



PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE des hommes

2017 ■ 2022

Rédaction :

Michel Lavallée, coordonnateur du dossier SBEH

Supervision :

Lynda Fortin, directrice de la Direction de la planification et des orientations stratégiques

Collaboration :

Samuel Legault-Mercier, Julien Sirois, Ariane Fréchette, Jacques Rhéaume, Mathilde Roy, Marie-France Boudreault, Stéphane Ruel, Riyas Fadel, Christine Pakenham, Johanne Villeneuve, Sophie Bélanger, Sabrina Fortin, Sylvie Hains, Gaéтан Parenteau, Émilie Rochette, Chantal Labrecque, Jean-François Vézina, Bahar Tuncay, Patrice Boudreault, Marie-Andrée Gourde, Amélie Légaré, Olivier Grégoire

Révision linguistique :

Gilles Bordage

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document peut être consulté en ligne à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications**.**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-79303-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

Peut-on vraiment intervenir auprès des hommes en difficulté sans s'appuyer sur une perspective qui serait inclusive du vécu masculin? Maintenant que les hommes s'expriment davantage sur leur expérience intime, nous sommes forcés de remettre en question nombre de stéréotypes sociaux à l'égard des hommes, qui font partie de notre imaginaire collectif et qui peuvent influencer la pratique de l'intervention psychosociale.

(Germain Dulac, *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*, A.I.D.R.A.H., Montréal, 1999, p. VIII)



Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

Le groupe que constituent les hommes représente la moitié de la population québécoise. Loin d'être homogène, il rassemble une grande diversité de profils et de besoins en matière de santé et de services sociaux. Toutefois, certaines constantes demeurent et les enjeux qui leur sont reliés nous ont incités à élaborer une offre de service mieux adaptée à leurs besoins.

Le Plan d'action ministériel pour la santé et le bien-être des hommes 2017-2022 est une étape importante pour y arriver. Celui-ci vise notamment à nous donner les moyens d'intervenir sur les facteurs de vulnérabilité qui concernent davantage les hommes afin d'avoir une incidence positive sur leur santé, mais aussi sur celle de leur entourage, notamment des femmes et des enfants.

Pour atteindre notre but, il faut orienter nos actions vers trois grands axes : nous devons d'abord mieux rejoindre les hommes, ensuite nous devons améliorer notre compréhension de leurs réalités et des facteurs de vulnérabilité qui les affectent pour, enfin, adapter nos services afin de mieux répondre à leurs besoins. Ce sont là les balises qui guideront la mise en œuvre de mesures efficaces destinées à mieux soutenir les hommes devant les défis auxquels ils sont confrontés.

Je suis convaincu que nous pourrons mieux agir auprès des personnes qui composent ce groupe. En intervenant le plus en amont possible des problèmes qui les affectent, mais aussi en leur offrant des services qui répondent de manière précise à leurs besoins, nous contribuerons à leur mieux-être et à celui de l'ensemble de la société québécoise.

Gaétan Barrette

Table des matières

Introduction	1
1 Le contexte	3
1.1 Portrait de santé.....	3
1.2 L'évolution de l'action en SBEH au Québec	7
1.3 Des assises sur lesquelles bâtir.....	9
1.4 Quelques constats	9
2 Le plan d'action en santé et bien-être des hommes 2017-2022	11
Orientation 1 : Mieux rejoindre la population masculine par les stratégies de promotion et de prévention	11
Orientation 2 : Adapter les services pour en améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes.	16
Orientation 3 : Améliorer la compréhension des dynamiques masculines et les pratiques pour répondre aux besoins des hommes	20
3 Le suivi et l'évaluation	25
Annexe 1 : Synthèse des actions	26
Références	27

Introduction

La santé et le bien-être des hommes (SBEH) constituent, en soi, un domaine d'étude et de pratique. Les hommes représentent 50 % de la population et, comme tout groupe de population, ils ont des caractéristiques et des besoins singuliers. Bien sûr, les hommes ne forment pas un groupe homogène et il convient donc de porter une attention particulière à ceux qui risquent davantage de se retrouver en contexte de vulnérabilité.

Le plan d'action en SBEH s'inscrit en complémentarité avec celui sur la santé et le bien-être des femmes, et repose notamment sur la prise en compte de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) afin de mieux répondre aux besoins. L'article 1 de la Loi sur la santé et les services sociaux définit la santé comme « la capacité physique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer de manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». Ainsi, il s'avère essentiel de reconnaître que l'intervention auprès des hommes aura une incidence non seulement sur leur santé, mais aussi sur celle de leurs proches, notamment des femmes et des enfants.

Par ailleurs, la socialisation est un facteur important de la construction d'une identité de genre, notamment de la masculinité, et peut influencer les attitudes et les comportements. Ainsi, la SBEH doit tenir compte des rôles sociaux auxquels les hommes sont conviés. Par exemple, certaines mesures ont été mises en place pour soutenir l'engagement paternel et d'autres, pour venir en aide aux pères en difficulté.

Le présent plan d'action s'inscrit en continuité avec les actions mises en œuvre dans le cadre des *Priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes*. Afin de mieux saisir les enjeux de ce domaine d'intervention, les résultats des études et des rapports sur la question ont été pris en compte. Notamment, le Comité de suivi des actions en SBEH a déposé, en 2014, le rapport *La nécessaire consolidation du programme et des ressources en SBEH*¹. Une consultation a aussi été réalisée auprès des principaux représentants des milieux de la pratique et de la recherche en SBEH à l'automne 2016.

Le plan d'action en SBEH 2017-2022 repose sur des orientations et des actions claires et précises qui seront l'objet d'un suivi rigoureux. Il prend en compte les actions et priorités précédentes, s'appuie sur les acquis réalisés au cours des années et sur une analyse :

- de la santé et du bien-être des hommes;
- du contexte général de l'intervention actuelle;
- des enjeux perçus;
- des données probantes actuelles.

Les actions pour améliorer la santé et le mieux-être des hommes sont cohérentes avec les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Le plan d'action en SBEH intègre aussi plusieurs des principes de développement durable. En effet, il souscrit aux principes de santé et de

qualité de vie, d'équité et de solidarité sociale ainsi que d'accès aux savoirs. Les actions proposées visent l'amélioration de la qualité de vie et des services offerts aux hommes, notamment aux plus vulnérables. De plus, elles favorisent la promotion et la prévention ainsi que l'enrichissement de la compréhension des dynamiques masculines et des pratiques, ce qui a pour effet de sensibiliser et d'outiller davantage les intervenants par rapport aux défis et interventions adaptées aux hommes.

L'adaptation des services aux hommes, dont les pères, favorisera aussi l'atteinte de certaines cibles du plan stratégique du MSSS 2015-2020, notamment en matière d'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne. Que ce soit pour la promotion des saines habitudes de vie, le développement global des enfants, la prévention du suicide, la réduction de la consommation d'alcool ou de drogues ou de la pratique du jeu, etc., les caractéristiques de la population masculine devront être prises en compte pour que les objectifs de la Politique gouvernementale de prévention en santé et les cibles du Programme national de santé publique (PNSP) soient atteints.

1 Le contexte

1.1 Portrait de santé

Espérance de vie

En 2015, l'espérance de vie à la naissance des hommes était de 80,2 ans alors que celle des femmes était de 84,1 ans. Cet écart ne cesse de diminuer depuis 1980, passant de 7,6 années en 1980-1982 à 4 ans en 2015². Dans les milieux socioéconomiques plus défavorisés, l'espérance de vie à la naissance est inférieure. En 2011, par rapport aux hommes plus favorisés, l'écart relatif à l'espérance de vie était inférieur de 6 ans pour les hommes moins favorisés sur les plans matériel et social³.

En raison de l'espérance de vie moins élevée des hommes, le rapport de masculinité dans la population québécoise diminue rapidement chez les aînés. En 2016, chez les 65 ans et plus, on comptait 82,1 hommes pour 100 femmes; chez les 95 ans et plus, le nombre d'hommes pour 100 femmes chutait à 21,7⁴.

Habitudes de vie, facteurs de risque et santé

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être fumeurs, consommateurs de drogues et d'avoir des problèmes de jeu; la consommation excessive d'alcool est également un problème qui les concerne davantage⁵. En 2013-2014, la proportion d'hommes de 12 ans et plus présentant un problème de consommation excessive d'alcool était de 25,8 %, soit 10,5 points de pourcentage supérieure à celle des femmes du même âge⁶. Par ailleurs, davantage d'hommes que de femmes sont touchés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 2014, 81,7 % des nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués étaient des hommes. Parmi ceux-ci, trois sur quatre avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cette donnée n'inclut pas les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) qui s'injectent des drogues⁷.

Entre 2005 et 2013-2014, la proportion de personnes présentant un surplus de poids a augmenté de 5 %. En 2013-2014, trois hommes de 18 ans et plus sur cinq étaient en surpoids comparativement à deux sur cinq chez les femmes⁸. Les hommes sont plus touchés que les femmes par le diabète, l'hypertension artérielle et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). En 2013-2014, le taux d'hommes diabétiques de 20 ans et plus était de 7,4 pour 1 000 et celui des femmes, de 5,0 pour 1 000⁹. Le taux d'hommes de 20 ans et plus ayant de l'hypertension artérielle était de 19,0 pour 1 000 et celui des femmes, de 15,5 pour 1 000¹⁰. Toujours en 2013-2014, le taux ajusté d'hommes de 35 ans et plus atteints de la MPOC était de 7,1 pour 1 000 et celui des femmes, de 6,0 pour 1 000¹¹.

