



Gilles Tremblay
Félix Fonséca
Richard Lapointe-Goupil

**PORTRAIT DES BESOINS DES HOMMES QUÉBÉCOIS
EN MATIÈRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

Numéro 31

Collection ÉTUDES ET ANALYSES

Janvier 2004

On peut se procurer le document suivant en s'adressant au :

CRI-VIFF (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes)

Université Laval
Pavillon Charles-De Koninck, bureau 0439
Québec (Québec) G1K 7P4
Téléphone : (418) 656.3286
Télécopieur : (418) 656.3309
Courriel : criviff@criviff.ulaval.ca

Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Téléphone : (514) 343-5708
Télécopieur : (514) 343-6442
Courriel : cri-viff@esersoc.umontreal.ca

Site Internet : www.criviff.qc.ca

ISBN : 2-921768-52-6

Reproduit avec l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Le contenu de cette publication n'engage que ses auteurs.

REMERCIEMENTS

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

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

Le présent document constitue l'annexe 2 du rapport du Comité de travail déposé en janvier 2004 intitulé *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Ce rapport et ses annexes sont disponibles sur le Web du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse suivante :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/21c3978821f1324485256e76004dd8bf?OpenDocument>

Gilles Tremblay, Ph.D., t.s.
École de service social,
Université Laval
CRI-VIFF

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
TABLE DES MATIÈRES.....	II
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES.....	V
INTRODUCTION	1
LE PLAN	2
LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	2
LE CONCEPT DE SANTÉ	3
1. LE PORTRAIT DE LA SITUATION DES HOMMES QUÉBÉCOIS	3
1.1. LE PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE	3
1.1.1. <i>La population masculine</i>	3
1.1.2. <i>La natalité et la fécondité</i>	4
1.2. L'ESPÉRANCE DE VIE ET LE TAUX DE MORTALITÉ.....	4
1.3. LA SANTÉ PHYSIQUE.....	6
1.3.1. <i>La mortalité selon les principales maladies physiques</i>	6
1.3.2. <i>La perception de l'état de santé physique</i>	6
1.3.3. <i>La prévalence de problèmes spécifiques de santé physique</i>	7
1.3.4. <i>Les incapacités</i>	9
1.4. LA SANTÉ MENTALE	9
1.4.1. <i>La perception de l'état de santé mentale et de détresse psychologique</i>	10
1.4.2. <i>Les troubles transitoires de santé mentale</i>	11
1.4.3. <i>Le suicide et les parasuicides</i>	12
1.4.4. <i>Les troubles mentaux graves</i>	14
1.4.5. <i>Les troubles de la personnalité</i>	15
1.4.6. <i>La socialisation masculine et la santé mentale</i>	15
1.5. L'ÉDUCATION	16
1.6. LA CONJUGALITÉ ET LA SEXUALITÉ	19
1.7. LA PATERNITÉ	21
1.8. LA VIE PROFESSIONNELLE	24

1.9.	LES HABITUDES DE VIE ET LES STYLES DE VIE	25
1.9.1.	<i>Les habitudes de vie</i>	25
1.9.1.1.	<i>L'alimentation</i>	25
1.9.1.2.	<i>L'activité physique</i>	25
1.9.1.3.	<i>Les attitudes à l'égard du poids corporel</i>	26
1.9.1.4.	<i>L'usage de la cigarette</i>	27
1.9.1.5.	<i>L'usage d'alcool et de drogues</i>	27
1.9.2.	<i>Les styles de vie</i>	29
1.9.2.1.	<i>Les accidents et les morts violentes</i>	29
1.9.2.2.	<i>Le jeu pathologique</i>	30
1.9.2.3.	<i>La criminalité et la victimisation</i>	31
1.9.2.4.	<i>Le soutien social et la solitude</i>	32
1.10.	LES ATTITUDES MASCULINES EN REGARD DES SERVICES D'AIDE ET L'INADÉQUATION RELATIVE DES SERVICES OFFERTS AUX HOMMES	33
1.11.	LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE CHEZ LES HOMMES DE COMMUNAUTÉS SPÉCIFIQUES	38
1.11.1.	<i>Les hommes autochtones</i>	38
1.11.2.	<i>Les hommes issus d'immigration récente</i>	39
1.11.3.	<i>Les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle</i>	41
1.11.4.	<i>Les hommes sans domicile fixe</i>	42
2.	LES PRINCIPAUX BESOINS DES HOMMES QUÉBÉCOIS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	42
	RÉFÉRENCES	45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	6
Taux ajustés de mortalité selon certaines causes et le sexe, Québec, période 1994-1998.	
Tableau 2	8
Prévalence des problèmes de santé mesurée par l'Enquête sociale et de santé Québec 1998 selon le sexe, population totale, Québec 1998.	
Tableau 3	16
Effets de la socialisation masculine sur la santé mentale des hommes	
Tableau 4	23
Répartition des enfants de parents séparés et de ces enfants par type d'union rompue selon la nature des contacts avec l'un ou l'autre parent au moment de la séparation et la fréquence des contacts avec le père.	
Tableau 5	33
Proportions de personnes rapportant avoir consulté au moins un-e professionnel-le de la santé au cours des deux semaines précédant l'ESSQ 1998.	
Tableau 6	36
Des exigences contradictoires.	

LISTE DES FIGURES

Figure 1	13
Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, de 1976-1978 à 1997-1997.	
Figure 2	14
Taux de mortalité selon l'âge et le sexe, Québec, 1997-1999.	
Figure 3	17
Taux d'élèves n'ayant pas obtenu un DES à 19 ans.	
Figure 4	17
Taux d'accès au collégial.	
Figure 5	18
Taux d'accès à l'université.	

INTRODUCTION

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

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

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

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

Le plan

Après une brève revue de la démarche méthodologique suivie et une définition de la notion de santé, nous diviserons l'exposé de la situation des hommes québécois en nous basant principalement sur les dimensions retenues par le *Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*². Nous aborderons successivement l'espérance de vie et le taux de mortalité, la santé physique, la santé mentale, l'éducation, la sexualité, la paternité, la vie professionnelle, les styles de vie et les attitudes et l'inadéquation relative des services offerts aux hommes³. Enfin nous concluons en tentant de dégager les principaux besoins des hommes québécois en matière de santé et de bien-être.

La démarche méthodologique

Compte tenu des délais très serrés pour produire le présent rapport, nous n'avons pas entrepris une vaste étude impliquant une collecte et une analyse de nouvelles données. La démarche méthodologique suivie s'appuie principalement sur une recension des études pertinentes, déjà produites et validées. Les données proviennent de recherches publiées dans des revues scientifiques et des rapports d'études réalisées pour le compte de divers ministères et organismes gouvernementaux (provinciaux et fédéraux) tels que Santé Québec, l'Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, le Bureau du Coroner, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Société de l'assurance automobile du Québec, etc. Ces données portent directement ou indirectement sur les conditions et la réalité des hommes. Plusieurs de ces données ont été compilées à travers des versions électroniques accessibles par Internet, d'autres, en format papier ou enregistrées sur disquette ou disque compact, proviennent des ministères et organismes concernés, des bibliothèques et autres banques de données pertinentes. Les critères de sélection des données s'appuient sur la récence de ces dernières, c'est-à-dire, les plus à jour (idéalement entre 1998-2003) et s'assurent que les sujets abordés touchent l'ensemble des dimensions de la santé et des services sociaux. Enfin, nous avons analysé la banque de données complémentaire fournie par la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant les consultations dans les CLSC du Québec en vue d'en extraire des éléments pertinents et complémentaires. Les tests statistiques usuels⁴ ont été appliqués pour vérifier s'il y avait des différences significatives entre les hommes et les femmes sur les variables étudiées. Enfin, notons que nous sommes conscients qu'il existe sans doute un bon nombre de recherches dont l'inclusion des données aurait pu être fort intéressante. Cependant, le temps alloué ne nous permettait pas d'aller plus loin à ce stade-ci. Nous croyons tout de même que ce texte dresse un portrait suffisamment détaillé pour bien situer les enjeux actuels en regard de la réalité des hommes québécois.

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

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

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

Le concept de santé

La santé est une notion très vaste qui ne se résume pas uniquement à l'état biologique des personnes. Le gouvernement fédéral canadien, dans une étude sur la toxicomanie, affirme que « la santé ne constitue pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité; il s'agit d'un état de bien-être mental, social et physique. La santé reflète aussi bien le contexte social, politique et économique que l'état biologique des personnes. Les recherches indiquent que les facteurs clés suivants influent sur la santé de la population : revenu, situation sociale, réseaux de soutien social, éducation, emploi et conditions de travail, environnement physique, état biologique et bagage génétique, hygiène personnelle, capacité d'adaptation, développement sain durant l'enfance, qualité des services de santé, sexe et culture » (Gouvernement du Canada, 1998, dans Fonséca, 2003 : 162). Nous adhérons à cette vision de la santé qui tient compte du temps, de l'espace et de la capacité d'une personne à s'adapter à son environnement et à son milieu de vie ainsi que des opportunités qui lui sont offertes. Cette conception de la santé ne tient pas uniquement compte de l'aspect clinique ou diagnostique consistant à identifier les maladies ou les problèmes sociaux. Nous sommes cependant conscients des limites de cette recherche qui ne peut envisager toutes les facettes nécessaires pour procurer une vision complète de la situation des hommes québécois dans tous les aspects de leur santé. Mais il nous semblait important de situer nos assises dès le départ, de telle sorte qu'il soit possible de comprendre rapidement pourquoi le présent portrait ne se limite pas à situer la santé des hommes uniquement en regard des problèmes de santé liés à l'appareil reproducteur mâle comme c'est souvent le cas dans les traités sur le sujet.

1. LE PORTRAIT DE LA SITUATION DES HOMMES QUÉBÉCOIS

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

1.1. Le portrait sociodémographique

1.1.1. La population masculine

Selon le dernier recensement de Statistique Canada de 2001 (dans ISQ, 2003a), le Québec compte 7 237 479 habitants, soit une augmentation de 1,4 % depuis 1996 (7 138 795 habitants)⁵. La population québécoise est constituée de près de 49 % d'hommes (48,9 %, 3 532 845) et de 51 % de femmes (3 704 635). Globalement, les chiffres montrent que la population féminine est sensiblement plus nombreuse, sauf dans la tranche des moins de 30 ans (0-29 ans). Selon les scénarios les plus optimistes, ces tendances se maintiendront également dans les années à venir. Les moins de 30 ans représentent 37 % (2 682 400) de la population totale, soit 18,8 % d'hommes (1 361 660) et 18,2 % de femmes (1 320 735). Les personnes de 65 ans et plus représentent 13,2 % de la population totale (959 810), dont 5,4 % d'hommes (395 260) et 7,8 % de femmes (564 555). Selon l'ISQ (1997a), la population des 65 ans et plus atteindra 1 090 332

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

personnes (451 511 hommes et 638 821 femmes), soit une augmentation de 130 522 personnes, comparativement à 2001. Une telle augmentation aura nécessairement des répercussions sur notre système de santé à tous les niveaux pour faire face aux besoins en santé et services sociaux des personnes âgées. Par ailleurs, plus de 56 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus vit maritalement : plus de 33 % de ces personnes sont unies par les liens du mariage et plus de 23 % vivent en union libre. Les personnes séparées (1,6 %), divorcées (5,2 %) ou encore veuves (5,1 %) forment près de 12 % de la population. Selon l'Institut de la statistique Québec (1997b), c'est dans la catégorie des moins de 25 ans (20-24 ans) qu'on trouve la proportion la plus élevée de couples vivant en union libre, soit 83 % des hommes et 65 % des femmes vivant en couple. C'est aussi dans la même catégorie d'âge qu'on trouve le pourcentage le plus élevé de femmes monoparentales (16 %). On constate par ailleurs que 55 % des naissances au Québec surviennent hors mariage contrairement à 10 % en 1977 (ISQ, 1997b).

1.1.2. La natalité et la fécondité

Selon l'ISQ (2002), l'évolution des naissances au Québec suit une courbe descendante. Il y a eu 73 500 naissances au Québec en 2001 comparativement à 97 491 en 1980. Seulement 57 880 enfants nés en 2001 au Québec étaient issus de parents nés au Canada contrairement à 84 440 en 1980, alors que les naissances augmentent sensiblement chez la population immigrante (9 523 enfants nés au Québec en 2001 étaient issus de parents immigrants comparativement à 7 101 en 1980).

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

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

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

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

relativement avancé. En 1998, 82 % des femmes et 71 % des hommes qui sont décédés au Québec étaient âgés de 65 ans et plus (Duchesne, 2002).

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

L'espérance de vie au Québec est sensiblement égale à la moyenne canadienne⁷. Si on regarde plus spécifiquement l'espérance de vie après l'âge de la retraite (65 ans), elle atteint 16,3 ans chez les hommes et 20,3 ans chez les femmes entre 1999-2001 (ISQ, 2003a). Les femmes de 65 ans et plus peuvent donc s'attendre à vivre 4 ans de plus que les hommes après la retraite. Une telle inégalité s'explique par ailleurs par les taux de mortalité plus élevés chez les hommes, comparativement aux taux de morbidité plus importants des femmes.

Selon les données provisoires du recensement de 2001 (ISQ, 2003a) de Statistique Canada, le nombre de personnes qui décèdent au Québec augmente. En 2001, le taux de mortalité (rapport entre le nombre de décès et la population) est de 7,3 pour mille. Le nombre de décès chez les hommes de moins de 70 ans (0-69 ans) surpasse nettement celui des femmes (10 499 c. 6424), alors que le rapport s'inverse à compter de 70 ans et plus (16 655 c. 20 422). Ces chiffres concordent d'autre part avec l'espérance de vie qui est plus élevée chez les femmes. En d'autres mots, on peut comprendre qu'il y ait plus de femmes qui décèdent après 70 ans, puisqu'il y a moins d'hommes dans cette tranche d'âge. Par ailleurs, bien que le taux de mortalité infantile soit faible au Québec (4,6 pour 1000 en 2001 toutes les causes de décès confondues) comparativement à la moyenne canadienne (5,3 pour 1000 en 1999)⁸, il demeure que les bébés de sexe masculin ont des taux de mortalité infantile de 12 % supérieurs à ceux des bébés de sexe féminin. Selon Duchesne (2002), le faible poids à la naissance (moins de 500 grammes) représente à lui seul 1,1 pour 1000 des décès chez les nouveau-nés. En excluant cette cause, le taux de mortalité infantile au Québec serait de 3,5 pour 1000.

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

⁸ Les pays qui ont un taux de mortalité infantile inférieur à 5 pour 1000 en 2000 sont : la Suède (3,4 pour 1000), le Japon (3,9 pour 1000) et la France (4,4 pour 1000). Notons que certains pays développés présentent des taux de mortalité infantile comparables à ceux de pays en voie de développement, notamment les États-Unis avec un taux de mortalité infantile de 6,9 pour 1000 et surtout la Russie avec un taux de 15 pour 1000 (Duchesne, 2001).

