

IMPLANTATION DE LA FORMATION
INTERVENIR AUPRÈS DES HOMMES
DANS LE CADRE DU PROJET *FOR'HOMMES*
DE LA MONTÉRÉGIE

Jean-Martin Deslauriers
Johanne Groulx

IMPLANTATION DE LA FORMATION
INTERVENIR AUPRÈS DES HOMMES
DANS LE CADRE DU PROJET *FOR'HOMMES*
DE LA MONTÉRÉGIE

Jean-Martin Deslauriers, t.s., Ph. D.
Professeur agrégé, École de service social
Université d'Ottawa

Johanne Groulx, M.A.
Agente de planification, programmation, recherche
Secteur Planification, évaluation-recherche
Direction de santé publique, de la recherche et de l'évaluation
ASSS Montérégie

9 juillet 2014

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2014
Bibliothèque nationale du Canada, 2014

ISBN :
978-2-924418-06-2 (version imprimée)
978-2-924418-07-9 (version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
RÉSUMÉ	2
Introduction	6
1. Problématique.....	8
1.1 La socialisation masculine	8
1.2 Les représentations sociales de la masculinité.....	10
1.2.1 Représentations sociales des intervenants et des dispensateurs de services	11
1.2.2 Genre de l'intervenant	12
1.3 Les dispensateurs de services face à une clientèle masculine.....	14
2. Projet <i>For'Hommes</i>	19
2.1 L'origine du projet	19
2.2 La formation.....	20
2.2.1 Objectifs de la formation.....	20
2.2.2 Compétences ciblées.....	20
2.2.3 Intervenants ciblés par la formation	21
2.2.4 Contenu	21
2.3 La pertinence de l'évaluation	22
3. Méthodologie.....	24
3.1 Les participants à l'étude	24
3.2 L'évaluation des effets de la formation auprès des intervenants	24
3.2.1 Objectifs de l'évaluation des effets de la formation	24
3.2.2 Méthodes pour l'évaluation des effets de la formation.....	24
3.2.3 Procédures – volet qualitatif	26
3.2.4 Procédures - volet quantitatif.....	27
3.2.5 Traitement des entrevues réalisées auprès des intervenants	30
3.3 L'évaluation d'implantation auprès des gestionnaires et des superviseurs.....	31
3.3.1 Objectifs du volet évaluation d'implantation auprès des gestionnaires et des superviseurs et méthode d'enquête.....	31
3.3.2 Réalisation des entrevues.....	31
3.3.3 Cadre d'analyse	32
3.3.4 Traitement des entrevues	33
3.3.5 Aspects éthiques et confidentialité	33
3.4 Les forces et les limites de l'étude	33
4. Résultats des entrevues auprès des intervenants	35
4. 1 Avant la formation : besoins en matière de formation et défis présentés par une clientèle masculine	35
4.1.1 Résistance à parler des émotions / exigence de résultats	36

TABLE DES MATIÈRES

4.1.2 Agressivité	38
4.1.3 Contexte non volontaire (demande de la conjointe, probation, protection de la jeunesse)	40
4.1.4 « Traits narcissiques ».....	42
4.1.5 Rapports hommes-femmes : séduction / sentiment amoureux	42
4.1.6 Rapports hommes-femmes : stéréotypes, craintes et perceptions.....	43
4.1.7 Réactions aux pertes	44
4.1.8 Éviter la demande d'aide et abandon de suivi	45
4.1.9 Risque suicidaire / homicidaire	46
4.1.10 Violence conjugale, déresponsabilisation.	47
4.1.11 Contexte organisationnel	47
4.1.12 Santé mentale - troubles sévères et persistants	48
4.1.12.1 Agressivité et gestes violents	48
4.1.12.2 Santé mentale et toxicomanie.....	50
4.1.12.3 Possibilités d'amélioration limitées.....	50
4.1.12.4 Santé mentale, suivi à domicile et séduction	51
4.1.12.5 Contexte non volontaire.....	51
4.2 Après la formation : retour sur les besoins et les réponses offertes par la formation ...	52
4.2.1 Réflexion sur l'interprétation des « résistances » lors de demandes d'aide.....	52
4.2.1.1 Refus de parler des émotions.....	53
4.2.1.2 Agressivité	55
4.2.1.3 Évaluation des risques suicidaires	58
4.2.1.4 Séduction	59
4.2.1.5 Réflexion sur son positionnement face aux hommes en général	60
4.2.1.6 Réflexion sur la situation des hommes dans la société	61
4.3 Les résultats spécifiques sur l'appréciation de la formation par les intervenants : données quantitatives et qualitatives	63
4.3.1 Réponses aux 20 items sur les objectifs de la formation	63
4.3.2 Commentaires complémentaires sur la formation	67
4.3.2.1 Format et style de formation	67
4.3.2.2 Pistes d'amélioration de la formation sur le plan du contenu et du format.....	69
4.3.2.3 Besoins non répondus	69
4.3.2.4 Remarques sur le plan du ton et de l'orientation de la formation.....	70
4.3.2.5 Limites de la formation sur le plan structurel	71
5. Résultats des entrevues auprès des gestionnaires et des superviseurs.....	73
5.1 Le contexte et la réflexion sur l'offre de service des CSSS auprès de la clientèle masculine	73
5.2 L'offre de service actuelle.....	74
5.2.1 Réception et accueil de la demande d'aide.....	74
5.2.2 Orientation et accompagnement jusqu'à la prise en charge	76
5.2.3 Approche d'intervention	77

TABLE DES MATIÈRES

5.2.4 Soutien aux intervenants	78
5.2.5 Éléments significatifs de l'offre de service à l'égard des clientèles masculines.....	79
5.3 Le projet <i>For'Hommes</i> : perceptions de la formation, éléments décisifs, soutien et retombées cliniques depuis la formation	80
5.3.1 Perceptions sur le plan organisationnel	80
5.3.2 Perceptions sur le plan clinique.....	81
5.3.3 Éléments décisifs	82
5.3.4 Soutien et retombées cliniques depuis la formation	83
5.4 Les perceptions générales et les perspectives au sujet de l'offre de service visant la clientèle masculine	85
5.4.1 Perceptions générales	85
5.4.2 Perspectives.....	86
6. Discussion des résultats	89
6.1 Une occasion de revoir les représentations sociales portées par les établissements et les intervenants.....	89
6.2 Une approche sensible au genre : une question de genre? Ou de type de pratique?	94
6.3 Le renouvellement de l'offre de service visant les hommes	95
6.4 Le redéploiement de l'offre de service.....	96
7. Recommandations	99
CONCLUSION	102
BIBLIOGRAPHIE	105
Annexe 1 Guide d'entrevue auprès des intervenants	111
Annexe 2 Questionnaire d'évaluation de la formation en matière d'intervention auprès d'une clientèle masculine.....	113
Annexe 3 Guide d'entrevue auprès des gestionnaires de CSSS ayant offert la formation à ses intervenants	116
Annexe 4 Guide d'entrevue auprès des superviseurs	118
Annexe 5 Grille d'analyse des entrevues auprès des gestionnaires et superviseurs	120

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Cadre d'analyse, variables et informateurs clés ciblés.....	32
Tableau 2	Principaux éléments significatifs dans l'offre de service actuelle à l'égard de la clientèle masculine mentionnés par les gestionnaires et les superviseurs des CSSS consultés.....	80
Tableau 3	Principaux éléments ayant compté dans la décision de donner la formation au sein des CSSS consultés	83
Tableau 4	Principaux éléments pour poursuivre le déploiement de l'offre de service auprès des clientèles masculines mentionnés par les gestionnaires et les superviseurs des CSSS consultés.....	88

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 : répartition des répondants selon leur genre.....	29
GRAPHIQUE 2 : répartition des répondants selon leur âge	29
GRAPHIQUE 3 : répartition des répondants selon leur expérience clinique.....	30
GRAPHIQUE 4 : Évaluation de l'atteinte des objectifs de formation : récapitulatif des résultats	66

REMERCIEMENTS

Cette recherche a pu être réalisée grâce au soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSS). À cet égard, nous soulignons le soutien de monsieur Michel Lavallée, coordonnateur du dossier de la santé et du bien-être des hommes au MSSS, de madame Marylin Dumas, agente de planification, programmation et recherche à la DOSOR, madame Diane Reed, coordonnatrice du Secteur Services sociaux et réadaptation de la direction de l'organisation des services et des opérations réseau (DOSOR) de l'ASSS, madame Marlyn Dumas, agente de planification, programmation et recherche à la DOSOR, madame Sylvie Beaudoin qui a débuté les travaux du projet *For'Hommes* à l'Agence et qui était rattachée à la DOSOR ainsi que madame Ginette Lafontaine, adjointe à la Planification, évaluation-recherche de la Direction de santé publique, de la recherche et de l'évaluation (DSPRE) de l'Agence.

Également, nous remercions les intervenants qui nous ont partagé leurs réflexions, leurs stratégies gagnantes, leurs moins bons coups, leurs croyances et leurs doutes. Il en va de même aux gestionnaires et superviseurs qui ont partagé leurs questionnements, leur vision des services et des pratiques qu'ils tentent d'améliorer avec leurs équipes.

Enfin, nous tenons à remercier madame Fabienne Cusson pour ses conseils judicieux à la conception du questionnaire et son aide à l'analyse des données quantitatives. Également, nous remercions madame Geneviève Joset pour son soutien à la transcription des entrevues et au classement des données ainsi que monsieur Martin Laferrière-Simard pour sa contribution à la recension des écrits.

RÉSUMÉ

Plusieurs auteurs ont étudié l'identité et la socialisation masculine ainsi que les principales caractéristiques qui s'en dégagent. Malgré un assouplissement des stéréotypes féminins et masculins, il s'avère que la masculinité traditionnelle est encore très présente dans les façons dont les hommes perçoivent les normes à atteindre. Faire preuve de stoïcisme, ne pas avouer sa souffrance, nier ses émotions, afficher de l'autonomie, une réussite sociale, de l'agressivité, de la robustesse en sont des exemples. Les pressions et les croyances liées à la masculinité traditionnelle influencent profondément le mode de vie des hommes et les rapports qu'ils ont avec les services sociaux et de santé. Notamment, ils sont moins attentifs à leur situation psychosociale et physique et, lorsqu'ils utilisent les services, ils le font plus souvent avec un faible niveau de motivation ou en situation de crise. De plus, l'influence des stéréotypes constitue une source d'écueils dont les intervenants doivent tenir compte en développant des stratégies d'intervention sensibles à la socialisation masculine.

Afin de tenir compte de la spécificité de la population masculine, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie a offert un programme de formation sur l'intervention auprès d'une clientèle masculine aux professionnels de plusieurs centres de santé et de services sociaux (CSSS) et à des organismes communautaires. La formation fut également offerte aux superviseurs et gestionnaires qui y œuvrent afin de susciter une réflexion sur l'organisation des services destinés à la population masculine. Ce programme de formation a été nommé le projet *For'Hommes*. Cet effort a été doublé d'une étude afin d'en évaluer les retombées auprès des intervenants, des gestionnaires et des superviseurs.

Tout d'abord, les données recueillies avant la formation auprès des intervenants (47) indiquent les défis présentés par la clientèle masculine et les besoins identifiés en matière de formation :

1. Résistance à parler des émotions combinée à une exigence de résultats
2. Agressivité des hommes lors de la demande d'aide
3. Contexte non volontaire plus fréquent
4. Traits narcissiques nuisibles au dévoilement des difficultés personnelles
5. Rapports hommes-femmes : dynamique de séduction ou apparition d'un sentiment amoureux envers l'intervenante

6. Rapports hommes-femmes : stéréotypes, craintes et perceptions des intervenantes face aux hommes
7. Réactions des hommes face aux pertes et aux deuils
8. Évitement de la demande d'aide et abandon du suivi
9. Risque suicidaire/homicidaire
10. Violence conjugale / déresponsabilisation face aux gestes posés

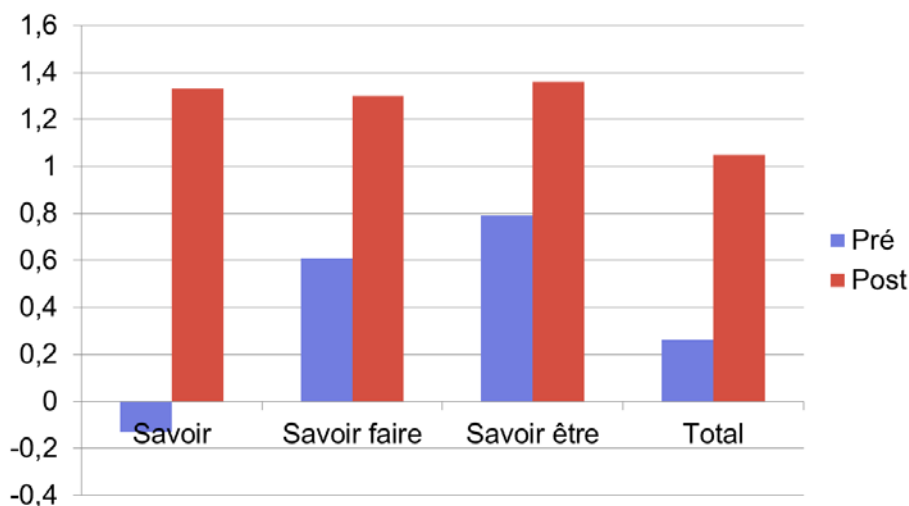
Une catégorie de difficultés rapportées par les intervenants touche la clientèle masculine ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants. Cet aspect s'avère un enjeu majeur qui recoupe les défis mentionnés ci-haut, conjugués à la dimension de la maladie mentale. Le niveau de difficulté de l'accompagnement de ces hommes s'en trouve augmenté de beaucoup. Quelques mois après la formation, un retour sur les besoins et les réponses offertes par la formation fut effectué de nouveau auprès des intervenants (47), mais également auprès de gestionnaires (4) et superviseurs (4). Cette deuxième étape de la collecte révèle que les obstacles identifiés (ci-haut) par les intervenants avant la formation furent abordés en bonne partie. Les objectifs de la formation visaient l'amélioration des connaissances (savoir), des habiletés d'intervention (savoir-faire) et une posture d'intervention (savoir-être) auprès de la clientèle masculine.