Le nombre de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) diminue avec les années. En effet, on observe une baisse de 3,7 % du nombre d'accidents et de maladies professionnelles entre 2011 et 2015¹². Le nombre de nouveaux cas de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CNESST est plus élevé chez les hommes. En 2014, environ deux victimes de lésions professionnelles sur trois étaient de sexe masculin¹³.

Causes de mortalité

Le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour les principales causes de décès (ex : tumeurs, troubles liés à l'appareil circulatoire et à l'appareil respiratoire)¹³. Toutefois, entre 2002 et 2012, les hommes ont fait des gains plus importants que les femmes pour plusieurs causes, notamment le taux de mortalité par tumeurs (diminution de 19,2 % chez les hommes et de 8,7 % chez les femmes)¹⁴.

Les hommes sont également plus susceptibles de perdre la vie en raison d'un traumatisme non intentionnel. En 2009, le nombre annuel de décès reconnus à la CNESST était de 178 chez les hommes (10/100 000) et de 7 chez les femmes (0,5/100 000)¹⁵. En 2010-2012, le taux de mortalité par accidents de véhicule à moteur pour les hommes était de 8,2 pour 100 000 comparativement à 3,4 pour 100 000 chez les femmes¹⁶.

Les décès par suicide touchent davantage les hommes que les femmes. En 2013, selon les données provisoires, le taux de suicide était 3,4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (20,7 pour 100 000 hommes comparativement à 6,1 pour 100 000 femmes). Soulignons cependant que le suicide a grandement diminué chez les jeunes hommes depuis le début des années 2000. Pour les hommes de 15 à 24 ans, le taux de suicide était de 16,2 pour 100 000 en 2010-2012, contre 27,6 pour 100 000 en 2001-2003. Par ailleurs, on observe l'écart le plus élevé entre les hommes et les femmes chez les 65 ans et plus, alors que, pour la période 2010-2012, les hommes âgés avaient un taux de suicide 5,1 fois plus élevé, soit de 21,3 sur 100 000 comparativement à 4,2 pour les femmes âgées¹⁷.

Pauvreté et itinérance

Le statut socioéconomique des individus exerce une très grande influence sur leur état de santé³. En 2012, parmi les personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments, les hommes représentaient 51,7 % des prestataires d'une aide financière de dernier recours. La majorité de ceux-ci sont des hommes seuls qui ne disposent que du montant minimum accordé. En 2013, le taux de faible revenu était plus élevé chez les femmes (11,3 %) que chez les hommes (9,9 %)¹⁸. Cependant, ces derniers sont très nombreux à se retrouver en situation d'extrême pauvreté, comme en témoignent les données disponibles sur l'itinérance au Québec¹⁹. Bien que les études sur l'itinérance dévoilent de nouvelles réalités, les hommes demeurent la population la plus touchée par ce phénomène. En 2015, les hommes représentaient 76 % des personnes en situation d'itinérance à Montréal²⁰.

Infractions

Chez les personnes âgées de 18 ans et plus, en 2013, les hommes représentaient 81,0 % des auteurs présumés d'infractions contre la personne²¹. Dans l'ensemble, les hommes sont moins souvent victimes d'infractions contre la personne et affichent un taux par 100 000 moins élevé (858,3) que les femmes (885,9). Cependant, leurs taux sont plus élevés que celui des femmes pour certaines infractions, notamment les voies de fait (495,7 c. 472,0) et le vol qualifié ou l'extorsion (94,2 c. 54,9). Les hommes de 18 ans et plus sont aussi plus nombreux à être victimes (858,3) d'une infraction contre la personne que les jeunes hommes de 12 à 17 ans (805,6)²².

Développement et réussite éducative

En 2012, près d'un garçon sur trois et d'une fille sur cinq fréquentant la maternelle étaient vulnérables dans au moins un des cinq domaines de développement : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales²³. Pour chacun des cinq domaines, la proportion de garçons vulnérables est supérieure à celle des filles²⁴. En outre, chez les enfants âgés de 3 à 14 ans, presque trois fois plus de garçons que de filles avaient reçu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention (avec ou sans hyperactivité), soit 12,8 %²⁵.

Bien qu'en décroissance depuis le début des années 2000, le décrochage au secondaire est une problématique qui affecte davantage les garçons^{26,27}. En 2012-2013, 21,9 % des garçons fréquentant l'école publique la quittaient sans diplôme ni qualification comparativement à 13,9 % des filles²⁸. De plus, les hommes sont moins portés à compléter des études de cycles supérieurs que les femmes²⁹.

Famille, rôles parentaux et domestiques

Plusieurs données montrent que les hommes s'investissent de plus en plus auprès de leur famille ou dans les tâches domestiques. En 2007, 43,9 % des nouveaux prestataires du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) étaient des hommes³⁰. Cette proportion a augmenté à 46,6 % en 2015³¹. En 2011, 28,7 % des familles québécoises étaient de type monoparental. Cette même année, près du quart des parents des familles monoparentales étaient des hommes (24 %). Cette proportion était de 22,1 % en 2006³².

Bien que le partage des tâches entre les femmes et les hommes évolue, ces derniers consacrent encore plus d'heures aux activités professionnelles et au temps libre, comparativement aux femmes qui accordent plus de temps aux activités domestiques et personnelles³³.

En 2012, 17,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient proches aidants ou proches aidantes. Bien que cette proportion soit légèrement supérieure chez les femmes (18,1 %), elle est également significative chez les hommes (17,4 %)³⁴.

Problématique émergente : hommes victimes d'abus sexuels durant l'enfance

Les enfants et les adolescents sont davantage victimes d'agressions sexuelles. En 2010, ils étaient concernés dans les deux tiers (66 %) de toutes les infractions sexuelles enregistrées par les services de police du Québec³⁵. En 2006, près d'un homme sur 10 (9,7 %) et d'une femme sur 4 (22,1 %) rapportaient avoir vécu au moins une agression sexuelle avec contact avant l'âge de 18 ans, ce qui correspond à 16 % de la population du Québec³⁶. Selon les données recueillies par les services de police en 2013, les garçons en seraient davantage victimes durant leur enfance (58,9 % sont âgés de moins de 12 ans), tandis que les filles sont davantage victimes d'infractions sexuelles à l'adolescence (61,8 % ont entre 12 et 17 ans)³⁵.

Selon les données de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada menée en 2014, seulement 5 % des agressions sexuelles ont été signalées à la police. Par ailleurs, les garçons seraient moins enclins « à

reconnaître, à admettre et à révéler l'agression sexuelle dont ils ont été victimes³⁷ ». Les agressions sexuelles chez les enfants vont entraîner des séquelles variées, immédiates ou chroniques, et peuvent avoir des effets néfastes sur le développement, la santé et le bien-être³⁵.

Groupes spécifiques

Plusieurs groupes spécifiques dans la population québécoise ont des caractéristiques singulières qui viennent teinter le portrait de santé plus général exposé ici, par exemple : les hommes des Premières Nations ou Inuits; ceux des communautés culturelles; ceux de la diversité sexuelle ou de genre; ou encore les hommes en situation de handicap, présentant une déficience physique (DP), intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le développement et le transfert de connaissances sur les diverses réalités masculines devraient contribuer à l'amélioration des pratiques et à l'adaptation des services offerts aux hommes.

1.2 L'évolution de l'action en SBEH au Québec

Les premiers organismes pour hommes apparaissent dans les années 1980. Dans les années 1990, la SBEH se constitue comme un domaine d'activité, notamment par les interventions en prévention du suicide et des ITSS (auprès des HARSAH), ainsi qu'auprès des conjoints ayant des comportements violents. La spécificité des approches pour rejoindre les hommes et intervenir auprès d'eux se précise alors.

En 2004, le rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins* (Rapport Rondeau)³⁸, est rendu public. Il présente 16 recommandations au gouvernement, dont 8 interpellent directement le MSSS. Des enjeux sont relevés concernant, notamment, le suicide chez les hommes, le décrochage scolaire chez les garçons, la rupture d'union et la garde d'enfants, les hommes en contexte de vulnérabilité ou de violence conjugale, ainsi que la capacité du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de les rejoindre et de répondre à leurs besoins. Le rapport Rondeau propose des actions pour sensibiliser les hommes à la demande d'aide, adapter les services du RSSS afin de répondre à leurs besoins, soutenir le milieu communautaire intervenant auprès des hommes et favoriser l'amélioration des pratiques.

En 2005, le MSSS nomme un coordonnateur en SBEH qui entamera une tournée des régions pour connaître, sensibiliser et mobiliser les acteurs ainsi que prendre acte des besoins constatés et des services offerts. Cette même année, une première monographie, *La santé des hommes au Québec*³⁹, est publiée.

En 2007, des projets pilotes d'intervention préventive auprès des hommes en situation de vulnérabilité sont mis en œuvre dans le cadre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (PASM 2005-2010)⁴⁰. Onze projets pilotes ont été réalisés et évalués; en 2012, le *Bilan des projets d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité*⁴¹ a été publié.

En 2009, les *Priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes* sont adoptées, accompagnées d'un budget récurrent de 750 000 dollars. Ces priorités sont :

- l'adaptation pour la population masculine des activités de promotion de la santé et de prévention des problèmes;
- l'adaptation des services destinés à la clientèle masculine modulée, notamment pour tenir compte des populations vulnérables et des réalités régionales;
- le développement des connaissances et l'amélioration des pratiques en SBEH.

