

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue affiliée à l'Université de Sherbrooke

**Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes  
utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.**

Par  
Christel Brouillette  
Programme en sciences de la santé

Mémoire présenté à la faculté de médecine en sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue affiliée à l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
recherche en sciences de la santé.

Rouyn-Noranda, Québec, Canada  
Décembre 2022

Membres du jury d'évaluation :

Stéphane Grenier, Ph.D., Département du développement humain et social, Université du Québec en  
Abitibi-Témiscamingue (directeur de recherche)  
Marie-Hélène Morin, Ph.D., Département de psychosociologie et travail social, Université du Québec à  
Rimouski (codirectrice de recherche)  
Oscar Labra, Ph.D., Département du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-  
Témiscamingue (évaluateur interne)  
Jean-Martin Deslauriers, Ph.D., École de service social de l'Université d'Ottawa (évaluateur externe)

---

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Au Québec, trois suicides sur quatre sont commis par des hommes et l'Abitibi-Témiscamingue figure au 2<sup>e</sup> rang parmi les 18 régions sociosanitaires avec une prévalence de 36,8 décès pour 100 000 hommes contre 19,4 pour le reste de la province. La littérature scientifique met en lumière une sous-utilisation des services de santé mentale de la part des hommes, notamment en raison de leur socialisation. En région éloignée, l'accessibilité des services est différente que dans les centres urbains et peu de recherches illustre cette réalité particulière. Cette étude vise à mieux connaître la trajectoire des demandes d'aide masculines disponibles au sein du système de santé québécois et plus particulièrement en milieu rural. **Méthodologie :** Il a été question de réaliser une étude quantitative descriptive à l'aide de deux instruments de mesure : 1) une base de données du logiciel I-CLSC utilisée, en autres, par des travailleurs sociaux du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) qui a permis d'étudier un total de 232 dossiers et 2) un questionnaire autoadministré qui a été diffusé sur les réseaux sociaux où 33 hommes ont contribué à mieux connaître les réalités masculines en contexte de région éloignée. **Résultats attendus :** Les résultats de cette étude ont permis de mettre en lumière le portrait et les besoins psychosociaux des hommes non seulement à l'intérieur des services de première ligne en mission CLSC, mais également à travers les ressources d'aide disponibles en Abitibi-Témiscamingue. La clientèle masculine adulte (25-44 ans) a été majoritairement la population cible des services sociaux où les motifs de consultation les plus criants ce sont résumés à l'anxiété, la dépression, l'usage de substances (drogues et alcool) ou encore aux idéations suicidaires. **Conclusion :** À ce jour, cette découverte met en lumière une percée importante à l'effet que plusieurs hommes (129 sur 232) se mobilisent et consultent, par eux-mêmes, les services du CLSC bien que certains d'entre eux (19 sur 33) qui occupent notamment un emploi genré dans le domaine minier, de la construction ou encore du transport n'ont pas toujours tendance à le faire en situation de crise voire de détresse psychologique.

**Mots clés :** socialisation masculine, demande d'aide masculine, portrait psychosocial des hommes, motifs de consultations.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Quebec, three out of four suicides are committed by men and Abitibi-Témiscamingue ranks 2nd among the 18 health regions with a prevalence of 36.8 deaths per 100,000 men compared to 19.4 for the rest of the province. The scientific literature highlights the under-utilization of mental health services by men, particularly because of their socialization. In remote areas, access to services is different from that in urban centers and little research has been done to illustrate this particular reality. This study aims to better understand the trajectory of men's requests for help available within the Quebec health system, particularly in rural areas. **Methodology:** A quantitative descriptive study was conducted using two measurement tools: 1) a database of the I-CLSC software used, among others, by social workers of the Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT), which made it possible to study a total of 232 files, and 2) a self-administered questionnaire that was disseminated on social networks, where 33 men contributed to a better understanding of the realities of men in a remote region context. **Expected results:** The results of this study shed light on the portrait and psychosocial needs of men not only within front-line services in the CLSC mission, but also across the available support resources in Abitibi-Témiscamingue. The adult male clientele (25-44 years old) was the majority of the target population of the social services where the most glaring reasons for consultation were anxiety, depression, substance use (drugs and alcohol) or suicidal ideation. **Conclusion:** To date, this finding highlights an important breakthrough in the fact that many men (129 out of 232) mobilize and consult CLSC services on their own, even though some of them (19 out of 33), who hold gendered jobs in the mining, construction or transportation sectors, do not always tend to do so in situations of crisis or psychological distress.

**Key words:** male socialization, male request for help, psychosocial portrait of men, reasons for consultation.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
Chapitre 1 – Problématique.....	2
1.1 Le portrait psychosocial des hommes en Abitibi-Témiscamingue.....	2
1.1.1 Les réalités masculines en région éloignée.....	2
1.1.2 Les habitudes de vie chez les hommes.....	6
1.1.3 La santé physique des hommes.....	6
1.1.4 La santé mentale des hommes en Abitibi-Témiscamingue.....	7
1.1.5 La détresse psychologique des hommes.....	7
1.1.6 Le suicide : une réalité qui n’échappe pas à la région de l’Abitibi-Témiscamingue.....	10
1.2 Les besoins psychosociaux des hommes en Abitibi-Témiscamingue.....	13
1.2.1 Les trajectoires des demandes d’aides masculines en mission CLSC.....	13
1.2.2 Les motifs de consultation des hommes en mission CLSC.....	14
Chapitre 2 - Recension des écrits.....	16
2.1 Le visage des hommes de l’Abitibi-Témiscamingue.....	16
2.1.1 Les masculinités genrées vécues à l’international sous un angle culturel et social.....	16
2.1.2 La pauvreté : un indicateur clé dans la recherche d’aide masculine.....	18
2.1.3 L’orientation sexuelle, l’âge et le sexe selon la démarche d’aide masculine.....	18
2.1.4 Le système de valeurs des hommes en consultation dans les services en santé mentale.....	19
2.1.5 Les réalités masculines en région éloignée : un sujet encore méconnu au Québec.....	21
2.2 La masculinité traditionnelle et ses conséquences sur l’intervention psychosociale.....	21
2.2.1 La sous-utilisation des services : une ère de changement vers une mobilisation ?.....	21
2.2.2 Le contexte organisationnel : défis pour la pratique psychosociale.....	24
2.2.3 L’intervention auprès des hommes en difficulté : enjeux cliniques en relation d’aide.....	25
2.2.4 Masculinité positive et ouverture vers les services de santé.....	28
2.3 But et objectifs de la recherche.....	31
Chapitre 3 – Méthodologie.....	32

---

3.1 Devis de recherche.....	32
3.2 Population à l'étude et critères de sélection des participants.....	32
3.3 Méthodes de collecte des données.....	33
3.4 Déroulement de l'étude.....	33
3.5 Définition des variables à l'étude : logiciel I-CLSC et questionnaire autoadministré.....	36
3.6 Analyse des données quantitatives.....	38
3.7 Considérations éthiques.....	39
Chapitre 4 - Résultats de l'étude.....	41
4.1 Trajectoire des demandes d'aides masculines en mission CLSC.....	41
4.1.1 Bref portrait des 232 hommes selon le logiciel I-CLSC du CISSSAT.....	41
4.1.2 Porte d'entrée des trajectoires des demandes d'aide en mission CLSC du CISSSAT.....	43
4.1.3 Prise en charge des demandes d'aide masculines en mission CLSC.....	46
4.1.4 Faits saillants à retenir pour le logiciel I-CLSC.....	48
4.2 Questionnaire autoadministré diffusé en ligne.....	50
4.2.1 Portrait sociodémographique des 33 hommes ayant complété le questionnaire... 50	
4.2.2 Trajectoires des demandes d'aide masculines.....	51
4.2.3 La demande d'aide masculine selon le portrait sociodémographique des hommes.....	56
4.3 Attentes et recommandation pour le CISSSAT selon le portrait des hommes.....	63
4.3.1 Attentes des participants envers un professionnel de la santé.....	63
4.3.2 Recommandations en amélioration continue des services sociaux du CISSSAT.....	64
4.4 Faits saillants à retenir pour le questionnaire autoadministré.....	65
Chapitre 5 – Discussion.....	68
5.1 La détresse psychologique masculine en contexte de ruralité.....	68
5.2 L'intervention masculine en mission CLSC.....	70
5.3 Le portrait sociodémographique des hommes en intervention : un sujet encore à débat.....	70
5.4 La porte d'entrée pour les hommes : une réalité rurale particulière et singulière.....	73
5.5 Les motifs de consultation vécus par les hommes : un nouvel éclairage.....	74
5.6 La consultation psychosociale : la position des hommes ruraux.....	77
5.7 Les recommandations des hommes ruraux en relation avec les connaissances actuelles.....	79
5.8 Limites de l'étude.....	80

---

5.8.1 Participation et biais de sélection.....	80
5.8.2 Fiabilité des mesures et biais d'information.....	80
5.8.3 Collecte de données et biais de confusion.....	81
5.8.4 Validité externe des résultats de recherche.....	81
6. Retombées du mémoire, recommandations et pistes de recherches futures.....	82
CONCLUSION.....	86
RÉFÉRENCES	
BIBLIOGRAPHIQUES.....	88
ANNEXE 1 - Approbation du comité scientifique de l'UQAT.....	94
ANNEXE 2 - Approbation éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)..	95
ANNEXE 3 - Approbation du comité éthique de la recherche (CÉR) de l'UQAT.....	97
ANNEXE 4 - 1 <sup>re</sup> modification éthique du projet de recherche auprès du MSSS.....	98
ANNEXE 5 - 2 <sup>e</sup> modification éthique du projet de recherche auprès du MSSS.....	99
ANNEXE 6 - 3 <sup>e</sup> modification éthique du projet de recherche auprès du MSSS.....	100
ANNEXE 7 - Renouvellement annuel du projet de recherche auprès du MSSS.....	101
ANNEXE 8 - Renouvellement annuel du projet de recherche auprès du CÉR-UQAT.....	103
ANNEXE 9 - Annonce de recrutement pour le questionnaire autoadministré en ligne.....	104
ANNEXE 10 - Formulaire de consentement en version papier et numérique.....	105
ANNEXE 11 - Questionnaire autoadministré en version papier et numérique.....	110

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
APA	American Psychological Association
A-T	Abitibi-Témiscamingue
CÉR-UQAT	Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'UQAT
BCH	Consultants Bonneau, Chrétien et Hébert (fondateurs de la clinique privée BCH)
CISSSAT	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRCATNQ	Centre résidentiel communautaire de l'A-T et du Nord-du-Québec
DEP	Diplôme d'études professionnelles
DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
DPJ	Direction de la Protection de la jeunesse
FIFO	Fly-in, fly-out
GMF	Groupe de médecine familiale
G. IMAGE	Groupe Intégration Masculine avec une Attitude Gagnante et Épanouie
JED	Jeunes en difficulté
L. I-CLSC	Logiciel Intégration du centre local des services communautaires
LSSSS	Loi sur les services de santé et de services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale en santé
PAE	Programme d'aide aux employés
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
R-N	Rouyn-Noranda
RPSBEH	Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes
SAD	Soutien à domicile
S.A.T.A.S	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
V-D	Val-d'Or

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Principaux organismes communautaires offrant des interventions spécialisées auprès des hommes sur le territoire de l’Abitibi-Témiscamingue.....	5
<b>Tableau 2</b> : Fusionnement des critères de dépression masculine selon deux auteurs : Pollack, 1998 et Cochran et Rabinowitz, 2000 .....	8
<b>Tableau 3</b> : Synthèse du système de valeurs (attentes) des hommes en consultation de santé sous un angle provincial, voire international .....	21
<b>Tableau 4</b> : Les impacts de la socialisation masculine traditionnelle sur la santé mentale et des hommes (Deslauriers et Groulx, 2014 et Lajeunesse et al, 2013) .....	22
<b>Tableau 5</b> : Les exigences de l’intervention masculine du point de vue des intervenants sociaux (Deslauriers et Groulx, 2014) .....	26
<b>Tableau 6</b> : Psychologie positive : onze qualités relevant de la masculinité traditionnelle (Kiseleica et al., 2016).....	28
<b>Tableau 7</b> : Définition des variables d’intérêt du logiciel I-CLSC servant à illustrer la trajectoire des demandes d’aide masculines en mission CLSC (Inspiré de l’étude de Deslauriers et al, 2010 et Lajeunesse et al, 2013) .....	36
<b>Tableau 8</b> : Définition des variables d’intérêt visant à mettre en lumière les réalités masculines en Abitibi-Témiscamingue (inspiré de l’expérience clinique de l’étudiante et des études Dupéré et al, 2016, Deslauriers et al, 2010, Lajeunesse et al, 2013 ainsi que Statistiques Canada, 2008.....)	36
<b>Tableau 9</b> : Âge des hommes au moment d’une demande d’aide psychosociale formulée à l’accueil psychosocial du CLSC de Val-d’Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT (2019).....	42
<b>Tableau 10</b> : Municipalité retenue en fonction du lieu où a été formulée une demande d’aide masculine en mission CLSC sur le territoire de Val-d’Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT (2019).....	43
<b>Tableau 11</b> : Provenance d’une demande d’aide masculine adressée à l’accueil psychosocial du CLSC de Val-d’Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT en fonction de la tranche d’âge des hommes en 2019.....	43
<b>Tableau 12</b> : Provenance d’une demande d’aide masculine adressée à l’accueil psychosocial du CLSC de Val-d’Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT selon la municipalité retenue en 2019.....	44
<b>Tableau 13</b> : Décision rendue par l’intervenant de l’accueil psychosocial de Val-d’Or et de Rouyn-Noranda selon le programme de référence déterminé pour une prise en charge en suivi psychosocial au cours de l’année 2019.....	45
<b>Tableau 14</b> : Tranche d’âge des hommes selon le principal motif de consultation retenu à partir du programme des services psychosociaux généraux du secteur de Val-d’Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT (2019).....	47

<b>Tableau 15</b> : Instrument de mesure validé pour illustrer l'intensité de la dépression vécue chez les répondants qui ont déjà consulté en mission CLSC au moment de leur participation au questionnaire autoadministré en ligne à l'été 2021 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2003).....	53
<b>Tableau 16</b> : Instrument de mesure validé pour illustrer l'intensité de l'anxiété vécue chez les répondants qui ont déjà consulté en mission CLSC au moment de leur participation au questionnaire autoadministré ligne à l'été 2021 (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe, 2007).....	54
<b>Tableau 17</b> : Grille d'interprétation des résultats relevant du PHQ-4 permettant d'obtenir le degré de sévérité de la détresse psychologique vécue chez le patient (Kroenke et al., 2009).....	56
<b>Tableau 18</b> : Principaux motifs de consultation identifiés par les hommes (n=31) au cours des cinq dernières années (2016-2021) selon le domaine d'emploi occupé au moment de remplir le questionnaire autoadministré lors de la période estivale 2021. ....	61

## LISTE DES FIGURES

- Figure 1** : Synthèse de la principale trajectoire d'une demande d'aide masculine effectuée en mission CLSC au cours de l'année 2019..... 49
- Figure 2** : Synthèse de la principale trajectoire d'une demande d'aide identifiée par les hommes ayant complété le questionnaire autoadministré durant la période estivale 2021 ..... 66

## DÉDICACE

*À mes parents, Michel et Chantal, qui m'ont transmis la persévérance, la créativité, la ténacité et le désir inconditionnel de vouloir contribuer à faire une différence dans la vie des gens d'ici.*

## REMERCIEMENTS

D'abord, je tiens à souligner que ce projet de recherche fut pour moi, une aventure enrichissante et stimulante. Au cours de cette expérience, j'ai eu la chance d'acquérir plusieurs connaissances en matière de santé mentale des hommes en région éloignée qui, aujourd'hui, me servent dans l'exercice de ma profession à titre de travailleuse sociale. C'est pourquoi je tiens à remercier tous les gens qui m'ont offert leur encadrement, leur soutien et leur aide à différents niveaux. La réalisation de cette étude novatrice en région n'est pas l'œuvre d'une unique personne, mais bien d'une équipe complète. Permettez-moi de vous nommer, avec transparence, tous ceux et celles qui ont tracé ce chemin robuste avec moi.

À mon directeur de recherche, Stéphane Grenier, je tiens à vous remercier pour le soutien proactif, la grande disponibilité et l'encadrement en continue qui m'ont permis d'acquérir des habiletés en recherche au fil des années. Merci de m'avoir fait confiance dès le départ, ce qui m'a permis de développer une pleine autonomie dans le cadre d'études supérieures.

À ma codirectrice de recherche, Marie-Hélène Morin, je tiens à vous remercier pour le soutien rigoureux et en continue offert à distance et au potentiel de visibilité de cette étude à l'extérieur de la région.

À l'expertise de Jean-Martin Deslauriers et d'Oscar Labra en matière de santé et bien-être des hommes, je tiens à vous remercier pour votre ouverture et votre partage du savoir masculin qui a enrichi, significativement, ce projet de recherche.

À l'ensemble du personnel (professeurs-chercheurs) relevant du département en sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, je tiens à vous remercier pour chacune de vos expertises à caractère multidisciplinaire qui ont rendu mon parcours académique unique, dynamique et riche en apprentissages. Merci également pour la rigueur protocolaire du programme qui me sera utile tout au long de ma carrière professionnelle.

À mon employeur, le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) incluant le ministère de santé et de services sociaux (MSSS), à l'équipe de la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE), aux gestionnaires, aux archivistes, à l'agente de recherche responsable du déploiement régional du plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes ainsi qu'à nombreux collègues de travail et amis des deux points de service de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT, je tiens à vous remercier sincèrement pour votre ouverture envers cette étude et au plaisir que nous avons eu ensemble à partager une réalité clinique commune : la santé mentale des hommes en Abitibi-Témiscamingue.

À la Table régionale de santé et de bien-être des hommes en Abitibi-Témiscamingue, je souhaite vous remercier pour l'accueil chaleureux à bras ouverts, dans votre équipe dynamique où le lien d'appartenance est solide. Ce fut un plaisir de me joindre à vous dans l'intérêt des hommes d'ici.

À tous les bailleurs de fonds qui m'ont soutenus, financièrement, tout au long de mon parcours académique à la maîtrise : le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), le Réseau intersectoriel de recherche en santé de l'Université du Québec (RISUQ) et la Fondation UQAT : trois bourses d'intégration à l'excellence, une bourse de persévérance scolaire Marguerite-Bourgeois, une bourse d'excellence relève en recherche en santé et une bourse distinctive de la Table régionale en santé et bien-être des hommes en Abitibi-Témiscamingue. Je désire également remercier le soutien financier que j'ai obtenu en provenance de l'organisme national de recherche MITACS et de l'organisme Groupe IMAGE en Abitibi-Témiscamingue par un concours de sélection dans le cadre

d'un contrat d'assistante de recherche, réalisé au même moment de ma maîtrise, intitulé : *Fly-in/fly-out : les hommes québécois et le travail loin du domicile*. Merci à vous tous d'avoir cru en mes habiletés en recherche ainsi qu'au potentiel voire à la pertinence de valoriser la recherche sociale masculine en région éloignée.

À tous les hommes de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont participé aux deux projets de recherche régionaux, je tiens chaleureusement à vous remercier pour votre contribution significative à enrichir les connaissances masculines servant de levier de changement et d'amélioration continue des pratiques voire de l'offre de services sociaux à votre égard. Un merci spécial à Radio-Canada et à la mobilisation de plus d'une centaine de citoyens, personnes, membres de la famille et amis relevant de mon réseau de contacts *Facebook* pour avoir diffusé et partagé l'existence de ces deux initiatives locales.

Pour terminer, à mon meilleur ami, à mon partenaire de vie, de plein air, de chasse, de pêche, de motoneige, de quatre-roues et fièrement au papa de notre enfant Will, je tiens à te remercier pour le soutien émotionnel offert en continu. Merci de m'avoir accompagnée à être moi-même, authentique et fidèle à mes inspirations, bien souvent, ambitieuses. Cela m'a permis de mettre à profit ma persévérance et au final de me réaliser à mon plein potentiel. Ce parcours de vie ensemble sera sans doute une source d'inspiration pour notre fils. À toi Will d'amour, ma raison de vivre, le fruit de mon meilleur projet de vie... Un petit garçon qui pourra à son tour sensibiliser d'autres garçons voire d'autres hommes à s'exprimer ouvertement et à être à l'aise, espérons-le, avec la gestion des émotions.

Bref, je t'aime d'amour Willow xoxOx.

## INTRODUCTION

La relation d'aide repose essentiellement sur les travaux de Carl Rogers et d'Abraham Maslow réalisés au cours du XXe siècle (Tremblay, 2003). Elle se définit par un accompagnement de nature psychologique, professionnel ou non, autrement dit par l'acte de tendre la main vers autrui dans un contexte de relation d'aide où il y a une personne aidante et une personne aidée (Labra et al. 2018). La relation d'aide demeure situationnelle puisqu'elle répond habituellement à un besoin immédiat, bien souvent, à l'intérieur d'une courte durée (Tremblay, 2003). Chez l'aidant, elle nécessite plusieurs habiletés telles que l'empathie, l'écoute active, le non-jugement et la congruence. Il s'agit d'une relation à la fois souple et structurée qui permet à la personne aidée d'acquérir une meilleure compréhension d'elle-même afin de pouvoir cheminer et se mobiliser vers une nouvelle orientation (Tudor et al., 2014). La demande d'aide demeure un processus difficile pour plusieurs hommes, peu importe l'âge, le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle ou encore l'origine ethnique. Cette réalité est encore plus présente chez les hommes en situation de pauvreté, célibataires et peu scolarisés. La socialisation masculine<sup>1</sup> représente un frein majeur à la recherche d'aide. Malgré les progrès réalisés au fil des dernières années, beaucoup reste à faire pour mieux rejoindre les hommes notamment au niveau de l'offre de services (Tremblay et al, 2016).

Afin de mieux comprendre la demande d'aide masculine, ce mémoire de maîtrise vise à identifier les besoins psychosociaux et les motifs de consultation liés à la détresse psychologique vécue par les hommes en Abitibi-Témiscamingue qui consultent les services sociaux en mission CLSC du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT). Dans le premier chapitre, la problématique est présentée au regard des réalités masculines vécues en Abitibi-Témiscamingue. Dans le deuxième chapitre, l'état des connaissances est dressé sous forme de recension des écrits des études actuelles entourant divers enjeux en lien avec l'intervention masculine. Dans le troisième chapitre, la méthodologie est exposée afin de décrire le processus de recherche. Dans le quatrième chapitre, les résultats de recherche sont discutés grâce à deux instruments de mesure retenus dans le cadre de l'étude. Quant au cinquième chapitre, une discussion et une conclusion incluant des pistes d'interventions sont offertes dans le but d'améliorer en continue la pratique clinique auprès des hommes en région éloignée. Il est aussi question d'ouvrir vers l'avenir en offrant plusieurs pistes de recherches futures en faveur des réalités masculines rurales.

---

<sup>1</sup> La socialisation masculine et ses conséquences sur la demande d'aide se définit à partir des cinq thématiques clés suivantes : 1) la demande d'aide est synonyme de faiblesse, 2) la demande d'aide se fait uniquement en cas de besoin extrême, 3) l'agressivité est jugée utile pour justifier le niveau d'urgence 4) l'aide externe est inutile et 5) l'expression des émotions n'est pas permise (Lajeunesse et al, 2013).

## **Chapitre 1 – Problématique**

Dans ce premier chapitre, le portrait sociodémographique et les besoins psychosociaux des hommes abitibiens sont présentés en vue de mieux comprendre leurs réalités psychosociales. Il est question de mettre en lumière divers enjeux liés à leur santé physique et mentale incluant leur environnement social. De plus, l'intérêt de cette section est de démontrer le nombre limité de ressources d'aide psychosociale s'adressant spécifiquement aux hommes en région éloignée tout en illustrant la méconnaissance actuelle associée à la détresse psychologique (dépression et anxiété) vécue au masculin. Enfin, les décès par suicide et la faible connaissance liée à la trajectoire des services en mission CLSC représentent également des préoccupations dégagées dans ce chapitre. Il s'agit donc de mieux saisir les réalités masculines éloignées qui caractérisent la région au reste du Québec voire même de l'international.

### **1.2 Le portrait psychosocial des hommes en Abitibi-Témiscamingue**

#### **1.1.1 Les réalités masculines en région éloignée**

Actuellement, la région de l'Abitibi-Témiscamingue (A-T) accueille près de 147 897 habitants dont plus de la moitié (58,3%) sont âgés de 20 à 64 ans (Institut de la statistique du Québec, 2020). En 2020, la moyenne d'âge en Abitibi-Témiscamingue est estimée à 42,8 ans contre 41,9 ans pour le reste du Québec (Conseil du statut de la femme, 2015 ; Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2021). La municipalité régionale de comté (MRC) de Val-d'Or (V-D) regroupe 43 505 habitants et la MRC de Rouyn-Noranda (R-N) quant à elle, rassemble près de 43 055 personnes, ce qui représente plus de la moitié (57,6%) de la population régionale (Bellot et al., 2021 ; Conseil du statut de la femme, 2015). Sous un angle provincial, l'A-T représente environ 1,8% de la population québécoise, dont 50,2% sont des hommes (Conseil du statut de la femme, 2015). La proportion de personnes seules est plus élevée en A-T (16,9%) que dans le reste du Québec (16,1%) et concerne plus spécifiquement des hommes âgés de 20 à 24 ans ou encore de 65 à 79 ans (Conseil du statut de la femme, 2015). Parmi ces hommes seuls, plus de la moitié d'entre eux (54,0%) bénéficient de prestations d'aide de dernier recours (aide sociale) en A-T, ce qui demeure encore une fois une prévalence supérieure au reste du Québec estimé à 51,7% (Beaulé et al., 2017 et Lavallée et al., 2017). Il demeure également important de souligner que les hommes abitibiens demeurent aussi plus nombreux que les femmes à recevoir des prestations d'assistance sociale puisque cela concerne environ 3 200 hommes contre 2 700 femmes (Beaulé et al., 2017).

Dans un autre ordre d'idées, au Québec, le décrochage scolaire au secondaire représente une réalité courante chez plus d'un adolescent masculin sur cinq (21,9%) (Lavallée et al., 2017). Il reste deux fois supérieur à celui du sexe opposé alors que le marché du travail évolue et exige de plus en plus de formations académiques (Tremblay et al., 2016). Sous cet angle, l'A-T se classe au 3<sup>e</sup> rang à l'échelle provinciale avec un taux important de décrochage scolaire, ce qui représente environ 16 500 personnes sans diplôme secondaire et près d'un homme sur quatre (Bellot et al., 2021 ; Conseil du statut de la femme, 2015). En 2016, ce constat demeure plus présent dans la MRC de Val-d'Or (23,0%) que celle de Rouyn-Noranda (16,7%) de même que plus élevé que l'ensemble du Québec chiffré à 13,0% (Bellot et al., 2021). Malgré cette réalité, le marché d'emploi en A-T reste tout de même attrayant pour les hommes sans diplôme puisqu'il se situe autour de 56,2% notamment à l'intérieur des professions suivantes : domaine minier, domaine de la construction, domaine du transport, domaine de la mécanique, domaine du commerce de détail ou autres types d'emplois de ce genre qui exigent au final peu de scolarité pour obtenir un salaire satisfaisant (Conseil du statut de la femme, 2015).

En dépit des conditions socioéconomiques provinciales et régionales vécues chez les hommes, la criminalité est également présente chez cette population cible. Au Québec, environ une personne sur quatre (24,0%) estime vivre une perturbation en matière de consommation ou vente de drogue, de vandalisme dans les domiciles, etc. (Gravel, 2017). L'A-T figure au 2<sup>e</sup> rang parmi les taux les plus élevés de criminalité au Québec (Conseil du statut de la femme, 2015). Selon les dernières données disponibles en 2011, cette même région se classait également au 5<sup>e</sup> rang au niveau des agressions sexuelles subies par de jeunes garçons de 18 ans et moins de même qu'à un taux supérieur en matière de voies de fait (845,9 sur 100 000 jeunes hommes en 2011), de menaces (282,0 sur 100 000 jeunes hommes en 2011) et d'enlèvements ou de séquestrations (25,6 sur 100 000 jeunes hommes en 2011) comparativement au reste du Québec pour ces mêmes motifs dans ce même ordre décroissant : 529,9, 128,2 et 14,1 sur 100 000 jeunes hommes (Conseil du statut de la femme, 2015).

D'ailleurs, cette tendance se poursuit à l'âge adulte où elle demeure, encore une fois, largement supérieure à l'ensemble du Québec (Conseil du statut de la femme, 2015). D'un point de vue provincial, les hommes victimes d'agressions sexuelles durant l'enfance qui dénoncent leur abus plus tardivement, notamment à l'âge adulte, reste encore à ce jour une réalité stigmatisée et marginalisée (Lavallée et al., 2017 ; Deslauriers et al., 2010). Selon une enquête de Statistique Canada (2014), environ 5% des agressions sexuelles (hommes et femmes) sont déclarées à la Sureté du Québec (SQ) (Lavallée et al., 2017).

Ce constat soulève un besoin criant en matière de promotion de santé notamment pour les hommes, puisqu'ils font face à une double stigmatisation liée au genre masculin et à l'agression sexuelle elle-même qui demeure une des réalités masculines oubliées de la société (Lavallée et al., 2017 ; Tremblay et al., 2016). En A-T, le taux de signalement retenu à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est largement supérieur (34,5%) par rapport au reste du Québec (18,4%) (Fondation Chagnon, 2020). L'A-T se classe, encore une fois, en tête de file, c'est-à-dire au 2<sup>e</sup> rang après la Côte-Nord (41,7%) en matière de négligence (52,0%), d'abus physiques (21,0%), de troubles du comportement (14,0% en hausse depuis 2019), de mauvais traitements psychologiques (8,0%) et d'abus sexuels (6,0%) bien que ces données restent à interpréter avec prudence puisqu'elles semblent peu fluctuer dans le temps malgré l'évolution constante des pratiques cliniques et des besoins familiaux (Bellot et al., 2021 et Lavallée et al., 2017).

D'autre part, l'A-T se démarque aussi à l'échelle provinciale par le taux élevé de violence conjugale où la région se situe au 1<sup>er</sup> rang pour les victimes âgées de moins de 18 ans et au 2<sup>e</sup> rang pour celles âgées de plus de 18 ans. La violence psychologique (20%) reste la plus fréquente suivie de la violence physique (12,5%) ainsi que de la violence sexuelle (9,1%) bien que la violence conjugale vécue au masculin demeure à ce jour très peu documentée en région éloignée (Bellot et al., 2019 ; Conseil du statut de la femme, 2015). En somme, l'A-T se caractérise par de nombreuses inégalités sociales en matière de pauvreté, de scolarité, de criminalité, de traumatismes vécus en enfance et de violence conjugale, ce qui teinte les réalités masculines et la vulnérabilité de cette population cible en milieu éloigné<sup>2</sup>.

En région éloignée, malgré les multiples problématiques identifiées ci-haut, l'accessibilité des services et le nombre de ressources reste quant à elles très limitées sur le territoire de l'A-T en ce qui a trait à l'intervention masculine. En effet, l'accès aux services ne permet pas de joindre l'ensemble de la population puisque près d'un homme sur deux (42,8%) n'a pas de médecin de famille, ce qui correspond à un homme sur trois (22,3%) pour le reste du Québec (Conseil du statut de la femme, 2015). Un inventaire des services offerts en A-T a permis de repérer un nombre limité d'organismes d'aide qui œuvrent plus spécifiquement auprès de la clientèle masculine en A-T.

---

<sup>2</sup> Région rurale/nordique/éloignée localisée à l'extérieur des grands centres urbains (Simard et Van Schendel, 2004).

Parmi les ressources d'aide recensées, le Groupe Intégration Masculine avec une Attitude Gagnante et Épanouie (IMAGE) est un organisme communautaire ayant pour mission de soutenir les hommes, les pères et leurs enfants en offrant notamment des services d'hébergement ou encore en relation d'aide (Groupe IMAGE, 2019-2020). Le Centre résidentiel communautaire de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec (CRCATNQ) est quant à lui un autre organisme communautaire qui accueille majoritairement des hommes ayant pour mission de favoriser la réinsertion sociale chez les personnes judiciairisées. Le service d'aide et de traitement en apprentissage social, mieux connu sous l'acronyme (S.A.T.A.S) représente aussi un organisme communautaire qui accueille des hommes et des femmes et qui vise principalement à enrayer les comportements violents, par exemple la violence conjugale sous toutes ses formes en A-T. Le Centre de prévention de suicide, le Centre Normand, le CISSSAT sont des exemples parmi d'autres ressources en A-T qui accueillent des hommes bien que ces services de santé ne soient pas explicitement réservés à cette clientèle spécifique d'où la forte importance d'améliorer en continu les connaissances masculines régionales. Le **tableau 1** ici-bas, synthétisé par mots clés, présente brièvement les points de services disponibles actuellement, incluant leur offre de services :

**Tableau 1**

*Principaux organismes communautaires offrant des interventions spécialisées auprès des hommes sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.*

	GROUPE IMAGE	CRCATNQ	S.A.T.A.S
Localisation	Témiscamingue Rouyn-Noranda	Amos	Rouyn-Noranda/Ville-Marie Val-d'Or/Senneterre Amos La Sarre Service volant
Offre de services	Entraide masculine : suivi individuel, etc. Services d'hébergement père-enfant	Programme de réinsertion sociale Appartements supervisés Suivi individuel, etc.	Services coûteux : 5\$ minimum et 50\$ maximum calculé selon le revenu du participant.

---

Itinérance: dortoir pour hommes et femmes	Rencontre(s) individuelle(s) d'évaluation Séances de groupe
--	--

---

### 1.1.2 Les habitudes de vie chez les hommes

En ajout au nombre de ressources limitées en région, la littérature scientifique soulève diverses préoccupations sur le plan des habitudes de vie, et ce, particulièrement chez la population masculine (Tremblay et al., 2016). L'étude de Legris et al. (2020) fait état d'un surplus de poids chez 60,8% des hommes montréalais bien que 50,4% d'entre eux soient à la fois actifs et fument la cigarette. Cette situation s'observe aussi en région éloignée où une personne sur quatre (25,0%) âgée de 25 à 64 ans fume la cigarette (Bellot et al., 2021). L'inactivité physique concerne davantage les personnes sans diplôme en A-T qui rappelons-nous demeurent majoritairement des hommes (Bellot et al., 2021). D'ailleurs, l'embonpoint concerne près de trois hommes sur cinq (Bellot et al., 2021). La consommation de tabac chez hommes en contexte de ruralité reste toutefois plus élevée (26,6%) que dans le reste du Québec situé à 20,6% (Conseil du statut de la femme, 2015). Au Québec, comme à l'international, les hommes sont aussi plus enclins à développer des problèmes de consommation d'alcool, de drogues ou une problématique de jeu, ce qui s'observe également en Abitibi-Témiscamingue où un homme sur cinq déclare, entre autres, une consommation excessive d'alcool (Bellot et al., 2021, Lavallée et al., 2017 et Sher et al., 2014).

