style="list-style-type: none"> -Service d'aide aux conjoints -Réseau Hommes-Québec 	
CLSC et Centre d'hébergement de Minicouagan		
CLSC Hochelaga-Montréal	Maison Oxygène	
CLSC J.O. Chénier RR des Laurentides		
CLSC La Petite Patrie		
CLSC La Source		
CLSC Lac-Saint-Louis		
CLSC Le Norois		
CLSC Le Partage des eaux	<ul style="list-style-type: none"> -Maison de la Famille -Centre Ressources-jeunesse -Éducation des adultes -Clinique externe de psychologie -Groupe Image au 	

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
	Témiscamingue -Maison Le Soleil levant -Groupe à Amos (s'exprimer sans agresser)	
CLSC Mercier-Est/Anjou		
CLSC NDG/MTL-O		
CLSC René-Cassin		
CLSC Rivière-des-Prairies		
CLSC St-Léonard		
CLSC St-Louis-du-Parc		
CLSC St-Michel		
CLSC Verdun/Côte St-Paul		
Club des personnes handicapées du Lac St-Louis		
Club Parentaïde		
Comité de prévention du suicide d'Amos Inc.	Groupes pour conjoints violents	
Compagnie minière Québec-Cartier (PAE)		
Complexe hospitalier de la Sagamie		
Conseil régional FTQ		
Coopère Rosemont		
COPATLA		
COPSI		
CRAT	-Centre prévention du suicide -PAE (aide aux employés)	

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
CRFO		
CSSS Matawinie		
Défi-Famille Matawinie		
D'Hommes à Hommes Inc.		
Dîners rencontres St-Louis de Gonzague		
Direction de la santé publique Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine		
Direction de santé publique de Québec		
Donne-Toi une Chance		
Dopamine		
Éducation Coup-de-fil		
Entraide au masculin Côte-Sud Inc.	-Maisons de jeunesse -Tandem Jeunesse (La Pocatière)	
Entraide Léo Théorêt		
Entraide Pères-Enfants séparés de l'Outaouais	Après-Rupture	
Équipe La petite rencontre, Club des handicapés, Résidence La Chaumière		
Espoir nouveau – Centre pour personnes âgées		
GAPI		
Gîte Ami		
Gîte Jeunesse		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
Groupe communautaire L'itinéraire		
Groupe Cou...rage		
Groupe d'entraide de la Sclérose en plaques de l'Ouest de l'Île	Les Amis de la santé mentale (Dorval)	
Groupe d'entraide de Mercier- Ouest		
Groupe d'entraide Lachine		
Groupe d'intervention en violence	-Gai écoute -Gris Montréal	
Groupe IMAGE du Témiscamingue Inc.		
Habitations à ciel ouvert		
Homme alternative (Halte Bois- Francs)		
Hommes Sept-Îles		
Hôpital Jean-Talon et Pères séparés		
Hôpital juif de réadaptation		
Huel, René		
Impact, groupe en santé mentale		
Interaction famille Hochelaga- Maisonneuve		
Interface Baie-des-Chaleurs		
L'Autre-Toit du KRTB		
La Bouée régionale		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
La Bouffée d'Air du KRTB		
La Cordée Transit de Jour Inc.		
La Cuisine collective Hochelaga-Maisonneuve -Cuisine collective -Groupe en pré-employabilité -Entreprise d'insertion		
La Débrouille	C-TA-C (Contre toute agression conjugale)	
La Gigogne		
La Lueur du phare de Lanaudière		
La Maison à Petits pas	Étudiants masculins dans cégeps et universités	
La Maison Buissonnière		
La Maison d'Entraide St-Paul et Émard		
La Maison de la Famille du Témiscouata Inc.		
La Maison M.G.R.		
La Mission Bon accueil		
L'Entre-acte « Maison de famille »	-Maison de compagnon -Trait d'Union	
L'Entretoise du Témiscamingue Inc.	Groupe Image	
L'Envol SRT		
Le Cran... d'Arrêt		
Le Mensuel « Content d'être un gars »	-Maison père-enfant du Québec -Sicp	