En 2012, le *Rapport du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*⁴² (HIF) souligne que la majorité des HIF sont commis par des hommes et qu'il existe peu de ressources spécialisées pour hommes, autres que celles s'adressant aux conjoints ayant des comportements violents. Il note aussi la présence de problèmes concomitants, entre autres de dépendances, de violence conjugale ou encore des troubles mentaux. Il y est notamment recommandé de mettre au point des outils de dépistage de la détresse psychologique mieux adaptés aux hommes, d'en faire la promotion auprès des médecins et de poursuivre l'adaptation des services aux spécificités associées à la demande d'aide des hommes dans toutes les régions du Québec. Le rapport propose également de diversifier les services en périnatalité et petite enfance en accordant une attention particulière aux pères, notamment en contexte de rupture d'union. À la suite du rapport, le MSSS a accordé un montant récurrent de 1,16 million de dollars pour assurer la consolidation des ressources communautaires pour les hommes en difficulté et améliorer l'accessibilité aux services pour les conjoints ayant des comportements violents.

Cette même année, le Protecteur du citoyen publie son rapport *Examen des services offerts aux hommes du Québec par le réseau de la santé et des services sociaux depuis le « Rapport Rondeau »*⁴³. Le rapport souligne que le MSSS est engagé dans l'adaptation des services offerts aux hommes selon ses priorités en la matière, mais que les efforts doivent être poursuivis afin de prioriser la formation, d'augmenter et de diversifier les sources de financement, de poursuivre la recherche et de consolider les organismes communautaires qui viennent en aide aux hommes.

En 2013, dans la foulée des actions en matière de développement des connaissances et des pratiques, le rapport *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces* (Dubeau et autres)⁴⁴ reconnaît la présence de pratiques prometteuses au Québec. Celles-ci sont par contre isolées. Le rapport souligne aussi la nécessité de les soutenir davantage afin de mettre en place un continuum de services.

L'évaluation de services communautaires réalisée dans cette étude permet d'illustrer la pertinence de certaines approches adaptées pour les pères, plus particulièrement pour ceux qui sont en contexte de vulnérabilité, en situation de rupture d'union ou encore qui sont issus de communauté culturelle. L'importance d'un encadrement plus soutenu et de services d'hébergement pour les pères en difficulté et leurs enfants est aussi démontrée.

En 2014, la recherche-évaluation *Implantation de la formation « Intervenir auprès des hommes » dans le cadre du projet « For'Hommes » de la Montérégie* (Deslauriers et Groulx)⁴⁵ fait ressortir l'appréciation de la formation par les personnes l'ayant suivi et l'importance de la sensibilisation des gestionnaires pour soutenir l'adaptation des pratiques. Toujours en 2014, le Comité de suivi des actions en SBEH, formé de représentants du milieu de la pratique, dépose un rapport¹. Ce dernier fait état des avancées réalisées par la mise en œuvre des priorités d'action en SBEH. Il évoque aussi l'essoufflement des ressources ainsi que les conséquences et les coûts sociaux inhérents à l'aggravation des problèmes vécus par les hommes. Il souligne la nécessité de pérenniser les actions régionales en SBEH et de consolider les organismes communautaires qui viennent en aide aux hommes.

Enfin, en 2016, le rapport de l'action concertée de recherche *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services* (Tremblay et autres)⁴⁶ révèle que les perceptions qu'ont les hommes de leur état de santé et de leur rapport aux services sont marquées par :

- les valeurs issues de la socialisation masculine axées sur la famille et l'autonomie;
- les difficultés associées à la demande d'aide des hommes;
- la nature des services qui devraient être adaptés pour que les hommes se sentent accueillis et que l'intervention soit établie dans un rapport égalitaire et appuyée sur leurs forces et leur capacité d'agir.

Tous ces éléments nous conduisent à mieux reconnaître la nécessité de l'adaptation des services aux besoins des hommes.

1.3 Des assises sur lesquelles bâtir

Le *Bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des Priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes (2009-2014)*⁴⁷ fait état des avancées importantes réalisées dans les régions du Québec. Parmi celles-ci, les **portraits régionaux de santé** des hommes, les **tables de concertation** régionales, les nombreuses sessions de **sensibilisation et de formation** ainsi que les projets de **recherche** ont permis d'améliorer les pratiques tant dans le réseau public que dans le réseau communautaire. L'importance du rôle des **répondants régionaux** et de la **sensibilisation des gestionnaires** du RSSS a amplement été soulignée. Ces actions doivent être consolidées pour préserver les acquis et développées pour poursuivre l'adaptation des services destinés aux hommes.

Plusieurs études^{44,45,46,48,49,50,51} permettent de documenter les besoins ainsi que les effets des services et des interventions. Cette approche où la **connaissance, l'innovation et l'intervention** se maillent étroitement est fructueuse et doit être privilégiée pour soutenir l'amélioration des pratiques.

Ainsi, nous savons que des services adaptés se caractérisent par :

- des interventions qui misent sur les **forces et les acquis** des hommes, sur un rapport égalitaire avec les professionnels et sur le développement du pouvoir d'agir;
- des approches qui permettent de rejoindre les hommes dans **leurs milieux de vie** ou par le biais des acteurs qu'ils consultent, par exemple le médecin de famille (« reaching out »);
- une prise en compte des **réalités régionales singulières** : territoire, profil de population, ressources du milieu, expertise, etc.;
- une **concertation régionale** qui mobilise les acteurs, fait le lien entre les réseaux institutionnel et communautaire et favorise le partage des expertises;
- une **sensibilisation des gestionnaires** afin de faciliter la reconnaissance du problème, la libération du personnel pour l'adaptation des services et la formation;
- de la **formation** sur l'intervention.

Lorsque les services sont adaptés pour rejoindre les hommes, notamment en milieux défavorisés, on remarque un accroissement de leur participation, de leur persévérance et de leur satisfaction⁴⁷. Régulièrement, l'utilisation des services est telle qu'on observe même une liste d'attente en milieu communautaire.

1.4 Quelques constats

Il est documenté que le RSSS éprouve encore des difficultés à rejoindre la population masculine. Il est aussi nécessaire de reconnaître la spécificité des besoins de cette population pour favoriser l'accès à des services de qualité et adaptés. Par exemple, les perceptions qu'ont les hommes d'eux-mêmes et de leur rapport aux services ainsi que celles qu'ont les intervenants des hommes qui demandent de l'aide vont influencer sur la qualité du service et sur l'adhésion à celui-ci. La sensibilisation des équipes de promotion, de prévention et d'intervention ainsi que de leurs gestionnaires favorisera la mise en œuvre de stratégies adaptées pour rejoindre et accueillir les hommes et soutenir leur démarche dans les services d'aide et de soins.

Par ailleurs, le manque de services pour les hommes en crise, notamment en **hébergement**, est présent. Déjà en 2004³⁸, ce manque avait été constaté. En 2013, l'étude de Diane Dubeau, *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces*, soulignait la nécessité de consolider les ressources communautaires pour les pères en situation de vulnérabilité, notamment pour ceux en contexte de séparation. Dans ces situations, non seulement le père se retrouve en contexte de vulnérabilité, mais également sa famille; aussi ces services sont-ils définis dans une approche de coparentalité.

L'hébergement pour les pères en difficulté et leurs enfants apparaît essentiel afin d'offrir un encadrement plus soutenu aux pères les plus démunis, qui présentent un risque élevé de se retrouver en situation de désorganisation, voire d'itinérance. Ce service offre aussi un soutien à l'enfant, lui permettant de bénéficier d'un contexte sain pour l'épanouissement du lien familial plutôt que d'en voir l'effritement. La mère est aussi incluse dans le processus d'intervention, notamment en collaboration avec les ressources dont elle peut bénéficier.

Bien entendu, les services d'hébergement ne peuvent répondre à tous les besoins et ils s'inscrivent dans un continuum avec d'autres services communautaires et publics. Notamment, ils collaborent avec les services de protection de la jeunesse et de première ligne et avec les autres organismes communautaires qui offrent des services généraux et spécifiques aux hommes. Parmi ces différents organismes, plusieurs font face à des enjeux de taille : faible nombre, ressources limitées, accessibilité restreinte, besoins considérables, etc.

Également, les problèmes vécus par les hommes victimes de violence ou d'abus sexuels représentent des questions émergentes. Notamment, la pénurie de services pour les hommes abusés sexuellement dans l'enfance est amplement soulignée par les partenaires des milieux de pratique. Dans les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, on souligne la présence d'une conception stéréotypée des victimes d'agression sexuelle au sein de la société québécoise. Cette conception ferait en sorte que plusieurs ont toujours de la difficulté à croire que des garçons puissent être des victimes. À noter que 12 % des victimes d'agression sexuelle ont « déclaré ne pas avoir signalé l'incident, car elles ne voulaient pas couvrir de honte ou déshonorer leur famille⁵² ».

Enfin, les constats décrits précédemment permettent de déterminer trois orientations pour le plan d'action en SBEH 2017-2022 :

- Mieux rejoindre la population masculine par les stratégies de promotion et de prévention
- Adapter les services pour en améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes
- Améliorer la compréhension des dynamiques masculines et des pratiques adaptées pour répondre aux besoins des hommes

2 Le plan d'action en santé et bien-être des hommes 2017-2022

Pour s'assurer de mieux répondre aux besoins de la population masculine, le MSSS met en œuvre des actions diversifiées. Le plan d'action en SBEH permet d'exposer les mesures déjà en cours dans le cadre d'autres programmes ou plans d'action et de définir de nouvelles actions qui sont propres à ce plan. Les mesures en cours sont présentées sous forme d'encadrés, alors que les actions du plan d'action en SBEH sont numérotées. Ces dernières sont aussi regroupées dans un tableau en annexe.