Les intervenants ont rapporté plusieurs effets de la formation sur ces types de savoirs: intégration d'un cadre théorique tenant compte de la socialisation masculine et de ses effets, ajout de stratégies et de techniques d'intervention auprès de clients masculins. L'aspect théorique de la formation semble avoir permis un nouveau regard, suscité des changements sur le plan des représentations sociales des intervenants, une nouvelle compréhension de la façon dont les hommes utilisent les services. Non seulement les intervenants mentionnent que ces connaissances ont généré des idées dans la façon de travailler, mais ont aussi modifié leur attitude dans différentes situations. Il est aussi crucial d'agir sur les représentations sociales du personnel intervenant au sujet des hommes dans la société, particulièrement ceux vivant en contexte de vulnérabilité et qui demandent de l'aide.

Les réponses des 140 intervenants qui ont complété à la fois les questionnaires pré et post-formation confirment ce que les entrevues avaient aussi révélé. Elles indiquent clairement qu'après la formation, les répondants étaient significativement mieux outillés du point de vue

du savoir, du savoir-faire et du savoir-être en matière d'intervention auprès d'une clientèle masculine.

Évaluation de l'atteinte des objectifs de formation : récapitulatif des résultats quantitatifs



Sur le plan organisationnel, le soutien de l'ASSS de la Montérégie fut crucial dans l'implantation du programme de formation pour le travail des gestionnaires et des superviseurs. Aborder la question sous l'angle d'une approche populationnelle, en l'occurrence la responsabilité de répondre aux besoins de la population masculine, a permis de traiter des enjeux à partir de données objectives et non de débats idéologiques. Également, un soutien financier à la formation a constitué un incitatif important à la dispensation de la formation à grande échelle.

Les résultats des entrevues indiquent aussi que, pour qu'un tel programme de formation porte ses fruits non seulement au niveau des services directs que des enjeux organisationnels, il doit être porté et appuyé par les décideurs, les gestionnaires et les superviseurs. Bref, pour susciter des changements de pratique, il doit susciter l'engagement des acteurs susceptibles d'agir sur des enjeux généraux ou spécifiques. Un des moyens pour y arriver fut d'offrir de la formation aux gestionnaires et aux superviseurs avant les intervenants. La formation *Intervenir auprès des hommes* fut un élément-clé du processus d'évolution de l'offre de service des CSSS (modalités d'accueil, d'intervention et d'organisation). Ce soutien de

l'Agence a aussi apporté un soutien significatif à l'amélioration des services sur le plan organisationnel, par exemple, dans la façon de prioriser les demandes d'aide d'hommes en détresse.

Les résultats de la recherche ont généré des recommandations qui touchent non seulement la formation, mais des mesures plus larges, notamment sur le plan organisationnel et communautaire.

INTRODUCTION

Il y a dix ans, le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes déposait son rapport « Les hommes s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins ». On y documentait, la situation des hommes au Québec sur le plan de leur santé physique et mentale et la façon dont ils utilisent ou non les services sociaux et de santé. Plusieurs recommandations ont été formulées par ce regroupement de chercheurs et d'intervenants. La formation des intervenants figurait parmi les pistes d'action à privilégier afin de mieux rejoindre, recevoir et accompagner les hommes aux prises avec différents problèmes psychosociaux ou de santé.

Certaines régions ont offert des formations à ce sujet. La région de la Montérégie s'est montrée particulièrement dynamique à ce chapitre en offrant à la fois un programme d'intervention aux professionnels de plusieurs centres de santé et de services sociaux (CSSS) et à des organismes communautaires. La formation offerte aux superviseurs et gestionnaires qui y travaillent avait pour objectif de susciter des changements sur le plan du soutien aux intervenants mais aussi d'effectuer des améliorations dans la façon de desservir la population masculine. Élaborée sous l'égide de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSS de la Montérégie), cette initiative de formation et de réflexion sur l'organisation des services destinés à la population masculine a été nommée le projet *For'Hommes*. Cet effort a été doublé d'une étude afin d'en évaluer les retombées. Le présent document en rapporte les résultats.

Nous présenterons, à la section 1, les éléments de problématique concernant la demande d'aide des hommes et la réponse des dispensateurs de services. Par exemple, les recherches ont documenté l'intervention auprès des hommes et les facteurs qui influencent la façon dont ils réagissent face à leurs problèmes personnels, ainsi que leurs manières d'interagir avec le personnel des services sociaux et de la santé lorsqu'ils consultent. Également, des études sur les façons dont les services sont adaptés ou non à la demande d'aide de la population masculine ont été recensées. Par la suite, à la section 2, le projet *For'Hommes* sera présenté (origine du projet, description et objectifs de la formation, compétences et intervenants ciblés, contenu de la formation).

La section 3 décrira la méthodologie de l'évaluation en deux volets : l'évaluation de la formation et ses effets sur les intervenants, ainsi que l'implantation du projet selon les gestionnaires et les superviseurs. Les sections 4 et 5 porteront sur les résultats des évaluations. Elles donneront la parole aux intervenants, aux superviseurs et aux gestionnaires interrogés dans le cadre de cette recherche. Notamment, on y comparera les principales difficultés éprouvées par les intervenants auprès des clients masculins et les façons dont la formation a apporté des réponses à ces besoins. Ces sections seront suivies de la discussion sur les résultats (section 6) et de la formulation de recommandations (section 7).

1. Problématique

1.1 La socialisation masculine

Plusieurs auteurs ont étudié l'identité et la socialisation masculine ainsi que les principales caractéristiques qui s'en dégagent (Tremblay & L'Heureux, 2011c; Houle, 2005; Dulac, 2001; Pollack, 1999). Ce « code de la masculinité » comprend quatre éléments que l'on peut définir de la façon suivante (Houle, 2005) :

- Stoïcisme : l'homme ne partage pas sa souffrance, ne pleure pas publiquement, ne partage pas ses émotions surtout celles reflétant la dépendance ;
- Autonomie : l'homme est indépendant, fait face aux difficultés en restant impassible et n'admet pas ses dépendances aux autres;
- Réussite : l'homme réussit au niveau professionnel parce que son objectif est de subvenir aux besoins de sa famille;
- Agressivité : l'homme est fort, robuste et capable d'agir agressivement si les circonstances le commandent.

Ce schème de référence est dit traditionnel (Tremblay et L'Heureux, 2011b). Tous les hommes n'adoptent pas ce code dans son entièreté, mais tous ont un rapport, une relation avec lui (Bernard, 2010), qui varie selon les contextes, les individus.

La situation socioéconomique est une variable particulièrement importante. La pauvreté constitue un aspect qui module l'effet de la socialisation sur les hommes. Notamment, un état de pauvreté les empêcherait d'atteindre les standards de la masculinité traditionnelle, tels que l'indépendance, l'autonomie, l'autosuffisance (Roer-Strier, 2005). Cette perception de ne pas atteindre la masculinité hégémonique telle que valorisée dans notre société (Connell, 2000) ou ce capital symbolique (Charlesworth, 2000), serait susceptible de menacer l'identité masculine. Une situation sociale défavorable amènerait certains hommes à adhérer à des repères qui permettent de retrouver une sensation de pouvoir, d'honneur et de dignité, pour compenser ce jugement ressenti, voire l'exclusion socioéconomique (Dumas et Bournival; 2012). Cette façon de protéger son statut et de tendre vers la réussite sociale et économique serait à l'origine de l'hypermasculinité qui amène des hommes à exagérer certaines attitudes telles que le refus de tenir compte d'informations ou de conseils sur le plan de la santé mentale ou physique.

Dans cette perspective, effectuer des changements pour prévenir des problèmes sur les plans psychosocial ou physique est perçu comme un signe de faiblesse (Brown & Bond, 2008; Jeffries & Grogan, 2012). D'ailleurs, il semble que plus le revenu et surtout la scolarité d'un individu sont élevés, plus son style de vie sera conforme aux normes de la santé et plus il sera disposé à adopter des pratiques préventives dans le but d'améliorer sa santé (Bergeron; 2012; Hammer, Vogel, & Heimerdinger-Edwards, 2013). « Endurer son mal » serait au contraire synonyme de force et de courage mais aussi une obligation car pour ces hommes, leur corps est leur outil de travail, leur gagne-pain (Dumas et Bournival; 2012).

De plus, en élevant au rang de vertu le fait d'être autonomes sur le plan de leur jugement, leurs choix de vie risquent d'être faits en évitant de faire confiance aux autres, de recevoir des conseils et en résistant à des normes (Dumas et Bournival, 2012). Donc, des hommes qui subissent des conditions de vie difficiles ont davantage tendance à éviter l'utilisation des services, même lorsque leur vie est menacée. Ainsi, ceux qui présentent le plus de facteurs de risque sur les plans psychosocial et physique sont souvent ceux qui sont les moins enclins à utiliser les services (Appelqvist-Schmidlechner et al., 2011).

De Gaulejac (2011) a étudié les effets de la pauvreté et de l'exclusion chez les gens qui les subissent ainsi que les réactions et les traits qu'elles font émerger. Notamment, le sentiment de honte peut être généré par un statut peu enviable. La façon dont les hommes composent avec ce sentiment est bien documentée. Le défi, la fierté, la colère sont des mécanismes auxquels ils ont souvent recours pour y faire face (Brooks, 1998; Dulac, 2001). De Gaulejac a lui aussi observé cette tendance, qui ne fait qu'ajouter à l'incompréhension des professionnels de la santé et des services sociaux envers les hommes qui adhèrent plus aux stéréotypes de genre. Ce sont eux, qui, à la fois, se refusent la permission d'admettre la souffrance et qui, souvent, manquent de mots pour se dévoiler et être mieux compris des professionnels des services sociaux et de santé, lorsqu'ils y ont recours.

De façon générale, la socialisation masculine a ses effets sur la façon dont les hommes se préoccupent de leur santé physique et mentale et comporte aussi son corollaire dans leurs rapports avec les services qui pourraient les aider. De nombreuses recherches ont mis en évidence les liens entre la socialisation masculine traditionnelle et les difficultés de

nombreux hommes à demander de l'aide en général, et dans le domaine de la santé mentale en particulier (Dulac, 2001; Galdas, Cheater & Marshal, 2005; George & Fleming, 2004; Grant & Potenza, 2006; Houle, 2005; Turcotte et al., 2002). Dulac (2001) identifiait les trois facteurs qui amènent les hommes à consulter : le corps qui « flanche », une situation de crise ou encore des pressions de l'entourage, particulièrement de la conjointe. Souvent, les hommes connaissent peu les ressources disponibles et entretiennent des conceptions négatives à leur égard (Lajeunesse, Houle, Rondeau & al., 2013; Sayers, Miller & Ministerial Council for Suicide Prevention, 2004; Tudiver & Talbot, 1999).

1.2 Les représentations sociales de la masculinité

Abric (1989) explique que les représentations sociales sont constituées d'éléments centraux qui définissent l'objet social. Un des éléments centraux de la représentation sociale de la masculinité serait, pour les hommes, de faire preuve de force et d'indépendance. Les représentations sociales sont également composées d'éléments périphériques qui bonifient la représentation de l'objet, mais qui ne sont pas essentiels. Le fait d'être manuel, plus physique qu'intellectuel, pourrait ainsi, par exemple, constituer un élément périphérique de la représentation sociale de la masculinité. Selon Flament (1987), ces éléments périphériques agissent comme des médiateurs entre le noyau central de l'objet social et la réalité. Il explique le processus par lequel une représentation sociale se modifie. Il démontre que lorsqu'il y a des désaccords entre la réalité et la représentation, les éléments périphériques se modifient, ce qui peut entraîner la modification du noyau central.