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
	<ul style="list-style-type: none"> -Oxygène -Table de concertation pour la condition paternelle -Comité des parents non gardiens -Papiplus -Option santé 	
Le Mûrier Inc		
Le Portail		
Le Refuge des jeunes de Montréal		
Le Répit du passant	<ul style="list-style-type: none"> -MAINS Bas St-Laurent -Contre toute agression conjugale (CTAC) 	
Le Seuil de l'Estrie Inc.		
Les ambassadeurs du 3 ^e âge		
Les Centres jeunesse		
Les déprimés anonymes Inc.		
Les habitations Oasis de Pointe St-Charles		
Les Œuvres de la Maison du Père	<ul style="list-style-type: none"> -Accueil Bonneau -Old Brewery Mission -La Mission Bon accueil 	
Maison d'Entraide l'Arc-en-ciel	<ul style="list-style-type: none"> -Maison de Job -Portage Québec 	
Maison d'Haïti		
Maison de la famille du Grand-Portage		
Maison de la famille Rouyn-Noranda		
Maison de Parents de la Matawinie		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
Ouest		
Maison des Familles de LaSalle		
Maison des jeunes de Pierrefonds		
Maison des jeunes de Pointe St-Charles		
Maison des jeunes d'Outremont		
Maison Habit-Action (Drummond.)		
Maison Hina		
Maison Plein Cœur		
Maison Revivre		
Maison St-André de La Sarre		
Maison St-Jacques		
Maisonnette des Parents	Le Levier	
Manoir du Chemin pour la Sobriété		
OPTION- Une alternative à la violence conjugale et familiale		
PAIX – Programme d'aide et d'intervention en violence conjugale et familiale		
PAPI Plus		
Parents et Amis du bien-être mental		
Parents-Unis Repentigny		
Parrainage civique de la banlieue Ouest		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
Parrainage civique de l'Est		
Parrainage civique de Montréal		
Partage au Masculin		
Partagence		
Pères Séparés Inc.		
Plein Milieu		
Premier Arrêt		
PRO-GAM Inc.		
Projet changement (Centre comm. pour aînés)		
Projet TRIP		
RAIDDAT		
Régie régionale Côte-Nord		
Regroupement d'entraide sociale du Témiscamingue		
Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval	<ul style="list-style-type: none"> -Féd. Des ass. des familles monoparentales et recomposées du Québec -Féd. Québécoise des organismes familles -Dirigeants des villes et municipalités (maires, conseillers) -Club sportifs, Clubs sociaux, AA, Lions, Richelieu, Chevaliers de Colomb) 	
RePÈRE		
Réseau bénévoles de Verdun Inc.		
Réseau de la santé Basques		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
Réseau de santé et de services sociaux des Basques		
Réseau Hommes Québec		
Réseau Santé Kamouraska		
Ressources Troisième âge Lachine		
Revivre		
SAC – Service d'aide aux conjoints		
Service d'aide communautaire Anjou		
Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS)		
Service de nutrition et d'action communautaire		
Service d'interprète d'aide et de référence aux immigrants (SIARA)		
Service pour Hommes impulsifs et colériques de Charlevoix	-Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence -Mouvements féministes	
Services communautaires catholiques		
Services communautaires Cyprès		
Suicide Action Montréal		
Tandem-Jeunesse		
Trajectoires Hommes du KRTB		
Travail de rue Repentigny		
Uniforêt Scierie Pâte Inc.		

Organisme	Suggestion d'autres organismes	Expédié
Unité Domrémy Val d'Or		
Villa Marie-Claire Inc.		
Ville de Port-Cartier (PAE)		
Vision d'Espoir		
Vivre sans violence		
Y des Femmes de Montréal		
YMCA (Centre de jour l'Espadrille)	-La Relance Jeune et famille -Café rencontre	
YMCA de Montréal (SAE)		
YMCA (Travaux compensatoires)	-OPTION -Fondation d'aide Sida?-direct -Comité social du Vieux-Port -St-James drop-in Centre -Armée du salut –Centre Booth -La maison Père-enfant	
Total : 266		

2003/04/14

**ANNEXE 6 : Sondage auprès des organismes québécois
concernés par la réalité des hommes
-PARTIE À CONSERVER-**

Bonjour,

Le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes sollicite votre participation afin connaître votre opinion sur différents points qui concernent son mandat. Une autre initiative est également menée concurremment auprès de plusieurs d'entre vous puisque M. Germain Dulac a été mandaté pour réaliser un inventaire quantitatif des organismes communautaires oeuvrant auprès des hommes. Ces deux opérations sont complémentaires.