Orientation 1 : Mieux rejoindre la population masculine par les stratégies de promotion et de prévention

Les hommes ont moins tendance à demander de l'aide, notamment pour des services psychosociaux, et lorsqu'ils le font, c'est souvent en dernier recours ou en situation de crise^{38,46,53,54}. Cela a pour conséquence la dégradation du problème vécu tant pour la personne que pour son entourage. C'est pourquoi la prévention et la promotion prennent une importance particulière. Pour favoriser la prévention et l'engagement des hommes dans leur démarche d'aide, une des stratégies reconnues est de les rejoindre dans leurs milieux de vie (« reaching out »). Pour cela, il faut :

- **prendre en compte les données** sur les réalités masculines et paternelles dans les activités de promotion et de prévention;
- **sensibiliser** les équipes de promotion, de prévention et d'intervention aux stratégies à adopter pour mieux rejoindre les hommes et les pères, ainsi que les adolescents;
- **adapter les outils** pour recueillir des informations sur les réalités masculines, notamment sur celles des pères, et sur les interventions réalisées auprès d'eux;
- mettre en œuvre des **actions ciblées pour les populations plus difficiles à rejoindre** (jeunes hommes, aînés, hommes en situation de rupture d'union ou d'emploi, pères en contexte de vulnérabilité), notamment en prévention et dans les plans d'action régionaux de santé publique.

Les mesures en cours (autres programmes ou plans d'action)

Pour favoriser la promotion, la prévention et l'intervention précoce, des mesures en cours visent certaines populations masculines. En périnatalité et petite enfance, une attention est portée aux pères en contexte de vulnérabilité. Également, les activités auprès des jeunes favorisent leur développement, notamment celui des garçons, ainsi que l'apprentissage de rapports égalitaires. Pour la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les HARSAH sont identifiés comme clientèle prioritaire. En santé mentale, la notion de primauté de la personne et l'approche des soins et des services axés sur le rétablissement rappellent l'importance de tenir compte des caractéristiques propres à la personne, dont celles des hommes. En prévention du suicide, ainsi qu'en ce qui a trait aux dépendances aux substances psychoactives et au jeu, des stratégies pour rejoindre les hommes en amont (« reaching out ») sont privilégiées.

Périnatalité et petite enfance

Le Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, publié en 2004, sera mis à jour afin d'inclure toutes les figures parentales, dont le père. Les personnes intervenant dans ce programme seront invitées à être très attentives à la place de ce dernier dans la cellule familiale et à ses besoins.

Prévention et promotion auprès des jeunes

La promotion de la santé et du bien-être ainsi que la prévention de problèmes chez les jeunes d'âge scolaire contribuent à leur persévérance scolaire ainsi qu'à leur réussite éducative. Les approches globales et concertées, dont École en santé, favorisent l'intégration et la mise en œuvre

d'interventions et d'actions reconnues efficaces qui permettent, entre autres, aux jeunes de développer des compétences transversales afin d'être mieux outillés pour faire face à des situations variées, notamment en lien avec des thématiques comme la sexualité et la promotion de rapports égaux.

Sexualité jeunesse

Les jeunes sont susceptibles de vivre de nombreux changements qui peuvent les placer en situation de vulnérabilité, notamment sur le plan de la santé sexuelle. Des problèmes relatifs aux ITSS, à la violence conjugale ou aux agressions sexuelles peuvent engendrer des conséquences néfastes jusqu'à l'âge adulte. Il importe donc d'axer les interventions auprès des garçons sur la promotion d'une santé sexuelle positive.

Mesures en cours du PNSP – SIPPE

Dans le nouveau cadre de référence sur les SIPPE, l'importance de considérer le père autant que la mère sera affirmée et traduite par des actions concrètes sur le terrain.

Dans le cadre du Programme de développement des compétences des intervenants et des gestionnaires des SIPPE, plusieurs outils ont été créés, dont un Guide de pratiques pour accompagner les familles à l'intention des intervenants des SIPPE. Dans ce guide, une section spécifique, « Adapter l'accompagnement aux besoins et réalités du père », permet à l'intervenant de mieux répondre aux besoins du père et de mieux soutenir son engagement auprès de son enfant.

Le projet ÉKIP s'adresse aux équipes-écoles du Québec et à leurs partenaires. Il présente des interventions et des actions reconnues efficaces pour agir sur les deux dimensions importantes de la vie des élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire : des compétences personnelles qui se développent tout au long du cheminement scolaire; des actions à mettre en place dans leurs milieux de vie que sont l'école, la famille et la communauté.

Projet Mosaïk offre des outils clés en main d'éducation à la sexualité permettant d'intervenir dans les écoles préscolaires, primaires et secondaires du Québec. Ceux-ci sont destinés aux professionnels du RSSS, du réseau de l'éducation et du milieu communautaire. Ils permettent d'agir auprès des élèves et de leur famille sur différentes thématiques liées à la sexualité : les normes sociales et les stéréotypes sexuels et sexistes; l'influence des amis et des médias; l'éveil amoureux et sexuel; les relations amoureuses; la prévention des agressions sexuelles, etc.

Prévention des ITSS

En ce qui concerne la prévention des ITSS, au Québec, les HARSAH sont le groupe le plus touché par le VIH. Ce groupe est aussi surreprésenté dans les cas déclarés de certaines ITSS, comme la syphilis, la gonorrhée

et la lymphogranulomatose vénérienne. Des activités adaptées aux besoins de ces hommes sont offertes à travers les Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPI) ainsi que par le milieu communautaire et certaines cliniques spécialisées.

Santé mentale⁵⁵

Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement (PASM 2015-2020) réintroduit la notion de primauté de la personne, déjà présente dans la politique de santé mentale de 1989. Cette notion implique le respect de la personne dans sa globalité, la

prise en considération de ses points de vue, de ses capacités, de ses besoins, de sa situation biopsychosociale ainsi que la promotion, le respect et la protection de ses droits. Dans leurs travaux d'élaboration d'un plan d'action sur la primauté de la personne, les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale doivent tenir compte des besoins spécifiques des personnes, notamment des hommes.

Suicide chez les hommes

Les taux de suicide sont élevés chez les hommes. Les acteurs des milieux de recherche ont documenté le phénomène pour améliorer les pratiques d'intervention. La tendance des hommes à vouloir régler leurs problèmes par eux-mêmes et à demander de l'aide en dernier recours augmente le risque de passages à l'acte plus radicaux,

tel le suicide. De plus, dans une perspective de prévention, l'importance de rejoindre les hommes là où ils sont, approche du « reaching out », permet d'intervenir plus précocement. Le réseau communautaire

Mesures du cadre de référence pour la prévention des ITSS

Le cadre de référence pour la prévention des ITSS auprès des HARSAH (à paraître) vise à décrire les facteurs particuliers qui influencent la vulnérabilité des HARSAH aux ITSS et propose aussi une série d'orientations basées sur les données probantes afin de réduire les cas de nouvelles infections au sein de cette population.

Mesure 1 du PASM 2015-2020

Afin que les personnes utilisatrices de services exercent pleinement leur citoyenneté dans le réseau de la santé et des services sociaux et que les membres de leur entourage soient reconnus dans leur statut de partenaire, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale élaborera, puis mettra en œuvre, un plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services.

a mis au point des approches spécifiques pour aider les personnes ayant des idéations suicidaires, pour intervenir auprès de celles en processus de tentative de suicide ou pour soutenir les proches de ces personnes et les endeuillés à la suite d'un suicide. En matière de prévention du suicide, le MSSS a aussi mis en œuvre des actions pour outiller le personnel de son réseau et ses partenaires.

Consommation de substances psychoactives et pratique de jeux de hasard et d'argent^{56,57}

Bien que des nuances et des variations puissent être observées au sein de groupes d'âge spécifiques, la consommation d'alcool et d'autres substances illicites ainsi que la pratique des jeux de hasard et d'argent sont des phénomènes généralement plus répandus chez les hommes que chez les femmes.

Ici encore, les hommes sont moins enclins à demander de l'aide et lorsqu'ils le font, c'est plus tardivement et pour une situation significativement détériorée.

Il faut donc rejoindre les hommes là où ils se trouvent, dans les milieux qu'ils fréquentent, pour pouvoir agir en amont des difficultés en leur transmettant des informations justes et crédibles en matière de consommation, détecter d'éventuels comportements à risque et, le cas échéant, leur offrir un service pouvant répondre à leurs besoins.

Le MSSS et ses partenaires interministériels travaillent actuellement à préciser les actions à cibler au cours des cinq prochaines années pour prévenir et réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool, de drogues et à la pratique des jeux de hasard et d'argent, ainsi que l'offre de service à mettre en place au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces actions accorderont notamment une attention particulière à l'importance de rejoindre les personnes dans les milieux qu'elles fréquentent et de mettre en œuvre des interventions adaptées à leurs besoins, incluant ceux des hommes.

Les actions

On sait que les hommes sont plus difficiles à rejoindre, particulièrement en contexte de vulnérabilité, et que, lorsqu'ils demandent de l'aide, ils tendent à le faire en dernier recours ou en état de crise, une fois que la situation s'est dégradée. « Les capacités professionnelles et organisationnelles doivent également être rehaussées afin de favoriser davantage l'intégration de la prévention dans les pratiques et les continuums d'intervention, de détecter le plus tôt possible les problèmes et d'intervenir promptement selon les besoins »³.