Une contradiction entre la réalité et la représentation peut entraîner une désintégration de la représentation sociale. Une économie plus axée sur les services (qui fait moins appel à la force brute), un système d'aide basé sur la pathologie, sur une thérapie qui demande à la personne d'accepter et de dire sa maladie, sa faiblesse (Dulac, 2001; MacDonald, 2005), un mouvement féministe qui a bouleversé les relations de pouvoir entre l'homme et la femme (Hodson, 2010), sont tous des éléments qui ont participé à la modification des représentations sociales de la masculinité. Cette redéfinition de la masculinité peut être progressive ou peut constituer une *crise* de la masculinité.

1.2.1 Représentations sociales des intervenants et des dispensateurs de services

Les représentations sociales des intervenants(es) influencent de façon fondamentale l'intervention auprès des hommes. Elles sont influencées par les stéréotypes entourant la masculinité, forme de "méta" généralisation des paramètres qui constituent la catégorie sociale appartenant aux hommes (Pleck, 1981). Elles constituent une source majeure d'écueils pour lesquels il est nécessaire de déployer des stratégies d'intervention sensibles à la socialisation masculine.

Le propos relaté par Lindsay (2002) montre jusqu'à quel point certains(es) intervenants(es) peuvent entretenir des conceptions négatives de l'homme en raison de la situation de « bourreau » à laquelle on l'identifie, et ce, particulièrement dans les situations impliquant des violences. Il relate ici les propos d'un intervenant :

Les hommes sont une menace, particulièrement en lien avec l'abus sexuel envers les enfants et la violence envers les femmes et les enfants. Ils ne sont d'aucune utilité, contribuant peu aux tâches domestiques et étant incompetents dans les soins de l'enfant. Les hommes n'ont pas rapport (sic) et il est questionnable de les considérer comme clients. Ils sont absents et ils évitent consciemment de s'engager. (Lindsay, 2002)

Dulac (2001) explique qu'au-delà du processus de socialisation, le système de santé et des services sociaux est orienté en fonction de certains préjugés fondés sur des stéréotypes masculins, tout comme l'est l'intervention clinique : prédominance du paradigme de la pathologie, mise de côté du caractère social des problèmes que vivent les hommes, les attributs de la masculinité, etc. Tout comme, malgré un discours favorable à l'intégration des pères dans les interventions, une certaine exclusion des pères dans les pratiques a été documentée (Brown, Callahan, Strega et al., 2009; Larose, 2001).

Les représentations sociales qui constituent des obstacles à l'intervention auprès des hommes et des pères se trouvent donc sur deux fronts inter-reliés et différents : les structures institutionnelles et l'intériorisation, par les professionnels de l'aide, du concept de mâle immoral et du parent toxique (Dulac, 2001). Notamment, cette construction historique du père passif, absent et manquant est présente dans la littérature québécoise tout comme l'homme mal organisé et bête peut l'être dans certaines publicités. L'explication du phénomène peut se faire soit par l'intermédiaire d'un jugement négatif à l'égard des

hommes, soit par celui d'un regard critique sur les institutions sociales qui perpétuent le phénomène. Les intervenants qui n'ont pas eux-mêmes pris conscience de la façon dont ils se représentent les hommes, perpétuent ces stéréotypes et contribuent à maintenir les barrières à une aide plus adaptée au genre masculin (David, 2002; Tremblay et L'Heureux, 2009).

1.2.2 Genre de l'intervenant

En matière d'intervention auprès des hommes, la question des représentations sociales est inévitablement liée au genre de l'intervenant lui-même. Le genre du thérapeute n'est pas un facteur neutre dans sa façon d'accueillir les propos de la personne en demande d'aide (Campbell; 2003). À ce propos, Tremblay (1996) rappelle que le service social, comme l'ensemble des professions en relation d'aide, est occupée très majoritairement par les femmes et que son histoire amène les travailleurs sociaux à être plus à l'aise avec des clientèles féminines qu'avec des clientèles masculines.

Il explique aussi les différentes relations potentielles qui peuvent se développer entre un intervenant masculin ou féminin et un homme qui demande de l'aide. Le tableau qui suit synthétise son propos :

Homme aidé

Intervenante	- Intervenante plus âgée : l'homme aidé peut avoir tendance à rechercher en elle la mère qui console; - Intervenante plus jeune : l'homme aidé peut avoir tendance à la sexualisation de la relation; - Possibilité que l'intervenante s'identifie davantage à la victime si l'homme aidé est un agresseur; - Démarche d'affirmation féministe de l'intervenante peut susciter une confrontation plus marquée.
Intervenant	- Recherche possible d'une « complicité macho »; - Peut entrer en compétition avec l'intervenant; - L'intervenant doit être convaincu de son orientation sexuelle puisque l'homme aidé pourra lui faire remarquer qu'il est hors-norme; - L'intervenant pourrait réagir plus fortement qu'une intervenante aux comportements moins masculins de l'homme aidé (passivité, dépendance).

Il s'agit-là d'exemples d'écueils possibles, mais qui peuvent se conjuguer de beaucoup d'autres façons en tant que femme travaillant auprès d'hommes ou en tant qu'homme auprès d'hommes.

Cet enjeu a également été étudié sous l'angle de la coanimation mixte (un homme et une femme) de groupes de conjoints ayant des comportements violents. Roy (2011) a recensé les obstacles suivants : méfiance, anxiété et peur d'être jugé par l'intervenante; risque qu'elle soit confinée aux rôles traditionnels féminins; reproduction des rôles traditionnels d'un homme. Par ailleurs, Roy a également identifié les bénéfices suivants : modèle de relation interpersonnelle fonctionnel offert par les deux animateurs; confrontation des stéréotypes sur les hommes et les femmes; utilisation planifiée par les animateurs des rôles traditionnels féminins et masculins.

Roy conclut que les intervenants et intervenantes sont souvent inconscients de l'impact de leur genre sur la relation d'aide. Pourtant, une prise de conscience des différences dans l'intervention d'une femme et d'un homme peut aider à intervenir d'une façon plus adaptée aux clientèles masculines.

L'effet du genre sur l'intervention est donc significatif, mais, selon le contexte, a une portée limitée. Effectivement, un intervenant masculin qui n'a pas pris conscience des préjugés entretenus à l'égard des hommes, notamment au sein du système d'aide, peut rencontrer des écueils importants auprès d'une clientèle masculine. À l'opposé, une femme ayant procédé à un examen de ses croyances au sujet des hommes et de ce que le système d'aide leur propose est peut-être plus à même d'intervenir efficacement en fonction du genre masculin. Quoi qu'il en soit, le genre de l'intervenant constitue un aspect à conserver parmi les dimensions à étudier dans le domaine des pratiques auprès d'une clientèle masculine.

En somme, les pressions et les croyances reliées à la masculinité traditionnelle sont à la base de la manière dont de nombreux hommes agissent en matière de santé mais aussi des attitudes des professionnels de la santé (Courtenay, 2000; Tremblay et Déry, 2011). Le stéréotype de l'homme fort, stoïque, capable d'encaisser les coups serait toujours très présent dans l'inconscient collectif (Vogel et al., 2011). La socialisation reliée aux rôles de genre influencerait le recours à l'aide, et ce, à toutes les étapes du processus, à commencer par le fait même de ressentir les symptômes, ou à tout le moins, de ne pas trop s'en soucier (Dulac, 2001; Robertson, 2007; Tremblay et Dery, 2011). Ceci entraîne des effets sur la façon des

hommes d'évaluer leur situation de même que sur leur capacité de recourir ou non aux services sociaux et de santé.

1.3 Les dispensateurs de services face à une clientèle masculine

Tremblay, Thibeault, Fonséca et Lapointe-Goupil (2004) établissent aussi un lien entre la socialisation des hommes, les effets sur la santé mentale, les réactions des dispensateurs de services et, ultimement, les stratégies à utiliser pour adapter l'intervention au genre masculin. Comme l'illustre le tableau ci-dessous, les phénomènes interagissent entre eux à la manière d'une réaction en chaîne.

Par exemple, beaucoup d'hommes évitent la dimension émotive de leurs difficultés. Du côté des intervenants ou des dispensateurs de services, plusieurs adaptent simplement leurs interventions à ce qu'ils voient chez les hommes, c'est-à-dire des individus qui, par leurs *comportements*, expriment moins leurs émotions ou les nient.

Socialisation masculine	Effets sur la santé mentale	Réactions des dispensateurs de services face aux hommes
Performance	Honte de l'échec	Croire que les hommes sont centrés sur la réussite, qu'ils veulent gagner à tout prix
Répression des émotions	Difficultés à identifier les sources de stress, les frustrations	Éviter le travail sur les émotions
Éviter le féminin en soi	Homophobie, mépris des femmes (ou dépendance)	S'ajuster au féminin, exiger un modèle féminin d'aide
Pourvoyeur, être centré sur le travail	Chômage = perte d'identité, déséquilibre	Ne pas impliquer les hommes dans les situations qui concernent les enfants
Autonomie	Isolement affectif	Donner moins d'information
Se débrouiller seul	Ne pas demander de l'aide	Ne pas aller au-devant des hommes, avoir attitude de résistance face aux demandes d'aide des hommes
Prouver sa masculinité	Insécurité	Réagir aux comportements agressifs des hommes
Valorisation de la force et de la violence	Dévalorisation de la parole, agirs violents	Peur des hommes, miser essentiellement sur la protection des femmes et des enfants, attitude répressive envers eux

Dulac (2001; 2003) explique que les intervenants(es) plus sensibilisés(es) à la socialisation masculine ont tendance à suivre deux voies. Ceux qui adhèrent à l'idée que la socialisation masculine amène, par les comportements dont elle fait la promotion, une dysfonction qui peut influencer négativement la santé mentale; ceux-là cherchent à développer chez les hommes une nouvelle capacité à comprendre, ressentir et exprimer leurs émotions.

D'autres sont davantage tenants de l'imperceptibilité émotionnelle masculine. Ils considèrent que les hommes ressentent et comprennent leurs émotions, mais qu'ils les expriment dans un codage différent des femmes, un codage qui répond à une norme masculine dominante. Ainsi, ces intervenants cherchent plus à décoder les propos des hommes afin de les aider à les exprimer.

Macdonald (2005) dénonce cette tendance dans l'intervention, à mettre l'accent sur les aspects déficitaires de l'homme, en l'occurrence, son incapacité à exprimer ses émotions. Il est important de s'attarder à une autre des réactions des dispensateurs de services qui apparaît au tableau de Tremblay, Thibeault, Fonséca et Lapointe-Goupil (2004) reproduit ci-dessus. La réaction de peur, la tendance à miser essentiellement sur la protection des femmes et des enfants, l'attitude répressive à l'égard des hommes et la tendance à ne pas impliquer les pères dans l'intervention auprès des familles ou des enfants est une réponse aux stéréotypes masculins ainsi qu'à l'image du père pourvoyeur peu impliqué auprès des enfants. D'ailleurs, Gaudet et Devault (2001) relatent que les intervenants considèrent que les pères doivent acquérir une plus grande confiance en leur potentiel parental et, du même souffle, qu'ils doivent trouver des façons de pallier leur déficit pressenti en tant que père.

L'idée que les hommes sont dysfonctionnels en raison du rôle de genre est relayée par plusieurs chercheurs, qui en appellent, tout comme MacDonald, à des changements structurels. Le rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004) va dans ce sens. Les dispensateurs de services agissent en fonction d'une logique qui implique des barrières organisationnelles et thérapeutiques pour les hommes. L'inadéquation entre les réactions de certains dispensateurs de services et les effets de la socialisation masculine sur la santé mentale des hommes, est influencée par d'autres facteurs. Notamment certaines attentes avec la clientèle masculine :

- la « compétence du client à une prise de conscience de soi-même, alors que les hommes ne sont pas socialisés à développer cet aspect, mais plutôt à regarder l'extérieur grâce à leur action sur le monde »;
- « l'attitude du client à la reconnaissance de ses problèmes, alors que les hommes sont socialisés à ne voir que les succès »;
- « la capacité du client à révéler des aspects vulnérables, alors que les hommes sont socialisés à les cacher »;
- « la capacité du client à poser un regard sur sa vie à l'aide d'une autre personne, alors que les hommes sont socialisés à ne compter que sur eux-mêmes, à être indépendants et à se méfier des autres » (Dulac, 2001).