### 1.1.3 La santé physique des hommes

Parmi les 18 autres régions sociosanitaires du Québec, l'A-T se classe au 4<sup>e</sup> rang quant à l'espérance de vie la plus basse chez les hommes (Conseil du statut de la femme, 2015). L'espérance de vie en A-T pour les hommes en milieu défavorisé est de 66,8 ans et en milieu favorisé elle se situe autour de 77,7 ans. (Bellot et al., 2021). En milieu défavorisé, un écart de près de cinq ans est observé pour les hommes qui vivent en région puisque l'espérance de vie mondiale oscille autour de 71,5 ans (Heyer et Schluchter, 2017). La mortalité prématurée concerne un homme sur deux (52,0%) de moins de 75 ans en région et repose essentiellement sur les tumeurs, les traumatismes non intentionnels (TNI), les maladies circulatoires et respiratoires (Bellot et al., 2021). Les hommes de la région sont aussi confrontés à divers types de cancers comme celui du poumon (la cause d'un décès sur trois), de la prostate et du côlon-rectum (Beaulé et al., 2010 ; Bellot et al., 2021).

De plus, un homme sur dix en A-T vit avec une incapacité physique ou cognitive<sup>3</sup> en plus de devoir composer avec un plus grand isolement social sur le plan géographique et en matière d'accessibilité aux services de santé, ce qui caractérise la région (Beaulé et al., 2010). Or, le taux annuel d'hospitalisation des hommes en A-T est plus élevé (848 pour 10 000 hommes) comparativement au reste du Québec (789 pour 10 000 hommes) (Beaulé et al., 2010).

#### **1.1.4 La santé mentale des hommes en Abitibi-Témiscamingue**

Diverses études démontrent que le niveau de scolarité complété, l'activité physique, le revenu, l'état civil et l'emploi sont des variables déterminantes concernant la santé mentale des hommes québécois (Beaulé et al., 2010 ; Camirand et al. 2016 ; Tremblay et al., 2016). Au Québec, c'est près de 4,0% des hommes qualifient leur santé mentale comme étant mauvaise, alors qu'en A-T ce constat se situe plutôt à 5,0% et vise près de 3 000 hommes de la région (Beaulé et al., 2010 ; Camirand et al., 2016). D'ailleurs, une certaine ambiguïté en région éloignée persiste en matière de stress quotidien vécu chez les hommes où le Conseil du statut de la femme (2015) témoigne que cela concerne un homme sur quatre, ce qui demeure une réalité encore peu investiguée où il y a nécessité d'acquérir un meilleur éclairage du point de vue des hommes qui utilisent les services de première ligne en mission CLSC incluant également les autres ressources d'aide disponibles en région.

#### **1.1.5 La détresse psychologique des hommes**

En soutien au besoin criant d'acquisition de connaissances en matière de santé mentale des hommes en région, il nous apparaît nécessaire de définir à ce stade-ci la détresse psychologique. Cette manifestation à caractère humain est un concept qui date d'une cinquantaine d'années puisqu'il a émergé d'abord aux États-Unis dans les années 1970 et s'est ensuite intégré au Canada en 1980 (Lavergne et al., 2004). Selon plusieurs chercheurs, la détresse psychologique se traduit par un registre de souffrances mentales variant du mal-être ordinaire aux symptômes psychiatriques (Camirand et Nanhou, 2008). L'étude de Smith et al. (2018) dénonce que les connaissances actuelles sont toujours à ce jour insuffisantes pour comprendre avec aisance ou encore pour mesurer avec exactitude la nature des expériences masculines en matière de détresse psychologique. Ce constat relativement récent (2016) fait en sorte que l'état mental du mal-être ordinaire vers les symptômes psychiatriques, en autres, vécus au masculin, restent encore une avenue à investiguer au sein de la littérature.

---

<sup>3</sup> L'incapacité se traduit par une faculté restreinte qui empêche la personne d'effectuer seule et de manière autonome les activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ-AVD) en raison d'une perte d'autonomie notamment liée à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité, à la douleur, à la mémoire, etc. (Beaulé et al., 2010).

D'ordre général, la détresse psychologique est un état qui reste invisible, abstraite, subjective et multidimensionnelle de par son caractère unique qui reste difficile à mesurer voire à standardiser dans la pratique clinique (Lavergne et al., 2004). Elle se manifeste par la dépression, l'anxiété, l'agressivité ou encore les troubles cognitifs (Tremblay et al., 2007). En plus du concept de base (la détresse psychologique) peu maîtrisé, les hommes possèdent quant à eux une faible connaissance des symptômes précurseurs d'un épisode dépressif ou empreint d'anxiété (Rice et al., 2018). En effet, une autre étude mentionne que nombreux jeunes hommes ne savent même pas ce que cela signifie avoir une santé mentale satisfaisante bien qu'ils sont en mesure de reconnaître certains symptômes relevant de la dépression (Ellis et al., 2013). Selon l'étude de l'Ogrodniczuk et al. (2016), la dépression masculine se manifeste par de l'irritabilité, de la colère, de l'agressivité, de la prise de risques ainsi que par des comportements de fuite. La recherche de Price et al. (2018) réalisée aux États-Unis précise qu'elle peut aussi se traduire par de l'abus de substance ou encore par une sexualité active, voire compulsive, et ce, avec multiples partenaires. Le retrait social, le surinvestissement au travail et les conflits interpersonnels sont aussi des indicateurs pouvant justifier la présence d'une dépression masculine (Roy et Villeneuve, 2016). Selon l'étude de Tremblay et al. (2007), le **tableau 2** illustre certains critères relevant de la dépression masculine :

---

**Tableau 2**

*Fusion des critères de dépression masculine selon deux auteurs : Pollack, 1998 et Cochran et Rabinowitz, 2000.*

---

Hausse de l'isolement social  
 Surinvestissement au travail  
 Autonomie et débrouillardise rigides  
 Changement au niveau de la libido : hausse ou diminution  
 Abus de substances (drogues, alcool ou jeu)  
 Humeur impulsive ou dépressive  
 Autocritique sévère  
 Difficulté de concentration  
 Comportements antisociaux  
 Idéations suicidaires ou tentative de suicide antérieure  
 Fatigue et/ou sommeil perturbé  
 Dénier de la peine  
 Gain ou perte de poids

---

Pression par un tiers (conjointe, employeur, ami(s) ou autres)

Sentiment de culpabilité

Perte d'emploi

Sentiment de rejet

Blessure(s) narcissique(s)

Perte d'intérêt pour les activités quotidiennes

Humeur dépressive

Rupture amoureuse

Paranoïa

---

Par ailleurs, en ce qui concerne l'anxiété, une étude mexicaine mentionne que les principaux symptômes se résument à des douleurs musculaires, à de l'insomnie, à des cauchemars ou encore à des changements comportementaux comme une hausse de violence conjugale envers la conjointe et les enfants (Ceballos, 2014). Pour les hommes, l'état dépressif ou anxieux se traduit par une détresse psychologique qui s'exprime davantage par des comportements qui à l'extrême, prennent la forme d'une violence contre soi-même (gestes suicidaires) ou contre autrui (gestes homicides) ou encore comme déjà mentionnées, par les dépendances liées à l'alcool ou aux drogues (Lavergne et al., 2004). D'autres hommes décrivent aussi vivre une fatigue ou encore être physiquement stressés, ce qui représente également des éléments à considérer pour qualifier l'anxiété voire la dépression masculine (Bilsker et al., 2018). Il demeure aussi important de souligner que la socialisation masculine peut masquer certains symptômes habituellement associés à la dépression comme la tristesse, le sentiment de culpabilité, l'impression de ne rien valoir et d'être seul ou encore la présence explicite d'idéations suicidaires (Ogrodniczuk et al., 2016). Cependant, une étude a révélé que plusieurs hommes divulguent leur détresse psychologique à leur médecin, et ce, peu importe la gravité des symptômes indépendamment des normes masculines (Bilsker et al., 2018). À l'inverse, Wide et al. (2011) rapporte que la très grande majorité des hommes ne discutent pas de leurs préoccupations avec leur médecin, et ce, même quand cela comporte des idées suicidaires possiblement en raison des exigences de la masculinité (ex. : force, autonomie, débrouillardise, etc.) Une autre recherche soulève que seulement 40,0% des hommes qui ont des idées suicidaires consultent un professionnel de la santé (Roy et Villeneuve, 2016). L'étude de Smith et al. (2018) tend à nuancer la demande d'aide en soulignant que certains hommes sont capables d'accepter leur diagnostic de dépression en l'incluant à leur identité masculine comme un signe de force, de contrôle et de sens des responsabilités à se prendre par eux-mêmes en main.

Ces constats contradictoires démontrent que la littérature actuelle ne permet pas de capter toute la complexité entourant la santé mentale des hommes de par la confusion entre anxiété et dépression, de par la diversité des résultats rapportés, de par le caractère unique et individuel de chaque homme, ce qui reste évidemment à démystifier en région éloignée. Malgré la mise en action de certains hommes à consulter leur médecin, il reste que très peu d'outils cliniques permettent de dépister efficacement l'état dépressif et/ou anxieux vécu spécifiquement chez ces derniers (Olliffe et al., 2014). Encore à ce jour, la dépression et l'anxiété demeurent sous-diagnostiquées chez une minorité d'hommes qui osent demander de l'aide et dont plusieurs d'entre eux continuent à souffrir en silence (Smith et al., 2018). Par conséquent, si les hommes ne sont pas détectés ni traités adéquatement, la situation risque de dégénérer jusqu'à provoquer un arrêt complet des activités quotidiennes (Ogrodniczuk et al., 2016). Or, un effort de destigmatisation entourant la santé mentale demeure une action toujours nécessaire et encore plus étroitement liée à la clientèle masculine (Rice et al., 2020).

De surcroît, une autre étude précise que les signes précurseurs d'une tentative de suicide peuvent ne pas toujours être présents ou encore très difficiles à repérer pour les professionnels en relation d'aide (Keohane et Richardson, 2018). D'autant plus que plusieurs hommes ont encore du mal à mettre des mots sur leur souffrance émotionnelle reliée à leur vécu intérieur (Deslauriers et Groulx, 2014). Berger et al., (2012) précisent que face à l'isolement social ou encore à la déconnexion du réel sans relation thérapeutique authentique et aidante, il est peu probable que les hommes expriment ouvertement avoir besoin d'aide pour faire face à leur anxiété et/ou à leur dépression (Berger et al., 2012). Pourtant, mondialement, la dépression se qualifie comme un fléau majeur qui se classe au 9<sup>e</sup> rang derrière les tumeurs, les maladies cardiaques et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (Ferrari, 2013). Toujours selon ce même auteur, elle affecte plus de 350 millions de personnes chaque année. Il est donc nécessaire de continuer à promouvoir la recherche sociale masculine en santé mentale pour ainsi mieux soutenir notamment les hommes ruraux en difficulté dont le portrait psychosocial déjà soulevé aux sections précédentes se démarque à l'échelle provinciale.

#### **1.1.6 Le suicide : une réalité qui n'échappe pas à la région de l'Abitibi-Témiscamingue**

Avec une meilleure connaissance de la détresse psychologique et de ses manifestations plus typiquement masculines, il s'avère approprié de dresser une des conséquences genrées qui n'épargne pas les hommes à l'échelle planétaire et encore moins ceux en région(s) éloignée(s).

D'un point de vue mondial, le décès par suicide est une crise silencieuse mondiale et plus spécifiquement elle est la première cause de décès prématurés chez les hommes âgés de 20 à 49 ans (Cheshire et al., 2016). Au Canada, près de 80,0% des décès par suicide sont commis par des hommes majoritairement âgés dans la mi-cinquantaine (Bilsker et al., 2018). L'étude Roy et Villeneuve (2016) mentionne que le plus fort taux de décès par suicide chez les hommes québécois se situe plus étroitement dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans. Les indicateurs de santé (âge et suicide) restent donc à interpréter avec prudence bien que cela semble davantage concerner la clientèle masculine adulte. Il est d'ailleurs démontré que les hommes suicidaires sont 11,2 fois plus propices à vivre une dépression majeure et que ce mal-être psychologique se manifeste par des comportements observables à l'intérieur des six mois précédant l'acte suicidaire (Tremblay et al., 2007). Quoiqu'il en soit, dans la majorité des pays occidentaux, la mortalité par suicide est trois à quatre fois supérieure chez les hommes et les moyens létaux (ex : arme à feu) pour y parvenir reste une préoccupation irréversible et alarmante (Keohane et Richardson, 2017).

Sous cet angle, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en lumière qu'il y a près de 800 000 suicides dans le monde chaque année. En outre, le taux de suicide au Québec (19,4 sur 100 000 hommes) se situe au-dessus de plusieurs pays tels que la Suède (17,1), la Norvège (15,2), l'Allemagne (16,5), les Pays-Bas (14,7) et le Danemark (13,4) (Lévesque et al., 2021). Il est toutefois inférieur aux États-Unis (21,9), au Japon (24,2) et à la Belgique (23,0) (Lévesque et al., 2021). Le Québec quant à lui est au cinquième rang des provinces canadiennes ayant le plus haut taux de suicide au-delà du Nouveau-Brunswick (16,2), de l'Alberta (16,2), du Manitoba (14,1), de Saskatchewan (14,7), de l'Ontario (9,8), etc. (Lévesque et al., 2021). Pour terminer le décompte du taux de suicide chiffré, le Nunavik (135,1) et l'Abitibi-Témiscamingue (36,8) se démarquent largement des données populationnelles présentées jusqu'à maintenant (Lévesque et al., 2021). Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer le haut taux de suicide chez les hommes ruraux dont la létalité des moyens (ex. : accès aux armes à feu), la présence d'un trouble de santé mentale (la dépression non diagnostiquée ou encore les dépendances), la forte propension à l'agressivité, l'adhésion au suicide, le manque de réseau social (solitude ou isolement social) et leur réticence à demander de l'aide par signe de faiblesse, d'orgueil masculin ou encore de non-masculinité (Beaulieu, Bourgeois et Brodeur, 2011). Le faible niveau de scolarité complété qui caractérise plusieurs hommes qui résident en A-T est aussi un facteur de risque à considérer (Lévesque et al., 2021). Globalement, Tremblay et al. (2012) sont d'avis que les hommes ruraux représentent vraisemblablement une clientèle vulnérable à la détresse psychologique et au suicide.

---

Par exemple, les hommes qui ont subi ou qui ont été témoins de maltraitance durant leur enfance sont plus à risque de commettre un geste suicidaire à l'âge adulte (APA, 2018). L'étude de Oliffe et al. (2017) appuie également cette observation en précisant un lien de causalité entre le suicide, les traumatismes infantiles, l'isolement social, la perte d'emploi et les difficultés financières. À cela s'ajoute, des événements psychosociaux tels qu'une rupture amoureuse ou encore une perte d'emploi qui peuvent représenter des motifs pouvant mener à une tentative de suicide vécue particulièrement chez les hommes (Sher et al., 2014, Léveillé, 2015). Le risque que les hommes vivent des symptômes dépressifs, notamment, suite à une séparation conjugale est trois fois plus élevé que chez les femmes et le suicide reste quant à lui cinq fois supérieur (Genest Dufault, 2013). Malgré la forte prévalence de suicide en A-T qui est connue depuis de nombreuses années, les réalités masculines rurales restent quant à elles des sujets largement négligés au Québec (Roy et Tremblay, 2012).

Le taux de suicide demeure donc une réalité préoccupante en contexte de ruralité. À cela s'ajoute une sous-utilisation des services de santé qui est, entre autres, observée chez certains hommes notamment âgés de 18 à 64 ans où près de 5,0% d'entre eux finissent par demander une aide professionnelle en externe (Beulé et al., 2015). Une autre étude soulève plutôt la prévalence de 56,0% pour les personnes (hommes comme les femmes) qui acceptent d'entamer un suivi psychosocial suite à des idéations suicidaires bien que les hommes restent moins nombreux que les femmes à consulter, 47,0% contre 64,0% (Bellot et al., 2021). La divergence de ces résultats de recherche démontre le besoin de mieux situer la clientèle masculine qui utilise les services psychosociaux. Une méconnaissance persiste dans la littérature scientifique actuelle, entre autres, au niveau de la trajectoire des demandes d'aide masculines bien que la problématique du suicide est quant à elle relativement bien identifiée en région éloignée.

À cet effet, dans le souci de rapporter des données populationnelles plus précises que celle soulevée précédemment (rappel : 36,8 décès sur 100 000 hommes), près de 3 600 citoyens abitibiens en 2021 ont souligné avoir eu des idées suicidaires, 500 ont rapporté avoir fait une tentative de suicide et environ une centaine d'hospitalisations ont été répertoriées dans la région (Bellot et al., 2021). D'un point de vue global, il s'agit de 1,5 hospitalisation pour un décès par suicide vécu chez la clientèle masculine, ce qui diffère de la clientèle féminine où il est question de 7,6 hospitalisations pour un décès par suicide (Beulé et al., 2015). D'un point de vue régional, le taux d'hospitalisations demeure largement supérieur en A-T (6,2%) que dans le reste de la province (2,9%) (Beulé et al., 2015).

Quant aux décès par suicide, il est documenté en A-T que la majorité des personnes étaient célibataires, divorcées, séparées ou veuves (80,0%) bien que cette réalité concerne aussi les personnes en couple ou mariées (19,0%) (Beaulé et al., 2015). Les trois moyens les plus fréquemment utilisés pour mettre fin à ses jours en région est la pendaison (54,0%), les armes à feu (22,0%) et les substances (17,0%), ce qui diffère du reste du Québec où les armes à feu se classent au 3<sup>e</sup> rang (Beaulé et al., 2015). L'ensemble de ces faits observés justifie à nouveau le niveau d'urgence d'agir notamment en mission du centre local des services communautaires (CLSC) afin de favoriser la santé et le bien-être des hommes ruraux.

## **1.2 Les besoins psychosociaux des hommes en Abitibi-Témiscamingue**

### **1.2.1 Les trajectoires des demandes d'aides masculines en mission CLSC**

En A-T, comme ailleurs au Québec, les demandes de services individualisées ou familiales adressées aux centres d'intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) débutent par l'accueil psychosocial (Groulx et Deslauriers, 2015). Les demandes d'aide peuvent également provenir de l'urgence de l'hôpital, du groupe de médecine familiale (GMF) ou encore par le biais d'Info-Social 811, ce qui représente d'autres exemples de trajectoire de services possibles vers l'accueil psychosocial du CLSC (Groulx et Deslauriers, 2015). Les travailleurs sociaux en mission CLSC orientent leur pratique clinique vers la thérapie brève centrée sur les solutions puisque régulièrement, en une seule rencontre d'approximativement 60 minutes l'orientation et la référence (AAOR) sont réalisées en collaboration avec l'utilisateur (Groulx et Deslauriers, 2015). Les orientations et les références s'actualisent à travers plusieurs services de la communauté : programme Jeunes en difficulté (JED), programme psychosociaux généraux, programme externe en santé mentale, programme externe en dépendances, programme du soutien à domicile (SAD) et plusieurs autres organismes communautaires ou encore services publics relevant du CISSSAT. Les intervenants terrain en CLSC exercent également d'autres types d'approches comme la cognitivo-comportementale dans le cadre de leurs interventions auprès des hommes en difficulté (Groulx et Deslauriers, 2015).

Une autre responsabilité des intervenants consiste également à gérer la liste d'attente par l'entremise de relances téléphoniques effectuées de manière périodique afin d'amener un support immédiat à court terme tout en réévaluant les besoins psychosociaux de la clientèle, et ce, en continu (Groulx et Deslauriers, 2015). Ils font également des sorties terrain à domicile ou à l'urgence notamment en contexte d'idéations suicidaires ou homicidaires dans le cadre de leurs fonctions à l'accueil psychosocial (Groulx et Deslauriers, 2015).

En outre, plusieurs intervenants dénoncent ne pas se sentir suffisamment outillés, soutenus et encadrés pour intervenir auprès des hommes en contexte d'agressivité où la colère et la violence sont parfois difficiles à distinguer et où certains comportements violents sont présents sur le terrain (ex. : violence psychologique quotidienne, voies de fait, etc.) notamment en provenance des usagers masculins. Les règlements en vigueur au sein de l'établissement public n'empêchent pas ces actes de violence auxquels les intervenants sont les premières cibles en contexte volontaire (de crise) et non-volontaire où un besoin d'encadrement continu est toujours nécessaire et persiste à ce jour (Groulx et Deslauriers, 2015 ; Lajeunesse et al, 2013, et Tremblay et al, 2016).

### **1.2.2 Les motifs de consultation des hommes en mission CLSC**

Selon l'étude de Legris et al. (2020), les hommes montréalais consultent davantage pour des motifs liés à la santé physique (79,3%) que pour la santé mentale (11,1%). Cette même étude illustre plusieurs motifs de consultation des usagers masculins ayant utilisé, en 2016, divers services en mission CLSC : la santé physique aigüe ou réversible (51,9%), la perte d'autonomie et vieillissement (10,7%), la santé physique non réversible (8,9%), les troubles mentaux (8,6%), la santé physique postopératoire (7,8%), le service enfant jeune vulnérable (6,4%), le trouble du spectre de l'autisme (2,6%) ainsi que les services psychosociaux généraux (2,5 %). Quant à l'étude de Lajeunesse et al. (2013), celle-ci met en lumière plusieurs motifs de consultation en santé mentale pour les hommes qui se résument à la schizophrénie (11,2%), à un trouble de la personnalité (6,4%) à un trouble de l'humeur (5,8%), à un trouble d'adaptation (4,3%), à un problème d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle (4,1%) à un problème de santé mentale non diagnostiqué (3,6%), à des problèmes suicidaires (3,3%), à des déliriums ou autres troubles cognitifs (2,6%) ou encore à un trouble anxieux (1,0%).

Une troisième recherche menée au Québec précise que les hommes consultent, entre autres, des travailleurs sociaux pour les besoins psychosociaux suivants : milieu de vie en difficulté (79,4%), emploi ou études (44,8%) et soutien à domicile (31,2%) (Roy et al., 2015). Une quatrième étude, cette fois canadienne, retient quant à elle quatre motifs de consultation vécus chez les hommes : la dépression (40,0%), le trouble bipolaire (20,0%), le trouble de la personnalité (20,0%) et l'anxiété (15,0%) (Oliffe et al., 2017). Une cinquième étude, cette fois réalisée aux États-Unis, mentionne que le peu de recherches sur la santé mentale des hommes tend à conclure que leurs besoins psychosociaux se définissent essentiellement par les dépendances ou la gestion des émotions voire l'expression de l'agressivité alors que la dépression et l'anxiété restent quant à elles encore sous-diagnostiquées chez les hommes à ce jour (Smith et al., 2018).

---

Pour conclure, le dernier rapport annuel 2019-2020 du Groupe IMAGE témoigne que les hommes qui consultent leurs services le font principalement pour les motifs suivants : difficultés financières (53,0%), santé physique et mentale (64,0%), dépendances (41,0%), isolement social (36,0%), logement (27,0%) violence (26,0%) ou autres (19,0%) (Groupe IMAGE, 2019-2020). Il s'agit de données complémentaires pour la région en A-T qui offre un premier éclairage dans un secteur précis, en autres, à Ville-Marie. En ce sens, les motifs de consultation en mission CLSC demeurent actuellement méconnus au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT) d'où la pertinence de s'y attarder dans le cadre de ce mémoire.

En effet, le but de cette recherche consiste à identifier les besoins psychosociaux et les motifs de consultations entourant la détresse psychologique vécue par des hommes en contexte de région éloignée au sein des programmes de première ligne relevant du CISSSAT. Ce but s'harmonise également avec le plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes 2017-2022 et plus spécifiquement avec la troisième orientation qui vise à améliorer la compréhension des dynamiques masculines et des pratiques adaptées pour répondre aux besoins des hommes (Lavallée et al., 2017). Ce mémoire représente donc un outil de travail utile pour répondre à l'action 3.3 du plan d'action qui se résume à diffuser au sein du RSSS et auprès des partenaires des résultats de recherche portant sur les réalités des hommes et des pères, ainsi que sur les services qui leur sont offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ce mémoire peut également soutenir l'action 3.4 du plan d'action qui vise à 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 réseau de la santé de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des hommes notamment des pères et leur(s) enfant(s) (Lavallée et al., 2017).

## Chapitre 2 - Recension des écrits

Ce deuxième chapitre fait état de la revue de la littérature entourant les réalités masculines observées en A-T comme à l'international. Il soulève la nature des comportements masculins liée à un système de valeurs à caractère traditionnel pouvant parfois nuire et d'autres fois servir de levier favorable à un changement social. La socialisation masculine sur le plan culturel et social, la sous-utilisation des services de santé, l'asymétrie entre les exigences masculines et thérapeutiques, les défis organisationnels et cliniques entourant la pratique des travailleurs sociaux et l'ouverture d'une psychologie positive relevant de la masculinité traditionnelle représentent des thèmes fondamentaux pour ainsi mieux saisir les enjeux sociétaux et régionaux entourant les demandes d'aide masculines.

### 2.1 Le visage des hommes de l'Abitibi-Témiscamingue

#### 2.1.1 Les masculinités genrées vécues à l'international sous un angle culturel et social

Mckenzie et al. (2018) souligne que plusieurs hommes vivent avec un sentiment d'inconfort et de malaise au moment de consulter une aide professionnelle. Une seconde étude soulève qu'une stigmatisation est encore fortement présente au moment d'une demande d'aide psychosociale entre autres chez les hommes asiatiques (Rafal et al., 2018) en raison d'une adhésion plus élevée aux normes masculines traditionnelles tels qu'aux idéaux de séducteur, d'autonomie et de prise de risque (Wong et Owen, 2012). Ce constat se projette également chez les hommes mexicains où la demande d'aide est moins présente que chez les hommes blancs ou encore chez les hommes de couleur (Parent et al., 2018). Vogel et al. (2011) souligne que la conformité aux règles de masculinité traditionnelle est également plus présente chez les hommes latino-américains (41,0%) suivis des hommes américains européens (27,0%) et des hommes afro-américains (17,0%). D'autre part, aux États-Unis, la masculinité traditionnelle (synonyme de force voire d'invincibilité, d'autonomie, d'indépendance, etc.) habite davantage les hommes blancs de la classe moyenne identifiée comme étant la masculinité dominante. Les masculinités subordonnées<sup>4</sup> quant à elles concernent plus spécifiquement les hommes de couleur (minorités visibles) ou en provenance de la classe ouvrière (Smith et al., 2018). Or, ces nombreuses recherches dans les pays occidentaux (énumérées ci-haut) indiquent que certains hommes sous-utilisent les services de santé mentale, comme en Amérique du Nord où les hommes sont deux fois moins susceptibles d'aller chercher de l'aide que les femmes (Affleck et al., 2018). En Australie, cette observation se répète où les hommes sont également moins enclins à consulter que les femmes pour un motif en lien avec la santé mentale (Affleck et al., 2018).

---

<sup>4</sup> Les masculinités subordonnées sont associées aux hommes dont leurs caractéristiques ne correspondent pas à l'idéologie masculine dominante où la majorité des hommes s'y identifient tout dépendamment de l'époque, de la culture, des normes sociales, etc. (Deslauriers et al., 2010).

L'étude de Roy et Villeneuve (2016) soutient cette affirmation voulant que les hommes qui vivent dans les pays industrialisés comme le Canada ont moins tendance à s'orienter vers les services de santé, et ce, particulièrement pour des motifs de nature psychologique. L'Abitibi-Témiscamingue ne semble pas épargnée par cette réalité où une faible littératie persiste à ce sujet. Le rapport de recherche de Labra et al. (2021) soutient pratiquement à elle seule une sous-utilisation des services en santé mentale chez la population masculine oeuvrant en contexte minier et plus spécifiquement sur le *fly-in fly-out* (FIFO)<sup>5</sup>. Vraisemblablement, des barrières réelles limitent certains hommes à recourir à une aide professionnelle (Tang et al., 2014). Cette exigence perçue de force, d'invincibilité, d'indépendance ou encore d'autonomie freine non seulement la demande d'aide, mais marginalise certains hommes qui osent demander de l'aide (Barabé et al., 2012). Des répercussions psychologiques sont parfois subies par ces derniers lorsqu'ils franchissent la ligne de masculinité traditionnelle comme le sentiment de honte, d'échec voire d'un conflit intérieur important qui menace leur identité, ce qui impacte au final leur estime de soi (Booth et al., 2019). Autrement dit, les hommes peuvent avoir à prouver leur masculinité par la performance et à l'inverse à devoir admettre leur vulnérabilité par l'impuissance qui génère chez certains hommes de la colère, de l'agressivité ou encore de la violence (Deslauriers et Groulx, 2014). Un récent ouvrage intitulé *Par amour du stress* publié en 2020 par une chercheuse en neurosciences indique que « les hommes produisent trois fois plus d'hormones de stress que les femmes face à une situation menaçante », ce qui peut expliquer en partie la réaction forte des hommes en consultation (Lupien, 2020, p.265).

Bien que la socialisation masculine comporte certains défis, elle soulève plusieurs forces dont la résistance au stress, la loyauté face à l'engagement thérapeutique ainsi que le fort sentiment de responsabilité qui relève notamment du rôle initial de pourvoyeur (Barabé et al., 2012). La réticence des hommes face à la demande d'aide semble donc généralisée à travers plusieurs pays où selon Houle (2005) les normes masculines se définissent par quatre aspects clés : 1) Le stoïcisme qui se traduit par le refus de partager sa souffrance émotionnelle voire d'ignorer la tristesse associée à la situation ; 2) L'autonomie qui reflète l'indépendance au point de ne pas admettre son besoin d'aide ; 3) La réussite qui exclut la possibilité d'échec ; 4) L'agressivité relevant d'un stéréotype masculin invincible au point d'être capable d'agir agressivement pour justifier le niveau d'urgence ou pour exprimer une émotion tout en restant fort et inébranlable (Houle, 2005 ; Deslauriers et Groulx, 2014). Cette démonstration représente un modèle de masculinité traditionnelle où plusieurs hommes entretiennent une relation parfois étroite et d'autres fois distante avec ces normes sociales qui varie selon le degré d'adhésion, le contexte, la génération, la culture, etc.

---

<sup>5</sup> Travail loin du domicile avec quart de travail à horaire rotative (entrées et sorties) nécessitant un transport par avion (Labra et al., 2021).

Il demeure donc difficile pour un homme d'admettre sa vulnérabilité liée à une dépression qui est à elle seule significativement stigmatisée, peu importe le pays ou la région où il demeure. Ce constat reflète en partie une des conséquences genrées irréversibles et occasionnées par certaines exigences de la masculinité (force, indépendance, autonomie et débrouillardise) et par un tabou de société (Ogrodniczuk et al., 2016).

### **2.1.2 La pauvreté : un indicateur clé dans la recherche d'aide masculine**

Plusieurs études scientifiques font mention que les hommes les plus vulnérables ont encore moins tendance à demander de l'aide considérant leur identité masculine déjà fragilisée par un statut économique peu enviable (Deslauriers et Groulx, 2014, Dupéré et al., 2016 et Keohane et Richardson, 2018). En effet, les hommes en situation de pauvreté s'exposent à 10 fois plus de risque de décès par suicide que les hommes en milieu favorisé (Roy et Villeneuve, 2016). D'ailleurs, les hommes en précarité économique qui réussissent à consulter malgré leur statut masculin déjà fragilisé sur le plan socioéconomique n'obtiennent pas toujours une aide qui correspond à leurs besoins puisqu'ils rapportent se sentir parfois incompris, méprisés, jugés, stigmatisés ou simplement ne pas avoir besoin d'aide (Dupéré et al., 2016). Certains hommes qui gagnent moins de 20 000\$ par année se montrent moins à l'aise et plus hésitants à consulter un professionnel de la santé, entretiennent un plus grand désir d'autonomie, accordent une plus grande importance à la vie privée, se sentent plus agacés quand une personne lui vient en aide et leur fierté en prend un coup lorsqu'ils sont dans l'obligation d'accepter de l'aide (Dupéré et al., 2016). Par conséquent, les hommes démunis représentent la catégorie d'usagers la moins bien desservie sur le plan des services de santé (Bellot et al., 2021). Un manque de ressources peut aussi contribuer à cette distance, et ce, particulièrement en contexte de région éloignée. Or, les effets de la pauvreté incluant la socialisation masculine en toile de fond expliquent la sous-utilisation des services de santé pour cette clientèle (Deslauriers et Groulx, 2014).

### **2.1.3 L'orientation sexuelle, l'âge et le sexe selon la démarche d'aide masculine**

Une étude mentionne que les hommes homosexuels (15,0%) adhèrent moins aux règles de masculinité que les hommes hétérosexuels (24,0%) où rappelons-le ces derniers sont plus enclins à s'orienter vers un modèle traditionnel de masculinité (Vogel et al., 2011). Une explication à ce phénomène est que les hommes homosexuels sont plus susceptibles de vivre de la discrimination ou de la stigmatisation de par leur orientation sexuelle en statut de minorité, ce qui fait en sorte qu'ils développent davantage de résilience et d'indépendance face à la culture dominante (Huang et al., 2010). Autrement dit, cela offre la possibilité aux hommes homosexuels d'obtenir une certaine liberté avec diverses normes masculines plutôt traditionnelles (Wester, 2008).

Cependant, la compréhension reste limitée à ce sujet puisqu'une autre étude menée au Québec témoigne que les hommes qui appartiennent à la diversité sexuelle désirent davantage préserver leur autonomie et s'organiser seuls en cas de problème, ce qui laisse entendre que le rapport aux services reste autant difficile pour eux que pour les hommes qui s'identifient à la masculinité traditionnelle ou ceux en situation de pauvreté (Tremblay et al., 2016). Outre l'orientation sexuelle, l'âge et le sexe représentent aussi des indicateurs d'adhésion aux traits masculins traditionnels. Selon la littérature, les hommes jeunes sont plus enclins à vivre une détresse psychologique que les hommes âgés (Price et al., 2018). Malgré la plus forte présence de détresse psychologique vécue chez les jeunes hommes, les hommes âgés font face à l'orgueil masculin, bien souvent, ancré dans leur éducation, ce qui représente aussi un frein significatif à la demande d'aide (Tremblay et al., 2016).

#### **2.1.4 Le système de valeurs des hommes en consultation dans les services en santé mentale**

Initialement, le système de valeurs est fondé à partir de la socialisation de genre où nombreux hommes sont notamment socialisés à partir de trois sphères de vie dès leur enfance : la famille, l'école et les pairs (APA, 2018). Divers hommes ont appris dès leur plus jeune âge à utiliser la violence ou l'agressivité pour résoudre des conflits interpersonnels où ce comportement est également influencé, voire renforcé par les médias sociaux (APA, 2018). Une étude soulève que les hommes qui ont appris dès l'enfance à tendre la main à d'autres hommes sont à ce jour plus réceptifs à créer des liens de proximité avec d'autres hommes plutôt qu'entretenir des liens strictement à caractère instrumental, entre autres, par l'entremise des sports ou des loisirs (Mckenzie et al., 2018). L'étude de Labra et al. (2018) souligne que l'éducation en bas âge chez les garçons joue un rôle déterminant dans l'adoption de comportements sains envers la santé mentale. En ce sens, la jeune génération entretient davantage des attitudes positives face à la demande d'aide que la génération plus âgée dont plusieurs variables entrent en ligne de compte : l'éducation, le niveau de scolarité, le revenu, etc. (Labra et al., 2018). Malgré l'éducation reçue en enfance, il n'en demeure pas moins que le désir d'autonomie et de fierté est une des valeurs importantes pour plusieurs hommes, jeunes ou âgés, particulièrement en contexte rural, ce qui contribue à la distance de ces individus envers les services de santé (Labra et al., 2018). Le domaine d'emploi est aussi un facteur sociodémographique à considérer pour mettre en lumière le portrait des hommes. Certains d'entre eux qui occupent un emploi à prédominance masculine, entre autres, dans les minières, le domaine de la construction, le transport ou encore la foresterie voire l'agriculture en Abitibi-Témiscamingue, ont tendance à adhérer plus fortement aux normes masculines synonymes d'autonomie, d'endurance et de force comme preuve de masculinité (Milner et al., 2018).