Avant de vous questionner, le comité vous invite à prendre connaissance des lignes qui suivent pour bien comprendre la démarche entreprise.

Le contexte du sondage

En juin dernier, monsieur Roger Bertrand, ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et à la Prévention, décidait de mettre sur pied un comité de travail afin d'examiner la situation vécue par les hommes et de définir des priorités d'action en matière de promotion, de prévention et d'intervention. Ce comité, sous la présidence de monsieur Gilles Rondeau, réunit un certain nombre d'intervenants des réseaux communautaires et publics et de chercheurs sensibilisés à la cause des hommes.

Traiter de la réalité des hommes n'est pas nouveau en soi. Déjà, il y a 25 ans, des premiers groupes d'hommes se préoccupaient de nombreux sujets qui occupent encore actuellement une place importante. À cette époque, on retrouvait les premières réflexions, non pas en réaction ou en s'opposant au féminisme mais plutôt en cherchant à mieux saisir les effets nocifs et les aspects positifs de la socialisation masculine à partir de paroles d'hommes, de témoignages.

Le présent document a été élaboré aux fins de permettre au comité de recueillir dès le début de ses travaux les avis, commentaires et recommandations de ces personnes ou groupes, particulièrement de celles et ceux qui œuvrent auprès des hommes. Il présente d'abord le contexte dans lequel le comité a été créé, expose ensuite une première ébauche de la situation vécue par les hommes, puis explicite la nécessité de développer une perspective différente de la réalité masculine. Il se termine par une grille de cueillette de données qui permettra aux organismes sollicités de participer à l'élaboration du portrait et à l'analyse des besoins des Québécois.

Le défi du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes

Même si la majorité des hommes québécois se portent relativement bien, plusieurs vivent des difficultés multiples, complexes et souvent très graves pour lesquelles des diagnostics circonstanciés et des solutions systémiques doivent obligatoirement être privilégiées. Pensons par exemple, aux difficultés actuelles des garçons dans le système scolaire, au taux de suicide

élevé que les garçons et les hommes connaissent et aux détresses vécues par ces derniers lors des ruptures d'union.

Le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, nouvellement créé, a été chargé de tracer un portrait des besoins des hommes en vue d'établir les priorités d'action qui vont permettre une amélioration de leur situation personnelle, conjugale et familiale. D'emblée, les membres du comité ont choisi de privilégier une approche globale de promotion et de prévention et se sont dits préoccupés par une sensibilisation plus large et un travail en amont. Ils s'inscrivent en faux en regard de la stigmatisation associée à l'expression « hommes en difficulté » et considèrent important que la société envisage les hommes d'une autre façon qu'en fonction des problèmes qu'ils vivent.

Le défi auquel ils ont à faire face est triple : Comme il s'agit du premier comité de travail officiellement mis sur pied pour traiter des questions des hommes, il leur revient de lui donner une coloration qui servira éventuellement de référence à toute initiative ultérieure ; il leur faut aussi instaurer une perspective différente et se doter d'une vision commune du genre masculin ; en troisième lieu, ils doivent finalement, de manière rapide et avec une économie de moyens, établir des priorités d'intervention en matière de soutien aux hommes et prévoir l'organisation d'une réponse qui collera réellement à leurs besoins.

Une première ébauche de la situation vécue par les hommes

Pour faire face à ce triple défi, les membres du comité¹ disposent d'une expertise « terrain » qui leur a permis de dresser une première ébauche de la situation vécue par les hommes. Selon celle-ci, les principaux éléments doivent être analysés en regard des contextes particuliers et sous l'angle des discours tenus actuellement à l'égard des hommes.

Huit dimensions sont ressorties de l'examen initial de la situation des hommes : la santé mentale et physique, l'éducation, la sexualité, la paternité, la vie professionnelle, les questions légales et juridiques, les styles de vie et les attitudes et l'inadéquation relative des services offerts aux hommes.