Brooks (1998 dans Dulac, 2001) nomme ces écueils qui font de la relation d'aide, telle que souvent pratiquée, une forme moins adaptée d'intervention auprès des hommes. En voici quelques exemples qui illustrent les contrastes entre les exigences de la relation d'aide et les normes de la masculinité :

Normes du système de prestation de services	Normes de la masculinité
Les attentes implicites ou explicites à l'égard de la clientèle	Les habitus des hommes
dévoiler la vie privée renoncer au contrôle intimité non sexuelle montrer ses faiblesses être vulnérable collaborer exprimer les émotions être introspectif faire place à la douleur, à sa souffrance	cacher la vie privée maintenir le contrôle associer sexualité et intimité montrer sa force être invincible être indépendant être stoïque agir et faire nier sa douleur, sa souffrance

De plus, on rapporte que les hommes se heurtent à certains obstacles lors de l'utilisation des services: accueil froid, attitude de jugement à leur égard, réprobation de l'expression de colère (non distinguée de la violence), incapacité de l'intervenant à établir un climat de confiance, heures d'ouverture incompatibles avec leurs horaires de travail, incapacité de l'intervenant à comprendre la façon masculine de demander de l'aide, d'exprimer la détresse, méconnaissance des symptômes atypiques pour certains problèmes, délais importants dans la réception de la demande d'aide et le suivi des services offerts, etc. (Audet, 2008; Ellis et al., 2013; Englar-Carlson et Kiselica, 2013, Lajeunesse et al, 2013).

Si, de manière générale, les hommes adoptent des attitudes et des comportements qui résultent en un faible recours aux services sociaux et de santé, ces derniers se préoccupent

généralement peu de ce phénomène et des besoins spécifiques des hommes (Beaulé, 2010; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes 2004; Tremblay & Dery, 2011), et encore moins de ceux en situation de pauvreté (Dupéré, De Koninck & O'Neill, 2011). La surcharge de travail, les services offerts selon les besoins identifiés par l'établissement plutôt que par le sexe de la personne, un malaise à l'égard des usagers masculins expliqueraient le fait que des CSSS n'utilisent aucune stratégie particulière pour rejoindre efficacement la population masculine. Parfois, on n'a tout simplement pas réfléchi à la question (Lajeunesse et al, 2013). Un manque de formation à ce sujet constitue un facteur qui influence cet état de fait.

Par ailleurs, les services ne portent pas seuls la responsabilité de leur sous-utilisation par les hommes. Il s'agit d'une interaction entre les services et les hommes et non pas d'un rapport unilatéral ; les difficultés dans l'intervention auprès des hommes seraient attribuables à la fois aux comportements des hommes et à une mauvaise adaptation des services (Cloutier et al., 2005; Lajeunesse et al ; 2013). Néanmoins, considérant les conséquences de la socialisation masculine sur l'utilisation des services, ils suggèrent que les ressources d'aide doivent être adaptées pour mieux joindre les hommes, notamment en situation de vulnérabilité.

Conséquences de la socialisation masculine pour les hommes et les services

Socialisation masculine	Conséquences pour les hommes	Conséquences pour les services
La demande d'aide est un signe de faiblesse.	Ne demandent pas d'aide, même s'ils en ont grand besoin.	Aller vers les hommes, plutôt que d'attendre qu'ils ne demandent de l'aide (politique de la main tendue).
Il ne faut demander de l'aide qu'en cas d'extrême nécessité.	Ne consultent que lorsqu'ils ont épuisé toutes les autres options et que la situation s'est considérablement aggravée. Ils demandent alors une aide immédiate.	Limiter les délais et les listes d'attente.
L'agressivité est perçue comme utile dans les situations d'urgence.	Peuvent parler fort, gesticuler et exiger agressivement des services s'ils sont en grande souffrance.	Savoir désamorcer les comportements agressifs et comprendre la demande sous-jacente.
L'aide extérieure est probablement inutile.	Sont sceptiques à l'égard de l'aide fournie et abandonnent s'ils perçoivent que les résultats tardent à venir.	S'assurer que dès la première rencontre, des résultats concrets soient présents.
L'expression des émotions doit être réprimée.	Ne sont pas à l'aise avec le dévoilement de soi et les thérapies de la parole. Ils préfèrent se mettre en action et poser des gestes concrets.	Offrir une aide moins axée sur l'expression des émotions, mais davantage sur l'action.

Tiré de Lajeunesse et al. 2013, p. 13

2. Projet *For’Hommes*

2.1 L’origine du projet

Le projet *For’Hommes* déployé en Montérégie fait suite aux orientations du MSSS qui, en 2009, annonçait trois mesures prioritaires pour la santé et le mieux-être des hommes. En l’occurrence, ces orientations visaient 1) l’adaptation des activités de promotion des saines habitudes de vie aux particularités de la clientèle masculine, 2) l’adaptation des services destinés à la clientèle masculine et 3) le développement des connaissances et l’amélioration des pratiques (ASSS Montérégie, 2011).

C’est dans ce contexte que le projet a été développé par l’ASSS de la Montérégie avec la collaboration de partenaires, en particulier la Table des organismes communautaires intervenant auprès des hommes en matière de violence conjugale. Le projet prévoyait la mise en place d’une initiative régionale pour supporter les instances locales dans l’analyse des besoins de services de la clientèle masculine et la réalisation d’activités visant l’amélioration de la qualité des services, notamment, par des formations et du soutien clinique auprès des intervenants concernés (ASSS Montérégie, 2011).

Des chercheurs (Tremblay et L’Heureux, 2011a) ont conçu un modèle de formation axée sur la prise en compte de la socialisation masculine dans l’intervention, du processus de demande d’aide des hommes (ou de leur cheminement à cet effet), des difficultés de l’intervention et des obstacles systémiques et organisationnels pour soutenir la demande d’aide. Plus de 3 000 intervenants ont suivi, jusqu’à maintenant au Québec, la formation évaluée; ces derniers proviennent de plusieurs milieux : CLSC, service de probation, centre de détention, cégep, aide dans la recherche d’emploi, centres d’aide aux victimes d’actes criminels (CAVAC), urgence psychosociale, etc.

Le projet prévoyait aussi un accompagnement pour les réseaux locaux de services (RLS) selon une série d’étapes : sensibilisation des gestionnaires, identification des besoins de formation des intervenants, en plus des ateliers de formation et de l’encadrement des intervenants formés.

2.2 La formation

La formation qui fut offerte au personnel des CSSS de la Montérégie était d’une durée de deux jours, non consécutifs. Quelques semaines pouvaient séparer ces deux jours de formation.

2.2.1 Objectifs de la formation

La formation visait les objectifs suivants (ASSS Montérégie, 2011) :

1. Augmenter la rétention de la clientèle masculine en adaptant l’intervention aux besoins spécifiques de cette clientèle;
2. Développer des habiletés favorisant la persévérance, dans le processus d’aide, des hommes suivis;
3. Utiliser les mécanismes de liaison et de références entre les partenaires concernés;
4. Favoriser une lecture commune permettant de développer une vision partagée de l’intervention;
5. Accroître la capacité des participants à assumer leur rôle dans l’accueil, l’intervention et la référence auprès des hommes.

2.2.2 Compétences ciblées

Les compétences que l’on souhaitait améliorer touchaient trois types de connaissances : le savoir, le savoir-faire, le savoir-être.

Savoir :

1. Transmettre les notions issues du modèle d’intervention auprès des hommes développé par Tremblay et L’Heureux (2002);
2. Mieux comprendre la dynamique de demande d’aide des hommes;
3. Connaître la trajectoire des services et les ressources disponibles dans le réseau local de services;
4. Connaître les meilleures pratiques associées à l’intervention auprès de la clientèle masculine ;
5. Mieux comprendre la construction de l’identité masculine et ses effets sur la santé des hommes.

Savoir-faire :

1. Améliorer les stratégies dans l’accueil et l’intervention auprès des hommes, favorisant l’engagement et la persévérance dans le processus d’aide;
2. Orienter la clientèle vers le service ou l’organisme approprié en tenant compte des particularités masculines;
3. Employer des outils d’intervention reconnus en fonction de clientèles et de problématiques spécifiques ;
4. Faire des liens avec d’autres formations en santé mentale adulte, notamment la formation sur les guides des meilleures pratiques en prévention du suicide.

Savoir-être :

1. Effectuer une réflexion personnelle sur les préjugés et stéréotypes pouvant nuire à la qualité de l’intervention auprès de la clientèle masculine ;
2. Adopter une attitude d’ouverture dans l’accueil et l’accompagnement auprès de la clientèle masculine ;
3. Reconnaître ses forces et ses difficultés dans l’intervention auprès des hommes.

2.2.3 Intervenants ciblés par la formation

Tous les intervenants œuvrant auprès d’une clientèle masculine, de près ou de loin, furent ciblés par la formation. On pouvait, par exemple, retrouver des participants qui étaient:

- Partenaires du réseau local de services (centre de crise, organismes intervenant auprès des hommes, organismes en traitement des dépendances, organismes famille, etc.);
- Personnel d’encadrement clinique (responsables d’activités cliniques, superviseurs);
- Personnel de l’accueil (réception);
- Personnel accueil-évaluation-orientation - Psychosocial/Accueil Santé/Guichets SMA;
- Intervenants de tous les secteurs (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, médecins, etc.);
- Intervenants en soutien à domicile.

2.2.4 Contenu

Le contenu s’articule autour de quatre thèmes importants :

- a) Partage d’expériences et identification des réactions contre-transférentielles interférant dans la relation d’aide auprès des hommes présentant des comportements socialement jugés comme négatifs;
- b) Exposés et échanges sur différents sujets tels la socialisation des hommes, les

rapports des hommes à leur santé, le passage de la détresse ressentie à la détresse agie et la dynamique de demande d'aide des hommes traditionnels;

- c) Notions théoriques et présentation d'un coffre à outils sur l'intervention auprès des hommes en détresse, selon le modèle de Tremblay & L'Heureux (2002, 2009 et 2011a);
- d) Notions théoriques et présentation d'outils sur l'intervention auprès de clientèles spécifiques.

2.3 La pertinence de l'évaluation

Comme le démontre la recension des écrits, peu d'études ont été effectuées sur les stratégies d'intervention, les pratiques prometteuses en intervention auprès des hommes. Jusqu'à maintenant, on a surtout documenté les écueils possibles dans l'aide aux hommes. Pourtant des initiatives de pratiques et de formation ont porté fruit dans différents pays et le Québec fait partie des chefs de file en la matière (Deslauriers, Tremblay, Genest et al., 2011). Il est donc pertinent de documenter ces initiatives car il s'agit de pratiques émergentes sur le plan international.

L'évaluation du projet *For'Hommes*, à savoir l'évaluation de la formation et de son contexte d'implantation en CSSS, s'inscrivait dans un effort collectif d'organismes communautaires et institutionnels (particulièrement les CSSS et l'ASSS) pour mieux répondre aux besoins de la population masculine du territoire. L'évaluation de cette formation avait également pour but de permettre aux intervenants de mieux identifier les écueils et de développer de nouvelles stratégies d'intervention. On souhaitait ainsi évaluer quels étaient les effets et les limites de cette formation sur les pratiques d'intervention auprès des hommes qui reçoivent des services psychosociaux afin de voir quel type de programme de formation pourrait être déployé à plus grande échelle au sein des services de santé.

Également, le fait de recueillir les connaissances des intervenants ou les changements effectués dans leur façons d'intervenir avait pour but de recenser les pratiques prometteuses auprès des hommes. Ainsi, en plus d'évaluer la formation, la recherche se voulait un exercice de transfert de connaissances appliquées dans l'intervention auprès de la population masculine.

Enfin, l’étude du processus d’implantation de la formation dans les CSSS avait pour objectif de contribuer à une meilleure connaissance des conditions qui facilitent ou entravent sa réalisation, notamment sur le plan organisationnel et d’apporter les ajustements nécessaires, le cas échéant.

3. Méthodologie

3.1 Les participants à l'étude

Les participants à l'évaluation de l'implantation du projet *For'Hommes* en Montérégie, furent des intervenants, du personnel d'encadrement clinique et des gestionnaires de CSSS.

3.2 L'évaluation des effets de la formation auprès des intervenants

3.2.1 Objectifs de l'évaluation des effets de la formation

L'évaluation de la formation était de type exploratoire. Nous n'avons pas travaillé en fonction d'hypothèses au sujet des besoins des intervenants ni des effets présumés de la formation. La description que nous avons de la formation mettait l'accent sur trois types de connaissances : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Nous avons donc formulé les objectifs en fonction de ces axes :

- a) Évaluer les besoins des intervenants sur le plan des connaissances, du savoir-faire et du savoir-être;
- b) Évaluer de quelles façons la formation répond ou non aux besoins des intervenants sur le plan des connaissances, du savoir-faire et du savoir-être.

3.2.2 Méthodes pour l'évaluation des effets de la formation

La démarche d'évaluation s'est principalement réalisée à partir de données qualitatives, appuyées d'un volet quantitatif. La méthode qualitative qui a été utilisée est la méthode par incident critique, complétée par une discussion libre sur les besoins de formation un mois avant la formation (T1) et, 6 à 8 mois après la formation, sur l'appréciation que l'on en a faite et les apprentissages réalisés (T2).