---

Ces valeurs sont aussi synonymes de protection contre la dépression, car elle oblige les hommes à faire preuve de persévérance et d'endurance bien qu'elle peut aussi favoriser l'émergence d'agressivité ou autres problèmes d'extériorisation de la colère (Smith et al., 2018). Toujours en lien avec le système de valeurs des hommes, l'intimité liée à la vie privée (confidentialité) est une autre valeur importante pour de nombreux hommes qui vivent des difficultés notamment sur le plan psychosocial, et ce, peu importe le statut socioéconomique (Dupéré et al., 2016). Plusieurs hommes entretiennent un lien instrumental avec leur réseau social et préfèrent s'orienter vers leur conjointe où la relation conjugale est plus propice à l'ouverture de soi (aux confidences voire à l'expression d'une vulnérabilité) et à la communication personnelle (Mckenzie et al., 2018). Cette situation est par moment stressante et exigeante pour la partenaire étant donné la relation de soutien émotionnel parfois à sens unique (Mckenzie et al., 2018). Or, le désir de préserver la vie privée semble être présent en milieu rural, ce qui peut expliquer en partie la sous-déclaration des maladies voire la sous-utilisation des services de santé (Roy et Villeneuve, 2016).

D'autre part, la quête de réussite est aussi une valeur importante pour plusieurs hommes. Ces derniers accordent une importance au sens et à la valeur extérieure de la réussite comme le succès professionnel, l'argent obtenu pour subvenir aux besoins de la famille, etc. (Ogrodniczuk et al., 2016). Il est question d'un terrain glissant susceptible de créer une compétition malsaine parfois au détriment des autres sphères de vie (Ogrodniczuk et al., 2016). En dépit du désir de réussite, les hommes, tout comme les femmes, peuvent éprouver de la difficulté à discuter de leurs états d'âme surtout à un étranger, ce qui occasionne une peur de l'inconnu, une impression de ne pas être pris au sérieux ou encore un obstacle sérieux à la demande d'aide (Legris et al., 2020). L'instauration d'une relation d'aide de proximité et de confiance incluant l'homme comme un expert de sa situation est un levier d'intervention propice à préserver le désir d'autonomie, de débrouillardise et du maintien à la vie privée durant une consultation de santé à court ou moyen terme (Tremblay et al., 2016). Pour terminer, une méta-analyse a démontré que les programmes à court terme (une seule rencontre de trois heures) axés sur la gestion du stress demeurent efficaces pour les hommes (Seaton et al., 2017). En effet, selon une autre étude menée au Québec, 53,0% des hommes préfèrent une intervention à court terme axée sur l'action et 33,0% d'entre eux précisent vouloir avoir accès à des outils concrets (RPSBEH, 2018).

Le **tableau 3** dresse un résumé des valeurs valorisées par les hommes autant en milieu urbain que rural :

**Tableau 3**

*Synthèse du système de valeurs (attentes) des hommes en consultation de santé*

Labra et al., 2018	Dupéré et al., 2016	Ogrodniczuk et al., 2016	Legris et al., 2020	Tremblay et al., 2016	Seaton et al., 2017
Autonomie	Confidentialité	Quête de réussite	Se sentir écouté, pris au sérieux	Relation de confiance	Suivi court terme avec outils concrets

### **2.1.5 Les réalités masculines en région éloignée : un sujet encore méconnu au Québec**

Au Québec, environ une personne sur cinq vit en ruralité (Roy et Tremblay, 2012). Cette même recherche soulève que la santé mentale des hommes en milieu rural reste à ce jour sous-documentée, et ce, malgré l'émergence de problématiques multiples qui s'avèrent quant à elles bien identifiées, entre autres, en Abitibi-Témiscamingue (Roy et Tremblay, 2012). Par exemple, le taux de suicide démarque cette région à l'échelle provinciale et pourtant, peu d'initiatives visent à inclure cette population éloignée au sein des formations universitaires (Roy et Tremblay, 2012). Il serait intéressant que les étudiants de premier cycle (ex : travailleurs sociaux) puissent avoir accès à un cours complet pourtant sur les réalités masculines rurales afin de mieux les outiller sur le terrain et surtout s'ils visent par la suite à faire carrière en région éloignée. À l'appui de cette idée, l'Australie et les États-Unis ont développé quant à eux un domaine de recherche étroitement lié aux réalités rurales (Roy et Tremblay, 2012). Il serait donc profitable que l'Abitibi-Témiscamingue s'inspire de cette orientation pour mieux documenter la situation, ce qui sera fort utile et soutenant pour l'ensemble des professionnels de la santé de cette région.

## **2.2 La masculinité traditionnelle et ses conséquences sur l'intervention psychosociale**

### **2.2.1 La sous-utilisation des services : une ère de changement vers une mobilisation ?**

Les hommes qui adhèrent fortement au modèle traditionnel de masculinité n'utilisent pas toujours leur réseau social y compris leurs conjointes (Mckenzie et al., 2018). Cette forte adhésion à la masculinité traditionnelle a des effets néfastes pour la santé et le bien-être des hommes (Tremblay et al., 2016). Malgré ces constats, il s'avère tout de même important de nuancer ces réalités en reconnaissant que des hommes sont aussi soucieux de leur état de santé et vont chercher les services dont ils ont besoin (Tremblay et al., 2016).

L'étude de Barker (2019) soutient cette affirmation et met en lumière que plusieurs hommes recherchent des soins préventifs et utilisent les services de santé de manière adéquate. Malgré une évolution positive du nombre de consultations en CLSC des hommes au Québec, une nouvelle réalité s'observe chez les jeunes hommes. En effet, la compétition semble être plus présente chez la jeune génération, ce qui est un terrain susceptible à la création d'anxiété de performance voire de la dépression masculine (Tang et al., 2014). Ces états d'esprit sont perçus par de nombreux hommes comme un signe de faiblesse (Tremblay et al., 2016). Bien que l'anxiété de performance est d'actualité chez les jeunes, il n'en reste pas moins qu'ils sont plus sensibles à la conciliation travail-famille que leurs aînés de même que davantage à l'aise avec les comportements affectueux entre hommes. Ce constat social laisse entendre une ère de changement qui s'opère graduellement au fil des années notamment sur le territoire québécois (Tremblay et al., 2016).

Ce vent de changement reste prometteur pour l'avenir du Québec bien qu'il reste encore beaucoup de travail de sensibilisation à faire en matière de santé et bien-être des hommes. Ceux-ci sont encore nombreux à déclarer vouloir régler leurs problèmes par eux-mêmes, ce qui reste sous documenté en Abitibi-Témiscamingue (Cheshire et al., 2016, Keohane et Richardson, 2018, Lajeunesse et al., 2013, Villeneuve et Roy, 2016). Toutefois, à l'heure actuelle, nous savons que les hommes québécois n'aiment pas se sentir contrôlés par les autres (91,4%), préfèrent régler leurs problèmes par eux-mêmes (74,8%) croient que cela va se régler avec le temps (67,9%) ou encore n'ont pas confiance aux professionnels de la santé (27,7%) malgré leurs formations universitaires en travail social ou en relation d'aide (Tremblay et al., 2016). Plusieurs indicateurs de santé (niveau de scolarité complété, réseau social satisfaisant, etc.) constituent des facteurs de protection en faveur d'une saine hygiène de vie masculine bien que l'Abitibi-Témiscamingue dresse un sombre portrait à ces niveaux (Tremblay et al., 2016). Néanmoins, une mobilisation masculine semble être présente en A-T de par la hausse de la présence des hommes dans les services publics notamment de première ligne et communautaires. Les effets de la socialisation masculine restent toutefois présents et peuvent être constatés à l'intérieur de la pratique clinique lors d'un suivi psychosocial. Le **tableau 4** regroupe ces observations :

#### **Tableau 4**

*Les impacts de la socialisation masculine traditionnelle sur la santé mentale et des hommes (Deslauriers et Groulx, 2014 et Lajeunesse et al, 2013).*

Socialisation masculine traditionnelle	Répercussions sur la santé mentale des hommes	Possibles réactions des intervenants psychosociaux
--	---	--

Performance et invincibilité	Honte de l'échec, demande d'aide synonyme de faiblesse.	Vision de réussite où le succès est la principale option
Autonomie/débrouillardise	Isolement affectif et consulte en dernier recours en état de crise avancée.	Discours peu volubile, procure moins d'informations que souhaité. Ne pas aller au-devant des besoins psychosociaux masculins.
Prouver sa masculinité	Insécurité personnelle, agir-violents ou agressivité pour justifier le besoin d'aide.	Résister à l'agressivité des hommes, réprobation de l'expression de la colère parfois non distinguée de la violence.
Éviter le féminin en soi	Homophobie, dépendance ou mépris des femmes. Notion d'intimité partiellement incomprise.	Exiger un modèle féminin d'aide, climat de tension ou à l'inverse propice à la séduction favorable au maintien du rôle de <i>gentleman/playboy</i> typiquement masculin.
Rôle de pourvoyeur	Perte d'emploi = perte d'identité masculine	Exclure les hommes dans leur rôle de paternité à titre d'identité masculine autant importante.
Cacher sa vie privée	Ne pas demander d'aide, souffrir en silence, méfiance envers les services	Hostilité observée en intervention et création du lien de confiance plus difficile à établir.
Répression des émotions	Difficulté à identifier les sources de stress ou frustrations, malaises avec le dévoilement de soi exigé en thérapie	Éviter le travail sur les émotions

Malgré les exigences masculines qui mettent en lumière certaines dynamiques d'intervention telles qu'illustrées dans le **tableau 4**, certains hommes se heurtent à d'autres obstacles supplémentaires (Deslauriers et Groulx, 2014). Un accueil froid, une attitude non verbale de jugement, une incompatibilité avec leur horaire de travail, une faible sensibilité des services de santé à leur égard ou autres sont des exemples d'obstacles qui peuvent freiner une demande d'aide. (Deslauriers et Groulx, 2014). Il y a effectivement un fossé invisible entre les hommes et les services de santé (Tremblay et al., 2016).

Il demeure important de rappeler que les services sociaux restent initialement genrés au féminin où peu d'hommes ont la possibilité de s'y identifier, ce qui reste visible et d'actualité au sein de certaines ressources d'aide actuelles (Genest Dufault, 2013 ; Ogrodniczuk et al., 2016). L'étude de Tremblay et al. (2016) en fait également mention. De plus, il s'avère important de garder en tête qu'une méconnaissance des services de santé demeure présente chez de nombreux hommes où ils ignorent où, quand et comment demander de l'aide, ce qui constitue un obstacle important qui semble aussi présent en région éloignée (Seidler et al., 2020). L'étude d'Ellis et al. (2013) menée en Australie auprès de jeunes hommes soulève que les amis (86,6%), un conseiller (70,1%), un médecin (67,1%) un membre de la famille (63,5%) ou un site web (40,6%) représentent des leviers favorables à la demande d'aide masculine (Ellis et al., 2013). Au Québec, les personnes-ressources qui exercent une influence positive (ou favorable) au sujet de la demande d'aide masculine se résument aux médecins (44,0%), à la conjointe (24,0%) et aux amis (10,0%) (RPSBEH, 2018).

Selon une autre étude, la principale personne-ressource pour les hommes demeure la conjointe (84,5%) suivie du médecin famille (63,7%), des parents (56,0%) ou des membres de la famille (47,2%) (Tremblay et al., 2016). Le centre local de services communautaires (CLSC) figure comme 6<sup>e</sup> solution pour plusieurs hommes en recherche d'aide (Tremblay et al., 2016). La méconnaissance des services de santé ou encore le désir de garder sa vie privée peuvent expliquer, en partie, la position du CLSC en sixième choix. (Deslauriers et Groulx, 2014 et Tremblay et al., 2016). D'ailleurs, l'étude de Barabé et al. (2012) expose les exigences de la thérapie et des masculinités où une forte controverse place les hommes entre deux pôles extrêmes, dont celui d'être à la fois vulnérables et forts, celui de renoncer et en même temps de maintenir le contrôle, celui de recourir à de l'aide et de rester indépendants, etc. Cela explique en partie la souffrance aiguë que certains hommes vivent au moment d'une demande d'aide psychosociale (Roy et al., 2014).

### **2.2.2 Le contexte organisationnel : défis pour la pratique psychosociale**

Selon les résultats de l'étude de Lajeunesse et al. (2013), plusieurs centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec ont souligné l'absence de service exclusivement dédié aux hommes ou encore adapté spécifiquement à leurs besoins parmi l'éventail de services déjà offerts par leurs établissements. En outre, très peu de gestionnaires connaissent avec exactitude la prévalence d'hommes utilisateurs des services étant donné la quasi-absence de données existantes à ce sujet (Lajeunesse et al., 2013). Une certaine dynamique entre la société, l'établissement de santé, le personnel soignant et les hommes se forme et contribue à certaines barrières organisationnelles en matière d'accessibilité de services en santé et services sociaux (Deslauriers et Groulx, 2014).

Par conséquent, il existe un fossé invisible entre les hommes et l'offre de services qui s'explique en partie par des attentes où la société demande de faire rimer homme avec réussite et performance, ce qui a pour effet de rendre plus difficile la demande d'aide (Tremblay et al., 2016). De ce fait, plusieurs études scientifiques soulèvent l'importance d'être proactif dans l'offre de services et de déployer les efforts nécessaires pour mieux rejoindre les hommes incluant ceux en régions éloignées (Genest Dufault, 2013, Lajeunesse et al., 2013, Roy et Tremblay, 2012, Roy et al., 2014). Selon l'étude de Roy et al. (2014) il est primordial d'adapter les services aux besoins des hommes et non l'inverse.

De ce fait, les hommes souhaitent obtenir « une forme de reconnaissance par le réseau des services de leurs acquis et une validation de leur expérience personnelle » (Roy et al., 2014, p.29). Ils ont parfois besoin d'être le principal porteur du changement social et d'être entièrement impliqués au cœur du processus thérapeutique. La perceptive d'horizontalité de service se traduit par une relation de proximité de type égalitaire entre l'utilisateur (homme) et le professionnel de la santé (médecin, psychiatre, psychologue, travailleur social, etc.). Cette action notamment inspirée de l'approche salutogène<sup>6</sup> favorise le pouvoir d'agir des hommes en respect de leur socialisation masculine (ex. : désir de résoudre par eux-mêmes leurs problèmes). Cette approche novatrice se distingue de la relation thérapeutique à la verticale où l'intervenant occupe une position pouvant être hiérarchique, distante, dérangement, voire menaçante, entre autres, pour la clientèle masculine. La perceptive d'horizontalité de services demeure donc une orientation incontournable pour mieux rejoindre les hommes et par ce fait même obtenir une meilleure rétention des hommes dans les services et une plus grande efficacité en matière d'intervention psychosociale (Tremblay et al., 2016).

**2.2.3 L'intervention auprès des hommes en difficulté : enjeux cliniques en relation d'aide** Les travailleurs sociaux mentionnent se sentir peu outillés pour intervenir auprès des hommes puisque leur formation académique les prépare peu à cette réalité qui exige de décoder une détresse masculine qui se manifeste différemment que chez les femmes (Tremblay et al., 2016). En effet, les intervenants observent parfois de l'hostilité, de l'agressivité, de la méfiance-résistance, de la séduction, de l'impulsivité ou des traits narcissiques et à d'autres occasions de la bienveillance, de la collaboration et de l'introspection (Barabé et al., 2012 ; Deslauriers et Groulx, 2014). Il y a une diversité de manifestations qui varie d'un homme à l'autre et qui nécessite une capacité d'adaptation en continu de la part des intervenants.

---

<sup>6</sup> Cette approche d'intervention vise à favoriser l'implication des hommes et à valoriser la santé et leurs forces dans le processus thérapeutique où ils peuvent cheminer voire guérir par eux-mêmes et atteindre au final un rétablissement satisfaisant (Roy et al., 2014).

L'étude de Deslauriers et Groulx (2014) synthétise la dynamique d'intervention auprès des hommes sous forme de tableau, et ce, à partir des dix indicateurs clés suivantes :

### Tableau 5

*Les exigences de l'intervention masculine du point de vue des intervenants sociaux (Deslauriers et Groulx, 2014).*

Comportements des hommes en consultation psychosociale	Défis en matière d'intervention masculine
Résistance face à l'expression des émotions et désir de résultats	Difficulté des hommes à trouver les mots pour exprimer la souffrance et désir d'action sans connaître la nature du problème.
Présence d'agressivité en intervention	Mécanisme de défense qui peut cacher une détresse où le dépistage reste un défi important. Quasi-absence d'instruments de mesure validés adaptés aux hommes.
Contexte non volontaire	Mauvaise utilisation du système de santé à l'occasion avec un manque d'honnêteté où il est avantageux pour les hommes de gagner des points en contexte d'ordonnance judiciaire. Intimidation, provocation et non-respect parfois subis par les intervenants en suivi psychosocial.
Traits narcissiques	
Rapport de séduction homme-femme	Interprétation des hommes différente de celle des intervenantes lorsqu'un renforcement positif est réalisé en intervention, il est perçu comme un compliment propice à l'émergence de sentiment amoureux plutôt qu'un simple jugement clinique habituel.
Langage non familier à la thérapie conventionnelle	Parfois, difficulté des intervenants à décrypter les besoins psychosociaux des hommes.
Grande réaction aux pertes	Rupture amoureuse, perte d'emploi ou interdiction de contact avec les enfants sont des motifs vécus difficilement par les hommes et parfois le refus d'en parler inquiète les intervenants.
Évitement du besoin voire abandon du suivi	Besoin non clairement explicité tout en donnant parfois l'impression que l'intervenant doit prouver ses compétences. Abandon parfois sans raison spécifique.

---

Risques suicidaires et homicidaires	Pression énorme subie par les intervenants en situation de crise, d'urgence d'agir et de créer un lien suffisamment solide pour éviter un drame. Devoir de protéger la population en plus d'intervenir dans l'immédiat en interdisciplinarité, ce qui représente un défi majeur en intervention psychosociale.
Violence conjugale et déresponsabilisation	Non-reconnaissance des gestes violents et banalisation, ce qui peut générer de l'impuissance et/ou de la colère chez les intervenants par le manque de moyens d'intervention.

---

Malgré les défis en intervention, le travail social reste un domaine d'emploi majoritairement occupé par des femmes au Québec comme en Abitibi-Témiscamingue et cet état fait en sorte qu'il soit relativement plus facile à prime à bord de composer avec les clientèles féminines que masculines (Deslauriers et Groulx, 2014). Les effets de la socialisation masculine peuvent influencer l'analyse clinique de certains intervenants où diverses interprétations peuvent être parfois juste et d'autre fois erronées. En effet, ces derniers peuvent initialement croire que les hommes évitent de parler de leurs émotions par choix libre et volontaire, se montrent méfiants face aux services en se repliant sur eux-mêmes ou encore en offrant des réponses courtes, etc. (Deslauriers et Groulx, 2014). En réalité, ces manifestations ne sont pas toujours réalisées de manière consciente. Il importe de considérer que les hommes font face à plusieurs obstacles en matière de consultation psychosociale. Certains hommes, marginalisés ou non, soulignent parfois se sentir inconfortables avec les attitudes des intervenants en raison de jugements, d'étiquetage, d'un manque d'écoute ou d'empathie à leur égard, ce qui influence leurs comportements voire la dynamique homme-intervenant (Dupéré et al, 2016 et Tremblay et al, 2016).

À titre d'exemple, la problématique de violence conjugale où les hommes sont majoritairement les auteurs peut contribuer à éloigner les hommes des services de santé ou encore à l'émergence de jugements ou de préjugés parfois involontaires ou inconscients à leur endroit (Legris et al., 2020). Malgré les inconforts vécus par certains hommes, le suivi psychosocial reste quant à lui complexe en raison des motifs de consultation, bien souvent, multipliés avec la présence de plusieurs comorbidités (Olliffe et al., 2017, Lajeunesse et al., 2013 et Smith et al., 2018).

En dépit des enjeux cliniques soulevés précédemment, une étude mentionne que 65,0% des hommes rapportent ne pas avoir de préférence quant au sexe de l'intervenant (Legris et al., 2020) alors qu'une méta-analyse témoigne qu'un homme sur huit (12,5%) mentionne que cela influence la décision de consulter, ce qui reste donc un sujet à débat (Tremblay et al., 2016). En A-T, très peu de données à caractère scientifique permettent de documenter cette préférence. Il est possible que certains préfèrent obtenir des services de la part intervenants hommes faisant référence à la masculinité inclusive (soutien émotif entre hommes) et que d'autres de la part de femmes faisant référence à la masculinité traditionnelle (soutien émotif par la conjointe) présente en région à l'intérieur de plusieurs emplois genrés : mines, construction, foresterie, transport, etc. (Conseil du statut de la femme, 2015). L'ensemble des besoins psychosociaux soulevés à l'intérieur de ce chapitre permettent de justifier la pertinence d'approfondir la compréhension à partir d'une vision plus large des besoins des hommes particulièrement dans la région de l'A-T.

#### 2.2.4 Masculinité positive et ouverture vers les services de santé

Les travaux de nombreux chercheurs dans la section précédente ont permis de dresser les particularités de la masculinité traditionnelle, les répercussions sur la santé et le bien-être des hommes ainsi que les enjeux cliniques en matière d'intervention masculine. Il a été possible de dégager des pistes d'explication au sujet de la distance observée entre les hommes et les services de santé. Cependant, un des pièges de cette vision est de croire que les hommes adhèrent tous à ce principe, demandent tous de l'aide en dernier recours ou encore évitent pour la majorité d'entre eux les services de santé, entre autres, publics (Roy et Villeneuve, 2016). En réalité, certains hommes font face à un dilemme entre rester conformes aux règles de masculinité et être digne d'un bon citoyen soucieux de son état de santé (Roy et Villeneuve, 2016). L'étude de Kiseleica et al. (2016) témoigne de la masculinité positive et dénonce que nombreux écrits se concentrent principalement sur les problèmes des hommes où il est facile de conclure que la masculinité traditionnelle est synonyme de négligence. Ce constat met de côté les forces que cette masculinité procure chez plusieurs hommes qui adhèrent à cette idéologie. Le **tableau 6** présente les principales qualités en provenance de la masculinité traditionnelle et leurs impacts sur les relations interpersonnelles :

**Tableau 6**

*Psychologie positive : onze qualités relevant de la masculinité traditionnelle (Kiseleica et al., 2016).*

Qualités de la masculinité traditionnelle	Impacts sur les relations interpersonnelles
---	---

---

La relation entre hommes	Les garçons et les hommes ont tendance à développer des amitiés par l'entremise d'activités partagées, ce qui leur permet de faire des projets d'équipe axés sur la mise en action.
Capacité à prendre soin d'autrui	Dans les familles fonctionnelles, les hommes ont appris à prendre soin de leurs proches : famille et amis. Ils démontrent des capacités élevées en empathie-action pour subvenir aux besoins de l'entourage.
Rôle de paternité	Les hommes s'engagent dans leur paternité et le bien-être des enfants. Ils sont des acteurs clés du développement, de la croissance intellectuelle et sociale des enfants.
L'autonomie masculine	Les garçons et les hommes sont socialisés pour se débrouiller seuls et affronter les obstacles de la vie. Ils participent activement aux discussions, se mobilisent par eux-mêmes et tiennent compte des contributions d'autrui tout en distinguant leurs besoins initiaux.
Rôle de pourvoyeur	Plusieurs hommes se valorisent à travers leur emploi, ce qui favorise leur estime de soi. Ils sont culturellement orientés à gagner leur vie et à subvenir aux besoins de leur famille.
Respect des hommes envers les femmes	Les hommes sincères entretiennent un grand respect envers les femmes. Ils se mobilisent pour contrer la violence conjugale. Ils valorisent l'équité des sexes notamment dans la sphère familiale : implications parentales et domestiques.
Courage masculin et prise de risque	Les garçons et les hommes sont audacieux. Ils sont disposés à prendre des risques pour protéger les autres, ce qui est admirable.
Le rassemblement positif	Les garçons et les hommes affectionnent le travail d'équipe. Ils dépensent plus d'énergie et de temps en groupe. Ils aiment la mobilisation collective qui mène à un objectif commun (ex. : par l'entremise des équipes sportives, des équipes de travail, etc.).
Sens du devoir accompli	Les hommes ont le désir profond de rendre service à leur communauté notamment par l'entremise du bénévolat sur une base individuelle.

---

L'utilisation de l'humour	Nombreux hommes adhèrent à cette stratégie pour détendre l'atmosphère, créer des relations durables, gérer des conflits ou réduire des tensions. Il s'agit d'un outil de guérison que plusieurs hommes possèdent de manière intrinsèque.
Héroïsme masculin	Les hommes possèdent une force exceptionnelle de traverser les montagnes et de mettre les efforts nécessaires pour le bien-être de leur entourage. Pères et maris dévoués.

---

Toujours selon l'étude de Kiseleica et al (2016), de nombreux hommes ont une capacité à tolérer la souffrance émotionnelle. Le sens de loyauté, le dévouement et l'engagement représentent des valeurs qui habitent plusieurs hommes qui s'identifient à la masculinité traditionnelle. Le travail d'équipe est un *plus-value* qui caractérise les hommes traditionnels, ce qui s'observe notamment à l'intérieur des *Men's Shed*<sup>7</sup> où ce lieu permet d'augmenter l'estime de soi et de diminuer les symptômes anxiodépressifs à l'aide de rencontres de groupe entre hommes (Culph et al., 2015). Cette observation se projette aussi à Londres avec le programme Atlas qui inclut des services d'acupuncture et de *counseling* pour hommes (Cheshire et al., 2016). D'autres programmes collectifs australiens comme le *Well @ Work* qui valorise la santé mentale au travail, le *Movember Fondation* qui met l'accent sur la santé mentale des hommes sportifs et le *HeadsUpGuys* canadien qui s'inspire des *Men's Shed* australiens figurent tous comme des exemples concrets de succès grâce à la mobilisation masculine qui demeure une clé pour mieux rejoindre, entre autres, les hommes davantage traditionnels (Bilsker et al., 2018).

De plus, l'étude de Kiselica et al. (2016) démontre que les hommes qui s'identifient à la masculinité traditionnelle possèdent plusieurs autres caractéristiques distinctives tels qu'être fidèle à soi-même, être confiant et digne de confiance, être capable d'entretenir des relations avec d'autres hommes, être prêt à admettre leurs erreurs, être des partenaires et pères solidaires, etc. Cette ouverture justifie la pertinence d'aborder la masculinité traditionnelle comme une forme de masculinité positive axée sur l'autonomie où le système de santé québécois actuel tend à s'orienter. Une autre étude souligne que les hommes demeurent plus ouverts et solidaires en particulier avec d'autres hommes (Mckenzie et al., 2018).

---

<sup>7</sup> Centre de jour communautaire où plusieurs hommes se réunissent pour effectuer des ateliers de menuiserie afin de briser l'isolement, réduire l'anxiété et diminuer les symptômes liés à la dépression (Canadian Men's Shed Association, 2020).

Ce constat appuie l'étude de Wenger et Oliffe (2014) qui met en lumière que le partage de vécu similaire comme une rupture amoureuse ou un cancer est une source précieuse de soutien et d'entraide entre hommes (Mckenzie et al., 2018). Il est donc primordial de miser sur la promotion et la sensibilisation des services de santé mentale pour les hommes par l'entremise des onze qualités relevant de la masculinité traditionnelle à connotation positive (Seidler et al., 2020). Pour un meilleur résultat, cet effort doit être également combiné à une révision complète de l'offre de services dispensée aux hommes, entre autres, en suivi psychosocial au Québec, ce qui inclut également l'Abitibi-Témiscamingue et plus particulièrement l'offre de services en mission CLSC (Seidler et al., 2020).

### 2.3 But et objectifs de la recherche

Le but de cette recherche a été d'identifier les besoins psychosociaux et les motifs de consultations entourant la détresse psychologique vécue par des hommes en contexte de région éloignée, notamment, à travers de quatre programmes : accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), consultation sociale, travail social en oncologie et travail social en groupe de médecine familiale (GMF) relevant des services sociaux généraux du CISSSAT. Plus spécifiquement, les deux objectifs de cette étude ont visé à 1) mettre en lumière le portrait des hommes à partir des indicateurs de santé répertoriés dans la base de données du logiciel *Intégration du centre local des services communautaires* (I-CLSC) et à 2) décrire les réalités masculines au sujet des demandes d'aide psychosociales (motifs de consultations) des hommes qui ont récemment consulté l'un des quatre programmes relevant des services sociaux généraux du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. Cette orientation (**objectif 2**) n'excluait pas la possibilité que des hommes pouvaient à la fois avoir consulté récemment le CLSC ainsi que d'autres ressources d'aide disponible en région dans le secteur privé et/ou communautaire.

## **Chapitre 3 – Méthodologie**

Ce troisième chapitre présente la méthodologie de l'étude effectuée auprès des hommes en Abitibi-Témiscamingue. Plus spécifiquement, il fait mention du devis de recherche, de la population et des critères de sélection des participants, des méthodes de collecte de données, du déroulement de l'étude, de la définition des variables des instruments de mesure utilisés incluant l'analyse des données quantitatives ainsi que des considérations éthiques liées à la réalisation de ce projet de recherche.

### **3.1 Devis de recherche**

Considérant l'absence d'étude scientifique qui témoigne des besoins psychosociaux des hommes en mission CLSC relevant du CISSSAT, une étude descriptive a été effectuée. Pour ce faire, deux méthodes de collecte de données ont été utilisées. La première par l'utilisation de la base de données I-CLSC (**objectif 1**) et la seconde par la distribution d'un questionnaire s'adressant aux hommes qui consultent les services de première ligne en CLSC ou en GMF (**objectif 2**). Il s'agit d'une investigation de courte durée où deux mesures distinctives ont été utilisées à des moments précis c'est-à-dire en 2019 (logiciel I-CLSC) et au cours de la dernière année (2020-2021) en ce qui concerne le déploiement du questionnaire autoadministré (Masson, 2012).

### **3.2 Population à l'étude et critères de sélection des participants**

Concernant l'objectif 1, un échantillon de 232 hommes, âgés de 18 ans et plus, ayant consulté le programme AAOR et le service de consultation social du CLSC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda au cours de l'année 2019 a été constitué à partir de la base de données I-CLSC. Pour l'objectif 2, un échantillon de 50 hommes, âgés de 18 ans et plus, pouvant répondre en langue française et ayant, entre autres, consulté le CLSC ou le GMF du secteur de V-D et/ou de R-N au cours de l'année 2021 a été visé pour remplir un questionnaire autoadministré. La population à l'étude a été ciblée en fonction des orientations du plan d'action ministériel en santé et bien-être des hommes 2017-2022 qui vise notamment à mieux connaître le portrait des hommes qui consultent des services de première ligne en mission CLSC. Les municipalités de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda ont été sélectionnées selon l'accessibilité sur le terrain et par souci d'atteindre la taille visée de l'échantillon. En effet, l'accès au terrain pour ces secteurs est possible grâce au lien d'emploi de l'étudiante avec le CISSSAT et un réseau de contacts est déjà établi. De plus, le jumelage de deux secteurs permet de mieux atteindre le nombre fixé de participants considérant la sous-utilisation des services de santé par les hommes bien documentée à ce jour.

Pour des raisons éthiques, les hommes en état d'intoxication en état de crise ou état mental instable (qu'il soit grave ou non) ont fait en sorte qu'ils ne pouvaient pas participer à l'étude.

### 3.3 Méthodes de collecte des données

La première méthode de collecte de données (**objectif 1**) a visé à utiliser le logiciel ICLSC<sup>8</sup> du CISSSAT. Plusieurs indicateurs de santé sont répertoriés au sein de cette base de données pour chaque dossier usager (c.f. **section 3.6**). La deuxième méthode de collecte de données (**objectif 2**) était un questionnaire autoadministré qui a été construit à partir de l'étude de Dupéré et al. (2016), les travaux de Deslauriers et al. (2010), l'étude de Lajeunesse et al. (2013) et d'une étude réalisée par Statistiques Canada. Il a été validé auprès d'intervenants terrain ayant entre cinq et vingt ans d'expérience. Il a également été prétesté auprès d'un échantillon de 10 hommes (emplois, âges et réalités différentes) en provenance de divers milieux en A-T plus particulièrement sur les territoires de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. Deux extraits d'instruments de mesure validés figurent dans le questionnaire dans le but de mesurer la détresse psychologique (dépression et anxiété) vécue par les hommes en région éloignée (Kroenke et al., 2003 et Kroenke et al., 2007). Cela permet de mettre en lumière la présence ou non d'une détresse psychologique incluant le niveau d'intensité vécue chez les hommes vivant en milieux ruraux. L'anxiété est mesurée par la présence de nervosité et d'incertitude alors que la dépression est mesurée par la perte de plaisir ou la présence de déprime au cours des deux dernières semaines. Une échelle de type *likert* en 4 points est utilisée passant de pas du tout, à presque tous les jours.

### 3.4 Déroulement de l'étude

Le recrutement des participants a été réalisé à partir des services psychosociaux de la mission CLSC relevant du CISSSAT et plus spécifiquement du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. Concernant l'utilisation des données issues du **logiciel I-CLSC**, une autorisation de la direction de la santé publique (DSP) a été obtenue pour extraire les données du logiciel I-CLSC à des fins de recherche (article de Loi 19.2 de la LSSS<sup>9</sup>).

---

<sup>8</sup> Banque de données qui permet au ministère de la Santé et des services sociaux de colliger de l'information sur les services dispensés en première ligne, qui contient des renseignements personnels et qui fournit des données sur les demandes de services, les usagers et les interventions offertes en Centre de santé et services sociaux (CSSS), mission CLSC (Gouvernement du Québec, 2019).

<sup>9</sup> Article 19.2 de la LSSS : « le directeur des services professionnels d'un établissement ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général peut autoriser un professionnel à prendre connaissance du dossier d'un usager, à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Le directeur doit cependant, avant d'accorder une telle autorisation, s'assurer que les critères établis par l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1) sont satisfaits. Il doit refuser d'accorder son autorisation s'il est d'avis que le projet du professionnel ne respecte pas les normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues. L'autorisation doit être limitée dans le temps et elle peut être assortie de conditions. Elle peut être révoquée en tout temps si le directeur a des raisons de croire que le professionnel autorisé ne respecte pas le caractère confidentiel des renseignements ainsi obtenus ou ne se conforme pas aux conditions imposées ou aux normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues » (Gouvernement du Québec, 2019).

Les consultations des données du logiciel I-CLSC ont été réalisées par l'étudiante avec la collaboration de deux archivistes et le soutien du directeur et de la co-directrice de l'étude. Les données de recherche ont été conservées dans l'ordinateur de l'étudiante et plus spécifiquement à l'intérieur d'un serveur d'applications muni d'un mot de passe fourni par l'UQAT afin d'assurer la confidentialité des informations (Masson, 2012). En ce qui concerne le deuxième instrument de mesure, le **questionnaire autoadministré** a été disponible en version papier et en version électronique durant la période estivale 2021. À ce moment, plusieurs intervenants ont été sollicités pour contribuer au recrutement des hommes. Pour ce faire, une seule rencontre zoom a eu lieu avec les deux équipes de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda en collaboration avec les deux gestionnaires de ces secteurs. Toujours en mission CLSC, une quinzaine d'intervenants se sont libérés pour participer à cette rencontre virtuelle où il a été question de discuter du projet de recherche et par ce fait même de déployer le questionnaire autoadministré. Divers intervenants ont fait la promotion verbale de l'étude directement auprès de la clientèle cible. Un soutien téléphonique et par courriel ont été offerts par l'étudiante tout au long de la participation des intervenants en cas de besoin, ce qui fut d'ailleurs le cas à plusieurs reprises.