Au chapitre de la santé physique, on note une sous-utilisation des soins de santé, des tests et des examens, la consommation de substances toxiques, le style de vie et la négligence de facteurs associés de près à la santé comme la nutrition, l'activité physique, ; en regard de la santé mentale, on observe des tendances à l'isolement et une lacune au niveau du réseau social de soutien. En ce qui a trait à l'éducation, la baisse de motivation des garçons a été constatée de même qu'une manifestation d'agressivité caractérisée de leur part. Les problèmes érectiles, l'acceptation de l'orientation sexuelle et la pratique d'activités à risque ont été mentionnés en regard de la sexualité. La fragilisation de la paternité et l'exclusion du père dans certains milieux ont fait l'objet de discussions animées.

Les difficultés de concilier travail et famille et les conséquences plus sérieuses de l'inactivité professionnelle ou de la perte d'emploi ont été répertoriées. Les orientations récentes en matière

¹ La liste des membres du comité se retrouve en fin de texte

de droit familial et le panier de mesures plus coercitives à l'endroit des hommes à la suite des ruptures d'union ont été ramenés. Les réactions de fuite dans le jeu, le sexe et la consommation ont aussi été dénoncées. Le comité a aussi été amené à considérer qu'il existe, à certains égards, une différence plus marquée entre certains groupes d'hommes qu'entre les hommes et les femmes.

Finalement, les membres du comité jugent que les hommes et les garçons sont plus souvent perçus à tous les niveaux comme une clientèle difficile à servir. Ils sont également d'avis que les services ne sont pas suffisamment adaptés à la réalité masculine, notamment en ce qui a trait aux heures d'ouverture et à l'aménagement physique des lieux.

Toutes ces dimensions ont besoin d'être situées dans la perspective des changements sociaux récents (éclatement familial, précarisation de l'emploi, mondialisation), des changements de valeurs (scolarisation poussée des femmes, manque de modèles masculins crédibles) et de l'évolution des facteurs de socialisation. Elles doivent aussi s'inscrire dans le discours actuel à l'égard des hommes d'où émergent un phénomène nouveau appelé « misandrie » alors que surgissent plusieurs nouveaux éléments positifs, comme l'ouverture plus marquée à la discussion et à l'aide.

La création d'une perspective différente sur les réalités vécues par les hommes

Au cœur de tout le travail de déblaiement et de priorisation qui constitue la base même de la réalisation de leur mandat, se trouve l'obligation, pour les membres du comité, de créer une perspective différente sur les réalités vécues par les hommes avec laquelle la majorité des garçons et des hommes du Québec se sentiront à l'aise.

Une telle création ne peut se faire en instantané et elle nécessite d'être nourrie abondamment et par plusieurs sources. Voilà pourquoi le comité entend prendre contact le plus largement possible, dans les limites de son mandat et des délais qui lui sont impartis pour le réaliser.

Dans un premier temps, tous les organismes ou établissements qui réalisent des programmes ou des activités auprès des hommes sont particulièrement visés. Il s'agit de recueillir auprès d'eux les données qui pourront compléter la première ébauche du portrait de situation déjà réalisée, en même temps qu'il convient de se saisir des opinions et des réflexions déjà menées afin d'être à même de bien établir les priorités d'intervention en matière de soutien aux hommes.

À cet égard, un bref questionnaire a été préparé. Il est joint à la présente. En le complétant, chaque organisme sollicité participera à l'élaboration du portrait et à l'analyse des besoins des Québécois.

Les membres du comité de travail vous remercient de votre collaboration :

Gilles Rondeau, président, École de service social de l'Université de Montréal, Sylvain Camus, Pères séparés, Robert Cormier, à cœur d'homme, Lucie Gagnon, ministère de la Famille et de l'Enfance, Pierre Gareau, Réseau Hommes Québec, Laurent Garneau, Centre de prévention du

suicide, Michel Lavallée, Autonhommie, Guy Mercier, ministère de la Santé et des Services sociaux, Claude Roy, Centre préventif d'hébergement à la famille, Yvon Saint-Hilaire, CLSC-CS des Sept-Rivières, Gilles Tremblay, École de service social de l'Université Laval.