Des activités de promotion, de prévention et d'intervention auprès des hommes et des pères vulnérables existent dans les différentes régions. Elles peuvent provenir du réseau communautaire ou du réseau public. Plusieurs de ces activités sont de grande qualité, mais demeurent peu connues à l'extérieur du réseau immédiat où elles sont réalisées. La connaissance et la diffusion de ces initiatives auprès des partenaires sont essentielles pour améliorer la collaboration ainsi que la qualité et l'adaptation des services pour cette population.

Action 1.1



Promouvoir, auprès des équipes régionales de santé publique, les bonnes pratiques de prévention, de concertation et d'intervention auprès des hommes et des pères

Par ailleurs, certaines réalités spécifiques des hommes semblent moins connues, notamment en ce qui concerne les garçons, les adolescents, les aînés, ainsi que les hommes et les pères en milieux défavorisés. Des activités pour favoriser leur appropriation par les milieux de pratique permettront une meilleure compréhension des dynamiques masculines et une réponse plus ajustée aux besoins.

Action 1.2



Sensibiliser les intervenants de première ligne aux réalités des hommes et des pères de milieux défavorisés, ainsi qu'à celles des aînés, des adolescents et des garçons afin de favoriser l'adaptation des activités de promotion-prévention et des services pour mieux les rejoindre

Les décès par suicide touchent davantage les hommes que les femmes. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans⁵⁸. De plus, la prévalence des troubles mentaux est importante chez les jeunes de moins de 20 ans⁵⁹. Les interventions en prévention des troubles mentaux et en promotion de la santé mentale s'avèrent des investissements judicieux. Elles peuvent contribuer à une demande d'aide plus précoce chez les hommes, ce qui favorise la diminution des risques de dégradation de l'état de santé et, par le fait même, des coûts sociaux associés à la maladie mentale. À cet égard, les campagnes de sensibilisation et d'information concernant la maladie mentale sont des actions de premier plan.

Action 1.3



Intégrer les réalités masculines dans la conception de messages pour les campagnes de sensibilisation et d'information sur la maladie mentale

Orientation 2 : Adapter les services pour en améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes

À partir des années 1980, l'intervention auprès des hommes s'est développée plus spécifiquement dans le réseau communautaire des services sociaux, notamment par les services d'entraide pour les hommes en difficulté, les groupes d'aide pour les conjoints ayant des comportements violents et les services d'hébergement pour les pères en difficulté et leurs enfants. La détresse et la désorganisation de certains hommes dans les cas de rupture, notamment en ce qui a trait à la garde des enfants, au suicide, etc., ont été centrales. Des services pour les hommes auteurs d'agression sexuelle ont aussi été mis en place, ainsi que quelques-uns pour les hommes victimes d'abus sexuel dans l'enfance. Il apparaît de plus en plus important de renforcer l'intégration des interventions auprès des hommes dans le RSSS et de consolider le réseau communautaire de services pour hommes.

À cet égard, certains éléments sont essentiels :

- La **mobilitation** des gestionnaires et la **formation** des intervenants
- La **concertation** régionale, territoriale et la **coordination** des mécanismes d'orientation de la clientèle entre les réseaux communautaires et publics
- La consolidation des **services communautaires**

Les mesures en cours (autres programmes ou plans d'action)

Les services de plusieurs programmes ou plans d'action s'adressant à la population générale peuvent être adaptés pour la population masculine. Il peut s'agir d'intervention ponctuelle ou encore locale. Le réseau communautaire a développé une expertise et des collaborations en SBEH, notamment en violence conjugale.

Violence conjugale

Le Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale vise à soutenir les victimes de violence conjugale et, pour y arriver, l'intervention doit être adaptée en fonction des acteurs. Une des mesures vise à soutenir l'intervention auprès des conjoints ayant des comportements violents.

Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale

Soutenir financièrement les organismes communautaires qui travaillent auprès des conjoints ayant des comportements violents.

Agression sexuelle

La Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021 inclut deux problématiques, soit les agressions sexuelles et l'exploitation sexuelle. Deux des mesures récurrentes de cette stratégie visent à soutenir l'intervention auprès des auteurs d'agression sexuelle.

Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021

Soutenir le financement des organismes qui offrent des services aux agresseurs sexuels.

S'assurer que les agresseurs sexuels et les personnes risquant un passage à l'acte ont accès à des services d'aide, et ce, dans toutes les régions du Québec.

Les actions

Les gestionnaires de premier niveau sont un maillon important dans l'organisation et l'adaptation des services. Ils seront soutenus par le guide de mobilisation qui leur est destiné et seront ainsi encouragés à promouvoir la formation sur l'intervention auprès des hommes et à adopter des pratiques qui pourront être diffusées au sein des différentes équipes pour mieux rejoindre les hommes.

Action 2.1



Élaborer, diffuser et promouvoir un guide de mobilisation des gestionnaires pour mettre en œuvre les bonnes pratiques visant à adapter les services destinés aux hommes

Action 2.1.1



Promouvoir auprès des équipes de première ligne, notamment auprès des médecins et des infirmières, le guide de mobilisation des gestionnaires pour adapter les services aux hommes et le programme de formation *Intervenir auprès des hommes*

La formation est un outil essentiel à l'adaptation des services aux hommes. Le programme *Intervenir auprès des hommes* a été évalué et fortement apprécié par les milieux qui en ont bénéficié. Il est inscrit dans le Répertoire national des activités de développement des compétences du personnel du RSSS et le MSSS a entrepris des travaux pour mettre en ligne un répertoire national de formation continue partagée.

Action 2.2



Rendre accessible à l'ensemble du personnel travaillant au sein du RSSS la formation *Intervenir auprès des hommes*, notamment sur un répertoire national de formation continue partagée

Action 2.3



S'assurer que toute mise à jour ou nouvelle formation est adaptée pour mieux rejoindre la clientèle masculine et répondre à ses besoins

Dans le cas des services sociaux généraux⁶⁰, l'accès est assuré par deux services : Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR); consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social). L'un des standards d'accessibilité du service AAOR fixe le délai maximal à deux heures pour qu'un intervenant établisse le premier contact avec la personne qui se présente pour formuler une demande de rencontre. Les études ont démontré l'importance d'assurer une réponse rapide, particulièrement pour la clientèle masculine. En ce qui concerne l'intervention téléphonique (Info-Social), les intervenants de ce service disposent d'un guide sur les techniques d'intervention auprès de la clientèle masculine. Compte tenu de

la demande d'aide tardive des hommes, souvent en état de crise, il est important que les intervenants du service AAOR puissent bénéficier d'un outil similaire pour les aider dans leur action auprès des hommes.

Action 2.4



Adapter et rendre disponible le Guide d'intervention Info-Social *Techniques d'intervention – Clientèle masculine* aux **intervenants** du service AAOR

L'apport des actions du milieu communautaire et des actions régionales en SBEH est essentiel pour assurer des services qui rejoignent les hommes plus vulnérables ou en contexte de vulnérabilité et qui répondent à leurs besoins.

Dans le cadre des Priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes, des tables de concertation régionales ont été mises sur pied pour assurer l'arrimage et la synergie des ressources. Pour soutenir les mécanismes de collaboration, des activités de sensibilisation et de formation ont aussi été mises en œuvre. Le soutien à ces activités doit se poursuivre pour atteindre l'objectif de mieux rejoindre la population masculine.

Action 2.5



Soutenir les répondants en SBEH et leurs partenaires pour assurer la concertation régionale et territoriale des réseaux communautaire et public

Action 2.6



Favoriser la mise en œuvre d'activités régionales de soutien aux milieux de pratique

Les organismes communautaires qui offrent des services aux hommes sont relativement peu nombreux et leurs ressources limitent leur capacité de réponse aux besoins. Plusieurs font face à une surcharge de demandes.

Les organismes de services généraux qui s'adressent à tout homme en difficulté s'avèrent une porte d'entrée importante pour les hommes en détresse qui hésitent à demander de l'aide. Parmi les services offerts par ces organismes, le soutien psychosocial individuel et de groupe est privilégié.

Cependant, pour que la population masculine ait accès à cette dimension plus intime de l'intervention, les approches qui misent sur l'action et la recherche de solutions sont privilégiées. Particulièrement en ce qui concerne les hommes en rupture d'union, notamment les pères, la demande d'aide vise souvent la recherche d'information et de solutions relatives, par exemple, aux aspects légaux de la séparation. Certains organismes ont donc réussi à mettre sur pied un service d'information juridique et d'accompagnement pour soutenir ces hommes et ces pères; ce service permet l'intégration de ces derniers dans les services psychosociaux, ce qui favorisera la résolution de problème et la diminution des risques et des coûts sociaux. D'autres ont développé des stratégies ou des outils pour rejoindre les hommes qui vivent dans des conditions particulières, par exemple les agriculteurs.

Des organismes communautaires ont aussi mis en place des services plus spécifiques. Notamment, le réseau de services pour les conjoints ayant des comportements violents est le plus développé au Québec. Cependant, le problème de la violence conjugale demeure criant et les organismes estiment ne répondre qu'à une partie des besoins réels. D'autres organismes ont mis en place des services pour les hommes auteurs d'agression sexuelle. L'accessibilité à ces services semble difficile pour les hommes qui n'ont pas été judiciairisés, particulièrement pour ceux qui sont à risque, à l'étape des idéations d'abus.