Le recrutement des participants pour le questionnaire autoadministré s'est donc fait par un échantillon non probabiliste de convenance. Plus spécifiquement, il a été réalisé par trois principaux moyens. Le premier a d'abord impliqué la DQEPE, deux gestionnaires et une dizaine d'intervenants du CISSSAT. L'étudiante a présenté l'étude à l'ensemble de ces partenaires à partir d'une seule rencontre zoom qui a été organisée en collaboration avec deux gestionnaires. Il a été question de jumeler les intervenants des deux équipes de travail du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda en une seule rencontre d'une durée approximative de 60 minutes. Les intervenants ont été invités à informer les hommes présents dans leurs services de la tenue de l'étude. Les hommes ont été conscientisés à remplir, sur une base volontaire, un court questionnaire de 16 questions incluant en première page le formulaire de consentement écrit. Ce questionnaire a été rendu disponible en version papier et en version électronique sur le web où cette possibilité a été finalement l'option choisie et utilisée par l'ensemble des hommes (n=33). Pour la version électronique, un lien *Google Forms*<sup>10</sup> menant au questionnaire a été créé pour faciliter la participation des hommes à remplir le questionnaire par eux-mêmes au moment et au lieu de leur choix. Le questionnaire en format papier a été disponible tout au long de la période de recrutement, en cas de besoin, pour les hommes qui souhaitent retourner le questionnaire par la poste avec une enveloppe préaffranchie à cet effet.

---

<sup>10</sup> Google Forms est une application récente disponible sur le web qui permet de créer, gratuitement, des questionnaires autoadministrés accessibles en ligne à l'aide d'un lien électronique ou encore à partir d'un code QR.

---

L'adresse de retour était celle du directeur responsable du projet de recherche à l'UQAT. Malgré cette initiative, aucun homme a choisi cette option. Aucune compensation financière n'était prévue pour la participation des hommes à cette recherche. Suite à cette première initiative (moyen #1), environ cinq sondages ont été complétés. Par conséquent, un deuxième moyen a été utilisé dans le but d'augmenter le nombre de participants. L'étudiante a créé une annonce publicitaire (annexe 1) qui a exigé un amendement du comité éthique du MSSS. Une fois acceptée, l'annonce publicitaire a été diffusée sur la page Facebook de l'étudiante au début de la période estivale 2021 et plus d'une centaine de partages ont été effectués, ce qui a permis de rehausser la participation des hommes. Plusieurs copies en version papier de l'annonce publicitaire en format web ont également circulé à travers les espaces occupés par les intervenants en mission CLSC (ex. : bureau de travail, salle d'attente, salle de bain, etc.) ainsi qu'à travers les organismes communautaires pour hommes de la région. En outre, l'annonce publicitaire consistait à inviter les hommes à remplir un court questionnaire autoadministré (annexe 3) en ligne à partir de l'application *Google Forms*. Le formulaire de consentement écrit s'y retrouvait également (annexe 2). La procédure pour remplir le questionnaire était relativement simple, le participant devait cliquer sur un lien web qui le menait directement au questionnaire ou encore il avait aussi la possibilité d'y accéder à partir d'un code QR. Cette initiative a permis de rejoindre environ 18 hommes supplémentaires, pour un total de 23 hommes recrutés.

Pour terminer, un troisième moyen a été utilisé pour tenter de mieux rejoindre les hommes. Une entrevue avec Radio-Canada a été effectuée au début de l'été 2021 suite à l'utilisation de Facebook où l'étudiante a fait la promotion, une troisième fois, de l'étude en cours. Cette initiative a permis d'ajouter la participation de 10 hommes, pour un total de 33 hommes recrutés. Finalement, le recrutement a été réalisé à l'intérieur de trois mois où une date de fin a été fixée au 31 juillet 2021. Une fois les questionnaires complétés par les participants, la saisie des données a été effectuée par l'étudiante grâce à la version 28 du logiciel SPSS. Une banque de données a été créée à partir de 16 questions et plus de 110 variables (choix de réponses) du questionnaire. Au total, ce sont 33 hommes recevant des services du CISSSAT incluant aussi la possibilité de recevoir d'autres services sociaux dispensés sur le territoire de l'A-T (secteur communautaire et privé) qui ont complété le questionnaire. Nous rappelons au lecteur que l'objectif 2 du projet de maîtrise consistait à élargir les connaissances masculines en région éloignée au-delà des variables disponibles, notamment à l'intérieur de la base de données du logiciel I-CLSC.

Or, malgré notre initiative de fournir des questionnaires en version papier, aucun de ceux-ci n'a été retourné ni à l'étudiante ni au directeur, et ce, malgré la disposition d'une adresse de retour initialement indiquée sur une enveloppe préaffranchie. L'ensemble des 33 répondants ont participé au questionnaire en ligne.

### 3.5 Définition des variables à l'étude : logiciel I-CLSC et questionnaire autoadministré

Cette section porte sur les variables retenues à l'étude et plus spécifiquement en ce qui concerne la base de données du logiciel I-CLSC et du questionnaire autoadministré. Ces instruments de mesure ont été utilisés afin de répondre au but et aux deux objectifs de recherche. Les **tableaux 7 et 8** présentent les variables et la façon dont ces dernières ont été opérationnalisées dans le cadre de cette étude.

**Tableau 7**

*Définition des variables d'intérêt du logiciel I-CLSC servant à illustrer la trajectoire des demandes d'aide masculine en mission CLSC (Inspiré de l'étude de Deslauriers et al, 2010 et Lajeunesse et al, 2013).*

Nom de la variable	Opérationnalisation
Âge	Au moment de la demande d'aide masculine formulée en 2019 et retenue selon la date de naissance figurant au sein du logiciel I-CLSC.
Référé par	Provenance de la demande de service adressée à l'AAOR du secteur de V-D et/ou de R-N.
MRC_territoire	Lieu retenu où une demande de service individualisée a été formulée couvrant les secteurs de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda.
Objet_demande	Besoin exprimé par l'utilisateur ou retenu selon la référence externe par exemple en provenance de l'urgence, d'une clinique médicale privée, etc.
Raison_consultation	Motif de consultation figurant dans l'objet de la demande de service individualisée relevant du programme des services psychosociaux généraux du secteur de V-D et/ou de R-N.
Décision	Décision rendue figurant dans la demande de service individualisée créée par l'intervenant du programme AAOR de Rouyn-Noranda et Val-d'Or.

**Tableau 8**

*Définition des variables d'intérêt visant à mettre en lumière les réalités masculines en Abitibi-Témiscamingue (Inspiré de l'expérience clinique de l'étudiante et des études Dupéré et al, 2016, Deslauriers et al, 2010, Lajeunesse et al, 2013 ainsi que Statistiques Canada, 2008).*

Nom de la variable	Opérationnalisation
Âge	Question ouverte : _____
Statut_civil	Choix de réponses prédéterminés : célibataire, conjoint de fait ou en couple, marié, divorcé, séparé, veuf ou autres
Niveau_scolarité	Choix de réponses prédéterminés : primaire, secondaire, professionnel (DEP), collégial ou universitaire
Occupation_actuelle	Choix de réponses prédéterminés : à l'emploi, chômage, recherche d'emploi, arrêt de travail, invalidité, retraité ou semi-retraité ou autres
Domaine_emploi	Choix de réponses prédéterminés : vente, enseignement, foresterie, santé et services sociaux, transport, restauration, gestion, financier, coiffure, construction, minier ou autres
Personne_ressource	Choix de réponses prédéterminés : conjointe, parents, autres membres de la famille, amis, médecin de famille, ligne d'écoute, ressources communautaires, CLSC, ne demander de l'aide à personne ou autres
Depression_items1	Choix de réponses prédéterminés selon l'indicateur peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses : pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié des jours, presque tous les jours
Depression_items2	Choix de réponses prédéterminés selon l'indicateur se sentir mal, déprimé ou désespéré : pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié des jours, presque tous les jours
Anxiété_items1	Choix de réponses prédéterminés selon l'indicateur se sentir nerveux, anxieux ou sur le point de l'être : pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié des jours, presque tous les jours
Anxiété_items2	Choix de réponses prédéterminés selon l'indicateur ne pas pouvoir arrêter ou contrôler l'inquiétude : pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié des jours, presque tous les jours
Detresse_aide	Choix de réponse « oui » ou « non avec courte justification »
Nombre_consultation	Choix de réponses prédéterminés : au moins une fois, entre deux et cinq fois, entre six et neuf fois ou plus de dix fois
Endroits	Choix de réponses prédéterminés : urgence (hôpital), clinique externe de psychiatrie et santé mentale, clinique externe en dépendances, protection de la jeunesse, CLSC en sans rendez-vous, clinique privé d'un médecin, PAE, organismes communautaires, à partir de la maison ou autres

---

Préférence_endroits	Question ouverte : _____
Motifs_consultation	Choix de réponses prédéterminés : rupture amoureuse, parentalité, perte d'emploi, consommation, dépression, violence conjugale, épuisement/fatigue, anxiété, décès d'un proche, gestion des émotions, solitude, idéations suicidaires, abus sexuel ou autres
Raisons_fin de suivi	Choix de réponses prédéterminés : vous vous sentiez mieux, n'aime pas se sentir contrôlé par autrui, gêne, hésitation, problème va se régler avec le temps, désir de résoudre le problème par vous-même, difficulté de se libérer en raison du travail ou garde d'enfants, pas à l'aise avec l'approche de l'intervenant ou autres
Attentes_initiales	Choix de réponses prédéterminés : se sentir écouté, pris au sérieux, professionnalisme, confidentialité, climat de confiance, solutions immédiates, ne pas se sentir jugé, accueil chaleureux ou autres
Suggestions_amélioration	Choix de réponses prédéterminées : disponibilité de soir et/ou de fin de semaine, choix du sexe de l'intervenant, proximité du service (PAE disponible dans le milieu de travail), interventions immédiates avec suivi à court ou moyen terme (contrer la liste d'attente actuelle), promotion/sensibilisation pour mieux connaître les services disponibles en région ou autres

---

### 3.6 Analyse des données quantitatives

Pour l'objectif 1, une analyse descriptive des données en provenance du logiciel I-CLSC a été effectuée sur un échantillon de 232 hommes. L'utilisation des distributions de fréquence telle que des proportions (n) et des pourcentages (%) ont été priorisée dans le cadre de ce volet (objectif 1) afin d'uniformiser les résultats de recherche. Plusieurs variables ont été mises en relation : la tranche d'âge et la provenance d'une demande d'aide, la municipalité et la provenance d'une demande d'aide, la décision rendue par l'intervenant et le programme de référence et le(s) motif(s) (ou raisons) de consultation en fonction de l'âge afin de permettre d'illustrer la trajectoire des demandes d'aide masculines en CLSC. À cet effet, les données en provenance du logiciel I-CLSC ont d'abord présenté la porte d'entrée des hommes en CLSC (la première étape d'une demande d'aide) pour ensuite s'orienter vers une évaluation (analyse des besoins qui consiste à être la deuxième étape) justifiant le programme de référence (troisième étape) ainsi que le ou les motifs de consultations (quatrième et dernière étape d'une demande d'aide à la lumière de notre étude) au moment où l'utilisateur a adhéré, volontairement, à une prise en charge en suivi psychosocial.

Des données sociodémographiques tels que l'âge et la MRC (au final, les deux seules variables disponibles au sein du logiciel) ont également été retenues pour mieux documenter la clientèle-cible (hommes adultes) majoritairement présente en mission CLSC. Afin de respecter le but et les objectifs de recherche, seuls les trajectoires complètes qui inclut les quatre étapes énumérées ci-haut ont été retenues dans le cadre de ce projet de maîtrise.

Pour l'objectif 2, une analyse descriptive a également été réalisée sur les 33 questionnaires qui ont été remplis par 33 hommes. Quelques analyses bivariées ont été faites (ex : certaines données sociodémographiques en relation avec d'autres données du questionnaire comme les motifs de consultations ou autres) dans le but d'élargir les connaissances masculines au sujet d'une ou plusieurs demandes d'aides. Il a été question d'inclure d'autres variables sociodémographiques (statut civil, niveau de scolarité, occupation actuelle, domaine d'emploi, etc.) afin de mieux connaître la clientèle sous un autre angle que celle fournie, initialement, par le logiciel I-CLSC. Il a aussi été question de détailler différemment les trajectoires des demandes d'aide à partir de d'autres indicateurs relevant de diverses études en provenance de la littérature scientifique comme le PHQ-4 anxiété et dépression, le réseau informel : famille, amis ou conjointe, les endroits consultés en région incluant le secteur communautaire et privé, les motifs de consultations, les attentes initiales lors d'un premier contact avec un professionnel de la santé, les raisons de fin de suivi ainsi que plusieurs recommandations visant une amélioration continue des services sociaux dispensés à la population. Malgré la petite taille d'échantillon (n=33) et la présence de données manquantes dans la majorité des questions qui ont empêché au final la production de tableau (comme ce qui a été fait précédemment avec le logiciel), nous avons quand même été en mesure d'offrir un éclairage complémentaire au logiciel concernant la trajectoire des demandes d'aides masculines. Dans le cadre de cette recherche, l'utilisation de cet instrument de mesure était dès le départ un outil additionnel à notre outil de base : le logiciel I-CLSC. Les variables du questionnaire ont permis au final d'inclure la littérature actuelle aux réalités masculines observées en région éloignée. Les deux outils (logiciel I-CLSC et questionnaire) ont été soigneusement choisis pour se compléter et pour offrir au lecteur des nuances intéressantes sur la recherche d'aide notamment en mission CLSC.

### **3.7 Considérations éthiques**

L'étudiante a procédé à l'analyse des données par l'entremise du logiciel SPSS à partir du serveur d'applications de l'UQAT qui requiert préalablement un mot de passe que seule l'étudiante possède. Les données en provenance du logiciel I-CLSC (objectif 1) et du questionnaire autoadministré (objectif 2) ont été stockées à ce même endroit durant cette recherche.

L'étudiante a assuré l'anonymat des numéros de dossiers du logiciel I-CLSC en utilisant une nouvelle codification pour chacun d'entre eux (ex. : H1, H2, H3, etc.), inspirée de l'étude de Tang et al., (2014). En ce qui concerne la saisie des informations relatives au questionnaire autoadministré, l'étudiante a reformulé l'identification des hommes participants de la façon suivante : P1, P2, P3, etc. pour éviter une ambiguïté dans l'interprétation des résultats à double volet quantitatif.

## Chapitre 4 - Résultats de l'étude

Ce quatrième chapitre illustre les résultats de l'étude réalisée au sein du CISSSAT et plus spécifiquement à l'intérieur de deux programmes en mission CLSC de première ligne : 1) l'accueil psychosocial et 2) le programme des services psychosociaux généraux relevant du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda (consultations en 2019). Il est à noter que d'autres points de services du CISSSAT ont été retenus en fonction des lieux où les hommes ont identifié avoir été chercher de l'aide au cours de la dernière année (consultations en 2021). Pour ce faire, deux méthodes de collecte de données ont été utilisées pour répondre aux objectifs de la recherche. La section 4.1 illustre la trajectoire des demandes d'aides masculines à partir de la base de données du logiciel I-CLSC alors que la section 4.2 présente les résultats obtenus à partir d'un questionnaire qui a permis d'élargir les connaissances masculines selon trois grandes thématiques clés : 1) le portrait sociodémographique des hommes, 2) la trajectoire des demandes d'aide masculines (besoins psychosociaux) et 3) les attentes des hommes à l'égard des services en ruralité.

### 4.1 Trajectoire des demandes d'aides masculines en mission CLSC

#### 4.1.1 Bref portrait des 232 hommes selon le logiciel I-CLSC du CISSSAT

**Nombre de répondants.** Un total de 232 dossiers ont été consultés pour répondre au premier objectif de recherche qui était de mettre en lumière le portrait des hommes à partir des indicateurs de santé répertoriés dans la base de données du logiciel *Intégration du centre local des services communautaires* (I-CLSC) au courant de l'année 2019. Concrètement, il a été question d'extraire des indicateurs de santé déjà utilisés par les intervenants lorsqu'ils utilisent le logiciel I-CLSC (chapitre 3, section 3.6.1). L'étudiante et les archivistes du CLSC ont été sollicitées pour jumeler, manuellement, la variable raison de consultation au reste des autres variables d'intérêt retenues dans le cadre de cette recherche, car l'accueil psychosocial (programme de première ligne en mission CLSC) ne permet pas à lui seul de repérer la raison de consultation. Pour contrecarrer cette limite, un deuxième programme offert en CLSC intitulé services psychosociaux généraux a été jumelé aux données afin de mieux documenter la trajectoire des demandes d'aide masculines. Ce travail s'est échelonné sur plusieurs semaines. Le logiciel SPSS a ensuite été utilisé pour constituer la base de données et effectuer les analyses descriptives univariées où une seule variable d'intérêt a été utilisée pour dresser un premier éclairage au lecteur concernant le portrait sociodémographique des hommes et bivariées au moment où il était question de mettre en relation deux variables d'intérêt dans le but d'offrir une deuxième analyse des données plus approfondie de la clientèle masculine qui consulte les services sociaux en mission CLSC.

**Âge des participants.** Les données retenues pour des fins d'analyse portent sur 232 hommes ayant reçu des services au CISSSAT (les 18 hommes d'âge mineur qui étaient inclus dans la base de données n'ont pas été retenus dans l'échantillon à l'étude puisqu'ils ne correspondaient pas au critère d'inclusion à l'étude qui se résume à être un homme âgé de 18 ans et plus). En 2019, la moyenne d'âge des hommes ayant reçu de services au CISSSAT et qui fait partie de notre échantillon est de 39,9 ans. Les 118 hommes qui ont consulté les services de première ligne en mission CLSC sont âgés de 25 à 44 ans. La tranche d'âge de 45 à 64 ans (57 hommes) arrive au deuxième rang, suivi des jeunes adultes (31 hommes) âgés de 18 à 24 ans, tandis que 26 hommes sont âgés de 65 ans et plus. Le **tableau 9** résume ces données descriptives au sujet de l'échantillon constitué à partir des données I-CLSC :

**Tableau 9**

*Âge des hommes au moment d'une demande d'aide psychosociale formulée à l'accueil psychosocial du CLSC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT (2019).*

Tranche d'âge des hommes selon le logiciel I-CLSC	Nombre d'hommes qui ont consulté le CLSC n (%)
18 à 24 ans	31 (13,4)
25 à 44 ans	118 (50,9)
45 à 64 ans	57 (24,6)
65 ans et plus	26 (11,2)
Total :	232 (100,0)

**Municipalité retenue selon la ville où a été formulée la demande d'aide masculine.** En 2019, 14 points de services ont été sollicités par les hommes qui demandent de l'aide en Abitibi-Témiscamingue et qui ont été retenus dans notre échantillon (N=232). Les hommes consultent majoritairement le CLSC de Val-d'Or (42,2%) et de Rouyn-Noranda (29,3%). Pour ces deux MRC, cela représente 166 hommes, soit 72,0% de notre échantillon. La ville de Senneterre se situe au troisième rang où 28 hommes (12,1%) ont été chercher une aide psychosociale. La ville de Malartic rapporte également une proportion presque identique pour les consultations sociales réalisées en 2019. D'autres municipalités existent avec une faible représentativité bien que l'intérêt premier de cette étude est de documenter les demandes d'aide masculines spécifiquement pour les secteurs suivants : Val-d'Or et Rouyn-Noranda en respect de la méthodologie et des objectifs de recherche.

Le **tableau 10** synthétise ces données descriptives :

**Tableau 10**

*Municipalité retenue en fonction du lieu où a été formulée une demande d'aide masculine en mission CLSC sur le territoire de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT (2019).*

Municipalité(s) retenues selon le logiciel I-CLSC	Nombre d'hommes qui ont adressé une demande d'aide psychosociale selon la municipalité n (%)
Val-d'Or	98 (42,2)
Rouyn-Noranda	68 (29,3)
Senneterre	28 (12,1)
Malartic et les environs	27 (11,6)
Autres municipalités	11 (4,4)
Total :	232 (100,0)

#### 4.1.2 Porte d'entrée des trajectoires des demandes d'aide en mission CLSC du CISSSAT

**La provenance d'une demande d'aide masculine selon l'âge.** Dans notre échantillon à l'étude, les hommes, peu importe leur âge, se présentent dans plus de la moitié du temps (55,6%) par eux-mêmes, de manière libre et volontaire, à l'accueil psychosocial du CLSC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. L'urgence arrive au deuxième rang et concerne plus spécifiquement les hommes âgés de 25 à 44 ans. Les services d'Info-Social 811 (n=23) et les demandes psychosociales formulées par le milieu judiciaire (n=11) sont aussi une façon d'entrer dans les services pour cette même population cible. D'autres provenances comme la clinique médicale privée, la société d'habitation du Québec, le centre de réadaptation en déficience physique et autres (n=28) ont été utilisées en 2019 comme portes d'entrée dans les trajectoires des demandes d'aide masculines bien que celles-ci demeurent peu représentatives dans notre échantillon à l'étude.

**Tableau 11**

*Provenance d'une demande d'aide masculine adressée à l'accueil psychosocial du CLSC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT en fonction de la tranche d'âge des hommes en 2019.*

Tranche d'âge des hommes	Usager lui-même n (%)	Urgence (hôpital) n (%)	Info-Social 811 n (%)	Milieu judiciaire n (%)	GMF n (%)	Autres provenances n (%)
--------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------	--------------------------

18 à 24 ans	17 (13,2)	3 (8,6)	4 (17,4)	3 (27,3)	0 (0,0)	4 (14,3)
25 à 44 ans	67 (51,9)	19 (54,3)	13 (56,5)	6 (54,5)	2 (50,0)	11 (39,3)
45 à 64 ans	32 (24,8)	12 (34,3)	4 (17,4)	1 (9,1)	2 (50,0)	6 (21,4)
65 ans et plus	13 (10,1)	3 (8,1)	2 (8,7)	1 (9,1)	0 (0,0)	7 (25,0)
Total :	129 (100,0)	37 (100,0)	23 (100,0)	11 (100,0)	4 (100,0)	28 (100,0)

**La provenance d'une demande d'aide masculine selon la municipalité retenue.** Dans notre échantillon, les régions de Rouyn-Noranda et de Val-d'Or se démarquent des autres municipalités en ce qui concerne les participants qui ont pris la décision de consulter par eux-mêmes des services de première ligne en mission CLSC. Cela concerne plus de la moitié des hommes (69,6%), soit 91 hommes sur un total de 129. Les secteurs de Malartic et de Senneterre représentent également des milieux choisis par les hommes où 29 d'entre eux ont été chercher de l'aide pour obtenir des services psychosociaux. Cela concerne un peu moins du tiers des hommes (22,5%) sur un total de 129 participants. Les urgences de Val-d'Or et de Senneterre ont aussi référé 30 hommes. La collaboration entre Info-Social 811 et l'AAOR est plus fréquente à Val-d'Or que dans le reste des autres municipalités puisque cela a concerné 11 hommes contre sept à Rouyn-Noranda, trois à Senneterre ainsi que six à Malartic. La ville de Rouyn-Noranda se démarque avec les demandes d'aide psychosociales en provenance du milieu judiciaire soit huit références sur les 11. Le GMF demeure un endroit qui effectue rarement des références (quatre hommes sur 232) à l'accueil psychosocial en région. D'autres provenances (clinique médicale privée, mission CLSC autres CISSS, société d'habitation du Québec, centre de réadaptation en déficience physique, etc.) existent pour documenter la trajectoire des demandes d'aide masculines bien que celles-ci demeurent peu représentatives et concernent quasi exclusivement le secteur de Val-d'Or (18 demandes sur 28). Le **tableau 12** illustre ces données quantitatives en précisant la fréquence (n) et le pourcentage (%) :

**Tableau 12**

*Provenance d'une demande d'aide masculine adressée à l'accueil psychosocial du CLSC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT selon la municipalité retenue en 2019.*

Municipalités figurant au logiciel I-CLSC	Usager lui-même n (%)	Urgence (hôpital) n (%)	Info-Social 811 n (%)	Milieu judiciaire n (%)	GMF n (%)	Autres provenances n (%)
Val-d'Or	45 (34,9)	23 (62,2)	9 (39,1)	1 (9,1)	2 (50,0)	18 (64,3)

Rouyn-Noranda	46 (35,7)	4 (10,8)	5 (21,7)	8 (72,7)	0 (0,0)	4 (14,3)
Senneterre	13 (10,1)	7 (19,0)	3 (13,0)	1 (9,1)	2 (50,0)	2 (7,1)
Malartic et environs	16 (12,4)	2 (5,4)	6 (26,1)	1 (9,1)	0 (0,0)	3 (10,7)
Autres municipalités	9 (7,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,0)
Total :	129 (100,0)	37 (100,0)	23 (100,0)	11 (100,0)	4 (100,0)	28 (100,0)

### Programme de référence selon la décision rendue par l'intervenant en mission CLSC.

La majorité des demandes d'aide masculines reçues en 2019, soit 70,0% ont été acceptées par les intervenants de l'AAOR (162 demandes sur un total de 232) et référées au sein de leur établissement en santé et services sociaux. L'accueil psychosocial représente la porte d'entrée du CLSC dont le mandat des intervenants, bien souvent des travailleurs sociaux ou encore des techniciens en travail social, se résume à accueillir, analyser, orienter ou référer (AAOR) les usagers vers le service de santé qui correspond à leur(s) besoin(s). Durant l'année 2019, c'est plus du trois quarts des demandes d'aide masculines (n=105) qui ont été acceptées et référées par l'intervenant de l'AAOR au programme des services psychosociaux généraux des MRC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. Parmi ceux-ci, huit hommes ont refusé la référence vers ce service. D'autre part, moins du tiers des hommes référés n'ont pas donné suite (n=9) lors de la prise en charge au programme en dépendances. D'autres programmes de référence existent (services liés à la déficience intellectuelle, services prénataux, etc.) mais ceux-ci ont été peu utilisés et ne sont pas retenus pour documenter la trajectoire des demandes d'aide masculines en mission CLSC de l'échantillon retenu dans cette étude.

**Tableau 13**

*Décision rendue par l'intervenant de l'accueil psychosocial de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda selon le programme de référence déterminé pour une prise en charge en suivi psychosocial au cours de l'année 2019.*

Décision rendue figurant au logiciel I-CLSC	Services psychosociaux généraux n (%)	Santé mentale n (%)	Jeunes en difficultés n (%)	Soutien à domicile n (%)	Dépendances n (%)	AAOR (suivi étroit) n (%)	Autres programmes de santé
Accepté	105 (78,9)	16 (66,7)	13 (68,4)	6 (66,7)	13 (36,1)	8 (88,9)	1 (50,0)
Refus de l'utilisateur	8 (6,0)	1 (4,2)	1 (5,3)	2 (22,2)	2 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

N'a pas donné suite	8 (6,0)	4 (16,7)	4 (21,1)	0 (0,0)	9 (25,0)	1 (11,1)	0 (0,0)
Orienté vers CRD	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Autres décisions	11 (33,3)	3 (12,5)	3 (15,8)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
Total :	133 (100,0)	24 (100,0)	19 (100,0)	9 (100,0)	36 (100,0)	9 (100,0)	2 (100,0)

**Programme de référence déterminé par les intervenants selon l'âge des hommes au moment d'une demande d'aide psychosociale en mission CLSC.** En 2019, plus de la moitié des hommes âgés de 25 à 44 ans ont consulté les services psychosociaux généraux du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda relevant du CISSSAT. Concrètement, cela a représenté 69 hommes d'âge adulte sur 133 références réalisées en 2019 vers ce programme en mission CLSC. Par ailleurs, toujours en lien avec cette même tranche d'âge, 12 hommes sur un total de 24 ont été référés au programme en santé mentale ainsi que 20 hommes sur un total de 36 vers le programme dépendances. Les utilisateurs d'âge adulte sont aussi le sous-groupe d'hommes le plus répandu (n=14 sur un total de 19) dans la clientèle référée vers le programme Jeunes en difficulté. Pour terminer, les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans ainsi que les hommes âgés de 65 ans et plus ont été les sous-groupes où la consultation était le plus faible. En effet, trois jeunes hommes sur 36 ont été référés en dépendances, ce qui a été le même constat pour la tranche d'âge de 65 ans et plus. Aucun homme de 65 ans et plus a consulté le programme santé mentale contre sept jeunes hommes en 2019 sur le territoire de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. Or, dans le cadre de cette étude, ceux-ci demeurent très peu représentatifs à la taille d'échantillon initialement fixée (N=232).

#### 4.1.3 Prise en charge des demandes d'aide masculines en mission CLSC

**Tranche d'âge des hommes selon leur principal motif de consultation en CLSC.** Dans notre échantillon à l'étude, les hommes âgés de 25 à 44 ans se démarquent des autres tranches d'âge (n=118 sur un total de 232) notamment pour les motifs de consultations suivants : problèmes reliés à la vie familiale et de couple (n=37), problèmes sociaux divers (n=33) et idéations suicidaires (n=10). Les hommes, âgé de 45 à 64 ans arrivent au deuxième rang (n=57 sur un total de 232) et consultent plus particulièrement pour les motifs de consultations suivants : les dépendances (n=11), les problèmes sociaux divers (n=17) et les troubles mentaux incluant l'anxiété et la dépression (n=15).

Les personnes âgées et les jeunes hommes adultes représentent des catégories d'âge qui consultent le moins les services sociaux au CISSSAT et plus particulièrement en ce qui a trait aux motifs de consultations suivants : trouble anxieux (n=2), trouble dépressif (n=1), autres troubles mentaux (n=2) et problèmes reliés à la vie familiale et couple (n=8). Or, il existe d'autres motifs de consultation plus précis qui figurent au logiciel I-CLSC bien que notre intention a été de regrouper plusieurs d'entre eux ensemble dans le souci de rendre les résultats mieux représentatifs à la clientèle masculine présente en CLSC. Le **tableau 14** fait mention de ces données quantitatives en incluant également leur pourcentage (%) :

**Tableau 14**

*Tranche d'âge des hommes selon le principal motif de consultation retenu à partir du programme des services psychosociaux généraux du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda du CISSSAT (2019).*

Motifs de consultations des hommes (N=232)	18 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et plus	Total :
Idéations suicidaires	6 (19,4)	10 (8,5)	6 (10,5)	3 (11,5)	25 (100,0)
Trouble anxieux	2 (6,5)	4 (3,4)	6 (10,5)	0 (0,0)	12 (100,0)
Trouble dépressif	1 (3,2)	2 (1,7)	2 (3,5)	0 (0,0)	5 (100,0)
Autres troubles mentaux	2 (6,5)	7 (5,9)	7 (12,3)	0 (0,0)	16 (100,0)
Dépendances	5 (16,1)	23 (19,5)	11 (19,3)	5 (19,2)	44 (100,0)
Problèmes reliés à la vie de couple	2 (6,5)	18 (15,3)	2 (3,5)	2 (7,7)	24 (100,0)
Problèmes reliés à la vie familiale	4 (12,9)	19 (16,1)	5 (8,8)	0 (0,0)	28 (100,0)
Perte d'autonomie liée au vieillissement	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (26,9)	7 (100,0)
Problèmes sociaux divers	9 (29,0)	33 (28,0)	17 (29,8)	9 (34,6)	68 (100,0)
	0 (0,0)	2 (1,7)	1 (1,8)	0 (0,0)	3 (100,0)

Absence de motif de consultation					
Total :	31 (100,0)	118 (100,0)	57 (100,0)	26 (100,0)	232 (100,0)

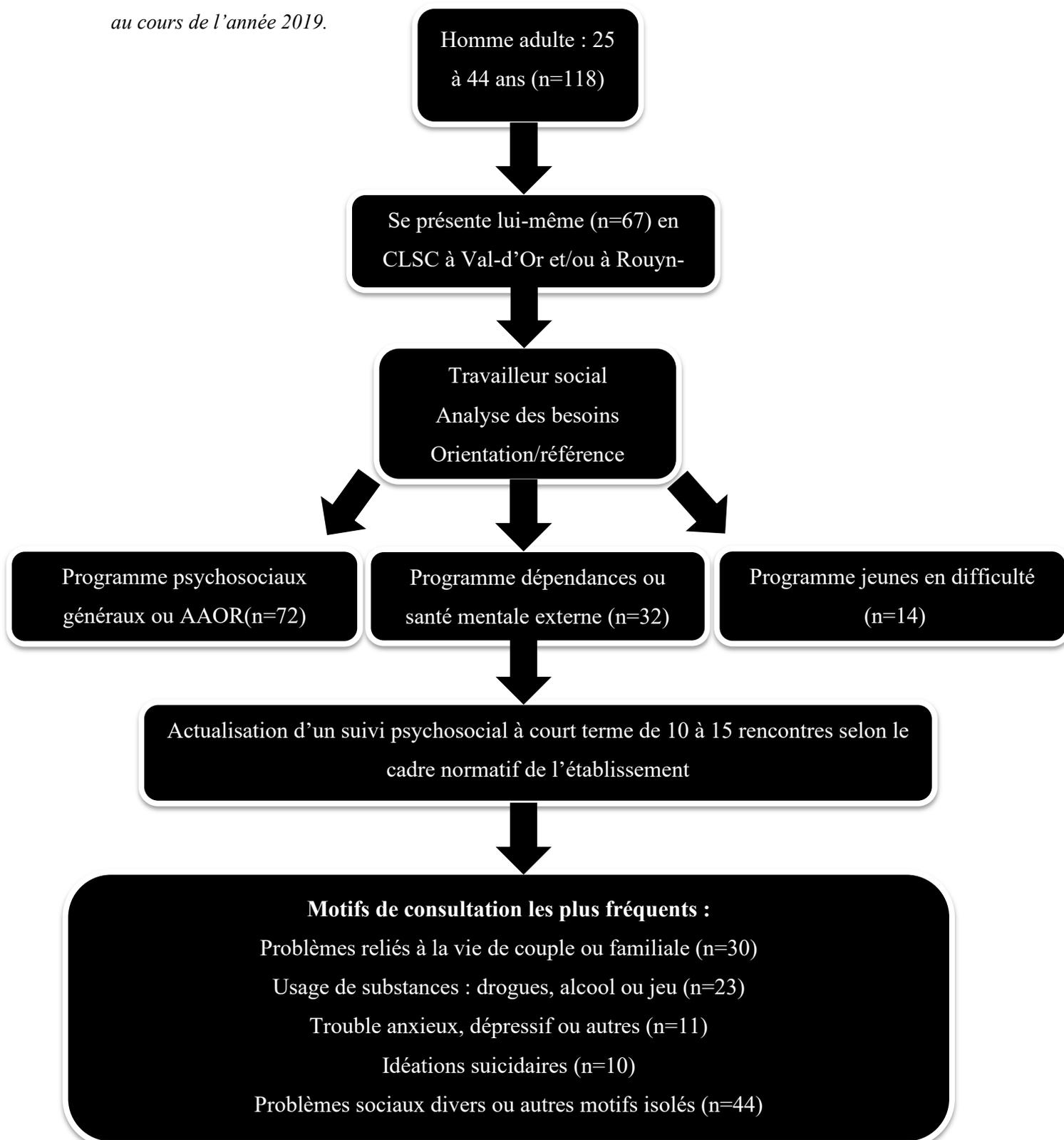
**Programmes utilisés par les hommes selon le principal motif de consultation.** Parmi les hommes de notre échantillon (n=232), moins du quart de ceux-ci (n=25) ont consulté le programme des services psychosociaux généraux, principalement pour des motifs d'idéations suicidaires. Les troubles anxieux (n=12) ressortent comme motif de consultation ce qui a essentiellement entraîné une dispensation de services par le programme externe en santé mentale incluant les services psychosociaux généraux pour l'année 2019. Toujours durant cette même année, les difficultés familiales ont impliqué 23 pères notamment dans le cadre du programme Jeunes en difficulté. Le programme du soutien à domicile a quant à lui répondu à divers motifs de consultation (n=9) tels qu'une demande de relocalisation, une demande de transport ou encore des services en lien avec une perte d'autonomie. Par ailleurs, 36 hommes ont obtenu de l'aide psychosociale au programme dépendances principalement pour l'usage d'alcool ou de drogues. D'autre part, l'AAOR a réalisé en 2019, des suivis étroits auprès de quatre hommes qui avaient des idées suicidaires.