La méthode par incident critique a consisté à sélectionner des situations où l'intervention auprès d'un ou des hommes ne s'était pas déroulée d'une façon satisfaisante aux yeux des intervenants ou qu'elle avait été ardue. Elle visait à mettre en relief les événements « critiques », qui contiennent par définition des informations sensibles. Leclerc, Bourassa et Filteau (2010) présentent cette méthode comme façon de développer une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. Ils

présentent une application de la méthode où un groupe sert d'unité de discussions autour de cas représentant des incidents critiques.

Le groupe permet à l'individu de discuter et de présenter des expériences singulières et, finalement, une représentation partagée de la réalité à l'étude. En effet, lorsque l'individu exprime une expérience « critique » vécue, c'est à travers sa subjectivité, et non d'un point de vue théorique, qu'il exprimera sa perception de l'événement. Comme il le fait de surcroît devant des pairs, l'événement révélé suscitera la réflexion chez lui et au sein du groupe. Cette méthode est donc susceptible de transformer les pratiques professionnelles.

La démarche est davantage inductive que déductive. La méthode par incident critique se marie parfaitement à l'étude des représentations sociales ainsi que des règles et conventions de la vie quotidienne (Pourtois et Desmet, 2007). Van der Maren (1995) mentionne, pour sa part, que ce type d'entrevue, comme méthode de collecte de données, est propice à l'étude des représentations sociales.

La méthode par incidents critiques a aussi été choisie pour le processus pratique qu'elle propose, en se basant sur un événement, des faits et des réflexions. Elle permet d'aborder directement des défis et des difficultés éprouvées dans l'intervention. En partant de la prémisse que certaines situations d'intervention auprès d'hommes présentent un certain niveau de difficulté, nous souhaitons limiter les effets du phénomène de désirabilité sociale qui amène la personne interrogée à se montrer sous son meilleur jour, de façon consciente ou inconsciente. Auprès d'intervenants sociaux, ce phénomène peut s'observer, par exemple, lorsqu'ils sont questionnés sur les principes qui guident leurs interventions. En effet, on a documenté un décalage entre les énoncés de principes et les actions posées lors des interventions (Deslauriers et al., 2011; Larose, 2001; Lessard, 1998). Il en va de même sur le plan de la recherche concernant l'intégration des pères aux services sociaux destinés aux familles. Le réflexe premier des intervenants est de mentionner que la place des pères est très importante dans leur pratique, même si c'est peu le cas dans les faits.

Dans un contexte où des efforts ont été déployés pour améliorer les services destinés aux hommes et qu'une formation sera dispensée, le personnel reçoit un message très clair au sujet de cet enjeu. Le défi est alors d'éviter de recueillir des données influencées par les attentes émises par l'employeur ou par un discours ambiant.

Nous estimons que le fait de valoriser les compétences des intervenants selon leur capacité d'identifier des difficultés vécues plutôt que de discourir de façon théorique sur l'intervention auprès des hommes, ouvre davantage la discussion sur les défis particuliers à relever dans le travail auprès de cette clientèle. Cette démarche prévoit donner une appréciation positive du dévoilement de soi durant les entrevues et de reconnaître la valeur de leurs propos (Rubin et Rubin, 1995). En effet, la recherche d'objectivité conduit habituellement l'intervieweur à ne pas commenter les propos recueillis, à moins que l'entrevue ne soit terminée.

3.2.3 Procédures – volet qualitatif

Nous avons constitué un échantillon de 47 intervenants qui ont assisté aux formations : 41 étaient des femmes, 6 étaient des hommes. Les intervenants qui ont choisi de participer aux entrevues ont été libérés par leur chef de programme pour ce faire. Aucun critère de sélection ou d'exclusion pour participer à la recherche n'a été établi.

Le volet qualitatif était constitué d'une collecte de données en deux temps pour les intervenants participant aux sessions de formation : avant la formation (T1), pour documenter les besoins des intervenants, et six à huit mois après la formation (T2), pour évaluer les retombées de la formation.

Les participants à la recherche furent rencontrés en triade, de façon à susciter la discussion tout en laissant suffisamment de place à chaque participant, compte tenu du fait que ceux-ci furent appelés à discuter de sujets sensibles, à exposer leurs représentations sociales, leurs rapports aux hommes et leurs visions de l'intervention dans un contexte critique qui recèle des écueils.

Nous souhaitons que lors de cette première discussion en triade, quelques semaines avant la formation, chaque intervenant présente une situation insatisfaisante, difficile, vécue dans

leur pratique auprès d'un homme. Après un récit, les participants engageaient entre eux une discussion les concernant chacun. Les différents éléments qui composaient la situation présentée structuraient aussi la première discussion. La réflexion se poursuivait individuellement par la suite, jusqu'à la rencontre suivante, après la formation.

Finalement, les intervenants à nouveau réunis pour une deuxième discussion de groupe effectuaient un retour réflexif avec leurs pairs. Ils furent questionnés sur les façons dont la formation les avait inspirés face aux défis rapportés et dans la recherche de stratégies auprès d'autres hommes. Les réflexions furent centrées sur les écueils et les stratégies de l'intervention en lien avec la formation et ont dépassé l'expression de l'expérience vécue, tel que le prévoyait la méthode à l'origine (Leclerc, Bourassa et Filteau, 2010), pour y introduire des éléments d'évaluation de la formation.

Dans le cadre de l'évaluation de la formation, cette démarche a permis de faire le point avec les intervenants sur les besoins qu'ils avaient identifiés à la première mesure. En effet, en partant d'une situation, d'un « cas », un processus inductif a été débuté. Les intervenants ont partagé leurs expériences mutuelles vécues auprès d'une clientèle masculine et ont fait d'eux-mêmes des constats plus généraux qui dépassaient les situations particulières (Laferrière-Simard, 2011). À la deuxième collecte de données, le retour sur ces incidents mis en lien avec les notions vues lors de la formation a permis de voir de quelles façons ces dernières furent intégrées ou non aux pratiques (voir l'annexe 1).

3.2.4 Procédures - volet quantitatif

Les sessions de formation eurent lieu au cours de mai 2012 et août 2013 dans des CSSS de la Montérégie. Un questionnaire d'évaluation de la formation a été construit en fonction des compétences visées, mentionnées au début du présent rapport (ASSS Montérégie, 2011). Les questions portaient sur trois catégories de connaissances et de compétences identifiées par les formateurs: savoir, savoir-faire, savoir-être. Ces trois catégories ont été mélangées dans le questionnaire pour diminuer les effets de la désirabilité sociale chez les participants.

À ces questions s'ajoutaient quelques autres utilisées par Plante et Daigle (2009) qui portaient sur l'interprétation de certaines attitudes et comportements observés chez des

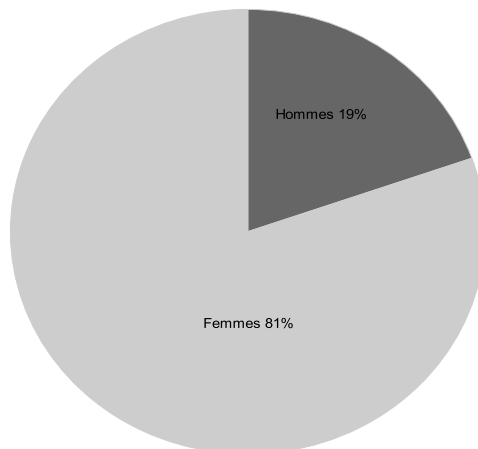
hommes qui demandent de l'aide et qui ne correspondent pas à la définition que l'on se fait du « bon client ». Notamment, comme mentionnées dans la problématique, des attitudes agressives sont souvent relatées dans les écrits sur les écueils rencontrés lors d'interventions auprès d'hommes.

Nous souhaitons vérifier si une lecture différente de ces attitudes, de même que des stratégies d'intervention, avaient été suscitées par la formation. Pour chaque item, le participant notait le degré d'atteinte de la compétence sur une échelle de type Likert cotée de 1 (totalement en accord) à 5 (ne sais pas). Les participants ont répondu au questionnaire à deux moments distincts, soit immédiatement avant la formation (T1) et 6 mois après y avoir participé (T2) (voir l'annexe 2 ; questionnaire d'évaluation de la formation post formation). Quelques questions complémentaires portant sur des caractéristiques des répondants terminaient le questionnaire.

Profil des répondants :

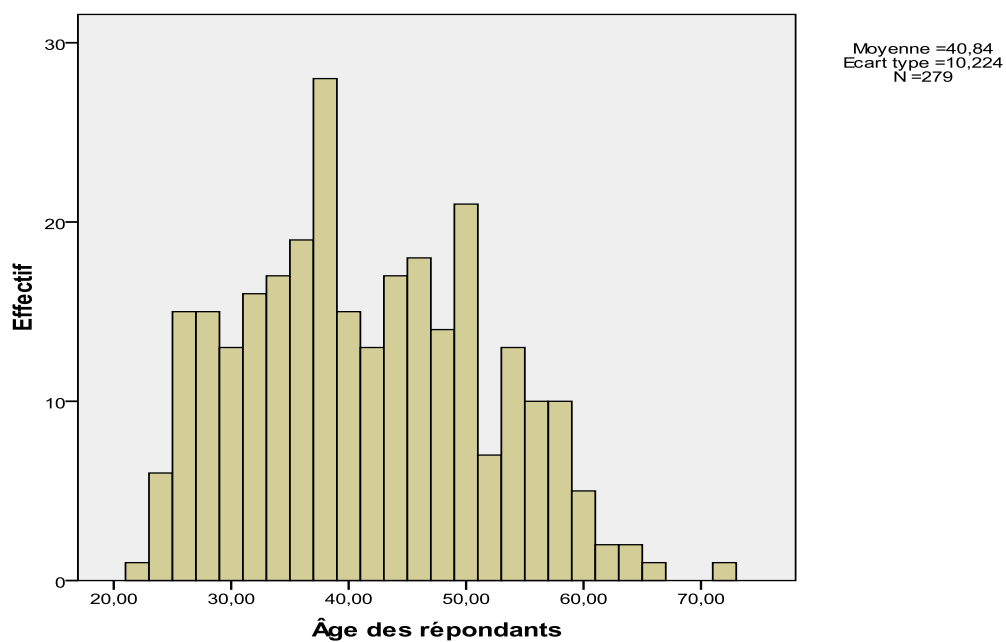
285 intervenants furent interrogés dans cette partie quantitative de l'évaluation de la formation. Environ la moitié a rempli le questionnaire avant d'avoir suivi la formation et tous y ont répondu après.

GRAPHIQUE 1 : répartition des répondants selon leur genre.



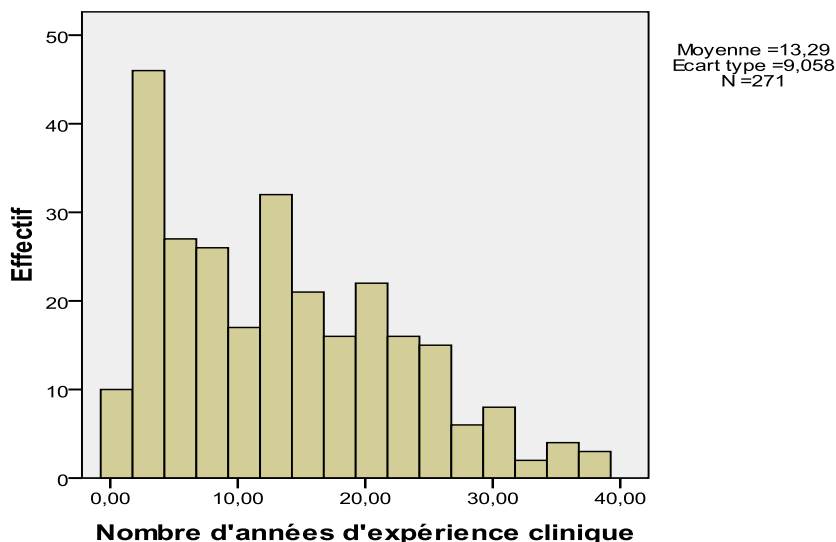
Parmi les intervenants ayant participé à l'évaluation, 81 % (225/280) étaient des femmes, ce qui est assez représentatif de la répartition des intervenants des milieux visés.

GRAPHIQUE 2 : répartition des répondants selon leur âge



En ce qui a trait à l'âge des répondants, la variance est nettement plus importante, comme en témoigne le graphique 1. On peut y constater que l'âge moyen est de 40,84 ans, avec un écart-type de 10,22, mais aussi que les sujets peuvent aussi bien être dans la vingtaine que dans la soixantaine.

GRAPHIQUE 3 : répartition des répondants selon leur expérience clinique



Le graphique 3 illustre, quant à lui, le nombre d'années d'expérience clinique que détiennent les répondants au questionnaire. Si, en moyenne, ils accumulent près de 13,3 ans d'expérience (écart-type de 9,06), il y a néanmoins de jeunes intervenants qui débutent leur carrière et des intervenants chevronnés ayant œuvré dans ce secteur depuis presque 40 ans.