Les agressions sexuelles représentent un « facteur de risque important dans l'apparition de problèmes d'adaptation psychologique et sociale qui peuvent perdurer à long terme jusqu'à l'âge adulte et évoluer de manière à affecter la vie conjugale et parentale³⁵ ». Seuls quelques organismes offrent un service pour les hommes abusés sexuellement dans l'enfance (HASE). Ces organismes soulignent que les hommes gardent enfoui ce secret douloureux pendant de nombreuses années, générant des conséquences dans leur vie et leurs relations. Il s'agit d'un phénomène en émergence dont l'ampleur est difficile à estimer. Les ressources actuelles pour faire face à ce phénomène demeurent marginales et les moyens sont insuffisants pour répondre aux besoins. De plus, les tabous entourant l'agression sexuelle ne facilitent ni la demande d'aide ni la mise sur pied de services pour les hommes.

Action 2.7



Consolider les organismes communautaires travaillant auprès des hommes et des pères, notamment pour les services généraux, les HASE et l'hébergement des pères en difficulté et de leurs enfants

Action 2.8



Améliorer l'accès aux services offerts par les organismes communautaires aux conjoints ayant des comportements violents et aux hommes auteurs d'abus sexuel ou présentant un risque de commettre un tel abus

Orientation 3 : Améliorer la compréhension des dynamiques masculines et les pratiques pour répondre aux besoins des hommes

Plusieurs études ont été réalisées, tant au Québec qu'à l'international, pour mieux comprendre les réalités masculines, relever les pratiques novatrices et répondre aux besoins des hommes. Depuis une vingtaine d'années, le MSSS a, notamment, financé des recherches sur le suicide des hommes et sur l'intervention auprès des conjoints violents. En 2005, il a publié une monographie sur la santé des hommes et, en 2012, le *Bilan des projets d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité*, ainsi que le *Rapport du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*.

De plus, depuis 2009, le MSSS a mis en œuvre, avec le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), des actions concertées de recherche sur les services pour les pères en difficulté et leurs enfants et sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé. Il a aussi financé une recherche-évaluation sur le programme *Intervenir auprès des hommes*. Ces nouvelles connaissances favorisent l'adaptation des pratiques. Non seulement leur transfert est important, mais l'arrimage des milieux de recherche doit être soutenu pour assurer le développement des connaissances et l'amélioration des pratiques au bénéfice des services à la population masculine.

Quatre facteurs s'avèrent importants pour améliorer la compréhension des dynamiques masculines et les pratiques :

- la **collaboration** entre les structures et les équipes de recherche;
- le **soutien** à la recherche;
- la **diffusion et le partage** des résultats de recherche;
- la **détermination et le soutien à la mise en œuvre** des meilleures pratiques.

Les mesures en cours (autres programmes ou plans d'action)

Certains objets de recherche sont inscrits dans les plans d'action spécifiques, comme en itinérance et en violence conjugale, et d'autres besoins émergents sont relevés, notamment les questions entourant les trajectoires des hommes en contexte de vulnérabilité ainsi que celles sur la nature et l'effet des services destinés aux hommes et aux pères.

Itinérance

Le plan d'action gouvernemental en itinérance 2015-2020 vise principalement la prévention et la réduction de l'itinérance. Les hommes représentent un fort pourcentage de la population itinérante. Pour prévenir et réduire l'itinérance, il faut ainsi viser à intervenir plus précocement auprès des populations plus vulnérables. Une meilleure compréhension des trajectoires de vie et des

Mesure du plan d'action gouvernemental en itinérance

Réalisation d'une recherche visant à mieux comprendre les trajectoires de vie et les besoins des hommes en situation d'itinérance afin de mieux intervenir auprès d'eux et de mieux cibler les activités de prévention les concernant.

besoins des hommes à risque ou en situation d'itinérance permettra de mettre en place des mesures pour prévenir et réduire ce phénomène.

Violence conjugale

Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale, le programme d'action concertée de recherche en violence conjugale a été mis en œuvre et les hommes, auteurs ou victimes, ont été identifiés parmi les populations visées, notamment en contexte de vulnérabilité ou de séparation conjugale. Le développement des compétences soutenu par l'adaptation des outils et la formation visera aussi à rejoindre les hommes. Notamment, la formation web en violence conjugale, en cours de développement, cible les hommes auteurs ainsi que les hommes victimes dans ses trois modules (connaissances générales, détection précoce et intervention).

Mesures du MSSS inscrites dans le Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale

Favoriser le développement des compétences des intervenantes et des intervenants du RSSS à l'identification précoce de la violence conjugale, et ce, en tenant compte des stratégies et conditions de réussite en cette matière.

Adapter et développer des outils pour les clientèles en contexte de vulnérabilité à la violence conjugale.

Concevoir et donner une formation sur l'intervention en matière de violence conjugale aux intervenantes et aux intervenants du RSSS.

Agression sexuelle

Dans le cadre des consultations entourant l'élaboration de la Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021, des besoins de formation ont été définis. Le MSSS s'est donc engagé à concevoir et à offrir une formation en matière d'agression sexuelle au personnel concerné. Certains modules de formation traiteront spécifiquement des réalités suivantes : hommes auteurs d'agression sexuelle et hommes victimes d'agression sexuelle durant l'enfance.

Mesures du MSSS inscrites dans la Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles 2016-2021

Concevoir et rendre disponible une formation en matière d'agression sexuelle pour les intervenantes et intervenants ainsi que pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Les Premières Nations et les Inuits

Les réalités socioéconomiques, historiques et culturelles vécues par les hommes membres des communautés des Premières Nations et des Inuits diffèrent en plusieurs points de celles que connaît la population masculine générale. Le MSSS doit tenir compte de ces réalités et veiller à ce que les besoins de cette population soient considérés dans le cadre de ses travaux visant l'amélioration de la qualité de vie et des services offerts aux hommes.

Bien que les actions inscrites au Plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes sont mises en œuvre au bénéfice de l'ensemble de la population du Québec, y compris les membres des communautés des Premières Nations et des Inuits, le gouvernement préconise une intervention

distincte pour apporter des réponses concrètes et mieux adaptées aux réalités des hommes autochtones. Une telle intervention prend en considération les particularités et les différences, notamment culturelles et sociales, des Premières Nations et des Inuits.

Par conséquent, les mesures pour satisfaire les besoins des hommes en matière de santé et de bien-être ont été intégrées dans le *Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits*. Cette démarche globale

Les mesures pour satisfaire les besoins des hommes en matière de santé et de bien-être ont été intégrées dans le *Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits*.

tient compte des divers travaux en cours au Gouvernement du Québec en matière de développement social et culturel des Autochtones et intègre les actions prises par le gouvernement face à un ensemble d'enjeux sociaux autochtones, y compris les enjeux soulevés dans le présent plan d'action.

Les actions

Pour améliorer la compréhension des dynamiques masculines, l'expertise en SBEH doit être orientée pour favoriser l'adaptation des services destinés aux hommes.

Actuellement, plusieurs structures et infrastructures de recherche sont susceptibles de jouer un rôle dans le développement et le transfert des connaissances. Les établissements désignés universitaires dans le secteur social peuvent être des lieux propices à l'émergence de projets et de connaissances. Des travaux menés par certaines équipes de recherche sont directement liés au développement et au transfert des connaissances en SBEH. Il serait opportun qu'un établissement désigné universitaire dans le secteur social développe une capacité de recherche pour soutenir plus directement l'adaptation des soins et services pour la SBEH. Le MSSS pourrait favoriser la concertation, la collaboration et des arrimages entre les milieux de recherche pour valoriser l'expertise existante et maximiser les retombées pour le RSSS et ses partenaires.

Action 3.1



Favoriser la mise en place d'un créneau d'expertise en SBEH au sein d'un établissement pour maximiser la mobilisation et le développement des connaissances en la matière et améliorer les pratiques au sein du RSSS

L'évaluation des services des organismes communautaires qui travaillent auprès des hommes en difficulté demeure embryonnaire. Celle-ci pourrait certainement contribuer à valoriser les connaissances déjà acquises sur l'intervention et les services aux clientèles masculines, ainsi qu'à soutenir l'émergence et la consolidation des bonnes pratiques.

Action 3.2



Soutenir la recherche-évaluation des services généraux offerts aux hommes en difficulté par les organismes communautaires

Quelques études récentes ont permis de rassembler et de mettre en lumière des résultats probants, ainsi que de proposer des pistes pour mieux comprendre les dynamiques masculines et améliorer les pratiques. Le transfert des connaissances s'avère une étape essentielle pour que les milieux de pratique puissent s'approprier ces résultats et les appliquer à leur intervention.

Action 3.3



Diffusion, au sein du RSSS et auprès des partenaires, des résultats de recherche sur les réalités des hommes et des pères, ainsi que sur les services qui leur sont offerts

Le PNSP, le cadre de référence sur les SIPPE et la Politique de périnatalité confirment que l'engagement paternel contribue au sain développement de l'enfant et qu'il importe de renforcer les aptitudes des parents, notamment du père.

Action 3.4



Déterminer les meilleures approches et actions appuyées sur des données probantes en vue « d'adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le RSSS de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant⁶¹ »

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, les connaissances sur les besoins spécifiques des hommes présentant une DP, DI ou un TSA sont presque inexistantes au Québec. La recension en cours de réalisation dans le cadre de la Stratégie gouvernementale pour prévenir et contrer les violences sexuelles a permis d'identifier certains enjeux particuliers concernant les besoins de ces hommes : la vulnérabilité des garçons ayant une déficience intellectuelle face aux agressions sexuelles⁶²; d'importants besoins en éducation à la sexualité; l'exercice des droits à l'intimité et à une vie affective et sexuelle saine et harmonieuse; les besoins spécifiques des agresseurs sexuels ayant une déficience; et le développement de pratiques d'intervention adaptées. À ces enjeux s'ajoute la participation socio-professionnelle en lien avec l'estime de soi et la valorisation de l'identité masculine. Pour l'adaptation de services aux besoins de la population masculine ayant une déficience, il s'avère nécessaire de développer des connaissances spécifiques en matière de santé et des services sociaux sur les besoins des hommes présentant une DP, une DI ou un TSA.