#### 4.1.4 Faits saillants à retenir pour le logiciel I-CLSC

En somme, les résultats à l'étude pour le logiciel I-CLSC restent à interpréter avec prudence considérant la taille d'échantillon qui a été retenue pour la période de l'année 2019. Il s'agit d'une première initiative régionale visant à mieux connaître le portrait et les besoins psychosociaux des hommes qui consultent en mission CLSC. En ce sens, la **figure 1** synthétise les résultats de recherche en ce qui a trait à la base de données I-CLSC et à la trajectoire des demandes d'aide psychosociales masculines en CLSC :

**Figure 1**

*Synthèse de la principale trajectoire d'une demande d'aide masculine effectuée en mission CLSC au cours de l'année 2019.*



En somme, le tableau ci-haut permet de constater qu'en 2019, plusieurs hommes majoritairement d'âge adulte (n=118 sur 232) ont consulté l'accueil psychosociale en mission CLSC. Plus de la moitié d'entre eux (n=67 sur 118) ont consulté par eux-mêmes ce service de santé dans le but d'obtenir notamment un épisode de services au programme psychosociaux généraux ou l'AAOR (n=72), au programme dépendances ou santé mentale externe (n=32) ou encore au programme jeunes en difficultés (n=14). Dépendamment du programme ciblé, l'offre de service est dispensée à court terme (10 à 15 rencontres) selon le cadre normatif de l'établissement. Pour terminer, les motifs de consultations les plus répandus se résument aux problèmes reliés à la vie de couple ou familiale (n=30), à l'usage de substances (n=23), aux troubles mentaux (n=11), aux idéations suicidaires (n=10) ou encore à divers autres problèmes sociaux incluant nombreux motifs isolés les uns des autres (n=44) dont nous avons pris initiative de regrouper ensemble considérant la faible représentativité individuelle.

## 4.2 Questionnaire autoadministré diffusé en ligne

### 4.2.1 Portrait sociodémographique des 33 hommes ayant complété le questionnaire

**Nombre de répondants.** En 2021, c'est un total de 33 hommes qui ont complété à un questionnaire autoadministré visant à décrire les réalités masculines au sujet des demandes d'aide psychosociales (motifs de consultations) et qui ont consulté l'un des quatre programmes relevant de la mission CLSC du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. **Description de l'échantillon à l'étude.** L'échantillon à l'étude a été principalement composé d'hommes âgés de 25 à 44 ans (n=21). La moyenne d'âge des participants s'est située à 37,9 ans. La tranche d'âge de 45 à 64 ans est arrivée au deuxième rang (n=5) suivi des jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans (n=4) et finalement le sous-groupe d'hommes âgés de 65 ans et plus (n=1) au dernier rang. Deux participants n'ont pas répondu à cette question du questionnaire, ce qui explique le n=31 sur un nombre total de 33 répondants. **Statut civil des hommes à l'étude.** La majorité des hommes qui ont participé à l'étude étaient célibataires (n=18) ou en couple (n=8). Certains répondants ont affirmé être séparés (n=5) tandis que d'autres ont affiché un statut divorcé (n=1) ou marié (n=1). **Niveau de scolarité complété des participants.** Le diplôme d'études professionnelles (DEP) correspond au niveau de scolarité complétée ayant la plus forte proportion chez les hommes qui ont été recrutés dans le cadre de cette étude (n=14). Dix participants ont complété un primaire ou un secondaire au cours de leur cheminement scolaire. Quelques hommes ont toutefois terminé des études postsecondaires, soit un niveau collégial ou universitaire (n=9).

**Occupation actuelle des participants.** La majorité des hommes qui ont répondu au questionnaire occupait un emploi (n=25) au moment de remplir le questionnaire. Quelques répondants bénéficient de prestations d'invalidité (n=4) alors que d'autres étaient retraités ou semi-retraités (n=2). Un répondant a rapporté être sur le chômage et un autre a indiqué être étudiant.

**Domaine(s) d'emploi(s) des participants.** En ce qui a trait au domaine d'emploi des hommes, 28 sur 33 ont répondu au questionnaire à l'été 2021. De ce fait, un peu moins de la moitié des hommes (n=13) occupaient pendant cette période de l'année un emploi dans la foresterie, le transport, les mines ou encore le domaine de la construction. Quelques participants œuvraient en santé et services sociaux (n=3). La vente, l'enseignement et la gestion représentaient moins du quart des participants (n=5). Six autres hommes ont mentionné œuvrer dans d'autres domaines d'emploi qui ne figuraient pas parmi les choix de réponses prédéterminés notamment au service à la clientèle, à la télécommunication, à la livraison et l'alimentation incluant également un seul homme soulignant être sans emploi au cours de sa participation au questionnaire en ligne.

#### 4.2.2 Trajectoires des demandes d'aide masculines

##### **Personne(s)-ressource(s) les plus significative(s) des participants selon leur état civil.**

Dans le cadre de cette l'étude, les hommes ont mentionné avoir eu le réflexe de se référer à plusieurs personnes-ressources. Une question à choix de réponses portait sur le réseau de soutien de ces derniers sans toutefois demander au participant de les classer en ordre d'importance (annexe 3, question 6). Comme plusieurs réponses étaient proposées, les participants pouvaient sélectionner plusieurs sources de soutien à la fois, et ce, à leur discrétion. Parmi les 33 participants, ces derniers ont mentionné : une seule source de soutien (n=16), aucune source de soutien (n=9), trois sources de soutien (n=4), deux sources de soutien (n=3) et pour finir quatre sources de soutien (n=1). L'entourage immédiat (parents, conjointe et amis) représente d'abord le principal point de repère identifié par la majorité des répondants. Douze d'entre eux ont identifié se référer à leurs amis lorsqu'ils vivent une situation qui affecte leur santé mentale tandis qu'une minorité d'hommes (n=3) ont mentionné se référer à leur médecin de famille. Les parents (n=6) sont davantage sollicités en cas de difficultés psychosociales que les conjointes (n=5). Une proportion élevée de répondants ayant affiché un état civil de célibat (n=18) peut d'ailleurs venir teinter ce résultat de recherche. D'autre part, plus de la moitié des hommes (n=19) ont affirmé ne pas demander de l'aide au moment où ils ont identifié vivre de la détresse psychologique. Toutefois, 14 participants ont affirmé le contraire c'est-à-dire demander de l'aide.

D'autres réponses ont été fournies à l'aide d'une question ouverte où six répondants ont mentionné s'orienter vers un CLSC, un organisme communautaire, un travailleur social, un psychologue ou vers un autre homme de leur entourage en cas de besoin. En lien avec l'état civil des répondants en relation avec la ou les sources de soutien auto identifiées précédemment, trois hommes célibataires, deux en couple et un homme séparé ont nommé s'être déjà référés à leurs parents par le passé. Par ailleurs, sept répondants célibataires, deux en couple, un divorcé et deux séparés ont également souligné s'être tournés vers leurs amis. D'autre part, trois participants en couple et deux séparés ont mentionné s'être orientés vers leur conjointe. Le questionnaire nous ne permet pas de connaître s'il s'agit d'une ex-conjointe ou d'une nouvelle conjointe en ce qui concerne les répondants séparés ayant offert cette affirmation. Sous un angle plus formel d'une demande d'aide masculine, cinq hommes célibataires, deux en couple ainsi que deux séparés ont affirmé dans leurs réponses se référer notamment à leur médecin de famille, à un organisme communautaire, à une ligne d'écoute ou encore vers un CLSC en cas de détresse psychologique. Pour terminer ce volet de l'étude, 10 répondants célibataires, deux en couple, un marié, un divorcé ainsi que deux séparés ont souligné ne pas demander d'aide au moment d'une situation de crise psychosociale.

**Instrument de mesure validé : PHQ-2 dépression.** Pour ce volet, le questionnaire autoadministré incluait un instrument de mesure validé qui a été créé par Kroenke, Spitzer & Williams (2003). Nous avons choisi cet outil en raison de son caractère de base qui inclut, de manière synthétisé, deux variables centrales caractérisant la dépression. L'étude de Kroenke et al. (2009) a d'ailleurs démontré que la dépression et l'anxiété sont les maux les plus courants dans la société ainsi que dans les services de santé, ce qui justifie ce choix dans le cadre de notre étude. Cet instrument de mesure mieux connu sous le nom de PHQ-4 (regroupant ensemble la dépression et l'anxiété) était en lien avec le but et le deuxième objectif de recherche qui consistait à offrir un premier éclairage (étude descriptive) des demandes d'aides masculines. Cet outil publié depuis près de 20 ans a été un atout pour renforcer la compréhension de la détresse psychologique notamment vécue au masculin puisqu'il a été testé antérieurement à l'aide d'un échantillonnage de 2 149 patients en provenance de 15 cliniques de santé situées aux États-Unis (Kroenke et al., 2009). De plus, la rigueur et l'esprit de synthèse qu'offre cet instrument de mesure a permis de favoriser la participation masculine initialement connue pour être difficile à rejoindre selon la littérature actuelle. En effet, ce volet de notre étude n'a été remplis que partiellement, ce qui laisse entendre qu'un autre choix (ex : un instrument de mesure plus long) n'aurait probablement pas été autant concluant.

La première question consistait à identifier au cours des deux dernières semaines, la fréquence à laquelle les hommes se sentaient gênés par les problèmes suivants : 1) peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses et 2) se sentir mal, déprimé ou désespéré. Pour chacun de ces deux items, il a été question d'offrir aux participants une seule possibilité de réponse parmi les options suivantes : 1) pas du tout, 2) plusieurs jours, 3) plus de la moitié des jours et 4) presque tous les jours. Le **tableau 15** fait état des résultats en incluant la fréquence et le pourcentage (%) :

**Tableau 15**

*Instrument de mesure validé pour illustrer l'intensité de la dépression vécue chez les répondants qui ont déjà consulté en mission CLSC au moment de leur participation au questionnaire autoadministré en ligne à l'été 2021 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2003).*

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours	Total
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	9 (27,3)	12 (36,4)	8 (24,2)	4 (12,1)	33 (100,0)
Se sentir mal, déprimé ou désespéré	3 (12,0)	14 (56,0)	5 (20,0)	3 (12,0)	25 (100,0)

Dans notre échantillon, plus du tiers des 33 hommes (n=12) ont identifié vivre une perte d'intérêt ou de plaisir à faire les activités de vie quotidienne et domestique, et ce, durant plusieurs jours sur une période d'environ deux semaines consécutives. Toutefois, huit participants ont souligné vivre cette situation à une fréquence plus élevée, c'est-à-dire à plus de la moitié des jours de la semaine alors que neuf répondants ont verbalisé ne pas du tout vivre ces symptômes dépressifs. Pour le deuxième indicateur de dépression, plus de la moitié des 25 hommes (n=14) ont mentionné avoir vécu pendant plusieurs jours la présence d'un malaise ou d'une déprime. Huit répondants sur 25 ont mentionné vivre plus de la moitié des jours ou encore presque tous les jours un malaise voire un sentiment de déprime.

Notons qu'aucune donnée manquante n'a été constatée pour le premier indicateur bien que huit données manquantes aient été retenues pour le deuxième indicateur de dépression d'où le nombre total s'élevant à 25 participants.

**Instrument de mesure validé : PHQ-2 anxiété.** Pour ce volet, le questionnaire autoadministré a inclus un instrument de mesure validé, créé par Kroenke, Spitzer & Williams (2003), et synthétisé sous forme de deux questions précises dans le but de mesurer la sévérité de l'anxiété. Nous avons choisi cet outil en raison de son caractère de base qui inclut, de manière synthétisé, deux variables centrales caractérisant l'anxiété. La récente étude publiée par Pagé et al. (2021) a d'ailleurs soulevé la capacité à identifier correctement les sujets dans les catégories offertes par cet instrument de mesure non seulement pour l'anxiété, mais également pour la dépression tel que discuté dans la section précédente. Comme déjà mentionné précédemment, cet outil était en lien avec le but et le deuxième objectif de recherche qui consistait à offrir un premier éclairage (étude descriptive) des demandes d'aides masculines. Nous rappelons également que cet outil a permis de favoriser la participation masculine initialement connue pour être difficile à rejoindre selon la littérature actuelle. En effet, ce volet de notre étude n'a été remplis que partiellement, ce qui laisse entendre qu'un autre choix (ex : un instrument de mesure plus long) n'aurait probablement pas été autant concluant. En ce sens, la première question consistait à identifier au cours des deux dernières semaines, la fréquence à laquelle les hommes se sentaient gênés par les problèmes suivants : 1) se sentir nerveux, anxieux ou sur le point de l'être et 2) ne pas pouvoir arrêter ou contrôler l'incertitude. Pour chacun de ces deux items, il a été question d'offrir aux participants une seule possibilité de réponse parmi les options suivantes : 1) pas du tout, 2) plusieurs jours, 3) plus de la moitié des jours et 4) presque tous les jours. Le **tableau 16** résume de ces données en incluant également leur prévalence (%) :

**Tableau 16**

*Instrument de mesure validé pour illustrer l'intensité de l'anxiété vécue chez les répondants qui ont déjà consulté en mission CLSC au moment de leur participation au questionnaire autoadministré en ligne à l'été 2021 (Kroenke et al., 2007).*

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par les	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours	Total :

problèmes suivants ?					
Se sentir nerveux, anxieux ou sur le point de l'être	7 (21,9)	11 (34,4)	8 (25,0)	6 (18,8)	32 (100,0)
Ne pas pouvoir arrêter ou contrôler l'inquiétude	10 (47,6)	6 (28,6)	3 (14,3)	2 (9,5)	21 (100,0)

Le tiers des répondants à cette question (n=11 sur 32) ont relaté vivre pendant plusieurs jours la présence de nervosité ou d'anxiété au quotidien, et ce, seulement sur une période de deux semaines consécutives. Quatorze participants ont spécifié avoir vécu cet état psychologique pendant plus de la moitié des jours voire presque tous les jours. Toutefois, sept hommes ont affirmé ne pas du tout ressentir cet état d'esprit. Pour le deuxième indicateur d'anxiété, 12 participants n'ont pas répondu à la question. Par conséquent, dix hommes sur 21 n'ont rapporté vivre aucune perte de contrôle ou encore ne pas pouvoir contrôler ou arrêter l'inquiétude. Néanmoins, six répondants ont souligné vivre cette situation plusieurs jours par semaine. Pour terminer, cinq hommes ont affirmé vivre cet état psychologique plus de la moitié des jours voire presque tous les jours.

#### **Score total de sévérité de la détresse psychologique PHQ-4 vécue chez les participants.**

Le questionnaire portant sur la santé du patient intitulé *Patient Health Questionnaire – 4 items* (PHQ-4) publié par Kroenke et al. (2009) a permis d'offrir un score total de la sévérité de la détresse psychologique vécue chez les hommes en Abitibi-Témiscamingue ayant participé à notre étude. Le PHQ-4 est un outil à la fois bref et valide pour détecter les troubles dépressifs et anxieux (Kroenke et al., 2009). C'est à partir de la compilation des résultats aux questions des deux instruments de mesure détaillés précédemment (dépression et anxiété) qu'il a été possible de calculer un score total. Le calcul des pointages de chacune des quatre variables d'intérêt (dépression et anxiété) s'est effectué de la façon suivante : 1) pas du tout = zéro point, 2) plusieurs jours = un point, 3) plus de la moitié des jours = deux points et 4) presque à tous les jours = trois points. Par la suite, il a été question d'additionner chacune des variables afin d'en arriver à un résultat total.

**Tableau 17**

*Grille d'interprétation des résultats relevant du PHQ-4 permettant d'obtenir le degré de sévérité de la détresse psychologique vécue chez le patient (Kroenke et al., 2009).*

Niveau d'intensité de la détresse psychologique selon le PHQ-4	Pointage total accordé pour situer la détresse psychologique vécue chez le patient
Aucune détresse psychologique	0-2
Détresse psychologique légère	3-5
Détresse psychologique modérée	6-8
Détresse psychologique grave	9-12

Afin de démontrer une meilleure représentativité des résultats, nous avons sélectionné les répondants ayant répondu à l'ensemble des quatre variables d'intérêt concernant d'une part les deux items reliés à la dépression et d'autre part les deux items en lien avec l'anxiété. Par conséquent, 22 hommes sur 33 ont été admissibles à ce calcul de sévérité de la détresse psychologique. Ce sont donc 14 participants sur 22 qui vivaient une détresse psychologique légère à modéré durant leur participation au questionnaire autoadministré diffusé en ligne pendant la période estivale 2021, alors que six hommes ne vivaient aucune détresse psychologique. Deux répondants vivaient cependant une détresse psychologique grave.

#### **4.2.3 La demande d'aide masculine selon le portrait sociodémographique des hommes**

**Tendance des participants à demander ou non de l'aide professionnelle.** Un peu plus du tiers des participants soit 14 hommes sur 33 ont souligné aller chercher de l'aide en situation de crise. Toutefois, plus de la moitié des hommes (n=19) ne demandent pas d'aide lorsqu'ils vivent une détresse psychologique. Le profil de ceux qui ne demandent pas d'aide est le suivant : principalement des hommes célibataires (n=10), âgés de 25 à 44 ans (n=11), qui détenaient dans la majorité des cas un diplôme d'études professionnelles (n=8) essentiellement à l'emploi (n=17) dans le domaine minier (n=5), de la construction (n=2) ou encore de la vente (n=2) au moment de leur participation au questionnaire autoadministré en ligne. Plusieurs raisons peuvent expliquer le fait de ne pas demander de l'aide.

Dans le cadre de cette étude, nous avons donné la possibilité à ces participants d'inscrire les éléments de réponse sous la forme d'une réponse à court développement afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les hommes ont identifié ne pas avoir tendance à aller chercher de l'aide professionnelle. Parmi les 16 hommes qui ont inscrits une réponse, dont 10 célibataires, les raisons mentionnées étaient les suivantes: la méconnaissance des ressources disponibles (n=3), le désir de préserver leur autonomie et leur débrouillardise (n=3), la liste d'attente actuelle (n=3), la peur du jugement (n=2), le sentiment de ne pas en ressentir le besoin (n=2), la peur de déranger (n=1), le manque de moyen financier (n=1) ou encore l'impression que la démarche d'aide sera inutile (n=1).

**Fréquence de consultation(s) des hommes au cours des cinq dernières années (2016-2021).** La taille d'échantillon utilisée pour présenter les résultats concernant la fréquence des consultations est de 31 hommes sur 33. Ceci dit, au cours des cinq dernières années, 12 répondants ont rapporté avoir consulté au moins une fois un service de santé. Il s'agissait d'hommes principalement âgés de 25 à 44 ans (n=8) dont un jeune adulte et quatre âgés de 45 à 64 ans. Les participants étaient en couple ou mariés (n=5), célibataires (n=4) ou encore séparés, voire divorcés (n=3). De plus, huit répondants ont déclaré avoir un niveau de scolarité complété du primaire, du secondaire ou du professionnel. La majorité de ces répondants étaient à l'emploi (n=23) et œuvraient notamment dans le domaine minier, du transport, de la foresterie ou de la construction (n=7) au cours de leur participation au questionnaire autoadministré en ligne. En ce qui concerne le nombre de consultations qui oscillait entre deux et cinq fois au cours des cinq dernières années, 10 participants ont identifié appartenir à cette catégorie de fréquence dont huit à l'emploi, un recevant des prestations d'invalidité et un second ayant le statut d'étudiant. Parmi eux, six hommes étaient célibataires contre deux en couple et deux séparés ou divorcés. Ils étaient majoritairement âgés de 25 à 44 ans bien qu'un seul homme ait rapporté être âgé de 65 ans et plus.

Six hommes ont rapporté avoir un niveau de scolarité primaire, secondaire ou d'études professionnelles complété. Un seul homme a mentionné détenir des études supérieures (collégiales ou universitaires). Finalement, deux répondants ont souligné occuper un emploi dans le domaine de santé et services sociaux contre deux dans un type d'emploi à prédominance masculine (minier, transport, foresterie, construction). Au sujet des consultations au nombre de six à neuf au cours de 2016 à 2021, un seul homme retraité ou semi-retraité a mentionné être dans cette catégorie de fréquence.

Par ailleurs, huit participants affirment avoir consulté plus de dix fois les services de santé de 2016 à 2021. Parmi ce groupe d'échantillon, cinq hommes figuraient à la tranche d'âge de 25 à 44 ans, cinq autres répondants avaient de 45 à 64 ans ainsi que deux étaient âgés de 18 à 24 ans. Cinq de ceux-ci étaient célibataires, dont deux en couple et un divorcé ou séparé. Trois hommes ont identifié avoir un niveau d'études supérieures complété et deux un niveau primaire ou secondaire complété. Or, six hommes étaient à l'emploi dont quatre dans le domaine minier, du transport, de la construction ou de la foresterie et deux autres dans le domaine de la restauration, de la santé et services sociaux ou encore de l'enseignement. Deux de plus dans ces derniers domaines ont déclaré être en invalidité au moment de leur participation à l'étude. En sommes, plusieurs hommes ont participé au questionnaire et leur provenance était relativement diversifiée à la lumière des données sociodémographiques recueillies. Toutefois, nous constatons que les jeunes hommes ainsi que les hommes âgés sont sous-représentés dans notre taille d'échantillon.

**Endroits consultés par les participants lors d'une demande d'aide.** Dans notre échantillon (n=32), un peu moins de la moitié des hommes (n=11) ont mentionné s'orienter vers leur programme d'aide aux employés (PAE). L'urgence (n=8) et la clinique privée d'un médecin (n=8) se retrouvent ex aequo en deuxième position. Les cliniques externes en santé mentale et psychiatrie et en dépendances (n=7) sont également des points de service où les hommes vont chercher de l'aide. L'accueil psychosocial représente aussi une porte d'entrée (n=4) pour la clientèle masculine. D'autres endroits figurent également parmi les endroits identifiés où un épisode de service a été dispensé aux hommes dont la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) (n=2), l'Info-Social 811 (n=4), les organismes communautaires (n=4) ou encore d'autres endroits qui ont été inscrits, volontairement, par les hommes sous forme de texte écrit à court développement : le Groupe IMAGE (n=1), le GMF (n=2), les services universitaires (n=1), la clinique privée BCH consultant (n=1), l'utilisation d'internet (n=1) ou encore le recours à un pair aidant, c'est-à-dire, d'un autre homme (n=1). Pour conclure, une deuxième question ouverte à court développement a permis de constater les préférences des hommes au moment où ils consultent des services de santé telles qu'explicitées précédemment. À cet effet, 26 réponses ont été recueillies de la façon suivante : six hommes ont affiché une préférence pour le PAE, cinq pour le CLSC, quatre pour le médecin, deux pour l'organisme communautaire Groupe IMAGE, un pour la ligne téléphonique 811, quatre n'ont spécifié aucune préférence et pour finir cinq ont souligné d'autres endroits comme le recours à un psychologue, à un autre homme, à un organisme communautaire ou encore à la clinique externe en santé mentale et psychiatrie.

À la lumière des endroits consultés par les hommes et plus particulièrement en ce qui concerne le PAE, sept hommes étaient célibataires dont quatre séparés. Ceux-ci appartenaient principalement à la tranche d'âge de 25 à 44 ans (n=8). En termes de niveau de scolarité complété, six répondants détenaient un DEP, deux un niveau secondaire et trois un niveau d'études supérieures. Or, dix hommes occupaient un emploi dont un en arrêt de travail. Parmi les travailleurs, quatre hommes ont déclaré avoir un emploi dans le domaine minier, de la construction, du transport ou de la foresterie ainsi que cinq autres répondants ont souligné œuvrer notamment en santé et services sociaux, en enseignement, etc. Une donnée manquante figure au sein de ce croisement de données. En ce qui a trait à l'urgence, l'accueil psychosocial ou encore le 811 comme point de service notamment sollicité par les hommes, 12 d'entre eux étaient âgés de 25 à 44 ans dont deux appartenant à la tranche d'âge de 18 à 24 ans et un à celle de 45 à 64 ans. Huit hommes ont mentionné être célibataires et sept répondants ont identifié être en couple ou mariés. D'autre part, six participants ont souligné détenir un diplôme d'étude primaire ou secondaire, huit un DEP et deux un niveau d'études supérieures complétées au moment de remplir le questionnaire autoadministré. Pour conclure le volet de ces trois endroits (urgence, l'accueil psychosocial et le 811), douze répondants étaient à l'emploi dont sept dans un domaine à prédominance masculine (mine, construction, foresterie ou transport) et cinq ont identifié d'autres secteurs d'emploi comme par exemple la vente, la restauration, etc.

Pour les services offerts en clinique externe de santé mentale et dépendances incluant également les services relevant de la DPJ, sept hommes ont nommé être âgé de 25 à 44 ans et un seul homme pour chacune des tranches d'âges suivantes : de 18 à 24 ans et de 45 à 64 ans. En ce qui concerne l'état civil, cinq répondants étaient en couple ou mariés contre trois célibataires. Le niveau de scolarité complété se situait principalement chez les hommes (n=6) ayant complété un DEP excluant un détenant un primaire. Au niveau de l'occupation actuelle, six ont mentionné être à l'emploi, deux en invalidité et un seul retraité ou semi-retraité. Les emplois à prédominance masculine restent encore une fois la population la plus représentative dans notre échantillon à l'étude. Elle a concerné cinq répondants contre trois notamment dans le domaine de la vente ou encore dans le domaine de la santé et des services sociaux. Quant aux organismes communautaires de la région, deux hommes ont affiché un état civil de célibat, un en couple ou marié et un seul séparé ou divorcé. Les répondants de la tranche d'âge de 25 à 44 ans demeurent encore une fois la clientèle cible la plus significative au nombre de trois participants contre un seul âgés sous cette tranche d'âge, c'est-à-dire de 18 à 24 ans. Le DEP représente également le niveau de scolarité le plus rapporté au sein de cette étude et plus spécifiquement par trois hommes.

Pour finir, trois hommes ont déclaré être à l'emploi dont un en invalidité. Deux répondants ont souligné occuper un travail dans le domaine minier ainsi qu'un seul dans le domaine de la santé et des services sociaux. Toujours en lien avec le programme consulté versus le portrait des hommes, d'autres endroits ont été sollicités par ces derniers au cours des cinq dernières années. En effet, en lien avec la clinique privée d'un médecin, six hommes âgés de 25 à 44 ans ont souligné avoir utilisé ce service de santé contre un âgé de 18 à 24 ans et un autre âgé de 45 à 64 ans. La plupart des hommes étaient célibataires (n=4) excluant trois en couple ou mariés ainsi qu'un seul séparé ou divorcé. La clientèle masculine ayant un niveau d'études collégiale ou universitaire s'est démarquée (n=4) au reste des autres niveaux de scolarité : primaire ou secondaire (n=3) et DEP (n=1). Sept hommes ont souligné être à l'emploi contre un en invalidité. Le domaine social (restauration, gestion et santé et services sociaux) (n=4) s'est démarqué du domaine à prédominance masculin (mines, foresterie, construction, etc.) (n=2). Une donnée manquante a figuré dans ce croisement de données. Or, il est à noter que le GMF (n=2) est un autre endroit principalement consulté par des hommes célibataires (n=2), âgés de 25 à 44 ans (n=2) ayant un secondaire (n=1) ou un DEP (n=2) complété et œuvrant dans un domaine d'emploi genré (n=2).

En sommes, nous pouvons observer une répétition au niveau des mêmes variables d'intérêt et une sous-représentativité par rapport à certains sous-groupes d'hommes. En outre, les tranches d'âge 18-24 ans, 44 à 64 ans et 65 ans, l'état civil en couple ou marié, le niveau de scolarité collégiale ou universitaire et les autres possibilités d'occupation actuelle comme le statut d'étudiant représente à leur tour des variables d'intérêt sous-représentées au sein de notre échantillon à l'étude. Ce constat indique que la petite population masculine à l'étude qui a participé au questionnaire se forme autour d'un sous-groupe d'hommes, âgés de 25 à 44 ans, majoritairement célibataires, divorcés ou séparés et à l'emploi dans des domaines essentiellement genrés à prédominance masculine (mines, construction, foresterie, etc.). Cette tendance qui consiste à être un premier éclairage reste toutefois à interpréter avec prudence en raison du groupe d'hommes à l'étude (n=33).

**Motifs de consultation identifiés par les participants.** Pour cette section, les participants (n=31) avaient la possibilité de cocher plus d'un motif de consultation à la fois en fonction de leur situation psychosociale découlant des cinq dernières années (2016 à 2021). En outre, le motif de consultation le plus répandu chez les 31 hommes sur 33 ayant répondu à cette question était l'anxiété (n=19) puis à la dépression (n=17).

L'épuisement et/ou la fatigue (n=15), la solitude (n=15), la gestion des émotions (n=14), la rupture amoureuse (n=8), les idées suicidaires (n=10) et les dépendances (alcool, drogues ou jeu) (n=7) représentent également des motifs de consultation vécus chez la clientèle masculine en Abitibi-Témiscamingue. Aucun répondant a identifié une perte d'emploi comme motif de consultation au cours des cinq dernières années. Par ailleurs, la parentalité (n=4), le décès d'un proche (n=2), la violence conjugale (n=1), l'abus sexuel (n=1), l'orientation sexuelle transgenre (n=1), la pandémie COVID-19 (n=1), l'accident de la route (n=1) ainsi que la prostitution de la conjointe (n=1) ont également constitué des motifs de consultation retenus par les hommes au cours de l'année 2016 à 2021.

Au regard de ces résultats, le **tableau 18** ci-bas présente chacun des motifs de consultation selon le domaine d'emploi ayant été sélectionné par les 31 répondants sur 33 à l'étude :

**Tableau 18**

*Principaux motifs de consultation identifiés par les hommes (n=31) au cours des cinq dernières années (2016-2021) selon le domaine d'emploi occupé au moment de remplir le questionnaire autoadministré lors de la période estivale 2021.*

Motifs de consultation chez la clientèle masculine	Domaine à prédominance masculine (mine, construction, transport ou foresterie)	Domaine social (enseignement, santé et services sociaux, restauration ou vente)	Autres domaines (télécommunication, livraison, alimentation ou sans-emploi)	Total
Rupture amoureuse	3	5	0	8
Dépendances	5	2	0	7
Épuisement et/ou fatigue	7	5	3	15
Anxiété	10	3	6	19
Dépression	6	6	5	17
Gestion des émotions	8	4	2	14
Idéations suicidaires	7	2	1	10
Solitude	7	6	2	15

---

Autres motifs de consultation	5	5	0	10
-------------------------------	---	---	---	----

---

De manière volontaire, nous avons écarté l'utilisation du pourcentage (%) habituellement combiné à la fréquence (n) lors d'une étude quantitative classique en raison de la faible taille d'échantillon. En effet, 90,0% d'un échantillon de 33 hommes demeure peu représentatif lorsqu'on considère une population régionale de 150 000 habitants dont près de la moitié sont de sexe masculin. Avec cette prudence d'interprétation des résultats, nous remarquons que les hommes qui occupent un emploi à prédominance masculine demeurent un sous-groupe davantage vulnérable à subir de l'anxiété (n=10), de la dépression (n=6), des idéations suicidaires (n=7) ou encore des difficultés en matière de gestion des émotions (n=8) que chez les autres répondants figurant aux autres catégories d'emplois comme le domaine social ou autres. Les autres variables présentées dans le tableau ci-haut permettent d'avancer que les 33 hommes à l'étude peuvent vivre plus d'un motif de consultation à la fois, ce qui pourrait caractériser les besoins psychosociaux des hommes de la région.

**Raisons de cessation de suivi de santé des participants.** Pour cette partie de l'étude, les hommes pouvaient identifier plus d'un choix de réponse à la fois pour ainsi mieux comprendre la ou les raisons qui ont justifié une fin de suivi en relation d'aide. Dans notre échantillon, 30 hommes sur 33 ont complété cette question. Parmi eux, neuf répondants, majoritairement âgé de 25 à 44 ans, ont mentionné avoir cessé leur suivi de santé en raison de leur volonté de vouloir régler leur problème par eux-mêmes. Huit hommes, principalement célibataires, ont verbalisé se sentir mieux, ce qui a justifié la fin de l'épisode de service. Sept participants, ayant principalement un niveau de scolarité primaire, secondaire ou un DEP complété et à l'emploi, ont soulevé croire que le problème allait se régler seul avec le temps. L'approche de l'intervenant (n=5), l'horaire de travail (n=4) ou encore l'hésitation à consulter (n=4) ont représenté également des raisons de fin de suivi. Quelques hommes (n=2) ont affirmé ne pas aimer se sentir contrôlés. Aucun homme n'a rapporté se sentir gêné à l'idée de consulter ou encore avoir de la difficulté à se déplacer aux rendez-vous en raison d'une responsabilité parentale. D'autres raisons ont également été soulignées par les répondants sous forme de texte à court développement : suivi psychosocial toujours actif (n=4), l'impression de ne pas se sentir malade (n=1), l'absence de médecin de famille (n=1), la distance physique des services (n=1), le manque d'argent (n=1), le désir de penser aux autres sur la liste d'attente (n=1) ou encore tout simplement un arrêt complet de traitement (n=1).

Encore une fois, nous avons tendance à croire que la population cible vise des hommes dont les caractéristiques s'apparentent à la masculinité traditionnelle de par l'emploi majoritairement occupé dans le domaine minier, construction, transport ou foresterie ainsi que de par le choix de réponses ciblées comme raisons de fin de suivi (ex : vouloir régler eux-mêmes leur problème, problème va se régler seul avec le temps, hésitation à consulter, l'approche de l'intervenant, etc.) qui peut relever de la socialisation masculine. Les hommes en situation de couple ou mariés œuvrant dans le domaine social sont encore une fois sous-représentés au sein de notre échantillonnage. Le caractère relativement homogène des répondants reste donc à interpréter avec prudence.