1.3. La santé physique

1.3.1. La mortalité selon les principales maladies physiques

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

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

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

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

Notons au passage que, chez les hommes de 65 à 74 ans, le taux de mortalité par cancer du poumon atteignait en 1999 un ratio impressionnant de 494 personnes pour 100 000 (ISQ, 2001b). La mortalité liée au sida demeure relativement faible au Québec (0,2 % des décès, soit 109 décès en 2001), mais les personnes atteintes sont nettement plus souvent des hommes que des femmes (89 % c. 11 %). Notons que le 30 juin 2002, on trouvait 5 943 personnes atteintes du SIDA au Québec : 5 200 hommes, 642 femmes et 101 enfants âgés de moins de 15 ans. Notons que 73,8 % des personnes atteintes se trouvent dans la tranche d'âge des 25-44 ans (MSSS, 2002a). Le SIDA représente la deuxième cause de décès chez les hommes de 30 à 39 ans (17 %) et la quatrième cause de décès pour le groupe des 40-49 ans (11 % des décès). Six fois plus d'hommes que de femmes meurent du SIDA (Turmel & Meunier, 2000).

1.3.2. La perception de l'état de santé physique

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

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

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

Des données montrent aussi que le lien entre la conjugalité et la santé (physique et mentale) est plus fort chez les hommes (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Lorber, 1997). Autrement dit, l'écart entre les hommes qui vivent en couple et les célibataires est plus grand que celui chez les femmes. Cette situation, qui augmente avec la qualité des relations dans le couple, pourrait s'expliquer par divers facteurs : réactions d'ordre émotionnel, effets sur le système immunitaire, influence sur le développement, l'expression et le pronostic des maladies, ou encore la prise en charge par la femme d'une partie de la santé de l'homme (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) ou de sa médication (Lorber, 1997). Les difficultés du couple sont associées davantage à des problèmes de santé mentale et de santé en général, surtout chez les femmes et les personnes âgées (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). La santé physique et mentale des femmes est corrélée, de manière spécifique, à des caractéristiques familiales (Matthews, Manor & Power, 1999) et relationnelles, comme le soutien social (Denton & Walters, 1999). Chez les hommes, les caractéristiques de l'emploi et les stress d'ordre financier seraient plutôt au premier plan.

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

1.3.3. La prévalence de problèmes spécifiques de santé physique

Commençons d'abord par les maladies essentiellement masculines liées au système reproducteur. Selon une étude réalisée à la Faculté de médecine de l'Université Laval, le nombre de cas de cancer de la prostate n'a jamais été aussi élevé, ce cancer touchant un homme sur 11 au cours de sa vie. Cependant, la mortalité liée à ce type de cancer a diminué de 23 % au Québec depuis 1991 (Perron, Moore, Bairati, Bernard & Meyer, 2002). Le cancer des testicules touche davantage les hommes de 20 à 45 ans. Quoique ce type de cancer demeure relativement peu fréquent (240 nouveaux cas par année au Québec), il pourrait être mieux détecté ou plus précocement par l'auto-examen (Société canadienne du cancer, 2002-2003) relativement peu pratiqué par les hommes au Québec. Quant aux dysfonctions érectiles, sujet encore tabou, la prévalence varie selon l'âge passant de 0,5 % au début de la vingtaine à environ 10 % vers 50 ans (Blanchette, 1990). L'andropause demeure quant à elle encore peu connue.

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

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

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

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

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

* : hommes < femmes

** : hommes > femmes

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

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

1.3.4. Les incapacités

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

Il existerait aussi une corrélation entre les variables socio-économiques et la limitation des activités. Par exemple, chez les 15 ans et plus, le revenu familial est associé au fait de rapporter des limitations d'activités. Ainsi, plus d'hommes vivant dans des familles très pauvres que dans des familles au revenu supérieur rapportent des limitations d'activités (16 % c. 6 %)¹². L'association entre les limitations d'activités et les variables socio-économiques serait particulièrement forte chez les personnes âgées (Arber & Cooper, 1999). La moyenne annuelle de journées d'incapacité diminue aussi à mesure que le revenu augmente (sexes réunis : ménages très pauvres, 35 jours; ménages au revenu supérieur, 13 jours). Bref, les hommes ont un taux de mortalité plus élevé que les femmes pour la plupart des causes de décès, tandis qu'ils manifestent des taux moins élevés de morbidité, d'incapacité et d'utilisation de services. Ce que Antil et al. (à paraître) résumant en disant : « les hommes meurent... les femmes tombent malades ».

1.4. La santé mentale

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

¹¹ La répartition du nombre moyen de journées annuelles d'incapacité selon la gravité permet de localiser les différences entre les hommes et les femmes. Les données montrent que l'écart se situe non pas pour les journées d'incapacité lourde (3,3 et 3,8) ou modérée (6,9 et 7), mais bien pour les journées d'incapacité légère (4,4 c. 8,2). Par ailleurs, le pourcentage d'hommes dont l'origine de l'incapacité est «externe» (résultant d'un accident) est plus élevé que le pourcentage de femmes (23 % c. 10 %), tout comme le pourcentage d'hommes pour qui la cause de l'incapacité est un traumatisme (15 % c. 7 %) (Wilkins, 2000).

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

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

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

De la même manière que pour la santé physique, une proportion plus importante d'hommes que de femmes évaluent que leur santé mentale est bonne ou excellente (Statistique Canada, 2002; Goubert, 2000; Myers et al., 1996; Weinstein & Klein, 1996). Ainsi, 71 % des Québécois et des Québécoises qualifient leur santé mentale de très bonne ou d'excellente lorsqu'on leur demande de se comparer aux autres personnes de leur âge (Antil et al., à paraître). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à qualifier leur santé mentale de passable ou de mauvaise (3,9 % c. 5,8 %) (Statistique Canada, 2003). Les jeunes de 15-24 ans s'estiment en moins bonne santé mentale que les plus âgés (45 ans et plus). Cet écart se manifeste de façon marquée chez les hommes et n'est qu'une tendance chez les femmes (Antil et al., à paraître). Les jeunes, plus touchés par la précarité de l'emploi, la pauvreté et l'incertitude relativement à leur insertion sociale que leurs aînés, se trouvent plus fragilisés au plan de leur santé mentale (Desmarais, 2001). Tout comme c'est le cas pour les femmes, les hommes de revenu supérieur de même que ceux avec une scolarité supérieure sont plus enclins à considérer leur santé mentale comme excellente que les hommes pauvres (44 % c. 29 %) ou peu scolarisés (42 % c. 32 %)¹³. Les hommes, tout comme les femmes qui vivent en union ne traduisent pas une meilleure perception de leur santé mentale que ceux qui vivent sans conjoint-e (Antil et al., à paraître). Le fait d'avoir un emploi est important pour le sentiment de bien-être psychologique des hommes et des femmes, mais encore un peu plus pour les hommes (Ferrie et al., 2002; Shieman & Taylor, 2001; Malenfant et al., 1999; Conseil de la santé et du bien-être, 1996; Association canadienne pour la santé mentale, 1995, tous cités dans Antil et al., à paraître).

De la même manière, moins d'hommes que de femmes ont un indice de détresse psychologique (IDP) élevé (17 % c. 23 %). La proportion d'hommes ayant un IDP élevé varie selon l'âge, et c'est chez les 15-24 ans (23 %) qu'on constate le plus grand nombre de personnes ayant un IDP élevé. Elle est d'environ 17 % chez les 25-64 ans et de 8 % chez les 65 ans et plus¹⁴. Comme pour la perception de la santé mentale, le niveau d'IDP est associé au statut socio-économique. De plus, les données de l'ESS-1998 font ressortir que les transitions familiales sont porteuses de détresse psychologique pour les parents des deux sexes comparativement à leurs pairs qui vivent en famille biparentale intacte (Barnett & Hyde, 2001; Sachs & Ciarlo, 2000; Simard & Beaudry, 1998; Cloutier, Drolet et Dubé, 1992; Voydanoff et Donnelly, 1989, tous cités dans Antil et al., à paraître). L'IDP a aussi été mesuré chez les jeunes de 13 et 16 ans. *L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (Breton, Légaré, Laverdure & D'Amours, 2002) montre qu'ils suivent des écarts entre les sexes semblables à leurs aînés. Ainsi, moins de garçons que de filles présentent un IDP élevé à 13 (16 % c. 27 %), comme à 16 ans (12 % c.

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

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

27 %). Une étude épidémiologique canadienne sur la dépression chez les adolescents et adolescentes va dans le même sens : la prévalence est moins grande chez les garçons que chez les filles (4,8 % c. 9 %) (Cairney, 1998). À 13 et à 16 ans, environ 10 % plus de garçons que de filles rapportent une estime de soi élevée (26 % c. 16 % et 37 % c. 25 %). Cependant, l'estime de soi chez les enfants de 9 ans ne varie pas selon le sexe (Breton et al., 2002). Parmi les personnes ayant un IDP élevé et déclarant que leurs manifestations de détresse durent depuis au moins 6 mois, moins d'hommes que de femmes rapportent avoir eu recours à une aide extérieure (24 % c. 33 %). Cependant, autant ou plus d'hommes que de femmes rapportent que leur détresse a un impact sur leur travail ou leurs études (44 % c. 36 %), sur leur vie familiale ou sentimentale (59 % c. 59 %) et sur les activités sociales (49 % c. 43 %)¹⁵. (Légaré et al., 2000).

1.4.2. Les troubles transitoires de santé mentale¹⁶

Les données récentes de l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes indiquent qu'en 2002, 3,3 % des hommes et 5,9 % des femmes, au Québec, rencontrent les critères du trouble dépressif majeur (Statistique Canada, 2003). Selon Angst et al. (2002), le ratio d'environ 1 homme pour 2 femmes se manifeste dans tous les groupes d'âge dans plusieurs pays en matière de prévalence de la dépression majeure. Pour d'autres auteurs, la dépression demeure un phénomène sous diagnostiqué chez les hommes (Lynch & Kilmartin, 1999; Real, 1997; Tremblay, 2000). Sachs-Ericsson et Ciarlo (2000) considèrent qu'une partie de la réalité est occultée, tant en recherche qu'en clinique, du fait que plusieurs études utilisent des mesures de symptômes ou des référents plus typiquement féminins. Tous ces auteurs prennent en compte le taux élevé de suicide chez les hommes auquel la dépression est souvent reliée. Les symptômes psychologiques sont parfois différents selon le fait d'être un homme ou une femme à cause de significations, représentations et normes différentes (Lengua & Stormshak, 2000). Walinder (2001) propose même des symptômes «masculins» pour le dépistage de la dépression. Plutôt que d'être exprimée en souffrance intériorisée, comme chez la plupart des femmes, la dépression au sein de la population masculine serait, en quelque sorte, agie (Lynch & Kilmartin, 1999). Plus d'hommes attribuent leur état dépressif à leur environnement de travail et à la maladie physique; ils extériorisent aussi leurs symptômes par des comportements et des habitudes de vie (consommation d'alcool ou de psychotropes; sports; passages à l'acte; agressions), alors que plus de femmes attribuent leur état dépressif à la maladie d'autrui ou à des difficultés relationnelles, et intériorisent davantage leurs symptômes (Angst et al., 2002). Dans la même veine, Dutton (1996) rapporte des éléments dépressifs chez la moitié des hommes en traitement pour des comportements violents. Il ne faut toutefois pas oublier que, indépendamment du genre, le taux de personnes faisant face à une dépression non traitée demeure élevé (Möller-Leimkühler, 2002). *L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2002* (Statistique Canada, 2003) nous apportent quelques données concernant les troubles anxieux. Au Québec, en 2002, les hommes sont moins affectés que les femmes par l'anxiété sociale (1,8 % c. 2,2 %) et le trouble de panique (1,0 % c. 2,2 %). La disparité entre les hommes et les femmes est encore plus grande en matière de risque de troubles alimentaires (0,6 % c. 3,2 %) (Statistique Canada, 2003).

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

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

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

1.4.3. Le suicide et les parasuicides

Hormis les personnes s'étant suicidées ou ayant fait une tentative de suicide, un peu moins d'hommes que de femmes (3,5 % c. 4,3 %) rapportent avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, contrairement à l'ensemble du Canada dont les proportions chez les hommes et chez les femmes sont semblables (3,6 % c. 3,8 %). Dans l'ensemble du Canada, comparativement aux autres groupes d'âges, la prévalence d'idées suicidaires est plus élevée chez les 15-24 ans pour les deux sexes, particulièrement chez les filles (4,7 % c. 7,3 %) (Statistique Canada, 2003). Chez les enfants, la prévalence des idées suicidaires sérieuses ne diffère pas selon le sexe à 9 ans, se situant à environ 8 % ; par la suite, moins de garçons que de filles rapportent des idées suicidaires sérieuses à 13 ans (3,6 % c. 10 %) et à 16 ans (8 % c. 12 %) (Breton et al., 2002). Les hommes qui vivent en union sont moins nombreux à avoir pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois comparativement à ceux qui vivent seuls (2,2 % c. 7 %);¹⁷. Les idées suicidaires sérieuses sont significativement plus présentes chez les personnes pauvres que celles dans les catégories de revenu moyen à supérieur, tant chez les hommes que chez les femmes (8 % c. 3,3 %) (Antil et al., à paraître).

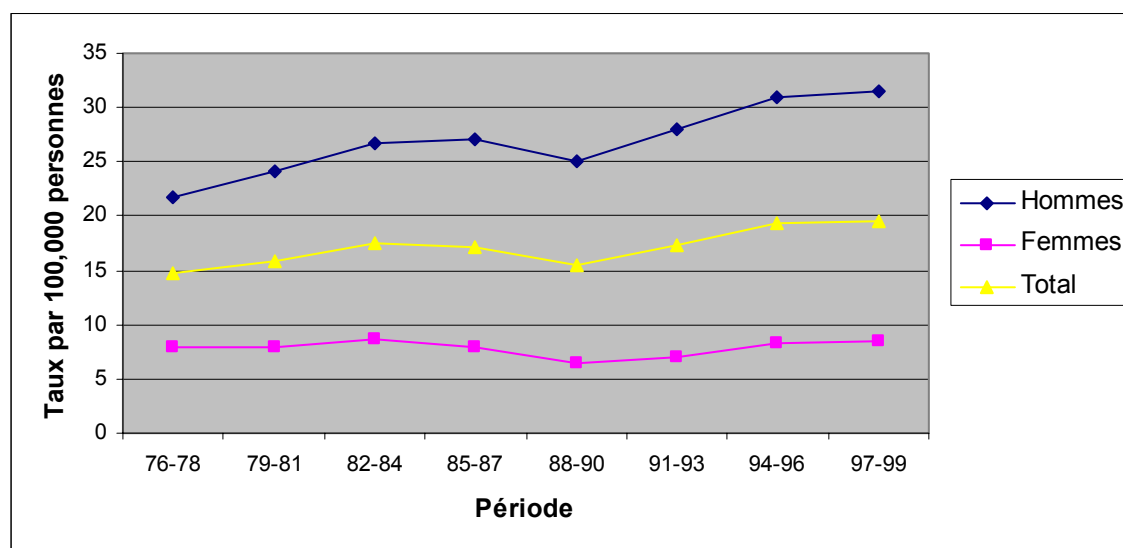
De même, les proportions d'hommes et de femmes de 15 ans et plus dans l'ESSQ 1998 ayant révélé avoir attenté à leurs jours au cours de l'année de référence sont sensiblement les mêmes (0,5 %). À nouveau, le groupe des 15 à 24 ans affiche les plus hautes proportions (Antil et al., à paraître).