3.2.5 Traitement des entrevues réalisées auprès des intervenants

La théorisation ancrée fut utilisée en se basant, sans prémisse de base, sur le discours des participants pour en dégager les principaux résultats (Glaser et Strauss, 1967). Dans cette optique, les entretiens ont été semi-dirigés, laissant toute la place aux perceptions des participants, à l'aide de questions ouvertes, abordées de façon spontanée, au gré de leurs propos.

3.3 L'évaluation d'implantation auprès des gestionnaires et des superviseurs

3.3.1 Objectifs du volet évaluation d'implantation auprès des gestionnaires et des superviseurs et méthode d'enquête

Les objectifs de l'évaluation d'implantation sont les suivants :

- a) Documenter la mise en œuvre du projet *For'Hommes* dans les territoires de CSSS participants;
- b) Identifier les conditions qui favorisent ou entravent la réalisation des étapes du projet (cinq étapes);
- c) Rendre compte du contexte organisationnel de déploiement du projet dans les territoires de CSSS participants.

Une méthode d'enquête qualitative a été utilisée puisqu'elle convient à l'analyse de questions complexes (Pope & Mays, 2008) et permet d'obtenir un point de vue éclairé, nuancé et vaste (ex. : enjeux, analyse) des participants au sujet de leur expérience.

3.3.2 Réalisation des entrevues

Au moment de l'évaluation, sept CSSS (sur onze) avaient été sensibilisés à la formation et l'avaient implantée. Le nombre de CSSS participants à la recherche fut de cinq (zones urbaines et rurales) et nous avons réalisé huit entrevues semi-structurées individuelles (sept entrevues téléphoniques et une entrevue dont les réponses ont été fournies par écrit), entre mai et septembre 2013, auprès de quatre gestionnaires et de quatre superviseurs. Ils étaient issus des programmes-services généraux (santé mentale adultes, famille, accueil psychosocial, etc.). Toutes les entrevues ont été réalisées quatre mois ou plus après la formation donnée en CSSS.

Les entrevues ont été enregistrées, avec consentement, et leur durée variant entre 30 et 45 minutes. Elles ont été effectuées à l'aide de guides d'entrevue adaptés à chacun des groupes cibles (voir les guides d'entrevues aux annexes 3 et 4). Les guides d'entrevue ont été élaborés selon le cadre d'analyse (présenté à la section 3.3.3) et, en partie, selon l'approche positive *Appreciative Inquiry*, utilisée en développement organisationnel et qui permet de relever ce qui fonctionne bien dans une organisation et d'entrevoir les développements possibles, au lieu de mettre l'accent d'emblée sur les problèmes éprouvés (Coghlan et al., 2003).

3.3.3 Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse est basé sur deux des quatre types de transformation du modèle théorique de Rondeau (2008) sur la gestion des changements organisationnels : le renouvellement et le redéploiement (les deux autres étant le réaménagement et le réalignement). Nous avons également inclus des aspects du modèle de Walsh & McPhee (1992) pour les pratiques cliniques préventives puisqu'il nous a semblé pertinent de tenir compte des facteurs qui influencent les superviseurs sur ce plan. Le tableau 1 présente le cadre d'analyse, les principales variables et les informateurs clés ciblés par celles-ci.

Tableau 1 Cadre d'analyse, variables et informateurs clés ciblés

CATÉGORIES D'ANALYSE	VARIABLES	INFORMATEURS CLÉS CIBLÉS
1. Renouvellement : développement de l'offre de service <i>Pratiques organisationnelles</i> (révision des valeurs)	- Contexte ayant favorisé la mise en place des services auprès de la clientèle masculine - Caractéristiques de l'offre de service (offre de service générale et spécifique à la population masculine, facteurs liés à l'organisation des services) - Perceptions - demande d'aide des hommes (facteurs prédisposants) - Perceptions – intervention auprès des hommes (facteurs prédisposants) - Éléments de fierté au sujet de l'offre de service actuelle (facteurs liés à l'organisation des services)	Gestionnaires Gestionnaires, superviseurs Gestionnaires Gestionnaires Gestionnaires, superviseurs
2. Renouvellement : professionnalisation – responsabilisation <i>Pratiques cliniques</i> (révision des valeurs)	- Orientations au sujet de la pratique clinique visant la clientèle masculine (facteurs liés à l'organisation des services) - Perceptions – soutien clinique (en général, pour l'intervention auprès des hommes, besoins, facteurs de renforcement) - Éléments de fierté associés à professionnalisation, responsabilisation (facteurs de renforcement et facilitateurs)	Gestionnaires, superviseurs Gestionnaires, superviseurs Gestionnaires, superviseurs
3. Redéploiement	- Perceptions – Formation Intervenir auprès des hommes (facteurs facilitateurs) - Perceptions – Changements de pratiques (facteurs prédisposants) - Éléments ayant compté dans la décision de donner la formation - Soutien clinique depuis la formation (facteurs de renforcement) - Retombées cliniques depuis la formation (pratique clinique réalisée) - Perception générale (offre de service actuelle) - Évolution (perspectives au sujet de l'offre de service visant la population masculine)	Gestionnaires, superviseurs Gestionnaires, superviseurs Gestionnaires Superviseurs Superviseurs Gestionnaires, superviseurs Gestionnaires, superviseurs

3.3.4 Traitement des entrevues

Des résumés d'entrevue, ponctués d'extraits, ont été produits et codifiés à l'aide d'une grille d'analyse mixte (sous-catégories ouvertes et fermées – voir l'annexe 5). La codification tenait aussi compte des deux catégories d'informateurs clés. Une validation interjuge de la codification a été faite. La codification finale a donné lieu à moins de 10 % des extraits recodifiés dans une autre sous-catégorie. Une analyse de contenu manifeste a été réalisée pour tenir compte de ce qui était réellement exprimé par les informateurs clés, et non un contenu latent (L'Écuyer, 1987).

3.3.5 Aspects éthiques et confidentialité

Toutes les étapes de l'évaluation ont été menées selon les normes éthiques et de confidentialité habituelles. L'information transmise aux informateurs clés portait sur le projet, sur le but de l'évaluation et des entrevues, ainsi que sur l'utilisation et la diffusion des résultats. La confidentialité des renseignements personnels et des données qualitatives collectées a été assurée. Aucune information nominative n'a été transcrite et diffusée. Les documents en format papier et électronique ont été conservés sous clés ou étaient accessibles à l'ordinateur par mot de passe. Ces documents seront conservés aux archives de l'ASSS pour une période d'un an après la diffusion des résultats.

3.4 Les forces et les limites de l'étude

Tel que prévu, la méthode par incident critique a permis d'aborder directement des défis et des difficultés vécues par les intervenants qui nous ont confié plusieurs situations problématiques et malaises ressentis dans leur pratique auprès d'une clientèle masculine. De plus, il fut efficace d'effectuer deux entrevues auprès des intervenants. Cette méthode a permis d'approfondir d'abord les enjeux liés à l'intervention auprès d'hommes, les besoins de formation à ce sujet et ensuite de les mettre en lien avec la formation reçue. Cette logique a permis d'articuler l'ensemble des données des deux temps et de comparer les besoins en formation et les retombées de la formation reçue. De plus, nous avons recueilli beaucoup d'exemples de difficultés et de stratégies utilisées avant ou après la formation. Ce niveau de précision et d'ancrage dans la pratique a permis d'obtenir des données riches en illustrations

d'enjeux et de stratégies. Enfin, le nombre de 47 intervenants permet d'être représentatif des opinions de professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Toutefois, la grande majorité des intervenants rencontrés travaillent dans des CSSS, surtout dans la mission CSLC, ce qui n'est pas toujours représentatif des différents milieux d'intervention tels que le milieu communautaire ou de santé.

Pour ce qui est du volet qui touche particulièrement les gestionnaires et les superviseurs des CSSS de la Montérégie, l'évaluation nous a permis de mieux connaître les contextes organisationnels, professionnels et cliniques qui les guident quotidiennement dans leur mission d'aide et de soutien aux personnes qui demandent de l'aide et, de façon toute particulière, aux hommes en difficulté. Sur cet aspect, certaines limites peuvent être présentes. Notamment, l'implantation de la formation et les caractéristiques des offres de service sont, inévitablement, différentes entre les CSSS en raison de la taille de ceux-ci, de l'état d'avancement de la réflexion sur l'offre de service et des retombées de la formation dans les processus d'évaluation ou d'intervention. Si les résultats sont spécifiques au milieu étudié, il est possible, par contre, que les processus démontrés dans l'étude puissent être applicables à d'autres CSSS en Montérégie ou ailleurs au Québec.

La collaboration des informateurs clés a été manifeste quant à l'importance du questionnement à l'égard de la population masculine. Cependant, tout comme pour les intervenants, il est possible qu'un biais de désirabilité sociale ait été présent dans leurs propos, comme une valorisation excessive de l'offre de service actuelle visant les hommes. Nous avons tenté de réduire ce biais en privilégiant une approche d'entrevue permettant aux informateurs clés d'envisager des pistes d'amélioration à leur offre de service. Enfin, pour illustrer les démarches des CSSS dans le temps, nous avons fourni aux informateurs clés un document servant à consigner leurs observations et leurs réflexions avant l'entrevue, et ce, afin de limiter le biais de mémoire.

4. Résultats des entrevues auprès des intervenants

Le premier volet des résultats présentés ici donne la parole aux intervenants. Il est divisé en trois sous-sections : 1) avant la formation : défis présentés par une clientèle masculine et besoins en matière de formation, 2) après la formation : retour sur les besoins et les réponses offertes par la formation et 3) commentaires sur la formation. La deuxième partie des résultats (section 5) rend compte des entrevues effectuées auprès de gestionnaires et de superviseurs au sujet de l'implantation du projet *For'Hommes* et de l'offre de la formation.

4. 1 Avant la formation : besoins en matière de formation et défis présentés par une clientèle masculine

Les besoins des intervenants face à la formation *For'Hommes* ont été identifiés à partir des difficultés spécifiques reliées à l'intervention auprès d'une clientèle masculine qu'ils ont rapportées. Les besoins se classent en deux grandes sections : les enjeux liés à la « résistance » des hommes face aux services sociaux et de santé et les enjeux liés aux problèmes de santé mentale des hommes rencontrés dans les services où travaillent les intervenants interrogés. Au sein de ces deux grands thèmes, on retrouve des catégories plus spécifiques telles que la « résistance » à dévoiler des émotions, la tendance à l'expression d'agressivité de la part de certains hommes. Toutefois, certains obstacles identifiés relèvent de l'organisation des services.

Le thème de la « résistance » des hommes face aux services sociaux et de santé regroupe dix sous-catégories qui émergent du discours des intervenants. Ces obstacles constituent également des indications sur les besoins des intervenants en matière d'intervention auprès d'une clientèle masculine :

1. Résistance à parler des émotions / exigence de résultats
2. Agressivité
3. Contexte non volontaire
4. Traits narcissiques
5. Rapports hommes-femmes : séduction / sentiment amoureux
6. Rapports hommes-femmes : stéréotypes, craintes et perceptions
7. Réactions aux pertes
8. Évitement de la demande d'aide et abandon du suivi
9. Risque suicidaire/homicidaire
10. Violence conjugale / déresponsabilisation

4.1.1 Résistance à parler des émotions / exigence de résultats

Le défi et, par le fait même le besoin de formation, le plus souvent mentionné en ce qui a trait à l'intervention auprès d'une clientèle masculine est le refus ou le peu d'intérêt manifesté par les hommes à exprimer leurs émotions. Cette tendance est d'ailleurs identifiée comme une forme de résistance ou, à tout le moins, de facteur d'échec de la relation d'aide. D'autant plus, qu'elle s'accompagne d'une demande de résultats. Ces attentes sont souvent de l'ordre du « quoi faire », du « comment faire » plus que d'un cheminement intérieur basé sur l'introspection. De plus, ces demandes peuvent être formulées de façon brusque. Cette façon de demander de l'aide est donc considérée comme de la résistance ou un manque d'intérêt à parler de ce qu'ils vivent.

Ces attentes, voire ces « exigences », de la part des hommes suscitent chez certains intervenants un malaise, de l'impuissance quant à la possibilité de susciter un changement chez des hommes qui sont dans ce mode :

La grosse différence, ça je trouve ça dur, parce que des fois, ils veulent quelque chose de concret, tout de suite. Ils voudraient qu'on leur arrive avec une réponse toute crue. Moi, en tout cas, c'est ce que j'observe.

Ils veulent des solutions rapides. C'est là que t'es pris. Il faut comme les calmer. On va prendre notre temps. Ils veulent pas trainer là-dedans. C'est comme si c'était plus pressant, mais c'était pas le bon chemin pour s'y rendre. Ils prennent le raccourci, alors que des fois, ça vaudrait la peine de prendre une p'tite route de campagne et de faire le tour.

Cette attente de résultats concrets et rapides perçue par les intervenants cause à la fois une pression mais aussi l'impression que les hommes résistent à parler, à se confier, sont en « hypercontrôle », ne veulent pas toucher à « ça » (les sentiments). Et encore moins réfléchir à leur situation et l'analyser.