### **4.3 Attentes et recommandation pour le CISSAT selon le portrait des hommes**

#### **4.3.1 Attentes des participants envers un professionnel de la santé**

Pour cette partie de l'étude, les hommes étaient en mesure d'identifier plusieurs réponses à la fois pour mieux comprendre la ou leurs attentes au moment d'une première consultation auprès d'un professionnel de la santé. De ce fait, 33 hommes ont répondu à cette question de recherche. Cependant, des données manquantes persistent au niveau des variables sociodémographiques, ce qui fait en sorte que le nombre total de répondant ne correspond pas toujours au chiffre 33. La possibilité de cocher plusieurs réponses à la fois vient également influencer le nombre total. Dans l'échantillon, la majorité des répondants (n=24) ont affirmé vouloir initialement être écoutés, pris au sérieux. Cette attente était plus frappante pour le profil d'hommes célibataires (n=16) âgés de 25 à 44 ans (n=16) ayant un primaire, un secondaire ou un DEP complété (n=17) à l'emploi (n=17) majoritairement dans le domaine social (n=8). Par ailleurs, 18 participants ont mentionné accorder une importance à la confidentialité, ce qui rejoignait davantage les hommes célibataires (n=11), âgés de 25 à 44 ans (n=11), ayant un niveau primaire, secondaire ou DEP complété (n=11), à l'emploi (n=13) essentiellement dans le domaine masculin (n=8).

Le climat de confiance (n=18), l'absence de jugement (n=14), le professionnalisme (n=13) et l'accueil chaleureux (n=8) représentent aussi des attentes masculines au moment d'une première prise de contact. L'ensemble de ces attentes se démarquent par la clientèle masculine adulte, 25 à 44 ans : l'absence de jugement (n=12), le climat de confiance (n=12), le professionnalisme (n=9) et l'accueil chaleureux (n=4). Le statut célibataire ressort aussi comme un indicateur prépondérant dans la majorité de ces attentes : le professionnalisme (n=10), le climat de confiance (n=10), l'absence de jugement (n=9) et l'accueil chaleureux (n=6).

En fonction de leur scolarité (primaire, secondaire ou DEP), les participants ont rapporté les attentes suivantes : l'absence de jugement (n=13), le professionnalisme (n=10), le climat de confiance (n=4) et l'accueil chaleureux (n=4). Pour terminer, le domaine masculin (ex : mines, construction ou foresterie) se démarque lorsqu'il est en relation avec les attentes ci-haut. Plus spécifiquement, cela a concerné : le professionnalisme (n=9) et le climat de confiance (n=8). L'accueil chaleureux (n= 5) et l'absence de jugement (n=6) demeurent partagés relativement à parts égales pour les hommes ayant un emploi autant dans le domaine masculin que social. La recherche de solutions immédiates ne figure pas parmi les principales attentes des hommes de notre étude. En minorité, elle a concerné quatre hommes sur 33 dont deux célibataires, quatre ayant un niveau primaire, secondaire ou DEP complété et tous à l'emploi dans le domaine masculin, ceux-ci essentiellement issues de la tranche d'âge 25 à 44 ans. Pour terminer, deux hommes ont souligné ne pas avoir aucune attente au moment d'une première rencontre de suivi psychosocial.

#### **4.3.2 Recommandations en amélioration continue des services sociaux du CISSSAT**

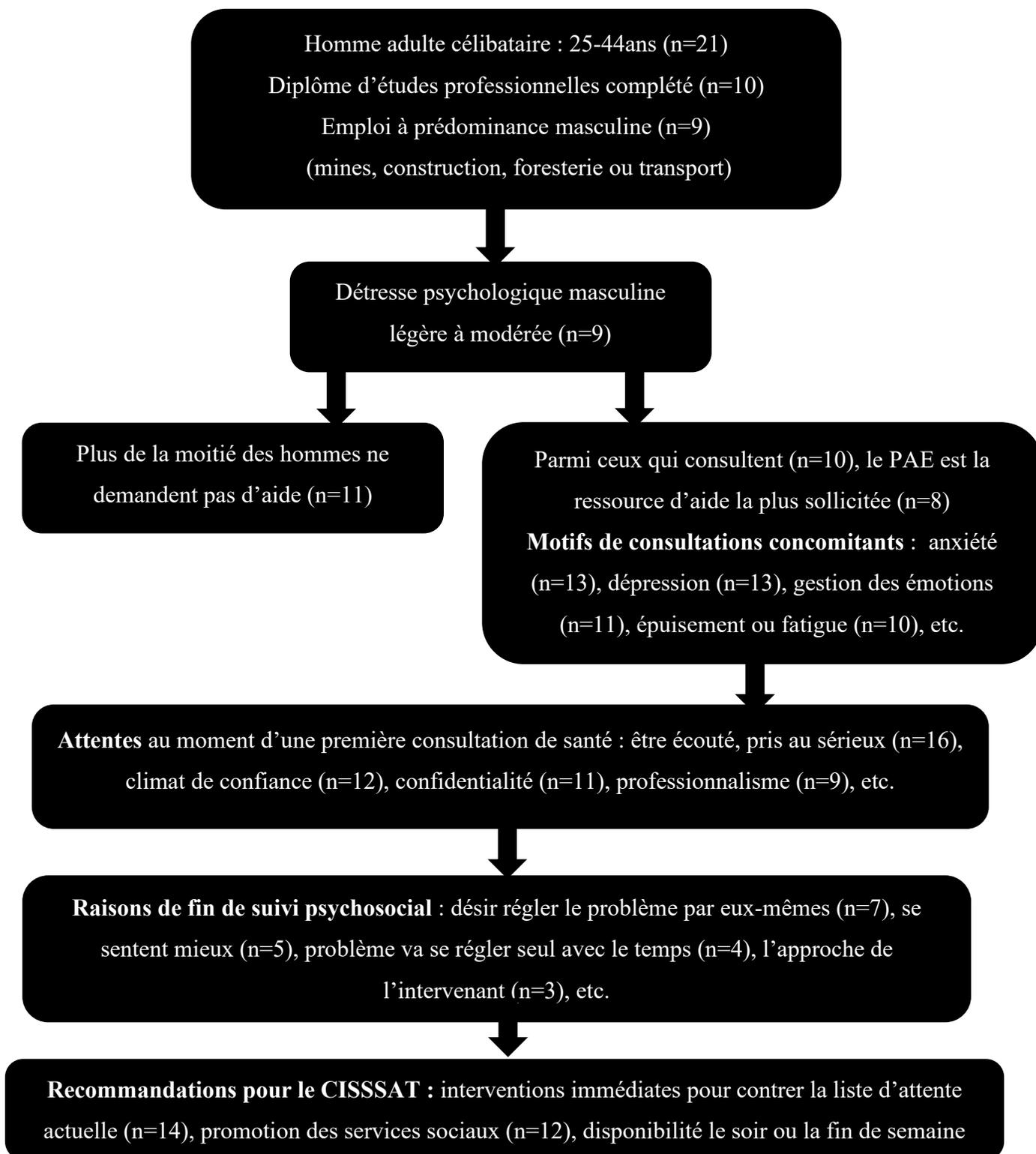
Pour cette section du mémoire, les hommes avaient la possibilité d'identifier plusieurs choix de réponses afin de mieux illustrer la ou les recommandations émises par ces derniers susceptibles d'améliorer l'offre de services en mission CLSC dispensé par le CISSSAT. Une tendance a été observé dans notre faible échantillon de participants (n=33) : des hommes majoritairement adultes, célibataires à l'emploi ayant un niveau primaire, secondaire ou encore un DEP complété. En ce sens, la possibilité d'offrir des interventions immédiates (contre la liste d'attente actuelle) représente la recommandation la plus fréquemment indiquée par 23 hommes sur 33. La promotion des ressources d'aide disponibles en région occupe la deuxième position avec une prévalence de 19 répondants sur 33. Plus du tiers des hommes (n=13) aimeraient pouvoir accéder à des plages horaires de soir et/ou de fin de semaine. Le choix du sexe de l'intervention est une avenue qui a intéressé sept répondants sur 33. Huit hommes ont d'ailleurs manifesté un intérêt pour obtenir un service de proximité par l'entremise d'un programme d'aide aux employés instauré dans le milieu de travail. Pour terminer, deux hommes ont souligné que la création d'un registre de pairs aidants et la promotion des services en GMF pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille demeurent des avenues potentielles pour améliorer l'offre de services en mission CLSC relevant du CISSSAT.

#### **4.4 Faits saillants à retenir pour le questionnaire autoadministré**

En somme, les résultats de recherche du questionnaire autoadministré sont à interpréter avec prudence considérant la petite taille d'échantillon (n=33) ainsi que par sa composition qui ne reflète pas hommes en général. Il a été question d'effectuer un premier éclairage concernant le portrait sociodémographique, les besoins psychosociaux et les attentes des hommes au moment d'une consultation psychosociale en CLSC incluant également les ressources d'aide disponibles en région éloignée. La **figure 2** ci-bas résume brièvement la trajectoire d'une demande d'aide masculine en mission CLSC sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

**Figure 2**

*Synthèse de la principale trajectoire d'une demande d'aide identifiée par les hommes ayant complété le questionnaire autoadministré durant la période estivale 2021.*



---

En conclusion, les résultats du questionnaire ont permis d'élargir les connaissances masculines à l'aide de variables complémentaires à celles relevant du logiciel I-CLSC. Nous constatons que la clientèle masculine adulte ressort à nouveau comme population cible qui consulte le plus les ressources d'aide (secteur public, privé et communautaires) disponibles en Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, nous remarquons qu'en 2021, la demande d'aide est encore difficile pour de nombreux hommes (n=11), et ce, malgré la présence d'une détresse psychologique légère à modéré identifiés par neuf répondants à l'étude. Le questionnaire ouvre une avenue intéressante qui inclut des hommes qui ne consultent pas à ceux qui consultent en mission CLSC. Cette première nuance justifie à nouveau le besoin de rapprocher les hommes aux services de santé. De plus, le questionnaire met également en lumière l'utilisation du PAE par divers hommes (n=8) où le CLSC est écarté possiblement en raison de la liste d'attente actuelle qui a d'ailleurs été soulevé par 14 hommes à l'étude. Cette trajectoire peut laisser entendre certaines difficultés en terme d'accessibilité de services en mission CLSC qui persiste encore à ce jour en 2021.

Pour terminer, les motifs de consultations restent quant à eux différents du logiciel I-CLSC. En effet, l'anxiété (n=13), la dépression (n=13) ou encore la gestion des émotions (n=11) ressortent du questionnaire tandis que le logiciel I-CLSC a démontré des motifs plutôt reliés à des problèmes de vie de couple ou familiale (n=30), à l'usage de substances (n=23), aux troubles mentaux (n=11), etc. Ces réalités psychosociales différentes peuvent s'expliquer en partie en raison de la saisie des statistiques des intervenants-terrain où ces derniers ont seulement recours à un menu déroulant avec des motifs de consultations prédéterminés. Une autre hypothèse de recherche est que la clientèle en mission CLSC n'a pas forcément accès à un PAE, ce qui sous-entend aussi des conditions socioéconomiques plus précaires ainsi qu'une comorbidité des problèmes sociaux. Or, les deux instruments de mesures (logiciel I-CLSC et questionnaires) ont permis de démontrer un premier éclairage concernant les besoins psychosociaux multiples à la lumière des réalités masculines vécues en région éloignée.

## Chapitre 5 – Discussion

Le dernier chapitre de ce mémoire porte sur les principaux éléments qui ont été présentés dans la section des résultats. Il met en relation la problématique (chapitre 1) et la recension des écrits (chapitre 2) avec les résultats de l'étude (chapitre 4). Des liens théoriques sont mis en lumière pour mieux comprendre la trajectoire des demandes d'aide masculines notamment en mission CLSC et à travers les ressources d'aide disponibles en Abitibi-Témiscamingue. La discussion vise à répondre au but de la recherche qui consiste à identifier les besoins psychosociaux et les motifs de consultations entourant la détresse psychologique vécue par des hommes en contexte de région éloignée au sein des programmes de première ligne relevant du CISSSAT. Plus spécifiquement, nous rappelons que les objectifs de l'étude étaient de 1) mettre en lumière le portrait des hommes à partir des indicateurs de santé répertoriés en 2019 dans la base de données du logiciel *Intégration du centre local des services communautaires* (I-CLSC) ainsi que de 2) décrire les réalités masculines au sujet des demandes d'aide psychosociales (motifs de consultations) des hommes qui ont notamment utilisé les services sociaux en CLSC du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda.

### 5.1 La détresse psychologique masculine en contexte de ruralité

Les connaissances actuelles entourant la détresse psychologique restent rudimentaires et encore mal comprises, entre autres, chez les hommes (Smith et al., 2018). La sous-utilisation des services de santé plus particulièrement observée chez cette clientèle explique en partie ce besoin de compréhension (Beaulé et al, 2015 et Labra et al., 2021). Cette particularité démarque les régions éloignées de la province où la socialisation masculine telle que décrite précédemment dans ce mémoire joue un rôle majeur dans les demandes d'aide masculines (Roy et Villeneuve, 2016). Toujours est-il que d'un point de vue général, la détresse psychologique se traduit par un registre de souffrance à intensité variable qui se manifeste sous la forme d'une dépression, d'anxiété, d'agressivité ou de troubles cognitifs (Camirand et Nanhou, 2008 et Tremblay et al., 2007). Dans le cadre de ce mémoire, un instrument de mesure validé intitulé PHQ-4 a été utilisé pour mesurer la dépression et l'anxiété vécues chez les hommes. Nos résultats de recherche ont permis de constater que certains hommes (n=14 sur 33) vivant en milieu ruraux présentent une détresse psychologique légère à modérée. Comme il s'agit d'un résultat auto-rapporté par les hommes dans le questionnaire de recherche, cela vient nuancer les résultats des études de Rice et al. (2018) et d'Ogrodniczuk et al. (2016) à l'effet que divers hommes ont encore du mal à reconnaître les signes précurseurs d'une dépression ou encore d'une anxiété notamment en raison de leur socialisation.

Grâce à la participation des hommes au questionnaire autoadministré, nous remarquons que le problème réside plutôt dans la recherche d'aide (faire le premier pas) considérant que plus de la moitié des répondants (n= 19 sur 33) ont mentionné ne pas demander de l'aide bien qu'ils en soient capables, puis d'identifier pour eux-mêmes plusieurs manifestations (ex. : peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses, ne pas pouvoir arrêter ou contrôler l'inquiétude, etc.) reliées à la dépression et/ou l'anxiété. En dépit du réflexe de plusieurs hommes à ne pas demander de l'aide formelle en s'adressant par exemple au CLSC en situation de crise, nos résultats de recherche ont montré que certains participants (n= 14 sur 33) utilisent leur réseau familial et social à plusieurs reprises : les amis (n=12), la famille ou les parents (n=7) ou encore la conjointe (n=5) lorsqu'ils en ressentent le besoin. En effet, l'entourage immédiat (amis, parents et conjointe) sont des exemples de soutien dont les hommes vivant en milieu ruraux ont recours en cas de besoin. En outre, la grande majorité des hommes ont identifié au moins une seule source de soutien. Nous constatons des différences dans la demande d'aide entre les hommes urbains et ruraux. Les hommes urbains ont tendance à se référer à leur médecin de famille tandis que les hommes ruraux ont plutôt tendance à se référer à leur réseau familial et social comme première source de soutien (RPSBEH, 2018). La difficulté à accéder à un médecin de famille en région éloignée (la distance physique et le nombre de médecin disponible dans ce secteur) peut expliquer en partie cette tendance. En effet, nous rappelons au lecteur qu'un homme sur deux n'a pas accès à un médecin de famille en Abitibi-Témiscamingue, ce qui correspond à un homme sur trois pour le reste de la province (Conseil du statut de la femme, 2015).

Par ailleurs, l'étude de Tremblay et al. (2016) a soulevé une autre trajectoire de soutien à l'effet que les hommes québécois s'orientent d'abord vers leur conjointe, ensuite leur médecin de famille et puis vers leurs parents, ce qui diffère du portrait psychosocial de notre étude qui caractérisait une population-cible d'hommes adultes majoritairement célibataires. Finalement, nous remarquons que le portrait des hommes vivant en milieu ruraux au niveau des ressources d'aide informelles correspond davantage à l'étude d'Ellis et al. (2013) menée en Australie où les hommes ont aussi identifié en première place les amis comme source de soutien principale. Ceci semble d'ailleurs cohérent avec notre échantillon qui est principalement constitué d'hommes célibataires. Notre étude permet de constater que l'aide formelle est utilisée en dernier recours, ce qui correspond à l'étude de Tremblay et al. (2016) où par exemple le CLSC arrive en 6<sup>e</sup> solution au moment où un homme décide de consulter, en autres, à la suite d'une détresse psychologique. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette trajectoire de soutien masculine. En effet, notre recherche a permis d'illustrer plusieurs enjeux en matière d'accessibilité de services tels que la présence d'une liste d'attente, la méconnaissance des services sociaux, la peur du jugement ou de déranger, etc.

Une distance des services de santé persiste entre les besoins et les comportements psychosociaux des hommes vivant en milieu ruraux et l'offre de services actuelle (Tremblay et al., 2016). En ce sens, plusieurs chercheurs rappellent l'importance d'être proactif et de déployer les efforts nécessaires pour mieux inclure les hommes dans l'offre de services notamment à caractère psychosocial (Genest Dufault, 2013, Lajeunesse et al., 2013, Roy et Tremblay, 2012 et Roy et al., 2014).

## **5.2 L'intervention masculine en mission CLSC**

La santé mentale des hommes demeure une préoccupation à l'échelle internationale (Affleck et al., 2018). En Abitibi-Témiscamingue, elle reste un phénomène méconnu en CLSC, et ce, malgré les diverses problématiques déjà bien identifiées sur le plan local. (Bellot et al., 2021, Roy et Tremblay, 2012). L'étude de Legris et al (2020) permet actuellement de soulever que 70,0% des hommes qui consultent un CLSC le font principalement pour un motif de santé physique, ce qui écarte la santé mentale. À ce sujet, plusieurs gestionnaires des Centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec ont soulevé une carence importante dans l'offre de services dispensée et exclusivement adaptée à la clientèle masculine (Lajeunesse et al., 2013). En ce sens, les résultats de notre recherche ont notamment montré une méconnaissance des services par l'entremise d'un besoin de promouvoir davantage les services de santé pour la clientèle, en autres, masculine. De plus, un besoin de soutenir les intervenants dans leur approche auprès des hommes (formation continue) reste une avenue intéressante puisque certains répondants du questionnaire (n= 5 sur 33) ont déclaré avoir mis fin précocement à leur épisode de service notamment en raison de cet aspect. Des barrières organisationnelles persistent en matière de consultation (Deslauriers et Groulx, 2014) où notre recherche soutient également cette observation. Ce mémoire permet de comprendre que des efforts administratifs et cliniques sont encore nécessaires pour rapprocher les hommes aux services de santé considérant que plus de la moitié des hommes (n= 19 sur 33) du questionnaire ne consultent toujours pas en situation de détresse psychologique en 2021.

## **5.3 Le portrait sociodémographique des hommes en intervention : un sujet encore à débat**

La littérature scientifique actuelle soulève plusieurs enjeux sociodémographiques en ce qui concerne le portrait psychosocial des hommes. L'étude de Legris et al. (2020) a fait mention que la clientèle masculine que l'on retrouve principalement en mission CLSC se résume à des hommes adultes âgés de 25 à 44 ans.

---

Les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans ainsi que les hommes âgés appartenant à la tranche d'âge de 65 ans et plus y sont moins représentés (Legris et al., 2020). Cette même réalité est observable au CISSSAT selon les données répertoriées au sein du logiciel I-CLSC en 2019. Plusieurs raisons peuvent expliquer la sous-utilisation des services de santé des deux tranches d'âge opposées (jeunes hommes et hommes âgés). D'abord, l'étude de Price et al. (2018) et de Tang et al. (2014) rapportent que la jeune génération a tendance à ne pas consulter en situation de détresse notamment en raison d'une anxiété de performance. Ce constat peut nuire à la présence des hommes en mission CLSC ou encore dans d'autres ressources d'aides privés ou communautaires.

De plus, l'étude d'Ellis et al. (2013) ajoute que cette jeune population (jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans) peut ne pas toujours distinguer une bonne d'une mauvaise santé mentale (méconnaissance), ce qui rend plus complexe la demande d'aide formelle. Tremblay et al. (2016) mentionne aussi que l'état dépressif ou anxieux peuvent être associés à un signe de faiblesse, ce qui représente une autre réalité pouvant freiner la consultation pour des motifs de santé mentale (Tremblay et al., 2016). Cette même étude précise que les hommes âgés sont davantage caractérisés par un orgueil masculin qui empêche parfois ceux-ci de consulter, et ce, même en situation de détresse avancée. Les résultats de notre questionnaire ont d'ailleurs démontré le besoin de promouvoir les services d'aide disponibles en région (n= 19 sur 33), ce qui laisse entendre qu'une méconnaissance persiste, et ce, peu importe la tranche d'âge. En ce qui a trait à l'état civil, le questionnaire autoadministré complété par 33 répondants à notre étude a permis de constater que les hommes qui ont consulté un CLSC incluant d'autres ressources d'aide en région éloignée durant les cinq dernières années (2016-2021) étaient majoritairement célibataires au moment de leur participation à notre projet de recherche. Cette donnée est intéressante pour identifier plus spécifiquement le portrait des hommes en CLSC selon leur état civil, ce que le logiciel I-CLSC ne permet pas de faire actuellement car il retient davantage des données médicales que psychosociales. Comme le statut civil est une variable éclairante sur le type d'aide que les hommes iront chercher, il est incontournable d'avoir accès à cette donnée pour mieux reconnaître l'offre de service dispensée à la population notamment masculine.

Le niveau de scolarité complété chez les usagers est aussi un indicateur intéressant et manquant au sein de cette même base de données. Par conséquent, la majorité des hommes qui ont complété le questionnaire ont déclaré détenir un niveau primaire, secondaire ou encore un diplôme d'études professionnelles (DEP) complété.

Cela correspond aux données populationnelles à l'effet que l'A-T se situe au 3<sup>e</sup> rang au Québec en matière de décrochage scolaire et concerne près d'un homme sur quatre (Bellot et al., 2021 ; Conseil du statut de la femme, 2015). Toutefois, le marché d'emploi demeure intéressant pour les hommes sans diplôme qui travaillent dans les secteurs suivants : mines, transport, construction ou autres (Conseil du statut de la femme, 2015), ce qui correspond d'ailleurs à notre population cible dans le cadre de notre étude. Nous rappelons également que le faible niveau de scolarité représente un facteur de risque au suicide, ce qui caractérise la vulnérabilité de nombreux hommes de la région (Lévesque et al., 2021). Cette circonstance peut venir expliquer en partie la forte prévalence du suicide en A-T qui occupe le 2<sup>e</sup> rang à l'échelle provinciale (Lévesque et al., 2021). Malgré la faible scolarisation qui démarque l'A-T du reste de la province, les hommes du questionnaire ont déclaré être majoritairement à l'emploi et pour la plupart dans un domaine d'emploi à prédominance masculine (minier, construction, transport ou foresterie) où peu d'études scolaires sont requises et où un salaire annuel décent demeure accessible (Conseil du statut de la femme, 2015). Cette réalité masculine n'est pas la même que celle présentée dans l'étude de Legris et al. (2020) qui a témoigné d'une clientèle d'hommes ayant généralement un niveau collégial complété au moment d'une demande d'aide formulée au CISSS de l'Île de Montréal.

En somme, les hommes jeunes comme âgés, isolés socialement, faiblement scolarisés avec un emploi à prédominance masculine demeurent à la fois un sous-groupe plus vulnérable et contradictoirement moins enclin à demander de l'aide psychosociale (Dupéré et al., 2016). Nos deux instruments de mesure utilisés (logiciel I-CLSC et questionnaire autoadministré) dans le cadre de ce mémoire ont permis de mettre en lumière ce constat en identifiant deux sous-groupes d'hommes spécifiques : 1) ceux qui consultent par eux-mêmes en mission CLSC et à l'inverse 2) ceux qui sous-utilisent encore les services de santé se résumant à une trentaine d'hommes qui occupent majoritairement un emploi dans le secteur minier, de la construction, de la foresterie, etc. Une adhésion à la masculinité traditionnelle (qui persiste toujours à l'heure actuelle) a également été observée en A-T par l'entremise d'une étude qualitative récemment publiée portant sur les réalités des hommes en contexte de FIFO (Labra et al., 2021). Des normes sociales et culturelles restent bien ancrées à la fois en région éloignée et en contexte minier, ce qui se reflète par des comportements genrés tels que ne pas demander de l'aide, combattre seul sa souffrance émotionnelle, etc. (Affleck et al., 2018, Parent et al., 2018, Rafal et al., 2018, Roy et Villeneuve, 2016, Smith et al., 2018, Vogel et al., 2011 et Wong et Owen, 2012).

Sous cette réflexion, nos résultats démontrent que plus la majorité des hommes célibataires qui occupaient en région un emploi genré ne demandaient pas toujours de l'aide lorsqu'ils vivaient une détresse psychologique. L'étude de Milner et al. (2018) soutient ce phénomène en soulevant une quête d'autonomie, de débrouillardise voire d'endurance comme preuve de masculinité chez ceux qui occupent un emploi à prédominance masculine comme dans le secteur minier ou autres. Alors, pour plusieurs d'entre eux, la situation de crise se gère seul sans aucune aide extérieure (Mckenzie et al., 2018). Cependant, parmi ceux qui consultent pour des motifs de santé mentale en 2021, certains le font à partir de leur PAE (principal résultat du questionnaire autoadministré) ou encore d'autres hommes s'orientent vers l'accueil psychosocial du CLSC (principal résultat de la base de données du logiciel I-CLSC). Depuis les 10 dernières années, une hausse de 20,1% des demandes d'aide masculines est constatée à travers les CLSC du Québec (Groulx et Deslauriers, 2014 et Tremblay et al., 2016) bien qu'il reste encore du travail à faire pour mieux rejoindre la clientèle masculine traditionnelle en milieu éloigné.

#### **5.4 La porte d'entrée pour les hommes : une réalité rurale particulière et singulière**

À l'aide du logiciel I-CLSC, notre étude a permis de constater que près d'un homme sur deux (N=118 sur 232) se présente par lui-même à l'accueil psychosocial du CLSC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda pour obtenir de l'aide psychosociale. Ce constat représente un résultat intéressant pour bonifier les connaissances actuelles où plusieurs écrits tendent davantage à mettre de l'avant une sous-utilisation des services en santé mentale par les hommes (Beaulé et al., 2015, Deslauriers et Groulx, 2014, Labra et al., 2021, Tremblay et al., 2016 et Roy et Villeneuve, 2016). Cette réalité observée en mission CLSC démontre que nombreux hommes consultent par eux-mêmes et cela reflète le désir d'autonomie soulevé par l'étude de Kiselica et al. (2016) où la masculinité traditionnelle est aussi synonyme de courage, du sens du devoir et d'engagement comme leviers d'intervention. Cet éclairage représente un avantage pour la pratique en travail social ainsi que pour le rapprochement des hommes envers les services de santé. En ce qui concerne l'offre de services, les programmes sociaux pour la clientèle masculine en région se démarque de celles offertes en milieu urbain. En A-T, le programme des services psychosociaux généraux est celui qui a été le plus sollicité par les hommes en 2019, suivi du programme en santé mentale et dépendances en externe, du programme jeunes en difficulté et au dernier rang le programme du soutien à domicile. Quant à l'étude urbaine menée par Legris et al. (2020), celle-ci a précisé un ordre différent : les services liés à la santé physique aigüe et réversible, la perte d'autonomie et au vieillissement, les troubles mentaux, les services enfant jeune vulnérable et en dernière position les services psychosociaux généraux.

Cette divergence nous porte à croire que les réalités masculines rurales sont différentes aux réalités masculines urbaines. Or, les besoins psychosociaux diffèrent d'une localisation à l'autre. Notre étude est l'une des premières qui permet un éclairage sur les trajectoires de services et plus particulièrement à deux niveaux (logiciel I-CLSC et questionnaire autoadministré). De plus, elle inclut plusieurs motifs de consultations qui permettent de mieux documenter les raisons spécifiques pour lesquels les hommes vont ou non chercher de l'aide. Ces premiers leviers seront fort probablement utiles pour les futures recherches ainsi que pour bonifier l'offre de services actuelle.

### **5.5 Les motifs de consultation vécus par les hommes : un nouvel éclairage**

En 2019, les problèmes reliés à la vie de couple et familiale ont été les deux motifs de consultation les plus répandus chez la clientèle masculine en CLSC, suivis des dépendances, des troubles mentaux (anxiété, dépression, etc.) et des idéations suicidaires. En ce qui concerne les résultats du questionnaire, les motifs de consultations ont été présentés sous un ordre décroissant différent : anxiété, dépression, épuisement et/ou fatigue, solitude, gestion des émotions, rupture amoureuse et pour finir idéations suicidaires. Cette différence de résultats entre les deux instruments de mesure peut laisser entendre qu'il existe une multitude de besoins psychosociaux en région éloignée. Cela nous porte aussi à croire qu'il y a plusieurs groupes d'hommes (d'une part ceux qui consultent par eux-mêmes en mission CLSC et d'autre part ceux qui sous-consultent encore à ce jour les services d'aide en général). Divers hommes en Abitibi-Témiscamingue consultent par eux-mêmes, et ce, même s'ils occupent un emploi à prédominance masculine (contexte minier) où une culture du silence entourant la santé mentale persiste encore à ce jour (Labra et al., 2021). À l'inverse, l'étude de Roy et Villeneuve (2016) met en lumière la difficulté de certains hommes ruraux à demander de l'aide dont ceux en situation de pauvreté où leur masculinité s'avère déjà fragiliser par leur statut économique. Ces deux exemples simplistes qui illustrent des enjeux différents (socialisation masculine vs statut économique) sont la preuve qu'il existe plusieurs groupes d'hommes en Abitibi-Témiscamingue. Cette observation embryonnaire pourrait faire l'objet d'une étude plus avancée qui distingue les réalités masculines rurales et urbaines à l'aide d'un échantillonnage approprié à ces effets. Dans un autre ordre d'idées, ce contraste de données relevant du logiciel I-CLSC et du questionnaire autoadministré peut également être rattaché au concept de la masculinité inclusive où certains hommes adhèrent de plus en plus à la demande d'aide et au concept de la masculinité traditionnelle où d'autres hommes adhèrent davantage aux normes masculines classiques (débrouillardise, indépendance, autonomie, etc.) telles que déjà élaborées dans les premiers chapitres 1 et 2 de ce mémoire.

À notre connaissance, peu d'études réalisées en Abitibi-Témiscamingue permettent à ce jour de présenter cette interaction de résultats qui inclut à la fois des données longitudinales et transversales au cours de l'année 2019 et ensuite de l'année 2021. De plus, notre mémoire permet d'aller un peu plus loin dans la réflexion concernant la trajectoire de service en mentionnant les programmes de référence et les motifs de consultations, ce qui diffère des études antérieures où plusieurs chercheurs ont offert seulement le programme de référence et d'autres seulement le(s) motif(s) de consultation (Legris et al., 2020, Lajeunesse et al., 2013, Oliffe et al., 2016). Nous remarquons également que les motifs de consultation relevant de ces mêmes études sont différents en milieu urbain (ex : santé physique, schizophrénie, dépression comme motifs les plus criants), ce qui ne reflète pas les réalités masculines observées en milieu rural dans le cadre de notre étude. Au sein des résultats du questionnaire, il est aussi intéressant d'apercevoir des motifs de consultations différents (anxiété, dépression, etc.) de ceux répertoriés, par exemple, au sein de l'organisme Groupe IMAGE où les difficultés financières ou encore la santé physique et mentale restent les motifs les plus répandus en 2019-2020. De ce fait, nos résultats apportent un nouvel éclairage rural concernant les besoins psychosociaux des hommes se démarquant des résultats disponibles jusqu'à maintenant.

Parmi l'ensemble des motifs de consultation discutés, il a été possible de faire des liens théoriques avec certains d'entre eux. À la lumière de nos résultats, nous constatons que l'abus sexuel comme motif de consultation demeure sous-représenté chez la clientèle masculine rurale. Seulement un homme a rapporté avoir consulté pour ce motif au sein de notre étude combinant à la fois les données du logiciel I-CLSC et ceux du questionnaire autoadministré. Cette circonstance peut s'expliquer, entre autres, par la double stigmatisation en lien avec le genre masculin et l'agression elle-même dont le dernier ouvrage intitulé : *Réalités masculines oubliées* en fait mention (Tremblay et al., 2019). La violence conjugale vécue au masculin est aussi une autre réalité méconnue (autre motif de consultation). Nos résultats témoignent d'une faible représentativité clinique à ce niveau (seulement un homme a rapporté vivre cette situation dans notre étude) en plus d'être initialement sous-documentée en région éloignée à ce jour (Conseil du statut de la femme, 2015).

Bien que la violence conjugale (envers les femmes et les hommes dans son ensemble) demeure présente en A-T qui se situe rappelons-nous au 2<sup>e</sup> rang à l'échelle du Québec, nous nous questionnons sur la réelle prévalence concernant la clientèle masculine (Bellot et al., 2021). Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il existe encore à ce jour un certain tabou, une gêne ou encore une honte chez les hommes à dénoncer être victime de violence conjugale par la conjointe.

Or, un troisième et dernier motif de consultation a attiré notre attention dans le cadre de notre recherche, celui de l'orientation sexuelle (transgenre) encore une fois rapporté par un seul homme dans notre recherche. L'étude de Tremblay et al. (2016) a d'ailleurs identifié que le rapport aux services reste autant difficile pour eux que pour les hommes qui s'identifient à la masculinité traditionnelle ou encore ceux en situation de pauvreté. Cette réalité peut donc freiner la demande d'aide chez ce sous-groupe d'hommes, ce qui explique en partie cette sous-représentativité. Dans un autre ordre d'idées, nous remarquons que l'épuisement et la fatigue soulevés dans le cadre de notre recherche rejoint les résultats de l'étude de Bilsker et al. (2018) qui illustre que ces symptômes peuvent être associés à un état anxieux ou dépressif. D'autre part, la rupture amoureuse qui peut correspondre aux difficultés liées à la vie de couple (principal résultat du logiciel I-CLSC) représente également un second motif pouvant exposer les hommes à un risque suicidaire (Sher et al., 2014 et Léveillé, 2015). Nous rappelons que la prévalence du décès par suicide en A-T est largement plus élevée (36,8 sur 100 000 hommes) que dans l'ensemble du Québec : 19,4 sur 100 000 hommes (Lévesque, 2021). Par ailleurs, le questionnaire a aussi permis de soulever un besoin psychosocial en ce qui concerne la gestion des émotions. 14 répondants du questionnaire sur 33 ont identifié ce motif. À cet effet, certains écrits scientifiques ont soulevé que la colère, l'agressivité ou encore la violence peuvent être associés à une possible dépression masculine (Ogrodniczuk et al., 2016 et Smith et al., 2018).

D'autres auteurs précisent que la gestion des émotions chez les hommes peut aussi être en lien avec d'autres comportements observables tels que le retrait social, le surinvestissement au travail, l'impulsivité, le désir d'autonomie/débrouillardise rigides, les comportements antisociaux ou autres (Cochran et Rabinowitz, 2000, Pollack, 1998, Roy et Villeneuve, 2016). Ces chercheurs soulèvent que ces manifestations peuvent révéler certains symptômes dépressifs, en autres, vécus au masculin. Outre les motifs mentionnés jusqu'à maintenant, la solitude quant à elle peut être liée à l'isolement sociale qui avait déjà été déclaré en 2015 dans la région où cette réalité demeure plus répandue en A-T (16,9%) que dans le reste du Québec (16,1%) (Conseil du statut de la femme, 2015). Cette situation qui est présente en région (comme ailleurs) est aussi une source d'inquiétudes étant donné le lien de causalité présenté par l'étude Oliffe et al. (2016) entre l'isolement social et le suicide. Cet acte irréversible est d'ailleurs la première cause de décès prématurés chez les hommes âgés de 20 à 49 ans, ce qui coïncide avec la tranche d'âge de l'échantillon étudiée dans le cadre de ce mémoire (Cheshire et al., 2016).