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

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

On assiste depuis une vingtaine d'années à une augmentation du taux de suicides complétés chez les hommes au Québec (Charbonneau, 2000; Clain, 2001). De 1970 à 1999, le pourcentage de suicides réalisés par des hommes au Québec est passé de 70 % à 80 %, et 75 % des suicides surviennent avant l'âge de 50 ans (Charbonneau, 2000). Le Québec est aussi, depuis 1995, la seule province canadienne à voir son taux global de suicide continuer de croître (Clain, 2001). Le taux de suicide des moins de 20 ans par 100 000 habitants au Québec est par ailleurs l'un des plus élevés des pays industrialisés¹⁸.

Figure 1 : Évolution du taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, de 1976-1978 à 1997-1999 (St-Laurent et Légaré, 2002)¹⁹

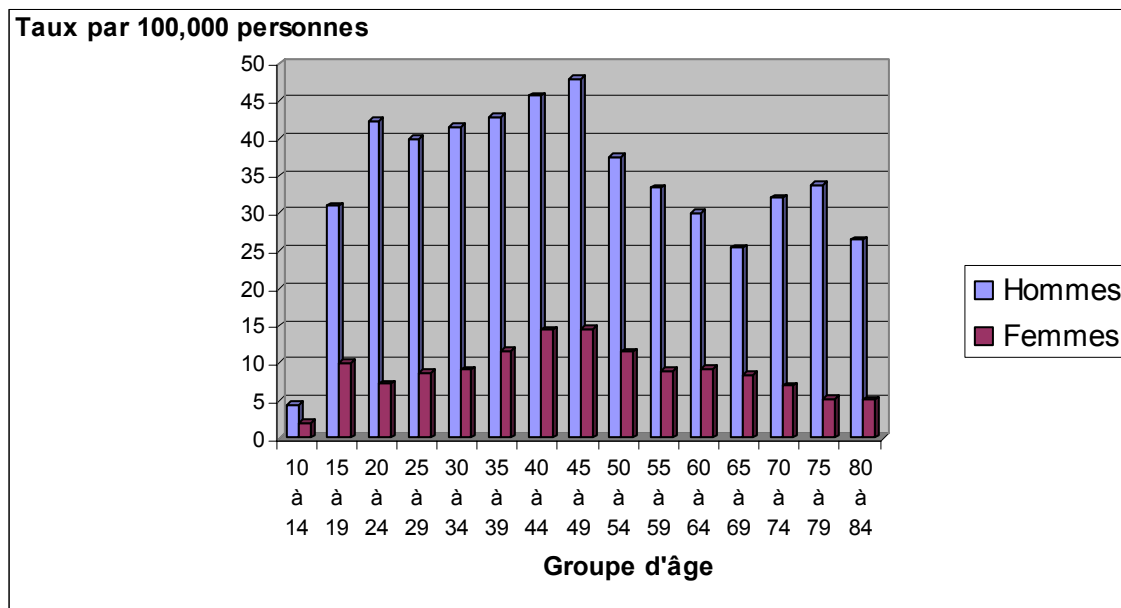


Donc, le Québec ne détient pas le taux de suicide masculin le plus élevé au monde, comme on a tendance à le croire, mais il s'y produit un phénomène tout aussi inquiétant. C'est au Québec, chez les 15-24 ans, qu'on observe la plus importante disparité des taux de suicide entre hommes et femmes, soit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

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

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

Figure 2 : Taux de mortalité selon l'âge et le sexe, Québec, 1997-1999 (St-Laurent & Légaré, 2002)



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

1.4.4. Les troubles mentaux graves

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

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

Les hommes atteints de schizophrénie auraient, tant objectivement que subjectivement, une piètre qualité de vie (Roder, Ute, Oliver & Priebe, 1997). À partir de données recueillies par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) dans dix pays, Jablensky et Cole (1997) concluent que les manifestations de la maladie apparaissent plus précocement chez les hommes que chez les femmes. Le fait de vivre en couple, marié ou non, permettrait aux hommes de retarder

l'apparition des premiers symptômes. À plus long terme, ce type de relation intime aurait pour conséquence de diminuer les symptômes et de favoriser une meilleure intégration au sein de la société (Walkup & Gallagher, 1999; Jablensky & Cole, 1997; Salokangas, 1997).

L'étude longitudinale menée par Loffler et Hafner (1999) à Mannheim et Heidelberg en Allemagne démontre que les jeunes hommes atteints de schizophrénie vivent dans la précarité. Sur une base individuelle, le processus d'itinérance débute bien avant la première admission en milieu hospitalier. Il semble que les deux phénomènes, la schizophrénie et l'itinérance, soient interreliés. Toutefois, il faut tenir compte de la réalité québécoise à ce sujet. La désinstitutionnalisation aurait possiblement favorisé l'augmentation du nombre d'itinérants atteints de troubles sévères et persistants (MSSS, 1997). Le taux d'hommes atteints de schizophrénie qui souffrent de troubles liés à l'abus d'une substance est plus élevé que chez les femmes. Un tel phénomène prévaut surtout chez les hommes issus de milieux populaires (Timms, 1998). Les hommes de couleur seraient plus à risque de recevoir un diagnostic de schizophrénie (Rosenberg, 1993). Dans leur étude menée auprès d'hispanophones de sexe masculin, Russo, Amaro et Winter (1987) ont remarqué que le taux d'admission en milieu hospitalier est plus élevé pour les hommes atteints de schizophrénie et de troubles reliés à la consommation d'alcool. Ce sont aussi ces individus que l'on hospitalise le plus fréquemment.

1.4.5. Les troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité les plus fréquemment diagnostiqués chez les individus de sexe masculin sont les personnalités de type obsessionnel compulsif, narcissique, antisocial (APA, 2000). La socialisation masculine met l'accent sur trois attributs : l'autonomie, l'indépendance et la compétition (Lynch & Kilmartin, 1999). Or, les individus très indépendants seraient plus susceptibles de présenter un désordre de personnalité narcissique ou antisociale (Nuckolls, 1997). Cela serait particulièrement vrai au sein des classes défavorisées (Bucholz, Hesselbrock, Heath, Kramer. & Schuckit, 2000). Luntz et Widom (1994) considèrent que les hommes abusés ou négligés au cours de leur enfance développent de manière plus significative une personnalité antisociale.

Kets-de-Vries (1989) fait l'hypothèse que les hommes compulsifs et dépressifs sont plus susceptibles de maintenir un comportement alexithimique : un style cognitif extrêmement réaliste, un imaginaire pauvre, une incapacité à exprimer des émotions intimes, une tendance à avoir un comportement relationnel stéréotypé et un style d'élocution qui se caractérise par de nombreux et infinis détails.

De manière générale, les hommes se voient attribuer en grande proportion des symptômes associés à l'agression, l'abus de substances, la psychose et les troubles d'ordre cognitif (Fabrega, Mezzich, Ulrich & Benjamin, 1990).

1.4.6. La socialisation masculine et la santé mentale

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

Tableau 3 : Effets de la socialisation masculine sur la santé mentale des hommes

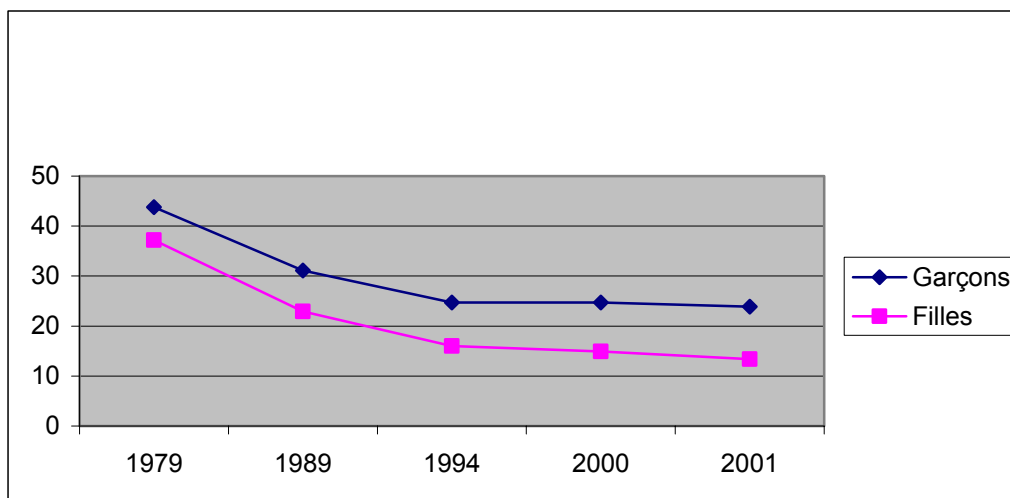
Socialisation masculine	Effets sur la santé mentale
Performance	Honte de l'échec
Répression des émotions	Difficultés à identifier les sources de stress, les frustrations
Éviter le féminin en soi	Homophobie, mépris des femmes (ou dépendance)
Pourvoyeur, être centré sur le travail	Chômage = perte d'identité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

1.5. L'éducation

Le *Portrait social du Québec* (ISQ, 2001b) montre que les écarts entre l'ensemble des hommes et des femmes quant au plus haut diplôme obtenu ne sont pas très grands. Cela masque cependant l'évolution récente des taux de décrochage et de diplomation. En fait, les taux de décrochage scolaire ont beaucoup diminué depuis les années 1970. Au début des années 1980, environ 30 % des jeunes n'obtenaient aucun diplôme avant l'âge de 20 ans alors que cette proportion est d'environ 16,5 % en 1999-2000 (Lespérance, Nobert, Foucault & Ristic, 2001). Les taux de décrochage diffèrent aussi chez les hommes et les femmes. Ainsi, si seulement 9,6 % des femmes de la cohorte 1999-2000 n'avaient aucun diplôme, c'est le cas de 23,2 % des hommes (Lespérance et al., 2001). De manière générale, les données indiquent qu'en plus des taux de décrochage plus élevés chez les hommes, la majorité d'entre eux se rend moins loin dans ses études que les femmes (Lespérance, 2001). Au primaire, 25,0 % des garçons comparativement à 17,8 % des filles n'atteignent pas le secondaire avant l'âge de 12 ans²⁰ (MEQ, 2002). Alors que le taux de filles ne complétant pas un diplôme d'études secondaires diminue sans cesse, celui des garçons demeure relativement stable.

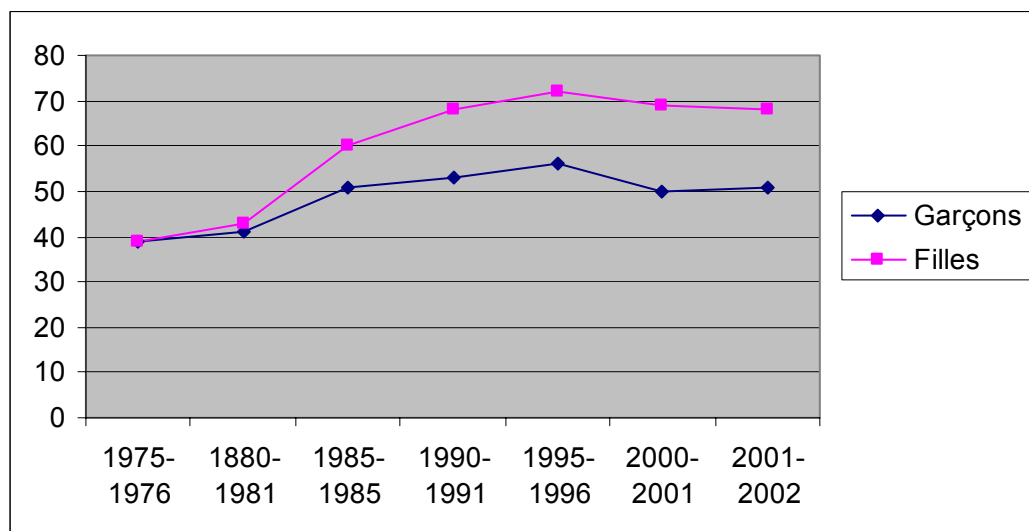
²⁰ Il faut cependant apporter des nuances à cette affirmation, car, étant donné que le primaire compte 6 ans d'études et que notre système scolaire pratique encore la discrimination des âges (un enfant qui n'a pas 5 ans avant le mois de septembre ne peut entrer en maternelle, donc tous les enfants qui sont nés après ce mois perdent une année d'étude), il n'est pas surprenant de voir des enfants qui fréquentent encore le primaire, même à l'âge de 13 ans.

Figure 3 : Taux d'élèves n'ayant pas obtenu un DES à 19 ans (MÉQ, 2002)



Les garçons sont moins nombreux que les filles à obtenir un diplôme de baccalauréat ou de formation technique collégiale (30,6 % c. 46,3 %) et sont plus nombreux à n'obtenir aucun diplôme (23,6 % c. 10,1 %). En fait, de 1992 à 1996, 46 % des garçons seulement comparativement à 61 % des filles ont complété un DEC que ce soit en formation préuniversitaire ou en formation technique (MÉQ, 2002).

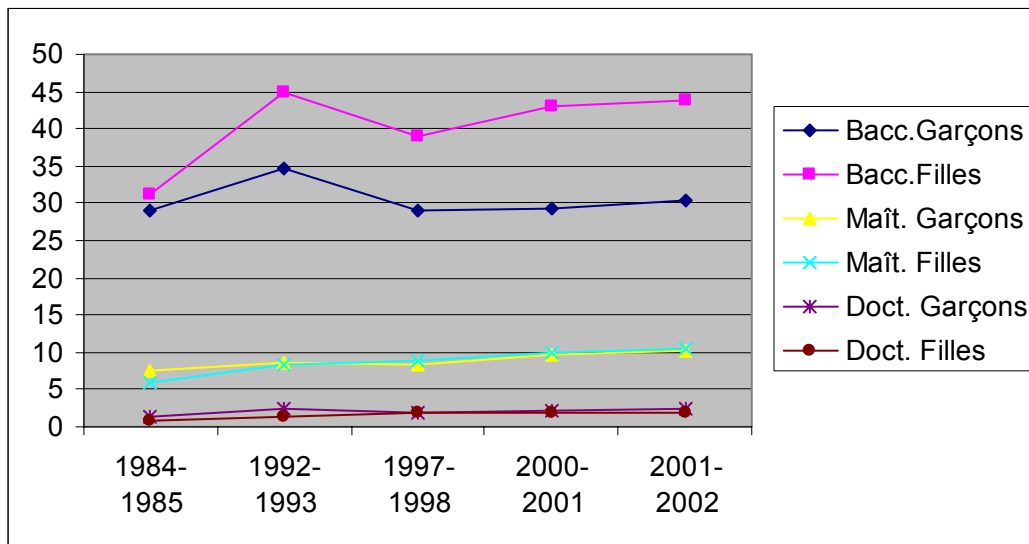
Figure 4 : Taux d'accès au collégial (MÉQ, 2002)



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

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

Figure 5 : Taux d'accès à l'université (MÉQ, 2002)



Les décrocheurs du secondaire et du collège ont, comparativement aux diplômés du collège et de l'université, un parcours d'emploi marqué par une plus grande instabilité d'emploi et un taux de chômage plus élevé. Ils ont aussi un revenu inférieur, des taux de pauvreté et de criminalité plus élevés et présentent plus de problèmes de santé mentale et physique (MÉQ, 2002; Janosz & LeBlanc, 1996 dans Tremblay et al., 2002). Janosz et LeBlanc (1996) concluent que les jeunes qui abandonnent l'école éprouvent davantage de difficultés à intégrer la vie adulte. Or, seulement 33 % des hommes en 1994-1995, comparativement à 48 % des femmes (MÉQ, 2001), sortent du système de l'éducation avec au moins un DEC, et cette tendance se poursuit au baccalauréat. On comprend que la non-obtention d'un DEC est un obstacle important à l'intégration sociale d'un grand nombre d'hommes. Compte tenu de l'évolution du marché du travail, la moindre qualification des hommes les privera d'accès aux emplois de qualité.