Sondage auprès des organismes québécois concernés par la réalité des hommes

-PARTIE À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE : M. Guy Mercier, MSSS, 1075, chemin Ste-Foy, 8^e étage, Québec (Québec) G1S 2M1 **ou** guy.mercier@msss.gouv.qc.ca

Identification du répondant :

Nom de l'organisme : _____ Principaux services offerts : _____
Adresse de l'organisme : _____
Courriel : _____
Nom du répondant : _____
Fonction du répondant auprès de l'organisme : _____

Q#1 : Concernant la clientèle masculine, dans votre pratique d'intervention, quelles sont les principales difficultés auxquelles vous êtes confronté ?

Q#2 : Dans quelle mesure les services que vous offrez parviennent-ils à répondre aux besoins des hommes ?

Q#3 : Dans quelle mesure l'ensemble des services disponibles répondent-ils adéquatement aux besoins des hommes ?

Q#4 : Selon vous, quelles devraient être les priorités d'action auprès des hommes (promotion, prévention, intervention) ?

Q#5 : Selon vous, quelles sont les pratiques les plus prometteuses auprès de hommes ?

Q#6 : Autres commentaires ou suggestions que vous aimeriez porter à l'attention du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes.

(Facultatif et uniquement dans le cas des réponses transmises avant le 14 février) Inscrivez un ou des organismes à qui ce questionnaire devrait être adressé.

LES OPINIONS DES ORGANISMES ET DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À L'ÉGARD DES SERVICES OFFERTS AUX HOMMES

Telles que recueillies du 7 février au 15 avril 2003

Introduction

Dans le cadre du mandat gouvernemental qui lui a été confié en juin 2002 et qui consiste à traiter de la réalité des hommes au Québec, le *Comité de prévention et d'aide aux hommes*² a pris l'initiative de recueillir les opinions et les commentaires des organismes et des établissements qui oeuvrent directement ou indirectement auprès des hommes. Il voulait ainsi donner l'occasion au plus grand nombre possible d'intervenants de s'exprimer sur la question et comptait, par le fait même, s'assurer de toucher vraiment leurs préoccupations.

Deux opérations concurrentes ont été menées à cette fin : des rencontres ont été proposées aux experts les plus impliqués dans le dossier ainsi qu'à quelques représentants d'organisme tandis qu'une présentation écrite et un court questionnaire étaient distribués dans le réseau de la santé et des services sociaux par l'entremise des dix-huit (18) régions régionales.

Le présent document résume l'essentiel des opinions et des commentaires qui ont été recueillis à partir de la deuxième opération. Il expose d'abord en quoi consistait la demande adressée aux organismes et aux établissements du réseau et comment ces derniers y ont réagi. Il résume ensuite les opinions et les commentaires qui ont été retournés au comité pour, finalement, proposer une interprétation générale de ceux-ci.

1. La demande adressée aux organismes et aux établissements du réseau

Un document de cinq pages a été expédié aux organismes et aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux par l'entremise de chacune des dix-huit régions régionales. Leur collaboration avait été préalablement sollicitée par les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

² Sous la présidence de Gilles Rondeau, de l'École de service social de l'Université de Montréal, le comité est composé de Sylvain Camus, de l'organisme Pères séparés, de Robert Cormier, d'à cœur d'homme, de Lucie Gagnon, du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, de Pierre Gareau, du Réseau Hommes Québec, de Laurent Garneau, du centre de prévention du suicide 02, de Michel Lavallée, d'Autonhomie, de Guy Mercier, du ministère de la Santé et des Services sociaux, de Claude Roy, du Centre préventif d'hébergement à la famille, d'Yvon St-Hilaire, du CLSC des Sept-Rivières et de Gilles Tremblay, de l'École de service social de l'Université Laval.

1.1 La description du document expédié aux organismes et aux établissements

Le document expédié aux organismes et aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux comprenait une partie à conserver et une partie à retourner.