Les intervenants vont rapidement percevoir des problématiques à partir de la situation présentée par leurs clients alors que ces derniers vont refuser de les aborder, ce qui crée de l'incompréhension et, parfois, une impasse. De plus, les propos recueillis indiquent que beaucoup d'hommes vont s'attendre à trouver une solution rapide sans trop s'attarder aux difficultés personnelles qu'ils vivent. Ce qui constitue une difficulté additionnelle :

L'impulsivité, ils sont vites à l'action. L'action c'est important, plus que la réflexion souvent. Oui, puis des fois dans la façon qu'ils ont d'être un homme, ça agit, ça laisse pas trainer, on règle ça. On n'analyse pas le problème, mais « Donne-moi des solutions ». Fait que le manque de réflexion des fois, puis l'impulsivité, je trouve qu'on est en contradiction.

Ils veulent toute suite, mais moi, j'ai pas de solution tout de suite quand y viennent aux premières rencontres et me demandent ce qu'on va faire. Et là, j'le sais pas.

Certains intervenants mentionnent que les hommes utilisent la résistance comme mécanisme de défense, ils « remplissent le temps » avec des mots sans se dévoiler. D'autres partagent l'impression qu'il faudrait que les hommes s'ouvrent davantage, mais qu'ils sont « fermés » et qu'ils s'attendent à recevoir des réponses de la part des intervenants :

Ils s'attendent à avoir des pistes de solutions par les intervenants au lieu de travailler sur leur problème. Comme intervenante, c'est comme s'il fallait trouver des solutions. « Dis-moi ce que je dois faire ».

On ajoute que certains se présentent dans leurs services en mentionnant qu'ils n'ont pas besoin d'aide parce qu'ils sont capables de régler leurs problèmes eux-mêmes, ce qui fait également obstacle à la relation d'aide. Cette « résistance » apparente ne serait pas volontaire, les hommes éprouvent de la difficulté à mettre des mots sur leur situation :

C'est pas clair exactement ce qu'ils veulent et ils ont de la difficulté à identifier vraiment leurs besoins, c'est parce qu'ils ne sont pas bien, mais ils ne sont pas capables de nommer vraiment les choses. C'est difficile de les faire exprimer, de les faire bouger, d'amener un regard différent sur la situation.

Cette pression à la recherche de solution rapide peut être provoquée par le fait que les hommes attendent beaucoup avant de demander de l'aide. Lorsqu'ils se présentent dans les services sociaux pour la première fois, leurs problèmes se sont aggravés avec le temps :

Quand le client vient vers moi, le presto est déjà accoté. Je sais que là, il faut que j'intervienne, pis vite. Faut que je trouve une solution avec eux, qu'on arrive à trouver une solution, et rapidement. Parce que le malaise est déjà très limite, ça passe ou ça casse.

Ils consultent un peu à la dernière minute et ils veulent une solution rapide ... Comme si le seuil de tolérance est déjà dépassé au moment où ils consultent.

En plus de cette préoccupation de résultats immédiats, certains clients vérifient les compétences des intervenants. Ceux-ci peuvent alors se sentir évalués alors qu'ils tentent d'établir un lien de confiance avec eux :

Tout se passe dans la relation. Parce qu'ils arrivent : « T'es qui toi, qu'est-ce que tu vas faire pour moi ? » Tu sais, c'est moi qui suis en évaluation. Ils me regardent pour voir « c'est quoi qu'elle est capable de donner la petite madame ». Il n'y a rien de gagné et ça peut prendre plusieurs rencontres.

C'est dur parce qu'il est là et en même temps il te dit : tu pourras pas rien faire.

Plusieurs hommes ont tendance à présenter la situation comme étant causée par des facteurs extérieurs à eux ou par d'autres personnes :

Il se justifie d'agir comme ça. Fait que, il est en train de dire « Ce n'est pas moi le problème ». Fait qu'il n'a pas pris conscience encore. Il est plus en état de réaction souvent. Il n'a pas la partie réflexion et là, en tout cas on voit le fonctionnement au niveau de l'impulsivité : « Si elle me laissait tranquille, je n'agis pas comme ça, si elle n'était pas sur mon dos... » Fait que beaucoup se voient comme victimes d'une situation plutôt que de dire « C'est quoi ma part de responsabilité ? Comment je vais changer ça ? »

Les intervenants mentionnent que ce refus ou cette résistance à aborder les problèmes peut amener les hommes à utiliser l'agressivité comme mécanisme de défense.

4.1.2 Agressivité

La présence d'attitudes agressives constitue une difficulté rapportée par les intervenants comme étant une tendance particulière chez les hommes, et ce, dès l'accueil :

Ils sont déjà dans un état de colère qui fait qu'une introspection est difficile. Penser, réfléchir et amener une réflexion, ils sont rendus déjà trop haut. On vit beaucoup avec cette réalité : ils rentrent, ils sont déjà en maudit puis ils frappent sur le bureau en rentrant.

La même observation est rapportée au sujet des suivis au cours desquels la relation semble délicate à établir avec des hommes :

Dans une entrevue de couple, j'essayais de répartir un p'tit peu et il parlait sans arrêt. Je lui ai dit : « Je m'excuse monsieur, vous avez pas écouté, votre femme n'a pas terminé. Attendez un p'tit peu, s'il-vous-plaît. » C'est ça, puis il claque une porte. Y peuvent avoir des agirs comme ça, les hommes. Un moment donné, j'en avais fait attendre un, il attendait depuis dix minutes en bas. Il m'a dit :

« C'est ça ! Cinq minutes, dix minutes en retard ! J'ai pas juste ça à faire, tabarnak d'attendre ! Y'était temps, là ! » Des p'tits agirs un peu intimidateurs. On verra rarement faire ça avec des femmes.

Cette agressivité est interprétée comme une façon d'éviter de parler des problèmes, d'en prendre la responsabilité, d'être plutôt « en guerre contre tout le monde », d'avoir une attitude défensive :

On connaît ça chez les hommes, je trouve, pelleter un peu à l'extérieur d'eux : « Ma femme a pas été reconnaissante; mon boss, c'est un chien sale et en plus, le huissier chez nous ». T'sais des fois, devenir un p'tit peu victime de la vie, mais ils peuvent ruminer ça un peu plus agressivement.

Les hommes des fois n'ont pas les réflexes comme les femmes d'appeler la belle-sœur, appeler sa sœur et son ami. « On va se faire une soirée de femmes et on va parler contre les gars à soir ». Les gars, c'est moins comme ça, y vont soit devenir un peu plus agressifs. Y sont souvent isolés, ont ruminé : « La grosse maudite vache, elle m'a lavé ». Ça évacue pas ... y'a quelque chose de malsain à pas ventiler, à pas exprimer. Ça arrive des fois, c'est des bombes à retardement.

Les intervenants notent cette tendance à adopter une attitude agressive lors de l'utilisation de leurs services, mais ils soulèvent aussi qu'elle peut cacher de la détresse et que de départager ces aspects constitue un important défi :

Est-ce que chez cette personne-là, on parle de traits de personnalité, de comportements qui sont plus habituels ou sommes-nous dans quelque chose qui soit de l'ordre de la crise? Il n'est pas toujours facile d'aller chercher ce qui est le risque étant donné qu'on n'a pas l'histoire de vie de la personne au moment où on la reçoit. On ne connaît donc pas ses habitudes, ni où elle se situe, au niveau des modèles masculins par exemple.

De plus, dans certains cas, des hommes peuvent être intoxiqués au moment de se présenter dans les services. Pour cette raison, il devient difficile d'évaluer les problématiques présentes, notamment la présence de violence conjugale que l'on a tendance à émettre comme hypothèse de départ :

On peut-tu les recevoir? Est-ce que c'est: « Non, non, tu as un problème de violence, vas-t-en là-bas » [...] Il y a cette espèce de stigma-là qui est mis sur la violence et ce n'est pas clair: qu'est-ce qui est quoi ? Et qu'est-ce qu'on peut traiter dans nos bureaux ?

Cette tendance peut aussi se présenter en intervention conjugale où on observe un engagement limité d'un conjoint dans une démarche de couple. On perçoit que les femmes

sont plus ouvertes à revoir le fonctionnement du couple, à discuter des problèmes. Cette résistance ressentie par les intervenants suscite de l'impuissance chez eux, surtout s'ils perçoivent que l'homme dénigre sa conjointe pendant les rencontres.

Ils rapportent que les hommes ont aussi tendance à minimiser leurs gestes ou l'importance de la situation. Cette tendance à l'agressivité et au refus de service est exacerbée en contexte d'aide contrainte, ce qui est plus souvent le cas chez les hommes que chez les femmes.

4.1.3 Contexte non volontaire (demande de la conjointe, probation, protection de la jeunesse)

Le nombre de demandes d'aide motivées par des sources extérieures à la volonté de l'homme représente un type de difficulté caractéristique de l'intervention auprès des hommes. Celui qui se présente à la demande de sa conjointe sans identifier par lui-même la situation problématique en est un exemple. Le niveau de motivation est alors plutôt faible :

T'as pas de lettre à faire à l'agent de probation, mais t'as l'impression que t'as des comptes à rendre à la madame alors qu'elle n'est pas dans le bureau. Il ne vient pas nécessairement pour les bonnes raisons non plus.

Des fois, j'ai l'impression qu'ils ont des agendas cachés. Pas nécessairement tous mais je trouve que des fois, y'a des hommes qui se présentent pour quelque chose mais qu'ils ont un agenda caché en arrière de ça, y a quelque chose d'autre en arrière.

(...) souvent en situation de crise où à partir d'une décision que la conjointe est en train de prendre. Là, ils vont se mobiliser pis ils vont se dire « Là, il faut que j'aille en thérapie ». Mais quand la conjointe en cours de route a pris la décision, qu'effectivement elle mettait un terme à la relation, ça devient difficile de maintenir. C'est comme si la motivation était conditionnelle à la possibilité de retourner dans la relation de couple.

Les hommes dans ces situations mettront rapidement un terme au suivi après avoir conclu qu'ils n'en avaient pas besoin, notamment en suivi de couple. Cette réaction est plus difficile à vivre chez les intervenants lorsqu'il s'agit de situations dans lesquelles des enfants présentent des problèmes. Si le père nie son problème, il nie en quelque sorte le problème qui touche l'enfant. Même en première ligne, cet enjeu est souvent mentionné comme un défi particulier :

La DPJ ou l'agent de probation ou le juge qui dit : « Si vous voulez améliorer votre sort, vous avez intérêt, parce que... » et vous le considérez comme un peu dangereux. La référence de la DPJ ou de l'agent de probation, c'est pas le fun.

Le même phénomène est observé sur le plan des demandes de service pour des difficultés familiales ou pour les enfants. Les pères semblent démontrer moins d'empressement pour aborder les difficultés vécues au sein de la famille ou par les enfants :

C'est leur femme qui les ramène en rencontre. On travaille en contexte parental beaucoup, alors ce sont les mamans qui appellent. Ils viennent parce que c'est leurs femmes qui insistent beaucoup.

Certains intervenants déplorent les attitudes et comportements d'hommes qui consultent en contexte non volontaire. Notamment, on évoque le manque d'honnêteté, la recherche de façons « d'utiliser le système », de « jouer une game », de « jouer à la victime », bref, de faire semblant d'entreprendre une démarche thérapeutique pour gagner des points auprès d'acteurs judiciaires :

Souvent, ils sont pas nécessairement honnêtes en avant de moi. Puis après, apprendre « Ah! il est en prison ». Mais là il m'avait dit que tout allait bien, qu'il ne consommait plus. Tout allait bien, mais là, il est en prison. Au début, c'est sûr que moi, je trouvais ça un peu décevant.

Ils mentent, ils cachent, ils bullshittent, ils se présentent en retard. Ils font une crise dans le bureau, ils travaillent zéro, rien, fuck all, mais à la fin, ils veulent leur preuve de présence.

Par ailleurs, lorsque les intervenants souhaitent confronter les hommes qui se positionnent de cette façon, les résultats peuvent être limités :

J'embarque pas dans cette game-là et je deviens assez franc. Première rencontre, « C'est quoi tes problèmes ? » Et la deuxième rencontre, c'est là que ça se gâte toujours où généralement les clients se sauvent au bout d'une demi-heure en sachant, parce que je lui demande : « Toi, de quoi t'es responsable ? Et toi, qu'est-ce que tu peux faire pour améliorer ? Toi, qu'est-ce que tu penses par rapport à ça ? » J'y démontre son incohérence dans son discours et là y commence à chialer.

4.1.4 « Traits narcissiques »

Un autre façon de nommer une certaine résistance de la part des hommes que des intervenants ont rencontrés dans le cadre de leur travail est la présence de « traits narcissiques ». Ces traits sont illustrés par un excès de fierté, d'attitudes hautaines, de refus d'aborder des faiblesses. On perçoit un manque de volonté d'aborder le problème de façon directe :

L'homme qui est plus dans le contrôle, est vraiment narcissique, vraiment au-dessus. Plus t'essaies, plus tu te dis que l'entrevue va être longue. J'ai pas beaucoup d'accès, là, je trouve ça plus dur.