De plus, toujours en lien avec le suicide en A-T, il affecte plus particulièrement les hommes célibataires, séparés ou divorcés (80,0%), ce qui correspond au profil sociodémographique de la majorité des hommes ayant participé à notre questionnaire autoadministré (Beaulé et al., 2015). En plus des événements psychosociaux et de l'état civil, l'usage de substances représente un autre facteur de risque au suicide (Oloffé et al., 2016). En ce sens, nos résultats ont souligné la présence des dépendances (abus d'alcool, drogues, etc.) vécue chez les hommes ruraux (n=7 sur 33). L'étude de Bellot et al. (2021) soutient également cette affirmation voulant que près d'un homme sur cinq en Abitibi-Témiscamingue a déclaré une consommation excessive d'alcool. L'automédication, par l'usage de substances pour régler des problèmes internes, observée entre autres chez les hommes demeure un moyen pouvant cacher un état dépressif et/ou anxieux (Oloffé et al., 2016). Ce portrait psychosocial global observé, entre autres, chez les hommes en A-T peut non seulement prendre la forme d'une violence contre soi-même (gestes suicidaires) tel que décrite précédemment, mais également contre autrui par l'entremise de gestes homicides irréversibles (Lavergne et al., 2004).

### **5.6 La consultation psychosociale : la position des hommes ruraux**

Au sein de la littérature actuelle, il est déjà connu que les hommes québécois qui préfèrent se débrouiller par eux-mêmes pour gérer leurs problèmes, sont hésitant(s) à l'idée de consulter ou encore croient que la situation de crise se résorbera par elle-même avec le temps (Cheshire et al., 2016, Keohane et Richardson, 2018 et Mckenzie et al., 2018). Ce phénomène est présent dans les pays industrialisés comme le Canada (Roy et Villeneuve, 2016) et plus alarmant en région éloignée comme l'Abitibi-Témiscamingue où une sous-utilisation des services en santé mentale a d'ailleurs récemment été constatée chez les hommes qui occupent un emploi à prédominance masculine tel qu'en contexte minier en *fly-in, fly-out* (Labra et al., 2021). Les résultats de notre étude ont aussi démontré cette tendance voulant que les hommes qui consultent notamment en mission CLSC préfèrent d'abord régler leurs problèmes par eux-mêmes, ce constat reste fidèle au désir d'autonomie entretenu par plusieurs d'entre eux (Wong et Owen, 2012 et Milner et al., 2018). Cependant, une nuance intéressante apportée à la lumière des résultats obtenus au questionnaire autoadministré nous permet d'affirmer que certains hommes ont précisé avoir bénéficié d'un suivi psychosocial et avoir mis fin au suivi parce qu'ils se sentaient mieux (n= 8 sur 33) à la fin de l'épisode de service. Les résultats de la base de données du logiciel I-CLSC ont aussi fait état d'une mise en action des hommes à aller chercher de l'aide nécessaire (129 sur 232 hommes consultent par eux-mêmes) en mission CLSC. Cette réalité est donc partagée et une ouverture tend à faire valoir que certains hommes en région éloignée osent briser la glace (faire le premier pas) tout en se familiarisant tranquillement vers une meilleure acceptation de l'aide professionnelle offerte en santé mentale.

Bien qu'une évolution semble s'actualiser à petits pas, certains hommes parmi ceux qui consultent les services sociaux se sentent parfois incompris, jugés, méprisés et stigmatisés au moment d'une consultation psychosociale (Dupéré et al., 2016). En outre, notre étude permet seulement de visualiser que l'approche de l'intervenant est ressortie comme l'une des raisons de fin de suivi, celle-ci identifiée par cinq répondants du questionnaire. Toujours est-il qu'il existe au sein des connaissances actuelles plusieurs explications qui peuvent contribuer à alimenter cette dynamique d'intervention, dont certains effets insinueux de la socialisation masculine (ex. : exigences de performance, d'invincibilité, de prouver sa masculinité, de cacher sa vie privée, etc.) qui engendrent des conséquences genrées (ex. : sentiment de honte, isolement affectif, agressivité, méfiance, etc.) et qui peuvent créer certaines tensions ou insatisfactions vécues par les hommes en relation d'aide (Deslauriers et Groulx, 2014). Malgré la présence de divers enjeux au cours d'un suivi psychosocial qui peuvent parfois contribuer à une fin d'épisode de service plus précoce, nos résultats de recherche ont également permis de mettre en lumière les attentes des hommes au moment d'une première consultation de santé. Le désir de se sentir écouté, pris au sérieux ainsi que la confidentialité ont été les deux aspects les plus importants chez les hommes vivant en milieux ruraux, ce qui corrobore avec l'étude de Dupéré et al. (2016) voulant que le maintien d'une vie privée soit une valeur importante pour la clientèle masculine.

De plus, Legris et al. (2020) précisent qu'une impression de ne pas être pris au sérieux représente un obstacle sérieux à la demande d'aide. Le climat de confiance et de proximité reste primordial autant chez les hommes québécois (Tremblay et al., 2016) que chez les hommes vivant en milieux ruraux à la suite de l'analyse de nos résultats de recherche. Cela a concerné 18 répondants sur 33 de notre questionnaire. L'absence de jugement, le professionnalisme ou encore l'accueil chaleureux sont des leviers d'intervention intéressants pour favoriser un rapprochement des hommes vers les services de santé (Deslauriers et Groulx, 2014), ce qui se projette aussi en région suite à l'analyse des résultats. En effet, plus de la moitié des répondants du questionnaire ont affirmé accorder une importance au climat de confiance (n=18), à l'absence de jugement (n=14), au professionnalisme (n=13) ou encore à l'accueil chaleureux (n=8) au moment d'une première consultation. L'ensemble de ces attentes sont donc susceptibles d'améliorer la relation entre les hommes et les services sociaux actuels, entre autres, dispensés en mission CLSC.

### **5.7 Les recommandations des hommes ruraux en relation avec les connaissances actuelles**

Dans le but d'améliorer les pratiques cliniques et à unir les besoins psychosociaux des hommes ruraux à l'offre de services en mission CLSC, nos résultats rappellent le besoin d'offrir des interventions rapides d'une part pour contrer la liste d'attente actuelle et d'autres part pour mieux rejoindre les hommes qui sous-utilisent encore à ce jour les services de santé (Labra et al., 2021). En plus de ces enjeux de proximité, la méconnaissance des services représente encore un obstacle important à la demande d'aide (Tremblay et al., 2016) et les résultats de notre étude démontrent la pertinence d'offrir une promotion des services sociaux destinés à la population masculine en milieu éloigné. Nombreux écrits scientifiques attestent l'importance d'être proactif envers la clientèle masculine (Genest Dufault, 2013 ; Lajeunesse et al., 2013) et cette idée de promouvoir les services sociaux correspond à un besoin réel mentionné par les hommes vivant en milieux ruraux. Par ailleurs, des participants à l'étude (n=11) ont manifesté un intérêt à recourir au service d'un PAE accessible à même leur milieu de travail, ce qui pourrait représenter une initiative novatrice cohérente avec les résultats d'une autre récente étude réalisée en Abitibi-Témiscamingue. Effectivement, l'étude de Labra et al. (2021), qui concernait essentiellement une clientèle masculine FIFO, a fait mention dans ses recommandations qu'un poste à temps partiel d'un travailleur social pourrait être bénéfique au bien-être et au rendement des employés des entreprises minières de la région.

Toujours en lien avec l'amélioration continue des services psychosociaux, plus du tiers des participants (n=13) ont souligné qu'il serait bénéfique d'avoir accès à une plage horaire de soir et/ou de fin de semaine dans le but de faciliter la demande d'aide masculine. D'autre part, nous avons remarqué que le choix du sexe de l'intervenant est une autre avenue qui a concerné une minorité d'hommes dans notre taille d'échantillon (n=7) en région éloignée. Ce constat a aussi été observé dans le cadre de l'étude de Legris et al. (2020) où plus de la moitié des hommes québécois recrutés ont rapporté ne pas avoir de préférence quant au sexe de l'intervenant. L'étude de Tremblay et al. (2016) a également précisé que près d'un homme sur huit affirme y accorder une importance (au sexe de l'intervenant) au point où cela pourrait influencer la décision à consulter un service social. Des similitudes quant au choix du sexe de l'intervenant (intérêt des hommes en minorité constaté à trois reprises) semblent s'observer non seulement à l'échelle du Québec, mais également et plus précisément en Abitibi-Témiscamingue. En somme, les aspects centraux de cette section ont consisté à intégrer la clientèle masculine au cœur des services sociaux qui leur sont offerts en région éloignée.

## **5.8 Limites de l'étude**

### **5.8.1 Participation et biais de sélection**

Plusieurs limites figurent au sein de notre recherche. Dans un premier temps, il nous a paru essentiel de décrire les réalités masculines rurales encore à ce jour peu explorées sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Bien que cette première intention se soit avérée adaptée, un biais de sélection important (population-cible à l'étude) figure dans les deux instruments de mesure utilisés c'est-à-dire dans le logiciel I-CLSC ainsi que dans le questionnaire autoadministré. À cet effet, le recrutement des participants a été très limité dans le temps et s'est actualisé seulement à deux moments précis c'est-à-dire en 2019 (logiciel I-CLSC) et en 2021 (questionnaire autoadministré). Plus spécifiquement, il a été question de saisir des données seulement sur une période de 12 mois pour le logiciel I-CLSC et sur une courte période de trois mois pour le questionnaire autoadministré. Ces deux collectes de données excluent donc toutes les années antérieures à 2019 ou à 2021 ainsi que ceux à venir. Dans un deuxième temps, la petite taille d'échantillon du questionnaire (n=33) ne permet pas de dégager des tendances et limite considérablement l'interprétation des résultats bien que le nombre de répondants du logiciel I-CLSC (N=232) permet un premier éclairage intéressant pour les deux MRC de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. Il aurait été intéressant d'inclure d'autres années pour mieux observer l'évolution des demandes d'aides masculines ou encore de prolonger la durée accordée au questionnaire afin d'obtenir un nombre de répondants davantage concluant.

### **5.8.2 Fiabilité des mesures et biais d'information**

D'autre part, nous observons également un biais d'information. Nous sommes d'avis qu'il a été possible que certains hommes refusent ou oublient de répondre à certaines questions du questionnaire autoadministré, et ce, à leur libre discrétion ou par distraction, ce qui a eu pour effet de diminuer la fiabilité de l'étude. Des données manquantes ont figuré dans la majorité des réponses du questionnaire, ce qui a aussi été observé en plus faible quantité au niveau la base de données du logiciel I-CLSC. Nous sommes d'avis que l'utilisation d'un questionnaire en ligne sans supervision directe a possiblement eu pour effet de procurer une moins bonne compréhension des hommes face aux questions demandées ou encore à oublier certaines d'entre elles. La durée moyenne pour remplir le questionnaire a été de seulement sept minutes, ce qui nous porte à croire que certaines questions ont possiblement été lues et été répondues rapidement. Nous croyons que la rapidité d'exécution explique aussi en partie les nombreuses données manquantes figurant au questionnaire. La faible taille d'échantillon déjà déclarée dans la section précédente ainsi que le nombre important de données manquantes figurant au questionnaire fait en sorte qu'il n'est pas possible de dégager des tendances concluantes. Les résultats sont donc à interpréter avec prudence.

Cependant, nous croyons que la participation des hommes dans le cadre de notre étude représente un atout avantageux pour la recherche sachant que cette clientèle est connue pour être difficile à recruter. Or, nous sommes d'avis qu'un accompagnement personnalisé de notre part aurait probablement eu un impact positif sur la fiabilité des résultats du questionnaire.

### **5.8.3 Collecte de données et biais d'interprétation**

En lien avec la base de données du logiciel I-CLSC, nous tenons à spécifier que seulement le premier et principal motif de consultation a été retenu dans le cadre de cette étude par souci d'obtenir une meilleure représentativité des résultats sachant que les autres motifs demeurent saisis au système par l'intervenant de manière libre et volontaire. Cette circonstance aurait eu pour effet de provoquer de la confusion et d'offrir au lecteur des croisements de données erronées, voire peu concluantes. Nous rappelons que le but de ce mémoire était d'offrir un premier éclairage concernant le portrait psychosocial des hommes en région éloignée. La collecte de données en provenance du logiciel I-CLSC reste un terrain limité en quantité d'informations disponibles (le nombre d'indicateurs de santé répertorié au logiciel I-CLSC dans un contexte d'intervention psychosocial : nous invitons le lecteur à se référer au **tableau 7** à la page 44 de ce mémoire pour plus de précision à ce sujet). Cette situation explique en partie l'utilisation d'un deuxième instrument de mesure (questionnaire) pour élargir les réalités masculines et ajouter d'autres indicateurs de santé : nous invitons le lecteur à se référer au **tableau 8** à la page 45 en cas de besoin.

Il est également important de considérer l'expérience clinique de chaque intervenant dont chacun possède sa propre couleur d'intervention et où il existe plusieurs façons d'interpréter une situation de crise chez un homme, ce qui peut avoir au final influencer le choix du motif de consultation. Cette nuance terrain doit aussi être considérée dans l'interprétation des résultats. Malgré la présence de plusieurs biais au sein de cette étude (tels que déjà mentionné ci-haut), nous considérons que cette recherche est une avancée significative et valorisante pour le domaine social puisqu'elle reconnaît le travail des professionnels de la santé notamment en mission CLSC. Dans l'avenir, il pourrait être intéressant de refaire cette étude en collaboration étroite avec les intervenants de sorte à mieux comprendre leurs réalités terrains et à mieux documenter la trajectoire des demandes d'aides masculines.

### **5.8.4 Validité externe des résultats de recherche**

La généralisation des résultats se traduit par la capacité à reproduire ou à extrapoler les résultats d'une étude à d'autres contextes de vie (Thomson et Thomas, 2012).

De ce fait, notre étude a permis de brosser le portrait des réalités vécues en milieu rural et de dégager certaines différences ou ressemblances avec celles du milieu urbain. En plus d'avoir seulement sélectionné un seul CISSS, nous avons écarté à contrecœur certains points de service, dont celui de La Sarre, d'Amos et de Ville-Marie, pour des raisons de faisabilité du projet dans le cadre d'une maîtrise à courte durée. Ce choix contraignant a fait en sorte que nos résultats sont moins représentatifs à l'échelle régionale. De plus, nos résultats de recherche ne peuvent pas être généralisés aux autres régions éloignées de la province notamment en raison des caractéristiques sociodémographiques et des enjeux sociaux différents présentés dans le premier chapitre de ce mémoire qui démarque l'Abitibi-Témiscamingue au reste de la province. En faveur des études futures, il pourrait être intéressant de regrouper l'ensemble des MRC de l'Abitibi-Témiscamingue pour une meilleure représentativité des réalités masculines rurales à l'aide d'une équipe de travail (ex : chercheur, assistant de recherche, etc.) idéalement expérimentée dans ce domaine de recherche.

## **6. Retombées du mémoire, recommandations et pistes de recherches futures**

La quasi-absence d'études cliniques masculines en contexte de ruralité et plus spécifiquement en mission CLSC du CISSSAT a permis de justifier la pertinence de cette étude d'autant plus des besoins psychosociaux bien identifiés en Abitibi-Témiscamingue. Ce projet visait à mettre en lumière le portrait psychosocial des hommes ayant notamment recours aux services et programmes sociaux dispensés en milieu éloigné de la province. En plus de répondre à plusieurs besoins en matière de connaissances scientifiques et de réalités masculines rurales, ce mémoire est un levier utile et pratique pour apporter des pistes d'amélioration à l'offre de services en mission CLSC. Les résultats de cette étude correspondent aux orientations ministérielles en matière de santé et bien-être des hommes déployé depuis quelques années à ce jour. Grâce à la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux, les recommandations ci-dessous, inspirées des résultats de ce mémoire en relation avec la littérature actuelle, serviront à mieux planifier, organiser et adapter les services sociaux destinés aux hommes ainsi qu'à outiller les gestionnaires et les professionnels de la santé à l'égard des besoins psychosociaux spécifiques des hommes en Abitibi-Témiscamingue.

Voici des recommandations formulées à la lumière des résultats de cette étude :

- Faire la promotion des services sociaux à l'aide des médias, internet ou autres moyens de diffusion spécifiquement dédiés aux hommes vivant en milieux ruraux. Les résultats issus du questionnaire autoadministré en font clairement mention et plusieurs écrits scientifiques soulèvent une méconnaissance liée à l'offre de services.

---

- Ajouter « être un homme » comme critère de vulnérabilité figurant dans la grille de priorisation des accueils harmonisés des CLSC du Québec. Ce document est notamment utilisé par des travailleurs sociaux et divers intervenants au moment d'une référence vers un programme de santé. Un ordre précis de priorité (P1, P2, P3, P4, etc.) est établi par l'entremise de ce document et influence la position de l'utilisateur en liste d'attente. De plus, l'ajout « être un homme » parmi les autres critères de vulnérabilité actuels figurant au sein de la grille va permettre de mieux évaluer les besoins psychosociaux des hommes en considérant leurs réalités (relire le chapitre 1 et 2 de ce mémoire en cas de besoin) et de rapprocher ces derniers dans l'offre de service. Cette recommandation repose sur nos résultats figurant au questionnaire en ce qui a trait au désir d'interventions immédiates avec suivi à court ou moyen terme (contrer la liste d'attente actuelle) divulgué par la majorité des répondants. Elle se base également sur plusieurs études publiées concernant l'intérêt de rester continuellement proactif à l'égard de la santé mentale des hommes.

- Sensibiliser les gestionnaires du système de santé aux différents besoins psychosociaux des hommes, ce qui s'appuie sur nos résultats relevant du questionnaire où ces derniers accordent une forte importance à l'autonomie voire à la prise de décision tout comme diverses études antérieures en ont déjà fait mention.

- Permettre aux professionnels de la santé d'accéder à une formation continue ou à un atelier portant sur les approches thérapeutiques à privilégier auprès de la clientèle masculine rurale, ce qui correspond à nos résultats relevant du questionnaire où plusieurs hommes ont identifié ne pas être à l'aise avec l'approche des intervenants.

- Soutenir les intervenants qui souhaitent développer une expertise clinique exclusive en intervention masculine afin de mieux considérer cette clientèle à l'offre de services en CLSC. Les résultats du questionnaire ont soulevé que les hommes ruraux ont essentiellement besoin de se sentir écoutés, pris au sérieux en respect de leur registre teinté de leur type de socialisation, ce que plusieurs chercheurs ont d'ailleurs conclu au cours des dernières années. L'ajout de postes dédiés en intervention masculine va permettre de reconnaître leurs réalités et d'offrir à cette clientèle un service adapté voire spécialisé à leurs besoins.

- Joindre de nouveaux motifs de consultation au sein du logiciel I-CLSC pour mieux considérer la clientèle masculine dans l'offre de services dispensés à leur égard tels que la gestion des émotions, l'anxiété situationnelle, la présence de symptôme(s) dépressif(s), la présence de symptômes

---

anxiodépresseurs, la rupture amoureuse, l'orientation sexuelle, l'épuisement et/ou la fatigue, la solitude, la perte d'emploi, l'isolement social, etc. L'ajout de ces motifs (qui en n'exclut pas d'autres) va permettre de mieux reconnaître les réalités masculines rurales ainsi que de mieux représenter le travail des intervenants terrain avec des mots plus sensibles et représentatifs à leur pratique clinique.

Ces pistes reposent sur les résultats du questionnaire autoadministré ainsi que sur nombreuses recherches scientifiques réalisées au Québec et à l'international. En amont avec l'intérêt des instances gouvernementales à vouloir inclure les hommes dans la prestation de service de santé et services sociaux, il apparaît également pertinent que nos résultats de recherche puissent être bonifiés et triangulés avec d'autres études futures telles que :

- Une étude qualitative qui permettra d'examiner en profondeur l'expérience des hommes envers les services sociaux en mission CLSC.
- Une étude observationnelle qui examinera l'association entre les besoins psychosociaux des hommes et les programmes sociaux de première ligne.
- Une étude qualitative qui pourra mettre en lumière la perception des professionnels de la santé et des défis cliniques rencontrés en contexte de ruralité.
- Une étude longitudinale qui considérera une plus longue période voire un plus grand bassin concernant les trajectoires des demandes d'aide masculines en CLSC.
- Une étude qualitative qui permettra de documenter l'importance du réseau familial et social des hommes en région éloignée.
- Une recherche-action qui visera à mettre en place un nouveau programme d'intervention adapté à la clientèle masculine rurale, etc.

L'ensemble de ces pistes de recherche a le potentiel d'enrichir les connaissances masculines notamment en région éloignée et de pallier les limites de notre étude. Nous sommes d'avis qu'une méconnaissance persiste en ce qui concerne la santé mentale des hommes en milieu éloigné où le type de socialisation reste propre et singulier. Notre mémoire de maîtrise est une initiative qui relève du terrain et du besoin de mieux rejoindre les hommes en demande d'aide.

Cela mérite l'attention des chercheurs qui ont également à cœur le bien-être des hommes. Nous espérons que notre passion pour la recherche sociale masculine saura inspirer les bonnes pratiques, entre autres, à l'intérieur des CISSS et CIUSSS dans l'intérêt de la santé de notre population, notre communauté, notre région.

## CONCLUSION

Le présent mémoire visait à mieux connaître le portrait et les besoins psychosociaux des hommes en Abitibi-Témiscamingue. Les efforts octroyés à mettre en lumière la clientèle masculine en mission CLSC ainsi qu'à inclure également diverses ressources d'aide consultés par les hommes en région éloignée (par l'entremise du questionnaire autoadministré) ont permis de reconnaître à la fois la présence des hommes et les obstacles dans l'offre de services psychosociale en contexte de région éloignée. Notre étude a permis de constater que plusieurs hommes consultent par eux-mêmes les services en mission CLSC tandis que d'autres sous-utilisent encore à ce jour les services par exemple d'un travailleur social. Il existe encore en région des barrières culturelles, sociales et institutionnelles qui limitent certains hommes à recourir à de l'aide psychosociale dont ils ont réellement besoin. Il s'agit plus particulièrement des hommes qui occupent un emploi à prédominance masculine où des normes traditionnelles persistent et habitent encore à ce jour plusieurs d'entre eux. Il a d'ailleurs été intéressant de mettre en relief les réalités masculines rurales et urbaines et de constater certaines ressemblances et à l'inverse différences. Les attentes des hommes vivant en milieux ruraux demeurent sensiblement les mêmes que dans les milieux urbains bien que les difficultés psychosociales (motifs de consultation) comportent des divergences intéressantes qui distinguent l'Abitibi-Témiscamingue par rapport au reste de la province. En ce sens, il s'avère important de considérer ces particularités et d'adapter l'offre de services pour ainsi obtenir une meilleure compréhension d'ensemble des besoins masculins abitibiens.

Nos résultats ont permis d'émettre plusieurs recommandations qui considèrent les réalités masculines rurales et qui peuvent également être avantageuses pour les secteurs urbains. Les pistes de solutions suggérées dans ce mémoire représentent des leviers favorables à l'amélioration continue des services de santé offerts à la population. D'une vision d'ensemble, cette étude s'appuie sur le besoin de formation continue et sur la reconnaissance de la clientèle masculine au sein des demandes d'aides à caractère psychosocial. Au final, nous espérons que ce mémoire servira à mieux organiser, planifier et justifier le besoin de ressources et de subventions en région éloignée, et ce, en meilleure adéquation avec les besoins psychosociaux spécifiques des hommes en Abitibi-Témiscamingue. D'autres travaux de recherche pourront bonifier notre étude, voire élargir le champ de connaissances entourant la santé mentale des hommes vivant notamment en milieux ruraux.

À cet effet, plusieurs orientations de recherche sont possibles tels qu'une étude qualitative, observationnelle, corrélationnelle, longitudinale ou encore une recherche action pourront certainement bonifier et approfondir la compréhension face aux trajectoires de services vécus chez les hommes, les gestionnaires et les intervenants. Ces pistes de réflexion pourront inclure une plus grande taille d'échantillon que celle dont nous avons offert en premier éclairage dans le cadre de cette étude. Nous sommes d'avis qu'il reste encore à ce jour des efforts à octroyer pour mieux reconnaître et mieux rapprocher les hommes aux services sociaux. Des initiatives locales et provinciales (autant sur le plan de la recherche que sur la pratique terrain) sont de mises pour améliorer, en continue, le sentiment de bien-être des hommes qui fréquentent l'ensemble des services publics, communautaires ou privés.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychological Association. (2018). For Psychological Practice with Boys and Men. *Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men*.
- Affleck, W., Carmichael, V. et Whitley, R. (2018). Men's Mental Health: Social Determinants and Implications for Services. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 63(9), 581-589.
- Barabé, L., Desjardins, J., Binet, J. et Deslauriers, J-M. (2012). Guide pour intervenant(e)s : s'adapter aux réalités des hommes. *La Table de concertation l'Outaouais au masculin*.
- Barker, G. (2019). Understanding masculinities to improve men's health. *The lancet*. 394(1), 1-2.
- Beaulé, G., Bellot, S., Boulé, C., Lacasse, M-C. et Létourneau, G. (2010). *Les hommes et la santé en Abitibi-Témiscamingue*. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2098850>
- Beaulé, G. Bellot, S., Lacerte, M. et Théberge, S. (2015). *Le suicide en Abitibi-Témiscamingue : portrait statistique*. Centre intégré de santé et de services sociaux de Abitibi-Témiscamingue. [https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/03/2015-10\\_suicide\\_AT.pdf](https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/03/2015-10_suicide_AT.pdf)
- Beaulé, G., Bellot, S., Ferreira, V. et Mainville, M. (2017). *Les prestataires des programmes d'assistance sociale en Abitibi-Témiscamingue : portrait en 2016*. Direction de la santé publique. [https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/2017-09\\_Fascicule\\_Prestataire-programme-assistance-social.pdf](https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/2017-09_Fascicule_Prestataire-programme-assistance-social.pdf)
- Beaulieu-Bourgeois, M-L. et Brodeur, N. (2011). Agir de façon proactive auprès des hommes suicidaires : analyse d'une intervention novatrice. *Intervention*. 1(135), 40-49.
- Bellot, S., Beaulé, G., Bessette, S., Bilodeau, F., Bouchard, N., Chaîné, C., Cusson, C., Deshaies, N., Dorion, C., Landry, L., Sobanjo, O., Tremblay, G et Voyer, P. (2021). *Portrait de santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue*. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. [https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/PORTRAIT-SANTE-TERRITOIRE/Portrait\\_sante\\_Abitibi-Temiscamingue.pdf](https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/PORTRAIT-SANTE-TERRITOIRE/Portrait_sante_Abitibi-Temiscamingue.pdf)
- Bellot, S., Beaulé, G., Bessette, S., Bilodeau, F., Bouchard, N., Chaîné, C., Cusson, C., Deshaies, N., Dorion, C., Landry, L., Sobanjo, O., Tremblay, G et Voyer, P. (2021). *Portrait de santé de la population du territoire de Rouyn-Noranda*. Centre intégré de santé et de services sociaux de Abitibi-Témiscamingue. [https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/PORTRAIT-SANTE-TERRITOIRE/Portrait\\_sante\\_Rouyn-Noranda.pdf](https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/PORTRAIT-SANTE-TERRITOIRE/Portrait_sante_Rouyn-Noranda.pdf)
- Bellot, S., Beaulé, G., Bessette, S., Bilodeau, F., Bouchard, N., Chaîné, C., Cusson, C., Deshaies, N., Dorion, C., Landry, L., Sobanjo, O., Tremblay, G et Voyer, P. (2021). *Portrait de santé de la population de la MRC de La Vallée-de-l'Or*. Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. [https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/PORTRAIT-SANTE-TERRITOIRE/Portrait\\_sante\\_ValdOr.pdf](https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/partage/PORTRAIT-SANTE-TERRITOIRE/Portrait_sante_ValdOr.pdf)
- Berger, J., Addis, M., Green, J., Mackowiak, C., & Goldberg, V. (2012). Men's reactions to mental health labels, forms of help-seeking, and sources of help-seeking advice. *Psychology of Men and Masculinity*, 14(4), 433-443.

- Bilsker, D., Fogarty, A.S., et Wakefield, M.A. (2018). Critical Issues in Men's Mental Health. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 63(9), 590-596.
- Booth, N. R., McDermott, R.C., Cheng, H-L. et Borgogna, N.C. (2019). Masculine Gender Role Stress and Self-Stigma of Seeking Help : The Moderating Roles of Self-Compassion and Self-Coldness. *Journal of Counseling Psychology*. 1(1), 1-9.
- Camirand, H. et Nanhou, V. (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Série enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-15-la-detresse-psychologique-chez-les-quebecois-en-2005-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). *L'Enquête Québécoise sur la santé de la population 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Canadian Men's Shed Association. (2020). Men's Shed Canada: working together. *November foundation : University of Manitoba*.
- Ceballos Bolanos, F. (2014). Socially-determined psychological distress and expressive abuse in men. *Salud Mental*. 37(4), 303-309.
- Cheshire, A., Peters, D. et Ridge, D. (2016). How do we improve men's mental health via primary care? An evaluation of the Atlas Men's Well-being Pilot Programme for stressed/distressed men. *BMC Family Practice*. 17(1), 1-11.
- Conseil du statut de la femme. (2015). *Portrait statistique : égalité femmes/hommes*. Bibliothèque et archives nationales du Québec. Conseil du statut de la femme. [https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait\\_statistique\\_egalite\\_femmes\\_hommes\\_abitibi\\_2015.pdf](https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait_statistique_egalite_femmes_hommes_abitibi_2015.pdf)
- Culph, J. S., Wilson, N.J., Cordier, R. et Stancliffe, R.J. (2015). Men's Sheds and the experience of depression in older Australian men. *Australian Occupational Therapy Journal*. 62(1), 306-315.
- Deslauriers, J.-M., Tremblay, G., Genest Dufault, S., Blanchette, D. et Desgagnés, J.-Y. (2010). *Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir*. Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, J.-M. et Groulx, J. (2014). *Implantation de la formation Intervenir auprès des hommes dans le cadre du projet For'Hommes de la Montérégie*. Masculinités et Société. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2436845?docref=fZPSq696D3iRGtlqmYrmPQ>
- Dupéré, S., Roy, J., Tremblay, G., Desgagnés, J.-Y., Guilmette, D. et Sirois-Marcil, J. (2016). Les hommes à faible revenu et les barrières aux services sociaux et de santé : des défis pour le réseau des services. *Intervention*. 143(1), 103-119.

- Ellis, L.A., Collin, P., Hurley, P.J., Davenport, T.A., Burns, J.M. et Hickie, I.B. (2013). Young men's attitudes and behavior in relation to mental health and technology: implications for the development of online mental health services. *BMC Psychiatry*. 13(1), 1-10.
- Ferrari, A.J. (2013). A World of depression. *Macmillan Publishers Limited*. <https://www.nature.com/articles/515180a.pdf>
- Fondation Chagnon. (2020). *Taux de signalements reçus/retenus par les services de la Protection de la Jeunesse concernant les enfants de 0-5 ans*. Observatoire des tout-petits en collaboration avec le Ministère de la santé et des services sociaux. <https://can01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Ftout-petits.org%2Fdonnees%2Ffamille%2Fviolence-et-maltraitance%2Fsignalements%2Fsignalements%2F&data=05%7C01%7CChristel.Brouillette%40uqat.ca%7C6ea34a6fe2084eead9d908dadd3b0216%7Cf5da7850c1d8429f890785d7b2606108%7C0%7C0%7C638065542830407810%7CUnknown%7CTWfGZsb3d8eyJWjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6IklhaWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=cFh5aXXI4UzOYs4R9gGpR0yvro07A4yRNm9WmVOEVhM%3D&reserved=0>
- Genest Dufault, S. (2013). *Les hommes/Nus d'Amour. L'expérience masculine de la rupture amoureuse : Perspectives sur le deuil, le genre et le sens dans l'hypermodernité*. [thèse de doctorat, Université Laval]. <http://rohim.net/doc/30468.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. LégisQuébec : Centre de services partagés du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2?&cible=>
- Gouvernement du Québec. (2019). *Sources de données et métadonnées : ICLSC*. Santé et services sociaux du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documentation-sources-de-donnees-et-indicateurs/sources-de-donnees-et-metadonnees/iclsc/>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region>
- Gravel, M-A. (2017). La criminalité au Québec : perceptions et comportements préventifs. *Institut de la statistique du Québec*. 1(59), 1-9.
- Groulx, J. et Deslauriers, J-M. (2015). La formation *Intervenir auprès des hommes* dans le réseau de santé en Montérégie. Une perspective organisationnelle. *Santé Publique*. 1(27), 829-836.
- Groupe IMAGE Abitibi-Témiscamingue (2019-2020). *Rapport d'activités 2019-2020. Entraide masculine*. Maison Oxygène. Itinérance.
- Heyer, D et Schluchter, L. (2017). *Le taux d'espérance de vie à la naissance : recherche d'une corrélation entre l'espérance de vie à la naissance et le système de santé des pays*. Université de Neuchâtel. <https://unine.academia.edu/LöicSchluchter>
- Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide*. [thèse de doctorat, Université de Montréal]. [https://crise.ca/wp-content/uploads/2019/11/jhoule\\_these\\_2005-1.pdf](https://crise.ca/wp-content/uploads/2019/11/jhoule_these_2005-1.pdf)

- Huang, Y. P., Brewster, M. E., Moradi, B., Goodman, M. B., Wiseman, M. C., & Martin, A. (2010). Content analysis of literature about lesbian, gay, and bisexual people of color: 1998–2007. *The Counseling Psychologist*, 38(1), 363–396.
- Kiselica, M.S., Benton-Wright, S. et Englar-Carlson, M. (2016). Accentuating positive masculinity: a new foundation for the psychology of boys, men, and masculinity. *American Psychological Association*, 1(1), 1-21.
- Keohane, A. et Richardson, N. (2018). Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 160-171.
- Kroenke K, Spitzer RL & Williams JB. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*, 41(1), 1284-92.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO & Löwe B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*, 146(1), 317-25.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621.
- Labra, O., Brouillette, C. et Cousineau, T. (2021). *Fly-in/fly-out : les hommes Québécois et le travail loin du domicile*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. [https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1307/1/fly-in-fly-out\\_hommes\\_quebecois\\_travail\\_loin\\_domicile.pdf](https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1307/1/fly-in-fly-out_hommes_quebecois_travail_loin_domicile.pdf)
- Labra, O., Wright, R., Tremblay, G., Maltais, D., Bustinza, R. et Gingras-Lacroix, G. (2018). Men's Help-Seeking Attitudes in Rural Communities Affected by a Natural Disaster. *American Journal of Men's Health*, 1(1), 1-12.
- Lajeunesse, S-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. et Camus, F. (2013). *Les hommes de la région de Montréal : Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts*. Regroupement des Organismes pour Hommes de l'île de Montréal. <http://www.simonlouislajeunesse.com/wp-content/uploads/ROHIM.pdf>
- Lavallée, M., Fortin, L., Legault-Mercier, S., Sirois, J., Fréchette, A., Rhéaume, J., Roy, M., Boudreault, M-F., Ruel, S., Fadel, R., Pakenham, C., Villeneuve, J., Bélanger, S., Fortin, S., Hains, S., Parenteau, G., Rochette, É., Labrecque, C., Vézina, J-F., Tuncay, B., Boudreault, P., Gourde, M-A., Légaré, A. et Grégoire, O. (2017). *Plan d'action ministériel : santé et bien-être des hommes 2017-2022*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-729-01W.pdf>
- Lavergne, F., Beaulé, G. et Lauzon, R. (2004). *Détresse psychologique chez les jeunes de 15-30 ans*. Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000035169.pdf>

- Legris, L., Gagnon, F. et Landry, M. (2020). *Portrait des hommes de l'Est de l'île de Montréal : un regard sur les différentes réalités masculines*. Direction des services multidisciplinaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.
- Léveillé, S. (2015). *Comprendre la détresse des hommes, mieux intervenir*. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/comprendre-la-detresse-des-hommes-mieux-intervenir/2.2>
- Lévesque, P., Perron, P-A., Mishara, B. (2021). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 – Mise à jour 2021*. Bureau d'information et d'études en santé des populations. Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720\\_suicide\\_quebec\\_2021.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf)
- Lupien, S. (2020). Par amour du stress. *Va savoir*.
- Masson, E. (2012). Méthodologie quantitative et études descriptives simples. *Soins*. 768(1). 55-60.
- McKenzie, S.K., Collings, S., Jenkin, G. et River, J. (2018). Masculinity, Social Connectedness, and Mental Health: Men's Diverse Patterns of Practice. *American Journal of Men's Health*. 12(5), 1247-1261.
- Milner, A., Kavanagh, A., King, T. et Currier, D. (2018). The Influence of Masculine Norms and Occupational Factors on Mental Health: Evidence From the Baseline of the Australian Longitudinal Study on Male Health. *American Journal of Men's Health*. 12(4), 696-705.
- Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue. (2021). *Age moyen de la population, MRC de l'Abitibi-Témiscamingue et Québec, 2021*. Chaire Desjardins en développement des petites collectivités. <https://www.observat.qc.ca/tableaux-statistiques/demographie/population/age-moyen-de-la-population-mrc-de-labitibi-temiscamingue-et-quebec-2021p>
- Ogrodniczuk, J., Oliffe, J., Kuhl, D. et Gross, Paul A. (2016). Men's mental health : spaces and places that work of men. *Canadian Family Physician*. 62(1), 1-2.
- Oliffe, J.L., Creighton, G., Robertson, S., Broom, A., Jenkins, E.L., Ogrodniczuk, J.S. et Ferlatte, O. (2017). Injury, Interiority, and Isolation in Men's Suicidality. *American Journal of Men's Health*. 11(4), 888-899.
- Oliffe, J.L. et Han, C.S.E. (2014). Beyond Workers' Compensation: Men's Mental Health In and Out of Work. *American Journal of Men's Health*. 8(1), 45-53.
- Pagé, G., Lacasse, A., Dassieu, L., Hudspith, M., Moor, G., Sutton, K., Thompson, J., Dorais, M., Montcalm, A.-J., Sourialm N. et Choinière, M., (2021). Original quantitative research – A cross-sectional study of pain status and psychological distress among individuals living with chronic pain : the Chronic Pain & COVID-19 Pan-Canadian Study. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 41(5), s.p.
- Parent, M.C., Hammer, J.H., Bradstreet, T.C., Schwartz, E.N. et Jobe, T. (2018). Men's Mental Health Help-Seeking Behavior: An Intersectional Analysis. *American Journal of Men's Health*. 12(1), 64-73.