Des recherches récentes mettent en évidence que la socialisation des garçons les prépare moins bien que les filles à l'adaptation, la persévérance et la réussite scolaire, et ce, à tous les niveaux d'enseignement, sauf le doctorat (MÉQ, 2001; Hébert, 2001; Bouchard, St-Amant & Gagnon, 2000; Martino, 2000; Ouellet & Lamarre, 1999 dans Tremblay et al., 2002). Selon Bouchard et al. (2000), Martino (2000), Ouellet et Lamarre (1999) et Hébert (2001), les garçons rejettent l'école, la réussite et l'effort scolaire, tant au primaire et au secondaire qu'au collégial, parce qu'ils sont associés à des valeurs féminines. Selon ces mêmes auteurs, le développement de l'identité masculine se ferait par la valorisation dans des activités hors classe (ex: sports, cours de récréation, travail). Les garçons se désinvestiraient des matières scolaires pour s'investir dans d'autres activités de l'école, voire à l'extérieur de l'école. Les garçons qui adopteraient des

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

attitudes et des comportements pro-scolaires pourraient se voir rejeter par leurs pairs ou questionner par les adultes. Dans la mesure où ils le peuvent, les garçons rejetteraient l'école pour obtenir la reconnaissance de leur masculinité auprès de leurs pairs et des adultes. Ceux qui ne le peuvent pas chercheraient à affermir leur sentiment d'identité masculine à l'extérieur de l'école et s'investiraient donc peu dans leurs activités scolaires ou parascolaires.

Dans la recherche de Rivière, Sauvé et Jacques (1997), les filles se reconnaissent davantage de traits positifs que les garçons, particulièrement lorsqu'elles se définissent en tant qu'étudiantes. Un construit collectif qui semble lier le sexe masculin à des représentations sociales négatives, surtout au plan scolaire, semble être bien intériorisé chez les élèves de niveau collégial et commence possiblement dès l'enfance (Rivière et al., 1997). Ces représentations sociales négatives des garçons au plan scolaire sont toutefois pondérées par un taux de satisfaction plus élevé face à ses résultats scolaires, comparativement aux filles, et ce, malgré parfois des difficultés évidentes (Bouchard et al., 2000). D'autres caractéristiques du rapport à l'école différencient les garçons et les filles du secondaire, notamment le plaisir d'apprendre, plus marqué chez les filles (Terril, 1992 dans Rivière et al., 1997), le nombre d'heures consacrées aux travaux scolaires et à l'étude par semaine, plus élevé chez les filles (Terril & Ducharme, 1994 dans Rivière et al., 1997), la perception de l'utilité des matières scolaires, plus faible chez les garçons, et un rapport à l'autorité et à la réglementation plus difficile pour les garçons (Bouchard et al., 2000 dans Tremblay et al., 2002).

Par ailleurs, certains chercheurs expliquent les plus grandes difficultés des garçons à l'école par le fait qu'elle ne leur soit pas adaptée. Bouchard, Coulombe et St-Amant (1994) constatent que le modèle type de l'élève qui réussit à l'école est un modèle féminin. On ne connaît pas de modèle masculin de la réussite à l'école. La pédagogie employée par les enseignant-es conviendrait moins bien à leur style cognitif et mieux à celui des filles (Hébert, 2001; Aubé, 2000; Ouellet & Lamarre, 1999). Les stratégies d'adaptation des garçons seraient moins efficaces que celles des filles pour leur permettre de rencontrer les exigences scolaires (Larose et Roy, 1992 ; Ouellet & Lamarre, 1999). L'inadéquation entre l'école et les garçons serait plus grande qu'avec les filles et les garçons auraient moins de stratégies pour y faire face. Janosz et LeBlanc (1996 : 78) concluent que «l'école, dans sa facture actuelle, favorise intrinsèquement l'abandon scolaire des jeunes qui maîtrisent mal les prérequis comportementaux, cognitifs ou même familiaux nécessaires à l'intégration au système scolaire». Ainsi, «une multitude de données convergent vers cette idée selon laquelle les filles et les garçons n'ont pas le même rapport à l'école, la même approche des études, le même niveau de motivation» (Fédération des cégeps, 1999 : 31 dans Tremblay et al., 2002).

1.6. La conjugalité et la sexualité

La proportion des personnes mariées diminue de plus en plus; elle est passée de 63,8 % chez les hommes et de 60,2 % chez les femmes entre 1991-1996 à 61,1 % et 57,5 % entre 1996-2001. Parmi les hommes qui se sont mariés en 2001, il se trouvait 75 % de célibataires, 22 % de divorcés (remariés) et 3 % de veufs²². Il y avait 125 000 célibataires de plus chez les hommes en 2001, mais les veuves (306 400) étaient 4,8 fois plus nombreuses que les veufs (63 300) et les

²² Les proportions sont semblables chez les femmes : 77 %, 20 % et 3 % (Duchesne, 2001)

divorcées (221 800), 1,5 fois plus nombreuses que les divorcés (152 400) ²³ (Duchesne, 2001). En 2000, 51 % des mariages se sont soldés par un divorce, soit 17 054 divorces pour 24 908 mariages la même année (ISQ, 2002) ²⁴. Selon Duchesne (2001), l'espérance de vie plus élevée des femmes, leur plus jeune âge au mariage, le remariage moins fréquent chez elles, mais aussi le fait que ce sont elles qui initient souvent le processus de divorce, expliquent ces différences. L'écart entre le nombre de veufs et de veuves serait dû à la surmortalité masculine mais aussi à l'écart d'âge entre les époux lors du mariage (l'âge moyen lors du mariage est de 1,8 an plus élevé chez les hommes que chez les femmes).

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

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

Le premier rapport sexuel avec pénétration survient de plus en plus tôt dans la vie des jeunes (Bozon & Kontula, 1998; Leaune & Adrien, 1998 tous dans Tremblay et Lapointe-Goupil, à paraître). Certaines études indiquent que l'écart entre l'âge des hommes et celui des femmes lors de la première relation sexuelle avec pénétration tend à diminuer (Moore et al., 1993, dans Kowaleski-Jones et Mott, 1998). D'autres études indiquent que les hommes ont des relations

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

²⁴ Cette tendance ne s'observe pas uniquement au Québec. Les taux de divorce sont très élevés dans plusieurs pays : dans l'ensemble du Canada, on note 36 divorces par 100 mariages en 1998, le Québec (45 %) se classe au premier rang suivi de la Colombie-Britannique (40 %). Le taux de divorce dépasse également 40 % en Angleterre, au Danemark, en Norvège, en Autriche, en République tchèque, en Belgique et même 50 % en Suède et en Finlande (ISQ, 2002).

sexuelles à un plus jeune âge que les femmes (Bastani et al., 1996 dans Courtenay, 2000; Zelnik & Shah, 1983, dans Ku, Sonenstein & Pleck, 1993).

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

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

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

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

1.7. La paternité

La paternité a déjà fait l'objet de recensions importantes au Québec et au Canada (notamment Dubeau, 2002; Tremblay, S., soumis; Turcotte, Dubeau, Bolté & Paquette, 2001). On reconnaît généralement les apports positifs de l'engagement paternel sur le développement cognitif de l'enfant, son adaptation sociale et sa réussite sur le plan scolaire. L'engagement paternel semble suivre des trajectoires différentes selon l'influence d'une panoplie de facteurs. Plusieurs recensions des écrits portant sur les travaux menés auprès des pères soulignent la diversité des définitions adoptées quant à l'engagement paternel (Arama & Bouchard, 1996). Certains auteurs mettent l'accent davantage sur les aspects quantitatifs de l'engagement alors que d'autres se centrent sur les aspects qualitatifs de cet engagement. La communauté scientifique s'entend toutefois sur l'importance de fournir les efforts pour opérationnaliser les critères d'un engagement paternel positif. Les résultats des études menées durant de nombreuses années auprès des mères ont eu pour conséquence d'associer les qualités parentales à des caractéristiques féminines telles que la sensibilité, la communication, la manifestation d'affects,

etc. La centration sur les forces des pères est importante parce qu'elle permettrait d'identifier les qualités paternelles qui s'avèrent positives dans l'éducation des enfants. Palm et Palkovitz (1988, dans Dubeau, 2002) mentionnent entre autres les qualités relatives à la discipline, l'indépendance, l'autonomie, le réalisme et le jeu. Dans la cohorte d'enfants nés en 1983-1984 et suivis par l'ELNEJ, 63,1 % des enfants nés d'une union libre ont connu la séparation de leurs parents avant l'âge de 10 ans, dont 22,8 % avant l'âge de 2 ans (Allard & Tremblay, 2002). Les études menées sur ces différentes cohortes confirment que les enfants sont de plus en plus jeunes lorsque leurs parents se séparent (Marcil-Gratton, 1998 dans Allard & Tremblay, 2002). Les résultats de ELNEQ (2000, dans Allard & Tremblay, 2002) rapportent que déjà 9 % des nourrissons de 5 mois vivent dans une famille où le père est absent. Selon l'ISQ (2002), 17 054, soit 1,8 enfant par famille, ont été touchés par le divorce de leurs parents en 2000. L'âge moyen des enfants impliqués dans le divorce de leurs parents est de 10,9 ans, soit entre 5 et 14 ans pour 64 % des enfants, 12 % étaient âgés de 0 à 4 ans et 24 % de 15 ans et plus. La garde partagée prend de plus en plus d'importance au détriment de la garde unique de l'un des deux parents. Ainsi, en 1978, 71 % des enfants de parents divorcés étaient juridiquement confiés à la mère, 15 % au père et 13 % en garde partagée, ces proportions étaient respectivement de 63 %, 14 % et 23 % en 2000. Les femmes obtiennent dans une large proportion la garde unique (72 %) des enfants plus jeunes, alors que les pères obtiennent la garde plus souvent (25 %) lorsque l'enfant a atteint l'adolescence (ISQ, 2002). En fait, l'âge moyen des enfants confiés au père est de 13,3 ans en regard de 10,5 ans pour ceux confiés à la mère²⁵.

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

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

Tableau 4 : Répartition des enfants de parents séparés et de ces enfants par type d'union rompue selon la nature des contacts avec l'un ou l'autre parent au moment de la séparation et la fréquence des contacts avec le père (Enfants vivant avec leur mère) Québec, 1994-1995²⁶

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bien que les lois reconnaissent le principe de coparentalité et d'égalité entre les conjoints et ex-conjoints, il semble que, dans les mœurs, le concept de mère comme parent principal demeure encore largement répandu (Dulac, 1996; Tremblay, S., 2003) de telle sorte que plusieurs freins à un plein engagement des pères demeurent. Malgré les orientations sur le plan légal et les recherches sur la valeur de l'engagement paternel, la question des prérogatives des pères séparés demeure un sujet relativement houleux souvent envisagé sous un angle plus émotif que rationnel (Leduc, 2000). Tout comme d'autres auteurs (notamment Dulac, 1996 & Leduc, 2000), nous ne pouvons que déplorer que trop souvent l'enfant devient un objet du maintien du conflit entre les ex-conjoints plutôt que d'une recherche réelle de son mieux-être.

1.8. La vie professionnelle

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

La proportion des familles à faible revenu était de 22,1 %, soit 12,6 % des familles biparentales et 55 % des familles monoparentale, dont 60 % chez les femmes monoparentales. Les familles qui vivent de l'aide sociale au Québec étaient, en 1997, au nombre de 40 799 (biparentales) et 88 934 (monoparentales).

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

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

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

1.9. Les habitudes de vie et les styles de vie

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

1.9.1. *Les habitudes de vie*

1.9.1.1. *L'alimentation*

L'alimentation constitue un déterminant de la santé d'une personne. Selon *l'Enquête sociale et de santé* du Québec 1998, 85 % des Québécois de 15 ans et plus qualifient leurs habitudes alimentaires de bonnes ou d'excellentes/très bonnes alors que 15 % considèrent que leur alimentation est moins saine ou mauvaise. De manière générale, les femmes qualifient davantage leurs habitudes alimentaires de saines que ne le font les hommes, à l'inverse plus d'hommes que de femmes les considèrent mauvaises ou moyennes (17 % c. 14 %)²⁹. Au plan matrimonial, les personnes vivant en couple (12 % personnes mariées et 16 % vivant en union libre) sont moins nombreuses que les personnes seules (20 %) à qualifier leurs habitudes alimentaires de moyennes ou de mauvaises (Tremblay & Lapointe-Goupil, à paraître).

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

Selon des études américaines (Courtenay, 2000), les hommes en général mangent moins de produits riches en fibres, de fruits et de légumes que ne le font les femmes. Ils mangent beaucoup plus de gras, s'exposant ainsi à plus de risques de maladies de l'appareil circulatoire, particulièrement les étudiants, qui mangent typiquement davantage de « malbouffe ». Les hommes ont moins tendance à déjeuner tous les matins que les femmes, et ils consomment davantage de sel qu'elles. D'autres facteurs comme la perte d'un emploi ou l'inactivité auraient plus de conséquences néfastes sur leurs habitudes alimentaires ainsi que sur leur santé en général que ces facteurs l'ont sur celles des femmes.

1.9.1.2. *L'activité physique*

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

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

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

La pratique de l'activité physique est aussi liée aux conditions socio-économiques (niveau de scolarité et situation financière) des personnes. Ainsi, 32 % des personnes ayant un haut niveau de scolarité comparativement à 21 % de scolarité faible pratiquent des activités physiques de loisir au moins trois fois par semaine alors que 19 % des personnes de revenu supérieur ne pratiquent aucune activité physique de loisir comparativement à 31 % des personnes de revenu moyen inférieur (Tremblay & Lapointe-Goupil, à paraître). On observe cette tendance dans plusieurs enquêtes sur la pratique d'activités physiques de loisirs (USDHHS, 1996; Nolin, Prud'homme & Godbout, 1996 tous dans Tremblay & Lapointe-Goupil, à paraître).