La partie à conserver avait d'abord pour but d'informer les organismes et les établissements du réseau de l'existence du comité. Il s'agissait d'expliquer la démarche entreprise, en rappelant que le fait de traiter de la réalité des hommes n'était pas une chose nouvelle en soi, même s'il s'agissait d'une première gouvernementale que de le faire. Il s'agissait aussi de tester auprès d'eux la validité d'une première typologie des dimensions les plus significatives de la situation des hommes - la santé mentale et physique, l'éducation, la sexualité, la paternité, la vie professionnelle, les questions légales et juridiques, les styles de vie et les attitudes et l'inadéquation relative des services offerts aux hommes – ainsi qu'un premier portrait de celle-ci. Finalement, cette partie du document faisait aussi la promotion de la nécessité de développer une perspective différente à l'égard de la réalité masculine.

La partie à retourner du document comprenait une série de six questions à développement.

1.2 Les réactions des organismes et des établissements rejoints

Deux cent quatre-vingt-dix-huit (298) organismes ou établissements ont répondu à la demande d'opinions qui leur avait été transmise par les régies régionales. Les réponses ont été adressées directement au ministère de la Santé et des Services sociaux, sans repasser par les régies, et elles nous sont parvenues de toutes les régions du Québec. Mentionnons que parmi les réponses reçues, soixante-et-une (61) provenaient d'un CLSC ou d'un CHSLD et cent vingt-quatre (124) nous étaient retournées par des organismes oeuvrant exclusivement auprès des hommes.

Plusieurs organismes ou établissements rejoints ont exprimé être à l'aise avec la typologie et le portrait proposés par le comité. Certains ont même repris dans leurs commentaires un ou l'autre passages de la partie du document à conserver, notamment ceux à saveur « sociale ». À ce sujet, il y a lieu de souligner que le recueil d'opinions auquel le comité s'est livré est fortement teinté par le domaine de compétences des répondants, les opinions recueillies touchant plus directement la santé et les services sociaux. Il convient d'insister également sur le fait que ces opinions sont celles des intervenants oeuvrant auprès des hommes plutôt que celles des hommes eux-mêmes. En effet, si ces intervenants sont des informateurs clés crédibles quant aux problèmes fréquemment rencontrés dans leur pratique, ils ne peuvent pas être utilisés pour rendre compte de la situation vécue réellement par les hommes.

2. Les opinions formulées par les organismes et les établissements

Le texte qui suit résume les opinions les plus fréquemment formulées par les organismes et les établissements en réponse à chacune des six questions.

2.1 Les réponses reçues à l'égard de la question #1 : *Concernant la clientèle masculine, dans votre pratique d'intervention, quelles sont les principales difficultés auxquelles vous êtes confronté?*

Deux cent quatre-vingt-cinq (285) organismes ou établissements ont formulé des réponses à cette question. Elles ont été classées selon la nature des difficultés mentionnées et par ordre d'importance, en commençant par les plus fréquentes.

En ce qui a trait aux difficultés *vécues par les hommes eux-mêmes*, les problèmes qu'ils éprouvent à se confier et à demander de l'aide ont été particulièrement notés, de même que leur isolement et leur non-persévérance dans le traitement. Viennent ensuite, mais beaucoup plus loin, le manque d'hébergement et les comportements à risque.

En ce qui a trait aux difficultés *reliées à certaines pathologies*, la dépendance aux comportements violents, aux substances et au jeu ainsi que la dépression ont été particulièrement notées.

En ce qui a trait aux difficultés *vécues par les organismes oeuvrant auprès des hommes*, le manque de ressources spécialisées a été particulièrement noté et, à moindre incidence, le manque de ressources financières.

En ce qui a trait aux difficultés *vécues à la suite d'éléments déclencheurs*, les complications engendrées par le fait que les hommes consultent en situation de crise ont été particulièrement notées, suivies d'assez près par tout ce qui entoure les ruptures d'union.

Enfin, en ce qui a trait aux difficultés *découlant de préjugés*, le mauvais accueil au niveau des services et le comportement de la cour ont été signalés.

2.2 Les réponses reçues à l'égard de la question #2 : *Dans quelle mesure les services que vous offrez parviennent-ils à répondre aux besoins des hommes?*

Deux cent quatre-vingt-trois (283) organismes ou établissements ont formulé des réponses à cette question. Elles ont été classées en trois groupes : celles qui étaient résolument affirmatives, celles qui contenaient des bémols plus ou moins importants, et celles qui étaient résolument négatives.