- Price, E.C., Gregg, J.L., Smith, M.D. et Fiske, A. (2018). Masculine Traits and Depressive Symptoms in Older and Younger Men and Women. *American Journal of Men's Health*. 12(1), 19-29.
- Rafal, G., Gatto, A. et DeBate, R. (2018), Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal of American College Health*. 66(4), 284-29.
- Rice, S.M., Oliffe, J.L., Kealy, D., Seidler, Z.E. et Ogradniczuk, J.S. (2020). Men's Help-Seeking for Depression : Attitudinal and Structural Barriers in Symptomatic Men. *Journal of Primary Care & Community Health*. 11(1), 1-6.
- Roy, J., Cazale, L., Tremblay, G., Cloutier, R., Lebeau A., Paré, L. et Sirois-Marcil, J. (2015). *Un portrait social et de santé des hommes au Québec : des défis pour l'intervention*. Masculinités et Société. [https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2434842?docref=w-zbwn\\_3P6XKr83TvfGxw](https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2434842?docref=w-zbwn_3P6XKr83TvfGxw)
- Roy, J., Tremblay, G., Guilmette, D., Bizot, D., Dupéré, S. et Houle, J. (2014). *Perceptions des hommes Québécois de leurs psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services : méta-synthèse*. Masculinités et Société. <http://www.rohim.net/doc/perceptions-des-hommes.pdf>
- Roy, P. et Tremblay, G. (2012). Comprendre les masculinités Rurales : un portrait basé sur la santé psychologique. *Service Social*. 58(1), 68-84.
- Roy, P. et Villeneuve, P. (2016). *Résultats de recherche " Et Moi, Comment Ça Va ?" Projet pilote en prévention du suicide chez les hommes*. Campagne de marketing social. Masculinités et Société. [https://www.researchgate.net/publication/303313133\\_Resultats\\_de\\_recherche\\_Et\\_MoiComment\\_Ca\\_Va\\_Projet\\_pilote\\_en\\_prevention\\_du\\_suicide\\_chez\\_les\\_hommes\\_Campagne\\_de\\_marketing\\_social\\_Research\\_results\\_And\\_Me\\_How\\_Am\\_I\\_Doing\\_Pilot\\_project\\_in\\_men%27s\\_suicide\\_pre#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/303313133_Resultats_de_recherche_Et_MoiComment_Ca_Va_Projet_pilote_en_prevention_du_suicide_chez_les_hommes_Campagne_de_marketing_social_Research_results_And_Me_How_Am_I_Doing_Pilot_project_in_men%27s_suicide_pre#fullTextFileContent)
- Rice, S. M., Telford, N. R., Rickwood, D. J. et Parker, A. G. (2018). Young men's access to community-based mental health care: qualitative analysis of barriers and facilitators. *Journal of mental health*, 27(1), 59-65.
- Seaton, C.L., Bottorgg, J.L., Jones-Bricker, M., Oliffe, J.L., DeLeenheer, D. et Medhurst, K. (2017). Men's Mental Health Promotion Interventions: A Scoping Review. *American Journal of Men's Health*. 11(6), 1823-1837.
- Seidler, Z.E., Rice, S.M., Kealy, D., Oliffe, J.L. et Ogradniczuk, J.S. (2020). What gets in the way? Men's perspectives of barriers to mental health services. *International Journal of Social Psychiatry*. 66(2), 105-110.
- Sher, L., Rihmer, Z., Didia-Attas, J., De Leon, J., Lin, S-K., Roncero, C. Szerman, N. et Rice, T. (2014). Future research and clinical directions in the field of men's mental health : the Madrid declaration. *Carrick Institue for Graduate Studies: USA*. 2(242), 1-2.
- Simard, M. et van Schendel, N. (2004). *Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec : processus d'insertion globale et facteurs de rétention*. Institut national de la recherche scientifique de Montréal.

[https://www.researchgate.net/profile/Myriam-Simard/publication/228389515\\_Les\\_medecins\\_immigrants\\_et\\_non\\_immigrants\\_en\\_regions\\_eloignees\\_au\\_Quebec\\_processus\\_d%27insertion\\_globale\\_et\\_facteurs\\_de\\_retention\\_rapport\\_final/links/5a10c7bea6fdccc2d7999c15/Les-medecins-immigrants-et-non-immigrants-en-regions-eloignees-au-Quebec-processus-dinsertion-globale-et-facteurs-de-retention-rapport-final.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Myriam-Simard/publication/228389515_Les_medecins_immigrants_et_non_immigrants_en_regions_eloignees_au_Quebec_processus_d%27insertion_globale_et_facteurs_de_retention_rapport_final/links/5a10c7bea6fdccc2d7999c15/Les-medecins-immigrants-et-non-immigrants-en-regions-eloignees-au-Quebec-processus-dinsertion-globale-et-facteurs-de-retention-rapport-final.pdf)

- Smith, D.T., Mouzon, D.M. et Elliot, M. (2018). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health : An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health*. 12(1), 78-89.
- Tang., May O.T., Oliffe, John L., Galdas, Paul M., Phinney, A. et Han, Christina S. (2014). College men's depression-related help-seeking: a gender analysis. *Journal of mental health*. 23(5), 219-224.
- Tremblay, G. (2003). Compte rendu de : La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement par Jean-Luc Héту. *Service social*. 49(1), 1-121.
- Tremblay, G., Morin, M-A., Desbiens, V. et Bouchard, P. (2007). Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes. *Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes*. 36(1), 1-63.
- Tremblay, G., Beudet, L., Bizot, D., Chamberland, L., Cloutier, R., De Montigny, F., Dupéré, S., Houle, J., Léveillé, S., Roy, B., Roy, V., Séguin, M. et Villeneuve, P. (2016). *Perceptions des hommes Québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services. Masculinités et Société*. [http://www.perceptions.svs.ulaval.ca/sites/perceptions.svs.ulaval.ca/files/rapport\\_finalavec\\_isbn\\_1\\_fev\\_2016.pdf](http://www.perceptions.svs.ulaval.ca/sites/perceptions.svs.ulaval.ca/files/rapport_finalavec_isbn_1_fev_2016.pdf)
- Tudor, K., Stora, N. et Ducroux-Biass, F. (2014). Les conditions thérapeutiques de Rogers: une conceptualisation relationnelle. *Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche*. 20(1), 63-85.
- Vogel, D.L., Hammer, J. H. et Edwards, S. (2011). "Boys Don't Cry": Examination of the Link Between Endorsement of Masculine Norms, Self-Stigma, and Help-Seeking Attitudes for Men From Diverse Backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*. 58(3), 368-382.
- Wester, S. R. (2008). Male gender role conflict and multiculturalism: Implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*. 36(1), 294-324.
- Wide, J., Mok, H., McKenna, M. et Ogrodniczuk, J.S. (2011). Effect of gender socialization on the presentation of depression among men: a pilot study. *Canadian Family Physician*. 57(1), 2-5.
- Wong, Y.J. et Owen, J. (2012). A Latend Class Regression Analysis of Men's Conformity to Masculine Norms and Psychological Distress. *American Psychological Association*. 59(1), 176-183.

## ANNEXE 1 - Approbation du comité scientifique de l'UQAT



Rouyn-Noranda, le 26 mars 2020

**Madame Christel Brouillette**  
Étudiante à la maîtrise recherche en sciences de la santé  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

**Objet : Acceptation du protocole de recherche par le Comité scientifique**

Bonjour,

Il me fait plaisir de vous informer que votre protocole d'intervention intitulé : « *Être un homme en région et avoir besoin d'aide : Le portrait psychosocial des hommes en contexte de région éloignée au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT)* » a été accepté par votre Comité scientifique. Suite à l'évaluation initiale, les modifications apportées à votre protocole ont en effet été faites à la satisfaction du membre du comité ayant demandé de revoir le protocole.

**La présente lettre attestant votre réussite devra être jointe à votre demande d'approbation auprès du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT.**

Je vous souhaite bon succès dans la suite de votre parcours d'études et vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pre Anaïs Lacasse, Ph. D.  
Présidente et membre du comité scientifique  
[anaïs.lacasse@uqat.ca](mailto:anaïs.lacasse@uqat.ca)

c. c. Prs Stéphane Grenier et Marie-Hélène Morin

AL/II

## ANNEXE 2 - Approbation éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)



Montréal, le 12 novembre 2020

Monsieur Stéphane Grenier  
o/s de madame Christel Brouillette  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
675, 1<sup>ère</sup> Avenue  
Val-d'Or, Québec, J9P 1Y3

Objet: CCER 20-21 – 08 - Approbation finale.

**Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.**

Monsieur Grenier,

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a évalué votre projet de recherche à sa réunion du 8 octobre 2020. Lors de cette réunion, les documents suivants ont été examinés :

- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche dûment complété signé et daté.
- Protocole de recherche intitulé : Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue, daté du 23 février 2020.
- Formulaire d'information et de consentement, non daté.
- Questionnaire non daté.
- Curriculum vitæ de monsieur Stéphane Grenier.
- Curriculum vitæ de madame Marie-Hélène Morin.
- Curriculum vitæ de madame Brouillette.
- Lettre de monsieur Stéphane Grenier, datée du 11 septembre 2020.
- Lettre de madame Marie-Hélène Morin, datée du 18 septembre 2020.
- Lettre de l'UQAT - Acceptation du protocole de recherche par le Comité scientifique, datée du 26 mars 2020.

Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 30 octobre 2020. Vous nous avez soumis en date du 6 novembre 2020, les documents suivants :

- Protocole de recherche intitulé : Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue, daté du 30 octobre 2020, en mode révision.
- Formulaire d'information et de consentement, daté du 30 octobre 2020, en mode révision.

Vos réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation. Suite à cette évaluation, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les documents que le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de recherche intitulé : Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue, daté du 12 novembre 2020.
- Formulaire d'information et de consentement, daté du 12 novembre 2020.
- Questionnaire daté du 12 novembre 2020.

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 12 novembre 2020, date de l'approbation finale.

Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Dans le cadre du suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

1. De soumettre toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
2. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement ou toute modification à l'équilibre clinique susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, d'accroître les risques et les inconvénients pour les participants, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un participant de continuer à participer au projet.
3. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et en lien avec la réalisation de ce projet, tout accident survenu dans votre site.
4. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'interruption prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.
5. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème constaté à la suite d'une activité de surveillance ou de vérification menée par un tiers et susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche.
6. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
7. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthicité ainsi que des résultats de la procédure.
8. De soumettre, toute déviation au projet de recherche susceptible d'augmenter le niveau de risque ou susceptibles d'influer sur le bien-être du participant ou d'entacher le consentement du participant.
9. De soumettre une demande de renouvellement annuel de l'approbation du projet de recherche.
10. De soumettre le rapport de la fin du projet de recherche.

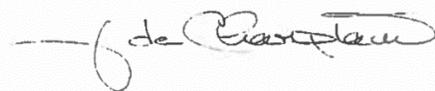
Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/institut-de-la-recherche/comite-central/documentation.html>

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Johane de Champlain  
Vice-présidente, Comité central d'éthique de la recherche  
du ministre de la Santé et des Services sociaux  
JdeC/

p. j.

### ANNEXE 3 - Approbation du comité éthique de la recherche (CÉR) de l'UQAT



Le 4 décembre 2020

Mme Christel Brouillette  
Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

**Objet : Évaluation éthique – Projet « Être un "homme" en région et avoir besoin d'aide: le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue »**

Madame,

Étant donné le risque en deçà du seuil minimal pour les participants, le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CÉR-UQAT) a eu recours le 2 décembre 2020 à la procédure d'évaluation déléguée du projet cité en rubrique, par trois de ses membres, conformément à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (article 5.5.2).

Le CÉR-UQAT a constaté que le comité central d'éthique de la recherche avait émis une approbation éthique. Sur la base de cette évaluation et de la nôtre, nous jugeons que le projet est conforme aux principes éthiques guidant la recherche avec les êtres humains ainsi qu'aux pratiques en vigueur à l'UQAT.

Je vous invite maintenant à transmettre le certificat d'éthique du CER-UQAT, l'attestation éthique du CCER ainsi que le dossier complet soumis au CCER à M<sup>re</sup> Marianne Gagnon-Bourget, du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSSAT). Celle-ci pourra ensuite vous donner les autorisations finales et les balises qui s'y appliquent.

Par ailleurs, veuillez faire part au CCER et au CER-UQAT de tout changement important qui pourrait être apporté en cours de recherche aux procédures décrites dans le formulaire de demande d'évaluation éthique ou dans tout autre document destiné aux participants.

En vous souhaitant tout le succès dans la réalisation de votre projet, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pascal Grégoire', written in a cursive style.

Pascal Grégoire, Ph. D.  
Président du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

PG/ml

p. j. Certificat  
c. c. Stéphane Grenier (directeur de recherche)

## ANNEXE 4 - 1<sup>re</sup> modification éthique du projet de recherche auprès du MSSS



Montréal, le 24 mars 2021

Monsieur Stéphane Grenier  
Madame Christel Brouillette  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
675, 1<sup>ère</sup> Avenue  
Val-d'Or, Québec, J9P 1Y3

Objet : CCER 20-21 - 08 - Demande de modification M1

**Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.**

Monsieur,

Vous avez soumis au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, par courriel, le 12 mars 2021, une demande de modification à votre projet de recherche cité en rubrique. À cet effet, vous avez soumis au Comité les documents suivants :

- Formulaire de demande d'approbation de modification dûment complété.
- Protocole de recherche intitulé : Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue, daté du 12 novembre 2020, en mode révision.
- Formulaire d'information et de consentement, daté du 12 novembre 2020, en mode révision.
- Questionnaire daté du 12 novembre 2020, en mode révision.

Votre demande de modification a fait l'objet d'une évaluation. Lors de cette évaluation, nous avons communiqué avec madame Brouillette pour obtenir des informations supplémentaires et nous avons apporté des modifications aux documents.

Suite à cette évaluation, le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée par le Comité. Ce faisant, le Comité vous autorise à utiliser, pour la réalisation de votre projet, les documents suivants :

- Protocole de recherche intitulé : Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue, daté du 24 mars 2021.
- Formulaire d'information et de consentement, daté du 24 mars 2021.
- Questionnaire daté du 24 mars 2021.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Johane de Champlain  
Vice-présidente, Comité central d'éthique de la recherche  
du ministre de la Santé et des Services sociaux  
JdeC/  
p. j.

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux  
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800  
Montréal, Québec, H3A 3C6  
Téléphone : (514) 873-2114  
Télécopieur : (514) 873-8768  
Courriel (Johane de Champlain) : jdechamplain@frs.gouv.qc.ca  
Site du Comité : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/lethique-de-la-recherche/comite-central.html>

1/1

## ANNEXE 5 - 2<sup>e</sup> modification éthique du projet de recherche auprès du MSSS



Montréal, le 6 avril 2021

Monsieur Stéphane Grenier  
Madame Christel Brouillette  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
675, 1<sup>ère</sup> Avenue  
Val-d'Or, Québec, J9P 1Y3

Objet : CCER 20-21 - 08 - Demande de modification M2

**Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.**

Monsieur,

Vous avez soumis au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, par courriel, le 1<sup>er</sup> avril 2021, une demande de modification à votre projet de recherche cité en rubrique. À cet effet, vous avez soumis au Comité les documents suivants :

- Formulaire de demande d'approbation de modification dûment complété.
- Protocole de recherche intitulé : Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue, daté du 24 mars 2021, en mode révision.

Votre demande de modification a fait l'objet d'une évaluation. Suite à cette évaluation, le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée par le Comité. Ce faisant, le Comité vous autorise à utiliser, pour la réalisation de votre projet, le document suivant :

- Protocole de recherche intitulé : Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue, daté du 6 avril 2021.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Johane de Champlain  
Vice-présidente, Comité central d'éthique de la recherche  
du ministre de la Santé et des Services sociaux  
JdeC/  
p. j.

## ANNEXE 6 - 3<sup>e</sup> modification éthique du projet de recherche auprès du MSSS



Montréal, le 9 juin 2021

Monsieur Stéphane Grenier  
Madame Christel Brouillette  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
675, 1<sup>ère</sup> Avenue  
Val-d'Or, Québec, J9P 1Y3

Objet : CCER 20-21 - 08 - Demande de modification M3

**Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.**

Monsieur,

Vous avez soumis au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, par courriel, le 2 juin 2021, une demande de modification à votre projet de recherche cité en rubrique. À cet effet, vous avez soumis au Comité les documents suivants :

- Formulaire de demande d'approbation de modification dûment complété.
- Annonce de recrutement.

Votre demande de modification a fait l'objet d'une évaluation. Suite à cette évaluation, le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée par le Comité. Ce faisant, le Comité vous autorise à utiliser, pour la réalisation de votre projet, le document suivant :

- Annonce de recrutement.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Johane de Champlain  
Vice-présidente, Comité central d'éthique de la recherche  
du ministre de la Santé et des Services sociaux  
JdeC/  
p. j.

## ANNEXE 7 - Renouvellement annuel du projet de recherche auprès du MSSS



Montréal, le 12 octobre 2021

Monsieur Stéphane Grenier  
o/s de madame Christel Brouillette  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
675, 1<sup>ère</sup> Avenue  
Val-d'Or, Québec, J9P 1Y3

Objet: CCER 20-21 – 08 – Approbation de la demande de renouvellement R1.

**Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.**

Monsieur Grenier,

Vous avez soumis au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, par courriel, le 4 octobre 2021, une demande de renouvellement pour votre projet cité en rubrique.

Votre demande de renouvellement a fait l'objet d'une évaluation. Suite à cette évaluation, le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande de renouvellement a été approuvée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, vous pouvez poursuivre votre étude pour un an, et ce, à compter du **12 novembre 2021 jusqu'au 12 novembre 2022**.

Deux mois avant la date d'échéance vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Nous vous rappelons que dans le cadre de son suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

1. De soumettre toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
2. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement ou toute modification à l'équilibre clinique susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, d'accroître les risques et les inconvénients pour les participants, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un participant de continuer à participer au projet.
3. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et en lien avec la réalisation de ce projet, tout accident survenu dans votre site.
4. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'interruption prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.
5. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème constaté à la suite d'une activité de surveillance ou de vérification menée par un tiers et susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche.
6. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
7. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthicité ainsi que des résultats de la procédure.
8. De soumettre, toute déviation au projet de recherche susceptible d'augmenter le niveau de risque ou susceptibles d'influer sur le bien-être du participant ou d'entacher le consentement du participant.

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux  
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800  
Montréal, Québec, H3A 3C6  
Téléphone : (514) 873-2114  
Télécopieur : (514) 873-8768  
Courriel (Johane de Champlain) : [jdechamplain@frq.gouv.qc.ca](mailto:jdechamplain@frq.gouv.qc.ca)  
Site du Comité : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/ethique-de-la-recherche/comite-central.html>

R1

9. De soumettre une demande de renouvellement annuel de l'approbation du projet de recherche.
10. De soumettre le rapport de la fin du projet de recherche.

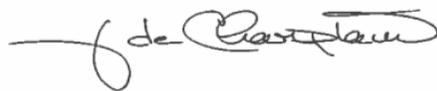
Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante :  
<http://ethique.msss.gouv.qc.ca/lethique-de-la-recherche/comite-central/documentation.html>

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Finalement, je vous rappelle que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Johane de Champlain  
Vice-présidente, Comité central d'éthique de la recherche  
du ministre de la Santé et des Services sociaux  
JdeC/

## ANNEXE 8 - Renouvellement annuel du projet de recherche auprès du CÉR-UQAT



Rouyn-Noranda, le 29 novembre 2021

Mme Christel Brouillette  
Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

**Objet : Renouvellement de l'approbation  
et Réception et acceptation des modifications au projet**

**No du certificat :** 2020-12 - Brouillette, C.

**Projet intitulé :** « Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue. »

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CER-UQAT) a pris connaissance du rapport annuel et de l'avis de modifications que vous lui avez soumis le 23 et 26 novembre 2021 relativement au projet cité en rubrique. Nous vous remercions pour votre diligence.

La lecture du rapport et de l'avis nous a permis de constater l'acceptabilité éthique des modifications apportées au projet et le bon déroulement du projet sur le plan éthique et vous autorise à poursuivre vos activités par le renouvellement de votre approbation éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au 4 décembre 2022.

Dans ces conditions, vous devrez soumettre à nouveau un rapport au CER-UQAT l'an prochain. Si d'ici là le projet de recherche cité en rubrique se termine, vous pourrez soumettre un rapport final. Tous nos formulaires sont disponibles sur le site web du CER-UQAT :  
<https://www.uqat.ca/recherche/ethique/etres-humains/>

En vous remerciant pour votre collaboration à la surveillance éthique continue de la recherche, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in cursive script that reads 'Maryse Delisle'.

Maryse Delisle  
Conseillère en gestion de la recherche  
CER-UQAT

MD/bg

c. c. Pr Stéphane Grenier, directeur de recherche

[cer@uqat.ca](mailto:cer@uqat.ca)

**ANNEXE 9 - Annonce de recrutement pour le questionnaire autoadministré en ligne**

PROJET DE RECHERCHE : RECRUTEMENT EN COURRS

**VOUS ÊTES UN HOMME  
AYANT RÉCEMMENT VISITÉ  
UN CLSC OU UN GMF DU  
SECTEUR DE VAL-D'OR OU DE  
ROUYN-NORANDA ?**

*Nous désirons obtenir votre avis pour évaluer le besoin  
de ressources d'aide pour hommes en Abitibi-  
Témiscamingue.*

**VOTRE PARTICIPATION  
CONSISTE À COMPLÉTER UN  
QUESTIONNAIRE EN CLIQUANT  
SUR LE LIEN WEB OU PAR LE  
CODE QR À L'AIDE DE  
L'APPAREIL PHOTO DE VOTRE  
CELLULAIRE.**

**DATE LIMITE : 31 JUILLET 2021**

Étude approuvée par le comité d'éthique du  
ministère de la santé et des services sociaux  
CCER 20-21-08



Code QR

## ANNEXE 10 - Formulaire de consentement en version papier et numérique

### Formulaire d'information et de consentement

<b>Titre du projet de recherche :</b>	Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.
<b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b>	Stéphane Grenier, professeur-chercheur de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)
<b>Co-chercheur :</b>	Marie-Hélène Morin, professeure-chercheuse de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)
<b>Membre du personnel de recherche :</b>	Christel Brouillette, étudiante à la maîtrise recherche en sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)
<b>Établissement participant :</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

### 1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### 2. Nature et objectifs du projet de recherche

Le but de la recherche est d'identifier le portrait, les besoins et les attentes des hommes qui consultent à l'heure actuelle le CLSC et/ou le GMF du secteur de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. La réalisation de ce projet de recherche vise à mieux comprendre et connaître les réalités des hommes en région. La motivation derrière cette étude se traduit par le décès par suicide vécu chez les hommes qui

demeure une réalité présente en Abitibi-Témiscamingue et supérieur aux autres régions de la province du Québec. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 50 participants, spécifiquement des hommes âgés de 18 ans et plus.

### **3. Déroulement du projet de recherche**

#### **3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites**

Ce projet de recherche se déroulera au CLSC et/ou au GMF de Val-d'Or et de Rouyn-Noranda. Votre participation à ce projet durera approximativement 15 minutes, et ce, à l'intérieur d'une seule visite en présence ou par vidéoconférence.

#### **3.2 Nature de votre participation**

Nous vous invitons à remplir un court questionnaire, de 16 questions dont la majorité des questions comportent des choix de réponse prédéterminés portant sur le portait, les besoins et les attentes des hommes qui consultent les services sociaux généraux relevant du CISSSAT. Ce questionnaire est disponible en version papier et en version électronique. Pour la version en ligne, un lien vous sera remis par votre intervenant. Ou encore le questionnaire vous sera remis en version papier. Une fois la version papier complétée, vous devrez le retourner par la poste dans l'enveloppe-réponse affranchie.

### **4. Avantages associés au projet de recherche**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

### **5. Inconvénients associés au projet de recherche**

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, certaines questions du questionnaire peuvent susciter des émotions voire des inconforts. En cas de besoin, votre intervenant est disponible à cet effet ou encore la ligne téléphonique Info-Social 811 si la situation le requiert.

### **6. Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche. Votre décision de ne pas participer à ce projet

de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent. Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet. Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

## **7. Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que vos réponses au questionnaire. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom et votre âge.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'établissement ou du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de

confidentialité. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

### **8. Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

### **9. En cas de préjudice**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **10. Identification des personnes-ressources**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable, Stéphane Grenier au 819-762-0971, poste 6313. Vous pouvez également joindre Christel Brouillette au 819-860-2468.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSSAT au 1-888-764-5531.

### **11. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvé le projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec madame Johane de Champlain, vice-présidente, au (514) 873.2114.

---

**Consentement.**

**Titre du projet de recherche :** Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.

**1. Consentement du participant**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Nom et signature du participant

Date

**2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche**

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

**3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche**

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

---

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date

---

**ANNEXE 11 - Questionnaire autoadministré en version papier et numérique**

*Être un « homme » en région et avoir besoin d'aide : le portrait psychosocial des hommes  
utilisateurs des services de santé publique en Abitibi-Témiscamingue.*

---

**Veillez inscrire vos réponses et cocher les énoncés qui vous concernent, au meilleur de votre connaissance.**

**1. Quel âge avez-vous ?** \_\_\_\_\_

**2. Actuellement, êtes-vous :**

Célibataire

Conjoint de fait ou en couple

Marié

Divorcé

Séparé

Veuf

Autre - précisez : \_\_\_\_\_

**3. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété ?**

<sub>0</sub> Primaire

<sub>2</sub> Professionnel (DEP)

<sub>4</sub> Universitaire

<sub>1</sub> Secondaire

<sub>3</sub> Collégial

---

**4. Quelle est votre occupation actuelle ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi                   | <input type="checkbox"/> Arrêt de travail          |
| <input type="checkbox"/> Chômage                  | <input type="checkbox"/> Invalidité                |
| <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi       | <input type="checkbox"/> Retraité ou semi-retraité |
| <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____ |  |

**5. Présentement, si vous êtes en emploi, dans quel domaine travaillez-vous ?**

- |  |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vente                     | <input type="checkbox"/> Transport    | <input type="checkbox"/> Coiffure     |
| <input type="checkbox"/> Enseignement              | <input type="checkbox"/> Restauration | <input type="checkbox"/> Construction |
| <input type="checkbox"/> Foresterie                | <input type="checkbox"/> Gestion      | <input type="checkbox"/> Minier       |
| <input type="checkbox"/> Santé et services sociaux | <input type="checkbox"/> Financier    |                                       |
| <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____  |                                       |                                       |

**6. Lorsque vous avez besoin de parler d'une situation qui affecte votre santé psychologique, à qui avez-vous tendance à vous référer ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Votre conjointe                       | <input type="checkbox"/> Autres membres de votre famille |
| <input type="checkbox"/> Vos parents (mère/père)               | <input type="checkbox"/> Ligne d'écoute                  |
| <input type="checkbox"/> Vous ne demandez de l'aide à personne | <input type="checkbox"/> Ressources communautaires       |
| <input type="checkbox"/> Votre médecin de famille              | <input type="checkbox"/> CLSC                            |
| <input type="checkbox"/> Vos amis                              | <input type="checkbox"/> Autre - précisez :              |
| _____  |  |

<b>7. Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants ?</b>	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Se sentir mal, déprimé ou désespéré	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

(Kroenke, Spitzer &amp; Williams, 2003).

<b>8. Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants ?</b>	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Se sentir nerveux, anxieux ou sur le point de l'être	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Ne pas pouvoir arrêter ou contrôler l'inquiétude	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

(Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, &amp; Löwe, 2007).

---

**9. Si vous vivez une détresse psychologique, avez-vous tendance à aller chercher une aide professionnelle ?**

<sub>0</sub> Oui

<sub>1</sub> Non, pourquoi ? : \_\_\_\_\_

**10. Durant les cinq dernières années, combien de fois avez-vous été chercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé (ex. : médecin, psychologue, infirmier, travailleur social, psychoéducateur, etc.) ?**

<sub>0</sub> Au moins une fois

<sub>1</sub> Entre deux et cinq fois

<sub>2</sub> Entre six et neuf fois

<sub>3</sub> Plus de dix fois

**11. À quel(s) endroit(s) (Cochez la ou les bonnes réponses) ?**

À l'urgence (hôpital)

À la clinique externe de psychiatrie et santé mentale

À la clinique externe en dépendance

À la Protection de la Jeunesse

À l'accueil du centre local des services communautaires (CLSC) en sans rendez-vous

À la clinique privée d'un médecin (ex. : médecin de famille)

À partir de la maison (ex : par téléphone, ligne besoin d'aide, ligne 811 option 2)

À partir du programme d'aide aux employés (PAE) offert par votre employeur

À partir d'un organisme communautaire

Autre - précisez : \_\_\_\_\_

---

**12. Parmi les endroits énumérés ci-haut lequel ou lesquels recommanderez-vous à un proche ?**

**Expliquez brièvement votre réponse.**

---

**13. Durant les cinq dernières années, quel a été le ou les motifs initiaux de votre consultation ?**

**Veillez cocher la ou les bonnes réponses.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rupture amoureuse                         | <input type="checkbox"/> Anxiété                  |
| <input type="checkbox"/> Parentalité                               | <input type="checkbox"/> Décès d'un proche        |
| <input type="checkbox"/> Perte d'emploi                            | <input type="checkbox"/> Gestion des émotions     |
| <input type="checkbox"/> Consommation (ex. : drogues, alcool, jeu) | <input type="checkbox"/> Solitude                 |
| <input type="checkbox"/> Dépression                                | <input type="checkbox"/> Idéations suicidaires    |
| <input type="checkbox"/> Violence conjugale                        | <input type="checkbox"/> Abus sexuel              |
| <input type="checkbox"/> Épuisement/fatigue                        | <input type="checkbox"/> Autre - précisez : _____ |

**14. Pour quel(s) raison(s) avez-vous cessé de voir votre professionnel de la santé ? Veillez cocher la ou les bonnes réponses.**

- Vous vous sentiez mieux
- Vous n'aimez pas vous sentir contrôlé par les autres
- Vous étiez gêné de parler de votre situation personnelle
- Vous étiez hésitant à l'idée de consulter un professionnel
- Vous croyez que le problème va finir par se régler avec le temps
- Vous vouliez résoudre le problème par vous-même
- Vous aviez de la difficulté à vous libérer en raison de la garde d'enfants
- Vous aviez de la difficulté à vous libérer en raison de votre horaire de travail
- Vous n'étiez pas à l'aise avec l'approche de l'intervenant

Autre - précisez : \_\_\_\_\_

**15. Quelles sont vos attentes au moment où vous consultez pour la première fois un professionnel de la santé ? Veuillez cocher la ou les bonnes réponses.**

Se sentir écouté, pris au sérieux

Solutions immédiates

Professionnalisme

Ne pas se sentir jugé

Confidentialité

Accueil chaleureux

Climat de confiance

Autre - précisez : \_\_\_\_\_

**16. Quelles améliorations devrait-on apporter aux services de santé actuels pour mieux répondre aux besoins des hommes ? Veuillez cocher la ou les bonnes réponses.**

Disponibilité de soir et/ou fin de semaine

Choix du sexe de l'intervenant (homme ou femme)

Proximité du service (PAE disponible dans le milieu de travail)

Intervention immédiate avec suivi à court ou moyen terme (contre la liste d'attente actuelle)

Promotion/sensibilisation pour mieux connaître les ressources disponibles en région

Autre - précisez : \_\_\_\_\_

---

**FIN DU QUESTIONNAIRE.**

**VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR BIEN RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.**



**REMETTEZ VOTRE QUESTIONNAIRE À VOTRE INTERVENANT(E), À CHRISTEL BROUILLETTE AU [CHRISTEL.BROUILLETTE@UQAT.CA](mailto:CHRISTEL.BROUILLETTE@UQAT.CA) OU À STEPHANE GRENIER PAR LA POSTE : UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE – CAMPUS DE VAL-D'OR 675, 1<sup>RE</sup> AVENUE, VAL-D'OR, QUÉBEC, J9P 1Y3**



**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION.**

---