1.9.1.3. Les attitudes à l'égard du poids corporel

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

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

Par ailleurs, on trouve aussi des hommes qui désirent augmenter leur masse corporelle. C'est le cas d'environ 39 % des hommes âgés de 20 à 64 ans avec un poids insuffisant, mais aussi de 11 % de ces hommes dans la catégorie poids acceptable (Tremblay & Lapointe-Goupil, à paraître). McCreary, Dorsch et Ronnebohm (2001) considèrent que la perception du corps chez les hommes doit être évaluée en tenant compte à la fois du désir de perdre du poids et de la volonté d'être plus musclé. Contrairement à la poursuite de la minceur qui semble se produire chez plusieurs femmes, des chercheurs affirment qu'un nombre croissant d'hommes visent avoir une masse musculaire plus importante, ce que ces auteurs appellent le « modèle musculaire mésomorphique » (Mishkind et al., 1986, dans McCreary, 2001). D'autres parlent du « complexe d'Adonis », cette recherche de correspondre à un modèle corporel perçu comme « parfait » d'homme musclé, sans poil, au prix d'efforts physiques importants, parfois inconsidérés (Olivardia, 2001), complexe qui altère la perception de l'image corporelle. Dans une étude auprès de collégiens d'Autriche, de France et des États-Unis, les jeunes hommes estimaient qu'il leur manquait en moyenne 28 livres pour atteindre le poids idéal selon eux, alors qu'ils se situaient dans la catégorie du poids santé (Castle & Phillips, 2001).

1.9.1.4. *L'usage de la cigarette*

Le tabagisme constitue sans doute l'un des facteurs de risque au plan de la santé les mieux documentés au cours des dernières années. L'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* rapporte que moins de garçons que de filles fréquentant les écoles secondaires sont des fumeurs actuels (16 % c. 22 %) (Loiselle, 2001). Au Canada, l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) effectuée entre 1996-1997 indique que 28,6 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus fument le tabac (Single, Robson, Rehm & Xi, 1999 ; Statistiques Canada, 1998).

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

L'usage de la cigarette apparaît tôt. Alors qu'environ une fille sur 12 (9 %) rapporte avoir initié l'usage de la cigarette à l'âge de 12 ans et moins, c'est le cas d'environ un garçon sur dix (10 %). Au sein de la population de fumeurs et de fumeuses, la proportion de personnes qui rapportent être de gros fumeurs³⁰ est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (15 % c. 8 %). On observe une diminution constante de la proportion de fumeurs réguliers à mesure que les niveaux de scolarité relative et de revenu augmentent, tant chez les hommes que chez les femmes (Tremblay & Lapointe-Goupil, à paraître).

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

1.9.1.5. *L'usage d'alcool et de drogues*

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

De manière générale, au Québec, le nombre absolu de litres d'alcool consommé par personne par an est passé de 9,9 litres en 1978 à 6,8 litres en 1994 (Kuzminski & Demers, 1998). Toute proportion gardée, davantage d'hommes que de femmes (86 % c. 77 %) rapportent avoir consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête sociale et de santé de 1998 et moins d'hommes se considèrent abstinents (8 % c. 18 %). On n'observe aucune différence significative quant à la consommation d'alcool au cours de la dernière année entre les hommes et

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

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

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

Pour différents auteurs, la socialisation masculine favorise la surconsommation d'alcool de telle sorte que le fait d'être de sexe masculin constitue le premier facteur de risque d'abus d'alcool (Snell et al., 1987, dans Huselid & Cooper, 1992). Selon Lemle et Mishkind (1989, dans Huselid & Cooper, 1992), boire est socialement plus acceptable pour les hommes que pour les femmes. Un rapport du ministère de la Santé et de Service sociaux (2002b) indique par ailleurs que la consommation de drogues illicites augmente au Québec, particulièrement parmi les adolescents de moins de 15 ans. Selon ce rapport, si l'on tient compte des médicaments (tranquillisants, somnifères) vendus sur le marché illicite, près d'un million de Québécois et de Québécoises seraient des consommateurs potentiels de drogues. Le cannabis demeure cependant la drogue la plus populaire auprès des Québécois : 77 800 consommateurs de marijuana et hachisch en 2000.

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

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

Parmi les consommateurs de psychotropes prescrits, deux fois plus d'hommes que de femmes (21 % c. 11 %) disent avoir un problème relié à leur consommation, que ce soit dans le domaine familial, le travail ou les études, les finances, la vie sociale ou la santé. Au Canada, la consommation de stimulants chez les enfants et les adolescents est en hausse importante et rassemble cinq fois plus de garçons que de filles (Cohen & Collin, 1997).

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

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

Globalement, 28,3 % des décès chez les hommes sont liés à la consommation de certains produits psychotropes licites, tels que l'alcool et le tabac, contre 17 % chez les femmes. Les groupes d'âge les plus à risque au Québec, les deux sexes confondus, sont les 20-45 ans (Mayhew, Brown & Simpson, 2002).

1.9.2. Les styles de vie

1.9.2.1. Les accidents et les morts violentes

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

Le Bureau du coroner indique aussi que, toutes causes confondues, 73,9 % des 4 251 personnes décédées en 1999 dans des circonstances violentes sont des hommes (Turmel, 2001). En tenant compte uniquement des homicides, la moyenne annuelle de décès établie par Statistiques Canada pour la période 1990-1999, au Québec, est de 104 hommes et 47 femmes (Laroche, 2001), ce qui est toutefois supérieur au nombre de dossiers pour lesquels le Bureau du coroner Québec est intervenu en 1999 (89 hommes, 33 femmes) (Turmel, 2001).

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

Par ailleurs, les hommes meurent davantage d'accidents de la route que les femmes, surtout les jeunes hommes de 15-24 ans dont le ratio atteignait 28 décès pour 100 000 en 1999³² (Antil et al., à paraître) qui conduiraient plus «sportivement», plus souvent sous l'effet de la consommation de psychotropes et qui seraient plus réticents à boucler leur ceinture de sécurité (Courtenay, McCreary & Merighi, 2002). Davantage d'hommes que de femmes ont eu des accidents avec blessures dans les sports et les loisirs (19 c. 13,6 pour 1000) et au travail (22,1 c. 14,4 pour 1000). Les accidents de travail des hommes semblent aussi plus graves parce que proportionnellement plus d'hommes que de femmes ont dû consulter un médecin à la suite d'un accident (71 % c. 46 %) ou limiter leurs activités (67 % c. 44 %) (Antil et al., à paraître).

L'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 a aussi mesuré des taux pour 1 000 d'accidents avec blessure ayant causé une consultation auprès d'un-e professionnel-le de la santé au cours des 12 derniers mois (Robitaille, Bourbeau, Goulet & Pless, 2002). Les garçons et les filles ne diffèrent pas à 9 ans (110,4 c. 87,6 pour 1000) ni à 13 ans (161,3 c. 144,8 pour 1000). Cependant, à 16 ans, plus de garçons rapportent des blessures (262 c. 191 pour 1000). Robitaille et al. (2002) ajoutent aussi que les blessures des personnes de 13 et 16 ans sont plus nombreuses et plus graves que celles rapportées par les jeunes de 9 ans, ce qui reflète des différences de comportement et de loisirs associés à l'âge mais aussi à la cohorte.

1.9.2.2. Le jeu pathologique

Le jeu pathologique est un problème qui a des conséquences sanitaires et criminogènes tant chez l'individu que dans la société en général. Il affecte particulièrement la santé mentale, les activités interpersonnelles, la structure familiale et le travail, et engendre des comportements tels que la criminalité, le suicide, etc. (Chevalier & Allard, 2001). Il est aussi étroitement lié à la consommation de produits psychotropes. Environ 0,5 % de la population des pays industrialisés est touchée par le problème du jeu compulsif (Faulkner & Duguay, 2002). Cet épiphénomène n'épargne pas non plus le Québec. Selon un rapport de recherche effectuée pour le compte de la Direction de la santé publique de Montréal, 1,1 % de la population Montréalaise aurait tendance au jeu excessif, alors que 3,9 % seraient des joueurs pathologiques³³. Les hommes auraient environ 1,3 fois plus de risques que les femmes de jouer aux jeux de hasard et d'argent, et 1,5 fois plus de risques de présenter des problèmes liés au jeu. Les personnes seules et moins scolarisées sont les plus à risque (Chevalier & Allard, 2001). Cette problématique ne se démarque pas de celle de la consommation des produits psychotropes. En fait, les personnes adultes ayant des problèmes liés au jeu, consomment, en proportion, 5 fois plus de drogue ou d'alcool que le reste de la population (Arseneault, Ladouceur & Vitaro, 2001). La différence de prévalence des problèmes de jeu entre hommes et femmes est nettement plus grande à l'adolescence. Une étude effectuée dans la région de Québec indique que deux fois plus de garçons que de filles ont admis avoir joué lors de la semaine précédant l'étude (19 % contre 8 %). La proportion des garçons ayant des problèmes liés au jeu serait aussi au moins deux fois plus élevée que celle des filles (3,7 % contre 1,5 %) (Ladouceur, Boudreault, 1999). Mais c'est encore davantage les jeunes en difficulté qui présentent le taux de prévalence le plus élevé, soit 7,7 %³⁴ (Fortin, Ladouceur, Pelletier & Ferland, 2001). Ainsi, compte tenu des corrélations

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

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

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

étroites entre plusieurs comportements à risque et le jeu compulsif ou pathologique, des chercheurs affirment qu'il existe désormais un «syndrome de comportement problématique général» en regard du jeu (Vitaro, Ladouceur & Tremblay, 2001).

1.9.2.3. La criminalité et la victimisation

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

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

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

Les statistiques policières compilées par le ministère de la Sécurité publique indiquent que, pour l'année 2000, 15 844 personnes ont déclaré à la police avoir été victimes de violence conjugale, et parmi elles, une grande majorité de femmes (85,1 %) « bien que l'on ait noté un nombre non

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

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

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

négligeable d'hommes victimes (2 365) » (MSP, 2000 dans ISQ, 2003b). Les auteurs présumés de ces actes de violence conjugale étaient à 87,6 % des hommes. Ces données policières indiquent une augmentation du nombre de déclarations de violence conjugale au cours des dernières années, soit une hausse de 18,4 % de 1997 à 2000. C'est chez les personnes de 25-29 ans que le taux de victimisation est le plus élevé, suivies des personnes de 18-24 et de 30-39 ans. Au cours de cette même année, 14 femmes et 7 hommes sont décédés en contexte de violence conjugale (MSP, 2000 dans ISQ, 2003b). « La séparation représente le facteur qui augmente nettement le taux d'homicide conjugal, particulièrement à l'endroit des femmes » (ISQ, 2003b : 24). Lorsqu'on examine la prévalence annuelle, les jeunes couples de 18 à 24 ans seraient plus sujets à vivre de la violence conjugale, de même que les couples en union depuis moins de deux ans et ceux avec des enfants de moins de 7 ans (ISQ, 2003b). Les conjoints moins scolarisés seraient plus sujets à exercer de la violence envers leurs conjointes que les plus scolarisés (Rodgers, 1994; Heiskanen & Pisspa, 1998; cités dans ISQ, 2003b). Un faible revenu est généralement lié à un risque plus grand d'être victime et d'être agresseur. Le chômage chronique représente un facteur important de l'agression contre la conjointe (ISQ, 2003). Par ailleurs, avoir été témoin de violence conjugale entre ses parents et avoir été victime de violence dans son enfance augmentent considérablement le risque de devenir agresseur ou victime par la suite (Stark & Filtcraft, 1991; O'Leary, 1988, dans ISQ, 2003b). La concomitance entre toxicomanie et violence conjugale est aussi bien documentée. Par ailleurs, l'isolement social constitue une conséquence ou un facteur prédisposant à la violence conjugale. « On ne peut pas, dans l'état actuel des connaissances, affirmer que la grossesse est un facteur de risque de violence conjugale » (ISQ, 2003b : 41), mais les jeunes mères sont plus à risque, tout comme les femmes ayant des limitations à long terme.

Les filles et les femmes sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles et de harcèlement criminel que les garçons et les hommes (Harris & Knight-Bohnhoff, 1996) qui eux, sont les principaux agresseurs. En fait, selon la DAPPC, 1 764 jeunes femmes et 1 279 femmes adultes comparativement à 474 jeunes hommes et 90 hommes adultes ont subi une agression sexuelle en 2001 alors que 197 jeunes femmes et 2 431 femmes adultes comparativement à 79 jeunes hommes et 881 hommes adultes ont été victimes du harcèlement criminel (surtout la violence conjugale) durant la même période (DAPPC-MSP, 2001). Par ailleurs, on relève qu'environ 1 fille/femme sur 4 risque de subir une agression sexuelle quelconque au cours de sa vie comparativement à 1 garçon/homme sur 6 (Dorais, 1997). La socialisation masculine ferait en sorte que les garçons et les hommes seraient moins ouverts à déclarer un abus sexuel que les filles et les femmes (Dorais, 1997; Mathews, 1995).

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

1.9.2.4. Le soutien social et la solitude

Le soutien social est aussi un indicateur, non seulement de l'état de bien-être en général, mais aussi de la santé physique et mentale. Selon des études, l'effet protecteur du soutien social serait particulièrement révélateur chez les hommes. Entre ceux qui en bénéficient et ceux qui n'en bénéficient pas, les écarts de santé physique et mentale sont plus élevés que chez les femmes

(Denton & Walters, 1999; Lee, DeMaris, Bavin & Sullivan, 2001). La détresse psychologique et le soutien social sont aussi associés. L'ESSQ 1998 révèle que 38 % des personnes de 15 ans et plus (sexes réunis) ayant un faible soutien social ont un IDP élevé contre presque la moitié (16 %) des personnes bénéficiant d'un soutien social élevé (Légaré et al., 2000). Plus d'hommes que de femmes déclarent avoir un faible soutien social (23 % c. 17 %) (Julien, Julien & Lafontaine, 2000). Qui plus est, davantage d'hommes que de femmes rapportent n'avoir aucun-e confident-e (14 % c. 8 %) et que personne ne leur témoigne de l'affection (6 % c. 2,7 %). Les hommes de 15-24 ans et ceux de 65 ans et plus ont plus de soutien social que les hommes de 25-64 ans (16 % et 15 % c. 25 %). Par ailleurs, le soutien social des hommes en union (donc particulièrement chez les 25-64 ans) repose en grande partie sur la conjointe alors que davantage de femmes déclarent avoir un réseau plus étendu (Antil et al., à paraître).

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

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

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

Alors que 21 % des hommes déclarent avoir consulté au moins un-e professionnel-le de la santé³⁸ au cours des deux semaines précédant l'ESSQ 1998, le pourcentage des femmes s'élève à 29 % (Antil, à paraître). En spécifiant le type de professionnel-le consulté-e, le portrait est à peu près le même : moins d'hommes que de femmes de la population générale ont consulté un-e médecin (12 % c. 17 %) ou un-e professionnel-le autre qu'un-e médecin (13 % c. 19 %) (Fournier & Piché, 2000).

Tableau 5 : Proportions de personnes rapportant avoir consulté au moins un-e professionnel-le au santé au cours des deux semaines précédant l'ESSQ 1998 (Antil, à paraître).