Cent trente-et-une (131) réponses étaient résolument affirmatives alors que cent quarante-et-une (141) apportaient des bémols. Un nombre négligeable, soit onze (11) étaient négatives.

2.3 Les réponses reçues à l'égard de la question #3 : Dans quelle mesure l'ensemble des services disponibles répondent-ils adéquatement aux besoins des hommes?

Seulement cent soixante-et-un (161) organismes ou établissements ont formulé des réponses à cette question. À l'instar de celles qui ont été rapportées à la question précédente, elles ont été classées en trois groupes : celles qui indiquaient une opinion à l'effet d'un niveau élevé de couverture des besoins des hommes, celles qui indiquaient une opinion à l'effet d'un niveau faible de couverture des besoins des hommes et celles qui se situaient entre les deux genres d'affirmation.

Cent huit (108) réponses manifestaient une opinion à l'effet d'un niveau faible de couverture des besoins des hommes alors que trois (3) seulement indiquaient une opinion inverse.

2.4 Les réponses reçues à l'égard de la question #4 : Selon vous, quelles devraient être les priorités d'action auprès des hommes?

Deux cent quarante-six (246) organismes ou établissements ont formulé des réponses à cette question. Des suggestions de promotion ont été faites à cent sept (107) reprises, des suggestions de prévention l'ont été soixante-sept (67) fois et quatre-vingt-dix-sept (97) suggestions d'intervention ont été portées à l'attention du comité.

En ce qui a trait aux suggestions de promotion, les plus nombreuses se rapportent à l'importance d'aller chercher de l'aide, à la paternité, à l'identité et à l'image positive des hommes et à la publicité à l'égard des ressources disponibles.

En ce qui a trait aux suggestions de prévention, le suicide ressort beaucoup, de même que l'importance de la communication et, encore une fois, l'intérêt d'aller chercher de l'aide. La question de la prévention de la violence et le soutien auprès des pères reviennent aussi assez souvent.

En ce qui a trait aux suggestions d'intervention, l'adaptation des services, des ressources et des lieux d'accueil et de soins vient en tête de liste, suivie de très près par la nécessité de disposer de lieux d'accueil et d'hébergement plus nombreux, mieux connus et plus accessibles. Des interventions spécifiques sont aussi mentionnées, notamment autour de la rupture d'union et de la paternité. Enfin, on suggère la création de différentes instances régionales et centrales de manière à créer une synergie autour du dossier des « hommes ».

2.5 Les réponses reçues à l'égard de la question #5 : Selon vous, quelles sont les pratiques les plus prometteuses?

Deux cent trente-neuf (239) organismes ou établissements ont formulé des réponses à cette question. Les suggestions les plus fréquemment émises mettent l'accent sur l'importance d'orienter les interventions vers la recherche de solutions concrètes, sur l'importance de former des intervenants masculins et sur la pertinence des groupes d'entraide. La valorisation de la paternité fait aussi l'objet de plusieurs commentaires, de même que l'accessibilité des services et des horaires.

Certaines réponses ciblent aussi directement une pratique ou une approche : la campagne « demander de l'aide, c'est fort », le groupe « Guy Corneau », la caserne 18-30 dans Hochelaga-Maisonneuve, la maison Oxygène dans Hochelaga-Maisonneuve et les pratiques des ressources spécialisées tels Option et Progam.

2.6 Les réponses reçues à l'égard de la question #6 : Autres commentaires ou suggestions que vous aimeriez porter à l'attention du comité.

Cent soixante-deux (162) organismes ou établissements ont profité de l'occasion pour formuler des commentaires additionnels en réponse à la question #6. La grande majorité de ceux-ci recoupe des commentaires ou suggestions déjà compilés aux questions précédentes. Certains, par contre, sont exprimés pour la première fois, tel :

- Le questionnement sur la loi pour « faciliter le paiement des pensions alimentaires » et l'absence de loi pour « faciliter le respect des ententes de garde »;
- L'insistance à l'effet de ne pas adopter une attitude d'opposition par rapport à la condition féminine; et,
- L'importance à accorder au niveau du travail à faire sur le changement des mentalités.