Action 3.5



Faire une recension exploratoire sur les besoins des hommes présentant une DP, une DI ou un TSA en matière de santé et des services sociaux.

3 Le suivi et l'évaluation

Le MSSS assurera la coordination, sur le plan national, de la mise en œuvre des actions. Il veillera à la diffusion du plan d'action dans l'ensemble des établissements du RSSS et auprès des partenaires, notamment du milieu communautaire. De plus, un suivi de la mise en œuvre du plan d'action sera effectué annuellement et un bilan de son implantation sera réalisé à son échéance. À mi-parcours, une consultation sera menée auprès des répondants en SBEH et des principaux partenaires des milieux de pratique engagés dans la mise en œuvre pour recueillir les constats sur l'évolution des actions et proposer les ajustements nécessaires, le cas échéant.

Les répondants en SBEH auront pour mandat la mise en œuvre du plan d'action au sein de leur réseau local ou territorial de santé et de services sociaux. À cette fin, ils veilleront notamment à soutenir l'implantation des stratégies proposées pour assurer la mobilisation des acteurs de leur réseau et la mise en place des mécanismes de concertation, de collaboration, de formation, etc.

Ces modalités permettront d'apprécier la pertinence des actions mises en œuvre, leur adaptabilité en fonction des réalités propres aux territoires couverts et de connaître les difficultés éprouvées ainsi que les facteurs favorables. Le bilan final de ce plan structuré sur cinq ans permettra également de formuler des recommandations pour orienter le prochain plan d'action.

Annexe 1 : Synthèse des actions

ACTIONS
Orientation 1 : Mieux rejoindre la population masculine par les stratégies de promotion et de prévention
1.1 Promouvoir, auprès des équipes régionales de santé publique, les bonnes pratiques de prévention, de concertation et d'intervention auprès des hommes et des pères
1.2 Sensibiliser les intervenants de première ligne aux réalités des hommes et des pères de milieux défavorisés, ainsi qu'à celles des aînés, des adolescents et des garçons afin de favoriser l'adaptation des activités de promotion-prévention et des services pour mieux les rejoindre
1.3 Intégrer les réalités masculines dans la conception des messages de la campagne annuelle de sensibilisation et d'information sur la maladie mentale
Orientation 2 : Adapter les services pour en améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes
2.1 Élaborer, diffuser et promouvoir un guide de mobilisation des gestionnaires pour mettre en œuvre les bonnes pratiques visant à adapter les services destinés aux hommes
2.1.1 Promouvoir auprès des équipes de première ligne, notamment auprès des médecins et des infirmières, le guide de mobilisation des gestionnaires pour adapter les services aux hommes et le programme de formation <i>Intervenir auprès des hommes</i>
2.2 Rendre accessible à l'ensemble du personnel travaillant au sein du RSSS la formation <i>Intervenir auprès des hommes</i> , notamment sur un répertoire national de formation continue partagée
2.3 S'assurer que toute mise à jour ou nouvelle formation est adaptée pour mieux rejoindre la clientèle masculine et répondre à ses besoins
2.4 Adapter et rendre disponible le Guide d'intervention Info-Social Techniques d'intervention – Clientèle masculine aux intervenants du service Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)
2.5 Soutenir les répondants en SBEH et leurs partenaires pour assurer la concertation régionale et territoriale des réseaux communautaire et public
2.6 Favoriser la mise en œuvre d'activités régionales de soutien aux milieux de pratique
2.7 Consolider les organismes communautaires travaillant auprès des hommes et des pères, notamment pour les services généraux, les hommes abusés sexuellement dans l'enfance (HASE) et l'hébergement des pères en difficulté et de leurs enfants
2.8 Améliorer l'accès aux services offerts par les organismes communautaires aux conjoints ayant des comportements violents et aux hommes auteurs d'abus sexuel ou risquant de commettre un tel abus
Orientation 3 : Améliorer la compréhension des dynamiques masculines et des pratiques adaptées pour répondre aux besoins des hommes
3.1 Favoriser la mise en place d'un créneau d'expertise en SBEH au sein d'un établissement pour maximiser la mobilisation et le développement des connaissances en la matière et améliorer les pratiques au sein du RSSS
3.2 Soutenir la recherche-évaluation des services généraux offerts aux hommes en difficulté par les organismes communautaires
3.3 Diffusion, au sein du RSSS et auprès des partenaires, des résultats de recherche sur les réalités des hommes et des pères, ainsi que sur les services qui leur sont offerts
3.4 Déterminer les meilleures approches et actions appuyées sur des données probantes en vue « d'adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le RSSS de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant »
3.5 Faire une recension exploratoire sur les besoins des hommes présentant une DP, une DI ou un TSA en matière de santé et des services sociaux

Références

1 RONDEAU, Gilles. *La nécessaire consolidation du programme et des ressources en SBEH*, déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux en juillet 2014.

2 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1975-1977 à 2015*, [En ligne], 2015, mis à jour le 19 mai 2016 (Données provisoires). [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/deces-mortalite/4p1.htm>] (Consulté le 27 janvier 2017).

3 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique gouvernementale de prévention en santé*, 2016, 98 p.

- Citation de la page 15 tirée de la page 60 de la politique gouvernementale

4 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Estimation de la population du Québec par âge et sexe, au 1^{er} juillet, 2001 à 2016*, [En ligne], 2016. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/population-demographie/structure/index.html>] (Consulté le 27 janvier 2017).

5 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Les comportements à risque pour la santé liés au tabac, à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent. Qui les adopte? Qui les combine?* [En ligne], 2012, page 9. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201204-36.pdf>] (Téléchargé le 27 janvier 2016).

6 STATISTIQUE CANADA (SC). *Proportion de la population présentant une consommation excessive d'alcool une fois par mois ou plus au cours des 12 derniers mois pour l'ensemble du Québec, ESCC 2013-2014*, [En ligne], mis à jour le 31 mars 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016)

7 QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec – Année 2014 (et projections 2015)*, [En ligne], 2015, 119 p. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2067_portrait_infections_sexuellement_sang.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

8 STATISTIQUE CANADA (SC). *Proportion de la population de 18 ans et plus présentant un surplus de poids (ESCC)*, [En ligne], mis à jour le 31 mars 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016).

9 QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *Taux d'incidence du diabète chez les personnes de 20 ans et plus, année financière 2013-2014*, [En ligne], mis à jour le 27 janvier 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016).

10 QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *Taux d'incidence de l'hypertension artérielle chez les personnes de 20 ans et plus, année financière 2013-2014*, [En ligne], mis à jour le 27 janvier 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016).

11 QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *Taux d'incidence de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus, année financière 2013-2014*, [En ligne], mis à jour le 27 janvier 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016).

12 QUÉBEC. COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST). *Principales statistiques de 2015 : Accidents du travail, maladies professionnelles et décès*, 2016, 1 p. [En ligne] [<http://www.cnesst.gouv.qc.ca/salle-de-presse/Documents/Jour-de-deuil-2016.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

- La baisse du nombre d'accidents et de maladies professionnelles entre 2011 et 2015 est calculée à partir de ces données.

13 QUÉBEC. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CSST). *Cas incidents des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST en 2014*, [En ligne], mis à jour le 12 octobre 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 27 octobre 2016).

14 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Taux de mortalité standardisés selon la cause (liste détaillée) et le sexe, Québec, 2000-2012*, [En ligne], 2015. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/deces-mortalite/321d.xlsx] (Consulté le 27 janvier 2017).

15 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Annuaire québécois des statistiques du travail - Portrait des principaux indicateurs des conditions et de la dynamique du travail*, vol. 6, n°2, Québec, L'Institut, 2010, 245 p. [En ligne] [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/annuaire-v06no02.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

16 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Taux de mortalité par accidents de véhicule à moteur*, [En ligne], mis à jour le 6 juillet 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016).

17 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Taux de mortalité par suicides*, [En ligne], mis à jour le 6 juillet 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016).

18 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Taux de faible revenu, MFR-seuils après impôt, particuliers (16 ans et plus), Québec, 2012-2013*, [En ligne], 2015, mis à jour le 11 février 2016.

[http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/faible-revenu/mod1_p_1_5_6_0_.htm] (Consulté le 27 janvier 2017).

- Mesure du faible revenu – seuils après impôt, pour les particuliers de 16 ans et plus.

19 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique nationale de lutte à l'itinérance*, 2013, page 13 [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

20 LATIMER, Éric, et autres. *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*, 7 juillet 2015, 74 p. [Rapport de Je compte Montréal 2015] [En ligne] [https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_PERSONNES_SITUATION_ITINERANCE.PDF] (Consulté le 27 janvier 2017).

21 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE(MSP). *Auteurs présumés jeunes et adultes selon le sexe et la catégorie d'infractions au Code criminel, aux autres lois fédérales et aux lois provinciales, Québec, 2013*, [En ligne], 2015, mis à jour le 2 mars 2015. [<http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/statistiques-criminalite/2013/auteurs-presumes-jeunes-et-adultes-selon-le-sexe.html>] (Consulté le 27 janvier 2017).