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

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

Sensiblement la même proportion d'hommes que de femmes rapporte avoir utilisé la chirurgie d'un jour (4 % c. 4,4 %), mais parmi ces personnes, les hommes disent avoir reçu des services après leur retour à domicile dans une proportion nettement moindre (11 % c. 21 %) (Trahan, Bégin & Piché, 2000). Selon l'ESSQ 1998, parmi les individus de 15 ans et plus qui avaient consulté un-e professionnel-le de la santé au cours d'une période de deux semaines précédant l'enquête, 5 % s'étaient adressés à un CLSC, comparativement à 64 % à une clinique privée, 14 % à un hôpital, et 11 % à une pharmacie (Fournier & Piché, 2000).

Selon les données provenant des registres des CLSC 2001-2002³⁹, 41 % des 960 679 consultations en santé physique concernent des garçons/hommes. Les proportions de consultations selon le sexe varient selon l'âge. Pour la tranche des 0-14 ans, il n'existe aucune différence significative entre garçons et filles (49,5 % c. 50,5 %). Rappelons qu'à cet âge, ce sont davantage les parents qui prennent en charge la consultation. À l'inverse, chez les 15-24 ans, les différences sont plus prononcées, car 29 % des consultations seulement sont effectuées par les hommes. Paradoxalement, en ce qui concerne les consultations en urgence, 48 % des consultations touchent des hommes ($n = 91\ 614$) (Fichier RAMQ, 2002).

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

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

Un autre champ de consultation est le secteur familial. Les chiffres des CLSC 2001-2002 divisent ces consultations en trois. Les services d'éducation familiale et sociale touchent les problématiques psychosociales des familles et les habiletés parentales, tandis que les services de santé parentale et infantile visent la prévention médicale et le développement optimal des jeunes. Il existe un troisième volet qui concerne l'ensemble des interventions plus générales portant sur

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

l'enfance, la jeunesse et la famille. Parce que les interventions familiales peuvent être données aux parents ou aux enfants et qu'elles sont de natures très différentes, les comparaisons sont faites par groupes d'âge. Ainsi, 60 % des 25 741 interventions en services d'éducation familiale et sociale données aux 0-14 ans touchaient des garçons. Inversement, lorsque les interventions sont données aux 15-44 ans, seulement 20 % des consultations sont faites par les hommes ($n = 37\,761$). Ces données sont cohérentes avec la plus grande tendance des femmes à consulter en santé mentale, mais appuient aussi l'hypothèse selon laquelle les femmes s'occupent encore très majoritairement de cet aspect du bien-être de leurs enfants. Par ailleurs, les services de santé parentale et infantile donnent un portrait légèrement différent. Tout comme en santé physique, les consultations se rapportant aux enfants (0-14 ans) sont autour du point d'équilibre, avec 51 % des 137 908 interventions ayant été faites pour des garçons. Pour les 15-44 ans, seulement 3,6 % des 55 483 consultations sont faites par les hommes. Il faut toutefois interpréter ces données avec prudence, car les services de santé parentale et infantile comportent une large part d'interventions en pré- et périnatalité, et parfois les consultations sont toutes notées dans le dossier de la mère même si elles s'adressent au père. Quant aux interventions plus générales portant sur les enfants, les jeunes et leurs familles, un peu plus de consultations ont été faites pour des garçons chez les 0-14 ans parce qu'ils forment 56 % des clients ($n = 47\,308$). À l'opposé, chez les 15-44 ans, seulement 22 % des consultations sont faites par des hommes ($n = 55\,911$) (Ficher RAMQ, 2002).

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

Les chiffres de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* indiquent que les garçons de 9 et 13 ans présentent des proportions similaires aux filles, à n'avoir consommé aucun médicament au cours des 2 semaines précédant la réponse au questionnaire (9 ans : 34 % c. 40 %; 13 ans : 40 % c. 32 %). Cependant à 16 ans, plus de garçons n'ont consommé aucun médicament⁴⁰ (38 % c. 21 %). Cependant, plus de garçons que de filles consomment des médicaments pour mieux fonctionner ou se concentrer, à 9 comme à 13 ans (8 % c. 2,3 % et 3,7 % c. 0,7 %), et moins de garçons utilisent des médicaments pour la douleur⁴¹ ou la fièvre à 13 ans (37 % c. 47 %). À 16 ans, les filles consomment davantage de vitamines ou minéraux (33 % c. 24 %), de médicaments pour la douleur ou la fièvre (64 % c. 48 %), le rhume ou les allergies (31 % c. 24 %) et les autres médicaments (11 % c. 6 %). La différence de consommation de médicaments entre garçons et filles de 16 ans semble donc inclure beaucoup plus que les contraceptifs oraux (Levasseur, 2002). Les femmes prennent davantage de congés de

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

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

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

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

Tableau 6 : Des exigences contradictoires (Brooks, 1998 dans Dulac & Groulx, 1999)

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

La maladie marginalise les hommes en déstabilisant leur conception de la masculinité. Si cela est plus facile pour certains qui ont su se démarquer du stéréotype, pour d'autres demander de l'aide s'avère beaucoup plus difficile. Lorsqu'ils demandent de l'aide, ces hommes plus traditionnels le font d'une façon non conventionnelle, parfois agressivement parce que mal dans leur peau (Dulac, 1997; Dulac & Groulx, 1999). Ils risquent alors d'être reçus de manière répressive, ou de

se voir refuser l'accès aux services. [...] Ce qui est sous-tendu dans ces attitudes, ce sont des conceptions implicites des genres masculin et féminin : les femmes sont fragiles, victimes, ont besoin de support alors que les hommes sont des violents, méritent qu'on les réprime (Tremblay & L'Heureux, 2002).

Le point de départ, et sans aucun doute un des plus importants facteurs de réussite, implique un changement de paradigme, l'intervention auprès des hommes demeurant dominée par le paradigme de la pathologie et de la répression (Dulac & Groulx, 1999; Dulac, 2001). Au contraire, l'expérience des intervenants et des intervenantes auprès des hommes met en relief la nécessité de rejoindre l'individu derrière le comportement, la personne dans toutes ses capacités et de resituer le problème avec le client dans un contexte social, plus particulièrement la socialisation masculine (Bélanger & L'Heureux, 1994; Dulac & Groulx, 1999; Tremblay, 1989). « Choisir d'intervenir en tenant compte de la souffrance des hommes, c'est s'attaquer à un tabou social très persistant », nous disent Dulac & Groulx (1999).

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

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

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

Rappelons que depuis quelques années, plusieurs écrits ont été rédigés sur l'intervention auprès des hommes au Québec et aux États-Unis en particulier, principalement sur le plan de l'intervention psychosociale (Brooks, 1998; Brooks & Good, 2001; revue *Intervention*, (116) 2002; Meth et Passick, 1990; Osherson et Krugman, 1990; Pollack et Levant, 1998; Tremblay, 1989, 1996; Twohey et Ewing, 1995; Wilcox et Forrest, 1992), mais aussi au plan de la santé (Courtenay, 2000; Sabo & Gordon, 1994), sans compter les ouvrages portant des problématiques plus spécifiques (cancer de la prostate, difficultés érectiles, dépression, violence conjugale, suicide, alcoolisme et toxicomanie, jeu compulsif, etc.). Bref, comme le soulignent Tremblay et al. (à paraître) dans leur conclusion, les hommes semblent entretenir un rapport différent à leur corps et à leur bien-être personnel comparativement aux femmes de telle sorte que le rapport objectif (mortalité, morbidité, etc.) ne correspond pas au rapport subjectif (perceptions, demandes de soins et services, etc.) qu'ils entretiennent avec leur santé.

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

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

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

1.11.1. Les hommes autochtones

Les autochtones représentent 1,1 % de la population québécoise selon les données de 2001 de Statistique Canada (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2003). On compte 77 837 autochtones, dont 68 440 de différentes nations amérindiennes et 9 397 Inuits⁴³. Les autochtones forment 11 nations réparties dans 54 communautés. De plus, la *Loi sur les Indiens* différencie les Indiens inscrits des non-inscrits. Le statut des Métis est également différent. Les villages inuits relèvent du gouvernement provincial alors que les villages des premières nations relèvent du

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

ministère des Affaires indiennes et du Nord (fédéral). Il s'agit donc de diverses réalités fort complexes.

Selon le recensement de 1996, une plus forte proportion de femmes que d'hommes complètent leurs études (c'est-à-dire en étant titulaires d'un grade, certificat ou diplôme). Ainsi, « 29 % des femmes autochtones, contre 27 % des hommes autochtones, ayant déclaré comme plus haut niveau de scolarité avoir fait des études secondaires (de la 9^e à la 13^e année) possédaient un certificat d'études secondaires » (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2003). Comme nous n'avons pas eu accès aux données comme nous l'avions espéré, nous ne pouvons documenter aussi adéquatement que souhaitable les problèmes de santé et de bien-être des Autochtones. Rappelons cependant que les journaux et des études dans d'autres provinces (Laforest & Nicholas, 1999) ont largement fait état de problèmes psychosociaux divers liés à la colonisation et au changement rapide d'un mode de vie traditionnel à un mode de vie plus près des sociétés nord-américaines, notamment le chômage chronique, les problèmes de logement, l'alcoolisme et la toxicomanie, la violence conjugale, le suicide sans compter le décrochage scolaire et l'accès aux services de santé et aux services sociaux.

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

1.11.2. Les hommes issus d'immigration récente

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

Au plan des habitudes vie, les personnes des communautés culturelles issues de l'immigration récente sont moins nombreuses que la population québécoise en général à consommer des produits psychotropes. Leurs habitudes alimentaires sont par ailleurs intimement liées à leurs croyances, à leurs expériences et aux conditions socio-économiques. Elles sont influencées par le coût et la disponibilité des produits alimentaires, par l'identité culturelle et les croyances religieuses. Il semble que ce sont les jeunes et les hommes qui changent plus rapidement leurs habitudes alimentaires une fois arrivés dans le nouveau pays; les femmes seraient plus conservatrices, car elles ont plus d'expérience dans la préparation des mets traditionnels. On estime que la variation du poids corporel chez ces groupes serait liée plutôt au processus de changement des habitudes alimentaires traditionnelles pour celles de la nouvelle culture et que ce sont les personnes en provenance des pays arabophones et de la Chine qui présentent moins

⁴⁴ La proportion des personnes des communautés culturelles qui occupent un emploi rémunéré est significativement moins élevée que l'ensemble de la population, soit 54 % contre 65 %. Ces tendances se répète également lorsque l'on considère l'âge (15-24 ans = 39 % comparativement à 50 % pour l'ensemble du Québec; 25-44 ans = 64 % c. 79 % ; 45 ans et plus = 46 % c. 49 %) et le sexe (hommes = 65 % c. 71 %; femmes = 43 % c. 59 %) (Clarkson et Renaud, 2002).

d'excès de poids, comparativement aux immigrants d'origines haïtienne et hispanophone (Shatenstein & Nadon, 2002).

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

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

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

Sur le plan des recours aux services sanitaires et aux services sociaux, des projets ont été mis sur pied au début des années 1990 pour inciter les personnes nouvellement arrivées à les utiliser. En 1992, *La politique de la santé et du bien-être* du Ministère de la Santé et des Services sociaux avait identifié les communautés culturelles d'immigration récente comme des groupes vulnérables aux problèmes d'adaptation (difficulté d'intégration sociale et professionnelle, perturbation de l'environnement, problèmes économiques et autres facteurs de risque) et qu'il fallait agir pour et avec ces personnes afin de trouver des solutions mieux adaptées pour leur venir en aide (MSSS, 1992). En fait, les récentes orientations et politiques en matière de santé et de services sociaux se préoccupent de plus en plus mais aussi de façon concrète du sort des communautés issues de l'immigration récente. À titre d'exemple, en 2001, le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration énonçait dans son *Plan stratégique* pour 2001-2004, que l'accessibilité aux services est une condition essentielle pour les personnes afin de

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

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

participer à la société comme citoyens à part entière (MRCI, 2001). Toutefois, malgré ces nombreuses préoccupations, une étude récente de la Direction de la santé publique / Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Chevalier & Gravel, 2002) portant sur l'utilisation des services par certaines communautés culturelles de Montréal, montre qu'encore seulement 20 % des répondants ont consulté un-e professionnel-le de la santé durant les douze mois précédant l'enquête.

1.11.3. Les hommes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle

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

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

On considère qu'il s'agit d'une clientèle invisible dans les services de santé et les services sociaux alors qu'on ne parle que très peu de cette réalité. On parle d'un manque d'adaptation des services aux réalités homosexuelles, d'une sous-utilisation des services, et d'un biais hétérosexiste dans la recherche, dans la formation et la prestation de services des intervenants et intervenantes (Clermont & Sioui-Durand, 1997; Jalbert, 1999). En fait, en dehors des comportements à risque en matière de VIH et MTS, on connaît encore très peu ces réalités, particulièrement chez les hommes âgés et ceux des minorités ethniques (Jalbert, 1999).

1.11.4. Les hommes sans domicile fixe

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

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

2. LES PRINCIPAUX BESOINS DES HOMMES QUÉBÉCOIS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

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

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

- Dans la monographie sur la santé des hommes (Tremblay et al., à paraître), l'équipe de recherche identifie certains groupes plus à risque à partir des données de l'ESSQ 1998:
- Les jeunes hommes sur plusieurs plans : les habitudes alimentaires (particulièrement l'usage de « malbouffe »); l'usage de drogues et l'enivrement; les accidents de la route, au travail et dans la pratique sportive; le suicide.
- Les hommes d'âge moyen (25-44 ans) pour le peu d'exercice physique de loisir et le suicide. Les hommes pauvres, sans emploi et peu scolarisés sur le plan de l'insécurité alimentaire, de l'exercice physique, du poids corporel, des pratiques sexuelles à risque et de la perception de l'état de santé mentale.
- Les manœuvres et ouvriers non qualifiés, sur le plan des habitudes alimentaires, des pratiques sexuelles à risque et des accidents au travail.
- Les hommes sans conjointe sur plusieurs plans : les habitudes alimentaires; l'abus d'alcool et de drogues ; les comportements sexuels à risque; les accidents de la route, du travail et de loisir; la détresse psychologique, la perception de l'état de santé mentale et le suicide.