Mentionnons finalement que l'initiative du comité à l'effet de solliciter les opinions et les commentaires des intervenants du réseau a été très bien reçue dans le milieu, plusieurs félicitations ayant été formulées expressément en ce sens.

3. L'interprétation des opinions et des commentaires reçus

En première analyse, un fait saute aux yeux : Les représentants des organismes et des établissements qui ont répondu à la demande du comité sont tous très conscients à l'égard des besoins des hommes et plusieurs d'entre eux affichent une attitude résolument

positive à l'égard de la « cause des hommes ». Outre cela, la facilité avec laquelle ils ont accepté de collaborer et leur enthousiasme à le faire méritent aussi d'être soulignés.

Une fois cela dit, même si tous les intervenants sont d'accord sur le fait qu'il importe de s'occuper des besoins des hommes, tous ne s'entendent pas sur la meilleure façon de le faire. Les suggestions varient ainsi beaucoup selon la mission de l'organisme ou de l'établissement, selon sa clientèle et selon les modes d'intervention qu'ils privilégient auprès d'elle.

En tenant compte des liens entre les réponses formulées aux différentes questions, les constatations suivantes ont quand même pu être établies :

- Il y a un besoin pressant de mettre sur pied un service d'urgence à l'intention des hommes puisque ces derniers consultent surtout en situation de crise;
- Un tel service devrait surtout fonctionner avec des intervenants masculins, mieux habilités, semble-t-il, à transiger avec des hommes en situation de crise;
- La prévention du suicide devrait faire partie des axes d'intervention prioritaires des services d'urgence à l'intention des hommes; et,
- La question des hommes mérite vraiment que l'on instaure une réflexion permanente au niveau régional et central et que des réseaux soient créés afin de faire évoluer cette réflexion.

Conclusion

La réponse enthousiaste des deux cent quatre-vingt-dix-huit (298) organismes ou établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui ont répondu à la demande du comité a permis à ce dernier de disposer d'énormément d'informations privilégiées sur ce que vivent les intervenants oeuvrant auprès des hommes et sur les perceptions qu'ils ont quant à la situation vécue par ceux-ci.

Le présent texte n'a fait que résumer les principales suggestions et les commentaires les plus fréquemment formulés, en vue d'un retour auprès des répondants qui se sont prêtés à l'exercice. Il importe toutefois de préciser que chacun des commentaires et chacune des suggestions ont été portés à l'attention de chacun des membres du comité. Ces derniers tiennent d'ailleurs à profiter de l'occasion pour exprimer leur appréciation des commentaires reçus et du sérieux avec lequel ils ont été formulés.

LG/DPF/DGPF/septembre 2003

ANNEXE 7 : Liste des personnes rencontrées par le comité :

- Réunion du 21 janvier 2003 : Mme Sonia Tennina, Bureau du coroner
M. Guy Dubé, Partage au masculin
M. Gilbert Claes, Après-Rupture
- Réunion du 18 février 2003 : MM. Denis René et Gaétan St-Arnault, Criphase
Mme Francine Burnonville, Fédération des travailleurs du Québec
M. Martin Nombé, ACCÉSSS
Mme France Robertson, Association des femmes autochtones du Québec
- Réunion du 18 mars 2003 : M. Pierre Bertelot, Santé publique
Mme France Émond, RAMQ
M. Yvan d'Amours, MEQ
Mme Francine Allard, Santé publique Qc
- Réunion du 17 avril 2003 : M. Jean-Guy Cormier, Centre Dollard-Cormier
M. Dominique Dabate, Programme d'aide à l'accès à l'enfant
MM. Jean Bélanger, Yves C. Nantel, Pierre Turcotte et Robert Cormier, à cœur d'homme
- Réunion du 16 mai 2003 : M. Guy Mercier, MSSS
M. Laurent Garneau, Centre de prévention du suicide 02
- Réunion du 9 juin 2003 : M. Michel Lavallée, Autonhommie
MM. Pierre Gareau et Fernand St-Onge, Réseau Hommes Québec