22 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (MSP). *Victimes d'infractions jeunes et adultes selon le sexe et la catégorie d'infractions au Code criminel, Québec, 2013*, [En ligne], 2015, mis à jour le 2 mars 2015. [<http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/statistiques-criminalite/2013/victimes-d-infractions-jeunes-et-adultes-selon-le-sexe.html>] (Consulté le 27 janvier 2017).

23 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Proportion des enfants de maternelle 5 ans vulnérables dans au moins un domaine de développement pour l'ensemble du Québec*, EQDEM 2012, [En ligne], mis à jour le 4 octobre 2016, Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.cax/>] (Consulté le 27 octobre 2016).

24 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Proportion des enfants de maternelle 5 ans vulnérables dans le domaine « Santé physique et bien être/Compétences sociales/Maturité affective/Développement cognitif et langagier/Habilités de communication et connaissances générales » pour l'ensemble du Québec*, EQDEM 2012, [En ligne], mis à jour le 4 octobre 2016, Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.cax/>] (Consulté le 27 octobre 2016).

25 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Proportion des enfants de 3 à 14 ans ayant reçu un diagnostic médical de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité pour l'ensemble du Québec*, EQSP 2008, [En ligne], mis à jour le 4 octobre 2016, Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.cax/>] (Consulté le 1^{er} novembre 2016).

26 QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS). *Décrochage au secondaire selon le sexe*, Québec, [En ligne], mis à jour le 22 novembre 2011, Rapport produit par l'Infocentre de

santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.
[<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>] (Consulté le 17 août 2016).

27 QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS). *Taux de décrochage annuel, 2016* [En ligne] [<http://www.education.gouv.qc.ca/references/publications/resultats-de-la-recherche/detail/article/taux-de-decrochage-annuel/>] (Consulté le 27 janvier 2017).

28 QUÉBEC. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (MELS). *Taux de sorties sans diplôme ni qualification (décrochage annuel), parmi les sortants, en formation générale des jeunes, selon le sexe, par réseau d'enseignement et par commission scolaire, 2012-2013*, Québec, Le ministère, 2015, 2 p.

[En ligne]

[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/Tableau_taux-officiels-decrochage_CS_2012-2013.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

29 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (SC). *Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité atteint, la région administrative, l'âge et le sexe*, Québec, [En ligne], 2015, mis à jour le 20 juin 2016. [<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/niveau-scolaire/repartition-scol-ra-sexe-age.html>] (Consulté le 27 janvier 2017).

30 QUÉBEC. CONSEIL DE GESTION DE L'ASSURANCE PARENTALE. *Statistiques officielles sur les prestataires du Régime québécois d'assurance parentale – Décembre 2007*, Québec, 2007, 13 p. [En ligne] [http://www.cgap.gouv.qc.ca/publications/pdf/stat_RQAP200712.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

- La proportion des nouveaux prestataires de sexe masculin au RQAP en 2007 est calculée à partir de ces données.

31 QUÉBEC. CONSEIL DE GESTION DE L'ASSURANCE PARENTALE. *Statistiques officielles sur les prestataires du Régime québécois d'assurance parentale – Décembre 2015*, Québec, 2015, 13 p. [En ligne] [http://www.cgap.gouv.qc.ca/publications/pdf/Stat_RQAP_201512.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

- La proportion des nouveaux prestataires de sexe masculin au RQAP en 2015 est calculée à partir de ces données.

32 STATISTIQUE CANADA (SC). *Présence d'enfants, nombre d'enfants à la maison et structure de la famille de recensement pour les familles de recensement dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, recensements de 2006 et 2011*, [En ligne], 2012, mis à jour le 6 novembre 2015. [<http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/tbt-tt/Rp-fra.cfm?LANG=F&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=0&PID=102074&PRID=0&PTYPE=101955&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2011&THEME=89&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>] (Consulté le 27 janvier 2017).

- La proportion des familles monoparentales et les proportions des pères monoparentaux sont calculées à partir de ces données.

33 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Coup d'œil sociodémographique - Coup d'œil sur l'emploi du temps au Québec de 1986 à 2010*, n°21, Québec, L'Institut, 2013, 8 p. [En ligne]

[http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01661FR_EmploiTemps2010H00F00.pdf]
(Consulté le 27 janvier 2017).

34 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Proportion de proches aidants selon l'âge et le sexe, Québec*, 2012, [En ligne], mis à jour le 10 septembre 2015. [<http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/vieillesse/index.html?theme=soutien-entraide&tab=6>] (Consulté le 27 janvier 2017).

35 QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *Trousse média sur les agressions sexuelles*. [En ligne] [<https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/accueil>] (Consulté le 27 janvier 2017).

36 TOURIGNY, M., HÉBERT, M., JOLY, J., CYR, M. et K. BARIL. (2008). *Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. Australian and New Zealand journal of public health*, vol. 32 n° 4, pages 331-335. [En ligne], [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x/epdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

37 STATISTIQUE CANADA (SC). *La victimisation criminelle au Canada*, 2014 [En ligne] [<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14241-fra.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

38 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins : rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, 2004, 41 p. [En ligne] [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-911-01_rap.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

39 TREMBLAY, Gilles, et autres, *La santé des hommes au Québec*, Les Publications du Québec, 2005, 179 p.

40 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, 2005, 97 p. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

41 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Bilan des projets d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité*, 2012, 30 p. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-729-01.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

42 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Rapport du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*, 2012, 50 p. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-02.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

43 PROTECTEUR DU CITOYEN, *Examen des services offerts aux hommes du Québec par le réseau de la santé et des services sociaux depuis le « Rapport Rondeau »*, 2012, 11 p. [En ligne] [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2012-06-29_rapport_enquete.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

44 DUBEAU, Diane, et autres, *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilités et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces*, FRQSC, 2013, 55 p. [En ligne] [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DubeauD_rapport+2013_soutien+p%C3%A8res/6a51b530-65ae-476e-85e0-b3bd091babb0] (Consulté le 27 janvier 2017).

45 DESLAURIERS, Jean-Martin, et Johanne GROULX. *Implantation de la formation « Intervenir auprès des hommes » dans le cadre du projet « For'Hommes » de la Montérégie*, Masculinités et Société, 2014, 121 p. [En ligne] [http://www.masculinites-societe.criviff.qc.ca/sites/masculinites-societe.criviff.qc.ca/files/hommes_final_2014.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

46 TREMBLAY, Gilles, et autres. *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services*, FRQSC, 2016, 44 p. [En ligne] [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_TremblayG_rapport_besoins-hommes.pdf/cca08f98-2eb1-4cb1-bc79-06d62581cdd4] (Consulté le 27 janvier 2017).

47 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Bilan des actions régionales mises en œuvre dans le cadre des Priorités d'action gouvernementale pour la santé et le mieux-être des hommes (2009-2014)*, 2015, 25 p. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-729-01W.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

48 TREMBLAY, Gilles, et autres. *Évaluation de la ressource d'hébergement « Maison Oxygène »*, Masculinités et société, 2013, 37 p. [En ligne] [<http://www.maisonoxygene.com/documents/MaisonOxygene-rapportderecherche-juin2013.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

49 DESLAURIERS, Jean-Martin. *Le point de vue des pères ayant des difficultés d'accès à leur enfant suite à une rupture d'union – Évaluation des services de l'organisme Pères Séparés Inc.*, 2013, 37 p. [En ligne] [<http://rohim.net/doc/rapport-pere-separes.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

50 TURCOTTE, Geneviève, et autres. *Le projet Relais-Père : Analyse d'une pratique innovante pour soutenir l'engagement paternel et l'insertion sociale de pères vulnérables dans quatre quartiers de Montréal*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 2009, 148 p. [En ligne] [<https://hommesmtl.files.wordpress.com/2014/10/rapportrelaisperes.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

51 BRODEUR, Normand, SULLIVAN, Frédéric et Rémy DARITH CCHM. *Évaluation des services aux pères immigrants de l'Hirondelle*. Masculinités et société, 2014 [En ligne] [<http://www.rvpaternite.org/evaluation-des-services-aux-peres-immigrants-de-lhirondelle>] (Consulté le 27 janvier 2017)

52 QUÉBEC. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, 2001, 82 p. [En ligne] [http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Orientations_gouv_agression_sexuelle_2001.pdf] (Consulté le 27 janvier 2017).

53 DULAC, Germain. *Les demandes d'aide des hommes*, 1997, Centre d'études appliquées sur la famille (Université McGill) et AIDRAH, 39 p.

54 DULAC, Germain. *Aider les hommes... aussi*, Montréal, VLB, 2001, 187 p.

55 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 9 et 14, accessible En ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

56 CHAUVET, M., KAMGANG, E., NGAMINI NGUI, A. et M. FLEURY. (2015). *L'Addiction aux substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Montréal, Cahier de recherche du CRDM-IU, 198 p.

57 KAIROUZ, S., ROBILLARD, C., TRAN, S. et M. BODINGTON. (2014). *Synthèse des connaissances sur les jeux de hasard et d'argent*. Montréal, Université Concordia, 22 p.

58 QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*, page 6. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf] (Consulté le 3 février 2017).

59 QUÉBEC. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, 2012, page 3. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf] (Consulté le 3 février 2017).

60 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Services sociaux généraux – Offre de services*, 2013, 67 p. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017),

61 QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique de périnatalité 2008-2018*, 2008, page 63 [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>] (Consulté le 27 janvier 2017).

62 DION, Jacinthe, et autres (2011), *Agression sexuelle envers les enfants ayant une déficience intellectuelle*. Enquête, traitement et prévention, dans HÉBERT, Martine et autres, *L'agression sexuelle envers les enfants*, Presses de l'Université du Québec, page 18.