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

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

À cette liste, ajoutons :

- Les gays et les bisexuels, surtout les jeunes, sur le plan de la détresse psychologique et du suicide, ainsi que des pratiques sexuelles à risque, particulièrement au début de leur processus de *coming out*. Les hommes issus d'immigration récente sur le plan du stress d'adaptation et du réajustement des rôles sociaux pouvant également constituer des facteurs de risque sur le plan de la violence conjugale et de la violence familiale.
- Les hommes autochtones sur le plan du chômage, du logement, de l'alcoolisme et la toxicomanie, de la violence conjugale et du suicide.
 - Il semble s'opérer « un décalage important chez les hommes entre la santé objective et la santé subjective » (Tremblay et al., à paraître). Un modèle explicatif est proposé dans la monographie sur la santé des hommes. Des recherches québécoises et américaines démontrent que la socialisation masculine interfère dangereusement dans le processus de recours aux services de santé et sociaux de telle sorte que les hommes sont moins sensibles aux signes précurseurs, prennent plus de risques inutilement et attendent davantage à la dernière minute pour consulter que ne le font les femmes. L'offre de service semble aussi empreinte de ces présupposés sociaux de telle sorte que les hommes perçoivent les services comme étant mal adaptés à leurs besoins (Dulac, 1997) et qu'ils reçoivent moins d'attention et d'information (Courtenay, 2000). Par ailleurs, les services en place comportent également des barrières à leur utilisation par les hommes (Courtenay, 2000; Dulac, 2001; Nantel & Gascon, 2002). Cela implique donc de travailler sur divers aspects :
 - D'une part, un travail sur le plan des mentalités afin de modifier la socialisation masculine qui comporte plusieurs aspects nocifs à la santé et au bien-être (Pleck, 1982) : campagne pour aider à dépister les signes précurseurs, pour valoriser de la demande d'aide, etc.
 - Cela implique aussi un travail auprès des ressources en place pour mieux les adapter sur le plan des horaires de travail, mais aussi en matière d'approche plus accueillante pour les hommes.
 - Enfin, dans ses recherches, Dulac (1997) insiste sur l'importance des services spécialisés pour les hommes en rappelant qu'ils ont besoin « d'endroits ou de lieux pour s'exprimer dans un environnement confortable émotionnellement, respectueux de leur langage, de leurs réticences, de leur culture ».
 - Ces ressources, pour la plupart issues du milieu communautaire, sont au cœur du développement de nouvelles expertises et elles permettent aux hommes d'avoir accès à un certain nombre de services particuliers [...] Tous les programmes et les services existants doivent être adaptés aux réalités spécifiques des hommes, comme ils doivent l'être aux réalités spécifiques des femmes. [...] Certains notent aussi l'importance de favoriser une plus grande présence d'hommes dans les professions de relation d'aide (David, 2002). Des standards de services adaptés aux réalités masculines demeurent à établir. (Tremblay et al., à paraître).

- Certaines problématiques attirent particulièrement notre attention, notamment le suicide qui constitue l'une des premières causes de mortalité chez les hommes, la séparation conjugale et la perte d'un emploi semblent constituer des périodes charnières qui méritent une attention particulière, les abus (physiques ou sexuels⁴⁹) perpétrés envers des garçons qui constituent un facteur de risque important de reproduire ces comportements destructeurs par la suite, les difficultés scolaires des garçons dont les impacts psychosociaux sont en hausse avec les exigences de plus en plus grande du marché du travail, enfin la prise de risques inutiles dans le sport, au travail ou dans la vie en général.

En guise de conclusion, il nous semble que, dans une perspective interactionniste, la réponse aux besoins des hommes en matière de santé et de services sociaux au Québec passe par deux chemins complémentaires : d'une part travailler à modifier certaines attitudes et comportements des hommes qui nuisent à leur santé et leur bien-être et d'autre part, à modifier l'offre de service. Enfin, la recherche sur la santé et le bien-être des hommes demeure encore embryonnaire. Les connaissances en cette matière nécessitent d'être approfondies si nous voulons développer des stratégies d'intervention qui soient efficaces.

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

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

RÉFÉRENCES

- Adrien, A., Leaune, V., & Auger, D. (2000). Comportements sexuels et utilisation du condom. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.
- Affaires indiennes et du Nord Canada (2003). Site Internet : http://www.ainci-nac.gc.ca/pr/sts/awp6_f.html
- Allard, F., & Tremblay, G. (2002). Comment perdure, après une rupture conjugale et en contexte de pauvreté, l'implication des pères auprès de leurs enfants biologiques (0-5 ans), alors qu'ils ne cohabitent plus avec eux? Le point de vue de mères monoparentales en situation de pauvreté. Projet de recherche soumis au *Programme de subvention en santé publique*.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, (4ème édition). Washington (DC) : APA.
- Angst, J. A., Gamma, M., Gastpar, J.-P., Lépine, J., Mendlewicz, & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and DEPRES II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209.
- Antil, T. (à paraître pour publication). Recours aux soins et services de santé. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-È. Bergeron & R. Lapointe-Goupil, *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*. Québec : MSSS.
- Antil, T., Bergeron, M.-È., & Cloutier, R. (à paraître pour publication). État de santé et de bien-être des hommes québécois. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-È. Bergeron & R. Lapointe-Goupil, *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*. Québec : MSSS.
- Arama, D., & Bouchard, C. (1996). Recension des projets d'intervention ayant trait à la paternité dans la grande région de Montréal. *GRAVE (Les cahiers d'analyse du GRAVE)*, 3(1).
- Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life : the new paradox? *Social Science & Medicine*, 48, 61-76.
- Arseneault, F., Ladouceur, R., & Vitaro, F. (2001). Consommation de psychotropes et jeux de hasard : prévalence, coexistence et conséquences. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, (42), 173-184.
- Aubé, R. (2000). *La réussite scolaire des garçons au collégial*. Rapport de recherche, Cégep Beauce-Appalaches.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (1996). On the Prevalence of Homosexuality and Bisexuality in a Random Community of 750 Men Aged 18 to 27. *The Journal of Homosexuality*, 36(2), 1-18.
- Bélanger, J., & L'Heureux, P. (1994). *Nécessité dans l'intervention de reconsidérer les prémisses de départ quant à la nature des hommes*. Texte ronéotypé. Montréal : Cœur Atout, Papier présenté au *Forum sur la santé gaie*, octobre 1994.
- Bellerose, C., Cadieux, E., & Noël, Y. (2002). Interaction parent-enfant. Dans ISQ, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Bernier, S., & Brochu, D. (2000). Usage du tabac. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Biron, C. (1998). *Orientations et stratégie en promotion de la santé et en prévention en matière de substances psychotropes (document de consultation)*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Blanchette, F. (1990). L'établissement d'un diagnostic différentiel des dysfonctions érectiles par l'utilisation de la symptomatologie sexuelle. *Bulletin de l'Association des sexologues du Québec*, 11(3).
- Brod, H. (1987). *The Making of Masculinities : The New Men's Studies*. London : Alen and Unwin Publication.

- Bouchard, P., Coulombe, L., & St-Amant, J.-C. (1994). Abandon scolaire et socialisation selon le sexe : Élaboration d'un cadre théorique et recension des écrits, *CRIRES*, Université Laval.
- Bouchard, P., St-Amant, J.-C., & Gagnon, C. (2000). Pratiques de masculinité à l'école québécoise, *Revue canadienne de l'éducation*, 25(2), 73-87.
- Bowd, A. D., & Loos, C. H. (1998). Idéologie masculine, différences entre les sexes et risques d'infection à VIH chez les jeunes femmes. *Le Travailleur Social*, 66(3), 6-14.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Prévile, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Breton, J.-J., Légaré, G., Laverdure, J., & D'Amours, Y. (2002). Santé mentale. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.
- Brooks, G. R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Brooks, G. R., & Good, G. E. (Éd.). *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men* (Vol. 1, 2). San Francisco : Jossey-Bass.
- Bucholz, K.K., Hesselbrock, V. M., Heath, A.C., Kramer, J.R., & Schuckit, M.A. (2000). A latent class analysis of antisocial personality disorder symptom data from a multi-centre family study of alcoholism. *Addiction*, 95(4), 553-567.
- Cairney, J. (1998). Gender differences in the prevalence of depression among Canadian adolescents. *Canadian Journal Of Public Health*, 89(3), 181-182.
- Cairns, R. B., & Kroll, A. B. (1994). Developmental perspectives on gender differences and similarities. Dans M. Rutter & D.F. Hay (Éds.), *Development through life- A handbook for clinicians* (pp 350-372). Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Canadien Heart Health Surveys Research Group [CHHSRG] (1997). Obesity : A risk factor for cardiovascular disease. The Canada Heart Health Surveys. *Canadian Medical Association Journal*, 157(suppl. 1).
- Castle, D. J., & Phillips, K. A. (2001). Body dysmorphic disorder in men. *SPSMM Bulletin*, 6(4), 8-9.
- Charbonneau, L. (2000). Pour prévenir le suicide... Agissons! Dans Association québécoise de suicidologie. *Prévenir le suicide au masculin, document de réflexion pour la Semaine provinciale de prévention du suicide 2001*. Montréal : AQS, pp 7-8.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35(2), 269-88.
- Chayer, L., Larkin, J.-G., Morissette, O., & Brochu, S. (1997). *Prévenir les toxicomanies : de la nature du problème aux politiques à considérer*. Montréal : Université de Montréal et Ministère de la santé et des services sociaux.
- Chevalier, S., & Gravel, S. (2002). *Utilisation des services de santé et des services sociaux*. Québec : MSSS - Direction de la santé publique et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Chevalier, S., & Allard, D. (2001). *Jeu pathologique et joueurs problématiques : Le Jeu à Montréal*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre - Direction de la santé publique.
- Clain, O. (2001). Les suicides des jeunes hommes au Québec, un cas de fatalisme? Dans P.-L. Assoum & M. Zafiroopoulos (Éds.), *Les solutions sociales de l'inconscient* (pp.181-201). Paris : Anthropos (Psychanalyse et pratiques sociales).
- Clarkson, M., (2002). *Activité Physique*. Québec : MSSS - Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.
- Clarkson, M., & Hamel, D. (2002). *Perception de la santé*. Québec : MSSS - Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation et Institut nationale de la santé publique du Québec.
- Clarkson, M., & Renaud, J. (2002). *Conditions socioéconomiques et milieu de travail*. MSSS - Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation et Université de Montréal - Département de sociologie et Centre d'études ethniques des universités montréalaises.

- Clermont, M., & Sioui-Durand, G. (1997). *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. Orientations ministérielles*. Québec : MSSS.
- Cohen, D., & Collin, J. (1997). *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*. Montréal : Université de Montréal et MSSS.
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie (1998). *Avis sur la double problématique toxicomanie et jeu pathologique chez les jeunes*. Québec : MSSS.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. Montréal : CSMQ.
- Courtenay, W. H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men : Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9(1), 81-142.
- Courtenay, W. H., McCreary, D. R., & Merighi, J. R. (2002). Gender and Ethnic Differences in Health Beliefs and Behaviors. *Journal of Health Psychology*, 7 (3) 219-231.
- David, G. (2002). Les hommes face à la consultation psychosociale et/ou psychothérapique. *Intervention*, (116), 167-174.
- Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health : an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, (48), 1221-1235.
- Desmarais, D. (2001). Avoir 20 ans et vivre et vivre de la détresse psychologique : un paradoxe contemporain. *Carrièreologie*, 8(1), 14-20.
- Direction des Affaires Policière et de la Prévention de la criminalité (DAPPC) (2001). *Statistiques sur la criminalité au Québec*. Québec : Ministère de la Sécurité publique- Direction générale des affaires policières, de la prévention et des services de sécurité (Direction des communications).
- Dorais, M. (1997). *Ça arrive aussi aux garçons : L'abus sexuel au masculin*. Montréal : vlb.
- Dorais, M. (1998). Les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels : parmi les plus à risque de suicide. *Vis-à-Vie*, 8(2).
- Dorais, Michel (2000). *MORT OU FIF : Contextes et mobiles de tentatives de suicide chez des adolescents et jeunes hommes homosexuels ou identifiés comme tels*. Québec : Université Laval.
- Drapeau, S., Deschesnes, M., Lavallée, C., & Lepage, L. (2002). Soutien social. Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.
- Dubeau, D. (2002). *État de la recherche portant sur les pères au Canada*. Hull : UQO. Recherche pour le compte du Réseau ontarien de l'initiative pour l'engagement paternel.
- Duchesne, L. (2001). La Situation démographique. Institut de la statistique du Québec. *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Duchesne, L. (2002). La Mortalité. Dans Institut de la statistique du Québec, *La Situation démographique au Québec : Bilan 2001*. Québec : ISQ.
- Dulac, G. (1996). Les moments du processus de déliaison père-enfant chez les hommes en rupture d'union. Dans Conseil québécois de recherche sur la famille, *Comprendre la famille : Actes du troisième symposium de recherche sur la famille* (pp.45-63). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Dulac, G., & Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal : vlb.
- Dutton, D. G. (1996). *De la violence dans le couple*. Paris : Bayard.
- Fabrega, H. Jr, Mezzich, J., Ulrich, R. & Benjamin, L. (1990). Females and males in an intake psychiatric setting. *Psychiatry*, 53(1), 1-16.
- Faulkner, R., & Duguay, L. (2002). *La Prévention du jeu pathologique : document de référence*. Québec : MSSS.

- Feinman, J. A., & Dunner, D. L. (1996). The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37(1), 43-49.
- Fonséca, F. (2003). *De homine et toxico. Essai sur les théories contemporaines de la toxicomanie et les politiques à son endroit*. Université Laval (thèse de doctorat à soutenir).
- Fortin, J. M., Ladouceur, R., Pelletier, A. & Ferland, F. (2001). Les Jeux de hasard et d'argent chez les adolescents en difficulté. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, (20), 135-151.
- Foster, T., Gillespie, K. & McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, (170), 447-452.
- Fournier, M.-A., & Piché, J. (2000). Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.
- Godbout, M. (2002). *Les réalités autochtones*. Conférence prononcée dans le cadre du cours *Fondements sociopolitiques du service social*. Ste-Foy : École de service social, Université Laval.
- Goubert, A.-C. (2000). *Baromètre de santé. Premiers résultats 2000*. Vanne (France) : Rapport du Comité français d'éducation pour la santé.
- Harris, M. B., & Knight-Bohnhoff, K. (1996a). Gender and aggression I : Perceptions of aggression. *Sex roles*, 35(1/2), 1-25.
- Harris, M. B., & Knight-Bohnhoff, K. (1996b). Gender and aggression II : Personal aggressiveness. *Sex roles*, 35(1/2), 27-42.
- Hébert, P. T. (2001). "If I had a new notebook, I know things would change" : Bright underachieving young men in urban classrooms. *Gifted child quarterly*, 45(3), 174-194.
- Huselid, R. F., & Cooper, M. L. (1992). Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4).
- Institut de la statistique du Québec (1997a). *Portrait socio-démographique du Québec*, Québec : Direction de la Statistique du Québec - ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (1997b). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*. Québec : Direction de la Statistique du Québec - ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*, Québec : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2001a). *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec, 1998-1999*. Montréal : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2001b). *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2001c). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Québec : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2003a). *Recensement du Canada. Compilation et traitement*. Montréal : Direction de l'édition et des communications – ISQ.
- Institut de la statistique du Québec (2003b). *La violence conjugale envers les hommes et les femmes, au Québec et au Canada 1998*. Québec : ISQ.
- Jablensky, A., & Cole, S. W. (1997). Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding ? Results from a cross-cultural investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 170(2), 234-240.
- Jalbert, Y. (1999). *La santé gaie : Connaissances actuelles et actions futures. Recension des écrits*. Montréal : Coalition des organismes québécois de lutte contre le sida.
- Janosz, M., & LeBlanc, M. (1996). Pour une vision intégrative des facteurs reliés à l'abandon scolaire, *Revue canadienne de psycho-éducation*, 25(1), 61-68.
- Julien, M., Julien, D. & Lafontaine, P. (2000). Environnement de soutien. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Kowaleski-Jones, L., & Mott, F. L. (1998). Sex, contraception and childbearing among high-risk youth : do different factors influence males and females? *Family Planning Perspectives*, 30(4), 163-169.

- Kets-de-Vries, M. F. R. (1989). Alexithymia in organizational life : The organization man revisited. *Human Relations*, 42(12), 1079-1093.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health : his and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503.
- Ku, L., Sonenstein, F. L., & Pleck, J. H. (1993). Factors influencing 1st intercourse for teenage men. *Public Health Reports*, 108(6), 680-694.
- Kuzminski, F., & Demers, A. (1998). *Évolution (1978-1994) et déterminants de la consommation d'alcool et de drogues au Québec (analyses secondaires de données d'enquêtes nationales)*. Montréal : Université de Montréal et MSSS.
- Ladouceur, R., Boudreault, N., Vitaro, F., & Jacques C. (1999). Pathological gambling and related problems among adolescents. Dans *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* (8, pp.55-68).
- La Forest, G., & Nicholas, G. (1999). *Rapport du groupe de travail sur les questions autochtones*.
- Laroche, D. (2001). Tendances des crimes contre la personne. Dans Institut de la statistique du Québec, *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Larose, S., & Roy, R. (1992). *Modélisation de l'intégration aux études collégiales et facteurs de réussite scolaire chez les nouveaux arrivants à risque*. Rapport de recherche, Québec : Cégep de Ste-Foy.
- Ledoux, M., & Rivard, M. (2000). Poids corporel. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition* (chapitre 8). Québec : ISQ.
- Leduc, F. (2000). Le rapport canadien Pour l'amour des enfants : autonomie et droits des enfants, groupes de femmes et groupes de pères. *Lien social et politiques, RIAC*, 44, 141-154.
- Lee, G. R., DeMaris, A., Bavin, S., & Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 56B(1), S56-S61.
- Légaré, G., Prévile, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurent, D., & Boyer, R. (2000). Santé Mentale. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, gender roles, and personality : gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43(11-12), 787-820.
- Lesage, A. D. (2000). D'autres pistes d'intervention pour prévenir le suicide chez les hommes au Québec. Dans Association québécoise de suicidologie, *Prévenir le suicide au masculin*, (pp. 107-114). Montréal : AQS.
- Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders : A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063-1068.
- Lespérance, A. (2001). Le Cheminement scolaire selon le sexe. Dans Institut de la statistique du Québec, *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Lespérance, A., Nobert, Y., Foucault, D., & Ristic, B. (2001). Scolarisation et diplomation. Dans Institut de la statistique du Québec, *Portrait social du Québec : données et analyses, édition 2001*. Québec : ISQ.
- Létourneau, E., André, D., Bernier, M., Marchand, P., & Trudel, A.-M. (2000). Familles et santé. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Levasseur, M. (2000). Perception de l'état de santé. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Levasseur, M. (2002). État de santé physique et recours aux médicaments. Dans : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.
- Loffler, W., & Hafner, H. (1999). Ecological pattern of first admitted schizophrenics in two German cities over 25 years. *Social Science and Medicine*, 49(1), 93-108.
- Loiselle, J. (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000* (Vol. 1). Québec : ISQ.
- Lorber, J. (1997). *Gender and the social construction of illness*. Thousand Oaks (CA) : SAGE.
- Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 151(5), 670-680.

- Lynch, J. L., & Kilmartin, C. (1999). *The Pain Behind the Mask : Overcoming Masculine Depression*. New York : Haworth Press.
- Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do Women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*, (48), 89-98.
- Martino, W. (2000). Mucking around in class, giving crap, and acting cool : Adolescent boys enacting masculinities at school. *Canadian journal of education*, 25(2), 102-112.
- Mathews, F. (1995). *Le garçon invisible : Nouveau regard sur la victimologie au masculin : enfants et adolescents*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille - Gouvernement du Canada.
- Matthews, S., Manor, O., & Power, C. (1999). Social inequalities in health : are there gender differences? *Social Science and Medicine*, (48), 49-60.
- Mayhew, D. R., Brown, S. W., & Simpson, H. M. (2002). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 1999*. Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada et Transports Canada.
- McCreary, D. (2001). Men's Drive for Muscularity. *SPSMM Bulletin*, 6(4), 7-8.
- McCreary, D. R., Dorsch, K. D., & Rennebohm, J.A. (2001). *Exploring body image perceptions in adolescents boys and girls*. Affiche présentée au Congrès de l'American Psychological Association, San Francisco, États-Unis.
- Meth, R. L., & Passick, R. S. (Éd.) (1990). *Men in therapy – The challenge of change*. New York et Londres : Guilford Press.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2002). *Indicateurs de l'éducation*. Site Internet : http://www.meq.gouv.qc.ca/M_stat.htm.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2002). *Bulletin statistique de l'éducation*. Québec : Direction des statistiques et des études quantitatives - MÊQ.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale du Québec*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Priorités nationales de santé et du bien-être*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002a). *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2002*. Québec : Direction générale de santé publique – MSSS.
- Ministère de la Santé et de Service sociaux (2002b). *Agir ensemble- Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan national de lutte contre la toxicomanie*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003a). Santé et bien-être d'immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? *Coup d'œil sur la recherche évaluative*, (8), 1-4.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : Connaissances et intervention*. Québec : MSSS.
- Ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (2001). *Plan stratégique 2001-2004*. Québec : MRCI.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men : a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, (71), 1-9.
- Myers, L. B., & al. (1996). Illusions of well-being and the repressive coping style. *British Journal of Social Psychology*, (35) 443-457.
- Nantel, Y., & Gascon, É. (2002). Les difficultés masculines et l'intervention sociale : une question de lien? *Intervention*, (116), 103-111.

- National Cancer Institute (2000). *Population based smoking cessation : proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population*, Bethesda (MD) : U.S. Department of Health and Human Services.
- Nuckolls, C. W. (1997). Allocating value to gender in official American psychiatry, part II : Psychiatric training and practice. *Anthropology and Medicine*, 4(3), 245-271.
- Olivardia, R. (2001). Male body image and the adonis complex. *SPSMM Bulletin*, 6(4), 6-7.
- Organisation Mondiale de la Santé (1998). *Obesity : Preventing and managing the global epidemic*. Genève : Rapport de consultation sur l'obésité.
- Osherson, S. & Krugman, S. (1990). Men, shame, and psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(3), 327-339.
- Ouellet, M., & Lamarre, J. (1999). *Pour une meilleure réussite scolaire des garçons et des filles*, Avis au Ministre de l'Éducation, Québec.
- Papillon, M.-J., Laurier, C., Barnard, L., & Baril, J. (2000). Consommation de médicaments. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Pease, B., & Camilleri, P. (2001). *Working with Men in the Human Services*. Australie : Allen & Unwin Pty.
- Perron, L., Moore, L., Bairati, I., Bernard, P. M., & Meyer, F. (2002). PSA screening and prostate cancer mortality decline. *Canadian Medical Association Journal*.
- Pleck, J.H. (1982). *The myth of masculinity*. Cambridge et London : MIT
- Pollack, W. S., & Levant, R. F. (Éd.) (1998). *New psychotherapy for men*. New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapour et Toronto : John Wiley & Sons.
- Pope, H.G., & Kanayama, G. (2001). Anabolic-androgenic steroids. *SPSMM Bulletin*, 6(4), 9-11.
- Real, T. (1997). *I Don't Want to Talk About It :Overcoming the Secret Legacy of Male Depression*. New York : Scribner.
- Reeder, B. A. (1996). The Public health implications of obesity in Canada. Dans A. Anderson et al. (Éds.), *Progress in Obesity Research* (pp.581-585). London : John Libbey.
- Rivière, B., Sauvé, L., & Jacques, J. (1997). *Les cégépiens et leur conception de la réussite, tome 1, Rapport de recherche*, Montréal Collège de Rosemont.
- Robitaille, Y., Bourbeau, R., Goulet, C., & Pless, I.B. (2002). Blessures, exposition au risque et mesures de protection. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : ISQ.
- Roder, W., Ute, U., Oliver, J.P., & Priebe, S. (1997). Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43(2), 129-143.
- Rosenberg, H. (1993). *Race and patient diagnosis : Divergence between clinical assessments of state mental patients*. Communication présentée au congrès de l'American Sociological Association.
- Russo, N. F., Amaro, H. & Winter, M. (1987). The use of inpatient mental health services by Hispanic women. *Psychology of Women Quarterly*, 11(4), 427-441.
- Sabo, D. F., & Gordon, D. F. (Éds). (1994). *Men's Health and Illness : Gender, Power, and the Body*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J.-A. (2000). Gender, social roles, and mental health : an epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43(9-10), 605-628.
- Saint-Laurent, D., & Légaré, G. (2002). *Description des suicides et des comportements suicidaires au Québec*. INSPD. Présentation au colloque Créer l'humanité.
- Salokangas, R. K. R. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia : A five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(6), 459-468.
- Santé et Bien-être social Canada (1988). *Le poids et la santé* (Document de travail). Ottawa : Direction générale des services et de la promotion de la santé - SBESC.
- Sardon, J.-P. (1994). Fécondité générale. *La population européenne en chiffres*. Paris : Institut nationale d'études démographiques.
- Saucier, A., & Lafontaine, P. (2001). Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Québec : ISQ.

- Shatenstein, B., & Nadon, S. (2002). *Alimentation et poids corporel*. Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Single, E., Robson, L., Rehm, J., & Xi, X. (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *American Journal of Public Health*, 89(3), 385-390.
- Sioui, B., & Rock, R. (2001). *Réalités autochtones*. Conférence dans le cadre du cours *Fondements sociopolitiques du service social*. École de service social. Université Laval.
- Société canadienne du cancer (2002-2003). Site Internet <http://www.cancer.ca/ccs>.
- Statistique Canada (2003). *Profil de la santé mentale et du bien-être de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, 2002*. Site Internet http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/tables_f.htm.
- Taylor, W. C., Baranowski, T., & Young, D. R. (1998). Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Prevention Medicine*, 15(4), 334-343.
- Timms, D. (1998). Gender, social mobility and psychiatric diagnoses. *Social Science and Medicine*, 46(9), 1235-1247.
- Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (1998). Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1434-1436.
- Trahan, L., Bégin, P., & Piché, J. (2000). Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour et aux services posthospitaliers. Dans Institut de la statistique du Québec, *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Tremblay, G. (1989). *L'intervention sociale auprès des hommes - Quelques pistes en vue de préciser un modèle d'intervention*. Essai de maîtrise. Département de service social, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
- Tremblay, G. (1996). *L'intervention sociale auprès des hommes – Vers un modèle s'adressant à des hommes plus traditionnels*. *Service Social*, 45(2), 21-30.
- Tremblay, Gilles. (1999). *Perspectives longitudinales concernant la relation père, la formation de l'identité et les comportements perturbateurs chez les garçons montréalais de milieux défavorisés*. Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada.
- Tremblay, G. (2000). La détresse des hommes : Comprendre et mieux intervenir. Dans Association québécoise de suicidologie, *Prévenir le suicide au masculin* (pp. 77-85). document de réflexion pour la Semaine provinciale de prévention du suicide 2001.
- Tremblay, G., & Lapointe-Goupil, R. (à paraître pour publication). Habitudes de vie et comportements reliés à la santé. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-È. Bergeron & R. Lapointe-Goupil, *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*. Québec : MSSS.
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È., & Lapointe-Goupil, R. (à paraître pour publication). *La Santé des hommes : portrait de la situation des hommes en matière de santé au Québec*, Québec : MSSS.
- Tremblay, G., Bonnelly, H., Audet, S., Larose, S., Rivière, B., Lavallée, M., Lacasse, J-P, Voyer, C., & Samson, M. (2002). *Recherche-action pour développer un modèle d'intervention favorisant l'intégration, la persévérance et la réussite des garçons aux études collégiales*. Projet de recherche présenté au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.
- Tremblay, G., & L'Heureux, F. (2002). *L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergeant d'intervention clinique*. *Intervention*, (116), 13-25.
- Tremblay, G., & Thibault, Y. (2002). *Hommes et santé mentale : Des pistes d'intervention*. Papier présenté au Congrès de l'ACFAS, Québec.
- Tremblay, R. E., Boulerice, B., Harden, P. W., McDuff, P., Pêrusse, D., Pih, R.O., & Zoccolillo, M. (1996). Do children in Canada become more aggressive as they approach adolescence? Dans Human Resources Development & Statistics Canada (Ed.), *Growing up in Canada : National longitudinal survey of children and youth/ Grandir au Canada - Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, (pp. 127-137). Ottawa : Statistique Canada.

- Tremblay, S. (soumis pour publication). *Comprendre, reconnaître et soutenir l'engagement des pères dans la famille et auprès des enfants*. Document de travail produit dans le cadre des travaux du comité ministériel sur la place des hommes dans la famille. Québec : MFE.
- Tremblay, S. (2002). *Condition des pères et place des hommes dans la famille*. Document de travail. Québec : MFE.
- Turcotte, G., Dubeau, D., Bolté, C., & Paquette, D. (2001). Pourquoi certains pères sont-ils plus engagés que d'autres auprès de leurs enfants? Une revue des déterminants de l'engagement paternel. Institut de recherche pour le développement social des jeunes, *Revue canadienne de psycho-éducation*, 30(1), 65-91.
- Turmel, B., & Meunier L. (2000). *Portrait de l'épidémie de VIH/Sida au Québec, décembre 2002 : surveillance des maladies infectieuses*. Québec : MSSS.
- Turmel, S. (2001). *Bureau du coroner : rapport annuel 2000*. Québec : Ministère de la Sécurité Publique.
- Twohey, D., & Ewing, M. (1995). The male voice of emotional intimacy. *Journal of Mental Health Counseling*, 17(1), 54-62.
- Vitaro, F., Ladouceur, R., & Tremblay, R. E. (2001). Gambling, delinquency, and drug use during adolescence : Mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies*, (17), 171-190.
- Walinder, J. (2001). Male depression and suicide. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(S2), 21-24.
- Walkup, J., & Gallagher, S. K. (1999). Schizophrenia and the life course : National findings on gender differences in disability and service use. *International Journal of Aging and Human Development*, 49(2), 79-105.
- Wechsberg, W. M., Craddock, S. G., & Hubbard, R. L. (1998). How are women who enter substance abuse treatment different than men? : A gender comparison from the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Drugs & Society*, 13(1-2).
- Weinstein, N. D., & Klein, W. M. (1996). Unrealistic Optimism : Present and Future. *Special Issue of Social and Clinical Psychology*, (15), 1-8.
- West, W. G. (1993). Boys, recreation and violence : The informal education of some young canadian males. Dans T. Haddad (Éd.), *Men & Masculinities : A critical anthology* (pp. 277-310). Toronto : Canadian Scholars' Press.
- Wilkins, R. (2000). Incapacité et limitations d'activité. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête Sociale et de Santé 1998, 2e édition*. Québec : ISQ.
- Wilcox, D. W., & Forrest, L. (1992). The problems of men and counselling : Gender bias or gender thruth? Special issue : Mental health counseling for men. *Journal of Mental Health Counseling*, 14(3), 291-304.