Cette tendance chez la clientèle masculine génère un malaise chez des intervenants qui peuvent se sentir intimidés, provoqués, non respectés quand surviennent ces attitudes et comportements dans leur pratique.

4.1.5 Rapports hommes-femmes : séduction / sentiment amoureux

Un autre défi d'intervention rapporté à plusieurs reprises est celui des rapports hommes-femmes dans un contexte de relation d'aide. Plus précisément, ce qui est interprété comme des jeux de séduction : remarques à double sens, avances sexuelles, compliments déplacés. Ces manifestations font partie de ce que certaines intervenantes identifient comme des difficultés particulières à l'intervention auprès des hommes :

Moi, quand je parlais de séduction, ce n'était pas nécessairement juste dans le sens par rapport à la sexualité c'est...c'est de préserver son image, de se faire valoir...grossir son égo. C'est dans la démonstration qu'il fait de lui. C'est comme séduire en même temps pour cacher la partie petite dans lui, mais pas dans le but de...de me séduire.

Cette attitude est souvent associée par les intervenantes à l'intention de les contrôler et de nier les problèmes présents dans sa vie :

Y'a un bout dans la séduction, dans le contrôle. Je ne suis pas capable d'avoir accès. Là, je suis mal, j'sais plus trop... j'ai juste hâte que ça finisse. Ça, ça me démange.

Le grand besoin d'être entendu peut se conjuguer avec le besoin de plaire à la personne qui accueille, qui est une femme dans la grande majorité des situations :

C'est peut-être juste la première personne qui t'écoute vraiment pis, c'est une femme. Fait que c'est sûr que ça joue dans la relation aussi.

Une autre tendance dans cette catégorie est le sentiment amoureux envers l'intervenante qui se développe en cours de suivi, ce qui est différent de l'attitude initiale de séduction :

Un intérêt qui peut se développer juste par rapport au fait que je l'écoute. Mais au-delà de ça, il ne m'aurait jamais remarquée dans la rue. Mais là, je l'écoute qu'est-ce que tu veux...Ça fait que je trouve ça délicat la différence des sexes en intervention. Faut vraiment mettre des limites claires. Il y en a un qui voulait que j'aille déjeuner avec lui pour faire l'intervention.

Dans ce contexte, des intervenantes rapportent que tout simplement le fait de faire des compliments ou d'exprimer une évolution positive peut entraîner une tout autre interprétation de la part du client :

Faut même être très parcimonieux, prudent, délicat pour faire un renforcement positif parce que sinon ça lui fait penser qu'on l'aime gros comme la terre.

4.1.6 Rapports hommes-femmes : stéréotypes, craintes et perceptions

Les réflexions sur les différences hommes-femmes ont émergé au cours des entrevues. Outre la séduction et la possibilité de la présence d'un sentiment amoureux, divers enjeux sont présents dans le fait d'être une femme et d'accompagner des hommes. Par exemple, combattre les stéréotypes et créer un lien avec des hommes qui y adhèrent profondément. Le devoir d'être le pourvoyeur, celui qui invite, qui veut être l'élément stable et fort du couple peut susciter des conflits de valeur. Il peut être tentant de juger des attitudes considérées comme rétrogrades. De surcroît, si un client parle des femmes d'une façon négative, avec colère, le lien peut devenir encore plus difficile à créer, notamment parce qu'on peut avoir l'impression d'être dénigrée comme femme et de vouloir rétablir ce rapport de pouvoir :

C'est comme ne pas vouloir être en dessous, dénigrée. Je le nomme comme rapport de force. Je trouve qu'on a beaucoup à travailler ça quand on est femme dans une relation d'aide parce que ce n'est pas évident pour tous les hommes de se faire aider par une femme.

Les difficultés rencontrées par les intervenants les amènent à prendre un recul quant à leurs façons de réagir aux problèmes et de les résoudre. La confrontation à une position opposée à la leur soulève une réflexion personnelle et professionnelle :

Une femme avec une femme, on s'entend qu'elle a beaucoup plus de facilité à prendre contact avec leur sensibilité. Le gars, il faut que le malaise soit gros, pas à peu près là. La motivation est faite à partir du degré de malaise et d'espoir. Alors, je pense que c'est vraiment tout le travail au niveau du transfert, contre-transfert en thérapie qui devient plus présent.

Un autre exemple de ce défi a trait aux perceptions du langage non verbal qui peut s'avérer différent entre les hommes et les femmes. On rapporte avoir de la difficulté à décoder les types d'émotions qui peuvent être vécues à partir de l'attitude des hommes. De plus, les demandes de certains hommes de parler à un homme sèment le doute sur les possibilités de les aider. Aborder des aspects liés la sexualité constitue également un défi supplémentaire autant pour l'intervenante que pour l'homme :

Je suis allée chercher loin...avant de savoir que c'était à cause de la pilule qu'il avait plus d'érection, qu'il était plus capable mettons de se faire du plaisir solitaire. Avant de savoir ça, ça a pris bien du temps.

4.1.7 Réactions aux pertes

La façon dont les hommes réagissent aux pertes, telles que l'emploi ou la conjointe, a aussi été identifiée comme un défi d'intervention. Notamment, comment trouver un levier d'intervention quand la valeur qu'un homme se reconnaît est en fonction de ce qu'il fait :

Sa présence, c'était d'être le pourvoyeur..., mais on voit ça aussi chez les femmes qui gagnent leur vie, qui sont soutien de famille. Mais chez certains hommes, y'a une question de....toutes leurs valeurs...Toute leur perception d'eux-mêmes est effondrée dans la maladie.

Le rôle social des hommes est d'être pourvoyeur, tandis qu'une femme qui perd son emploi ce n'est pas si grave, ben tsé entre guillemets là. Mais socialement pour un homme, surtout d'un certain âge, c'est comme hyper, hyper gros...

Cette difficulté est encore plus criante pour des hommes qui consultent alors qu'ils ont vécu une rupture, qui n'ont plus accès à leur enfant et qui ont perdu leur emploi. En plus de la grande souffrance présente dans ces contextes, le refus d'en parler trouble les intervenants. Notamment, lorsque les proches évitent d'évoquer ces difficultés, de peur que l'homme devienne trop émotif. L'apparition de certaines maladies chez les hommes âgés en est un autre exemple :

C'est surtout les démences. Je peux dire que les démences d'Alzheimer... mais que ce soit n'importe quelle démence, pour les hommes, on dirait que ça vient plus les chercher quand on en parle ouvertement. Souvent, ils sont plus dans le déni et la famille ne veut pas trop qu'on en parle parce que sinon l'agressivité peut monter.

4.1.8 Éviter la demande d'aide et abandon de suivi

Une autre forme de résistance à la relation d'aide rapportée chez les intervenants est la façon d'un homme de se présenter pour obtenir des services tout en n'exprimant pas clairement son besoin et en suscitant chez l'intervenant l'impression qu'il doit prouver ses compétences :

Tu peux toujours parler, mais j'veais prendre ce que je veux là-dedans. » C'est une manière de s'exprimer qui est un peu frondeuse mais en même temps, je peux respecter que le client est en train de me dire que c'est vrai, quand on consulte, ça ne veut pas dire qu'on veut tout acheter. Moi, j'appelle ça presser le citron, c'est la pression qu'ils vont exercer sur nous autres. C'est « Fais-moi la preuve que toi, là, que tu l'as, parce que... »

Les intervenants mentionnent que demander de l'aide demeure un tabou chez les hommes. Ces derniers perçoivent la demande d'aide comme un manque de débrouillardise. Selon les intervenants, lorsque les hommes se retrouvent dans les services, c'est qu'ils sont au bout du rouleau. Ce qui constitue un défi de plus pour les intervenants, car ils doivent accompagner des hommes dont les problèmes se sont accumulés, aggravés et qu'ils pensent à en finir :

Ça les amène souvent vers des idées suicidaires quand ils repensent à tout ça, toute l'espèce de bagages de souffrances. Y'ont jamais parlé à personne.

Le mode de vie, surtout leur horaire de travail, peut également entraver la demande d'aide et un suivi :

Il y a des hommes que je trouve des fois difficiles à accrocher. Soit les hommes d'affaires qui travaillent 60 h / semaine, grosse maison et tout le kit où c'est principalement la femme qui a les tâches familiales. Je me souviens d'un fermier [...] Il fallait se rendre dans l'étable pour le joindre parce que, lui, il ne s'arrêtera pas. Ils sont difficiles à attraper ces hommes-là parce qu'ils se valorisent beaucoup par leur travail. Leur travail fait vraiment partie de leur identité.

De plus, il est difficile de « les garder », la rétention de la clientèle étant un autre défi mentionné par les intervenants; il est difficile de poursuivre une démarche de quelques rencontres :

Le mode d'action est là. Ça prend moins de rencontres pas nécessairement pour qu'ils se sentent corrects, mais il y a comme un plateau d'atteint et « M'a être correct avec ça ». Ils ont sorti la tête hors de l'eau, ils sont corrects, fait que là, ils vont continuer tout seuls.

Avec les hommes, c'est plus difficile de les maintenir dans les suivis. Je vois plus souvent ça chez les hommes. Par exemple, après une rencontre, ne pas rappeler. Est-ce que ça ne leur convient pas? Est-ce qu'ils ne sont pas prêts à la démarche? Est-ce qu'ils viennent de leur propre gré? Est-ce que ça va mieux? La crise est passée?

Le taux d'abandon des suivis est important, ce qui ajoute là aussi au défi, car, au dire des intervenants, il faut parfois plusieurs séances pour commencer à avoir accès aux émotions ressenties par l'homme qui a demandé de l'aide. Donc, la démarche thérapeutique ne prend pas vraiment son envol.

4.1.9 Risque suicidaire / homicidaire

Puisque la demande d'aide tarde, plus les problèmes s'additionnent, plus le suicide est envisagé comme solution par les hommes et plus le risque est imminent :

Ils arrivent en liste d'attente : « Je viens de me séparer, j'ai perdu ma job, j'ai pu une cenne, je suis sur le bord de la rue, là qu'est-ce que je fais? » Ils attendent trop longtemps : quand ils arrivent, ils sont dépouillés dans plein de sphères de leur vie.

De plus, lorsque l'on arrive à détecter le risque, on se demande aussi ce qui est plus susceptible de fonctionner comme stratégie :

Quand on parle d'intervention en situation de crise, on est capables de cibler qui est plus à risque de faire un passage à l'acte. Ça, les grilles sont intégrées, mais le mode d'intervention comme tel... Qu'est-ce qui est plus spécifique, particulier et aidant comme intervention auprès des hommes ? Moi, j'ai jamais assisté à rien là-dessus.

Également, dans ces circonstances, des hommes vont consulter alors qu'ils sont intoxiqués. Des intervenants ont rapporté des précédents dans l'équipe où la demande d'aide n'avait pas été évaluée comme étant prioritaire et qui est passé à l'acte. Ils sont devenus plus vigilants :

C'est presque rendu un facteur de risque calculable. Quand il y a un homme de 35 ans et moins qui se présente, magané comme ça, on le priorise, ça devient vert.

Par ailleurs, le niveau de difficulté est encore plus élevé, car le risque suicidaire peut venir avec le risque homicidaire. La pression ressentie face à la difficulté de créer un lien avec l'homme qui veut à la fois en finir et s'en prendre à d'autres, est rapportée comme un défi d'intervention majeur. On sent peser la responsabilité d'aider l'homme, mais la vie d'autres personnes aussi.

4.1.10 Violence conjugale, déresponsabilisation.

La problématique de la violence conjugale constitue une autre des problématiques identifiées par les intervenants. La tendance que des hommes ont à nier leurs gestes violents et à s'en déresponsabiliser, génère un sentiment d'impuissance. On ne sait pas quoi faire face à la négation et à la déresponsabilisation pour susciter une prise de conscience par rapport au problème. On s'inquiète également de cette problématique parfois liée à un problème de consommation de substances. Par ailleurs, lorsque des hommes se disent eux-mêmes victimes de violence, on s'en dit également perplexes.

4.1.11 Contexte organisationnel

Certains défis particuliers à l'intervention auprès d'une clientèle masculine relèvent d'un contexte organisationnel qui s'adapte peu à la façon dont les hommes utilisent les services sociaux et de santé. Bien que cet aspect puisse être difficilement abordé auprès des intervenants au cours de la formation, il a souvent été mentionné.

Le principal obstacle est l'attente imposée aux personnes qui demandent de l'aide avant même une première évaluation. Également, devoir répéter son histoire et sa situation avant le début du suivi rebute les hommes qui se présentent dans les services. Par exemple, en CSSS, on fera l'évaluation à l'accueil social. Par la suite, des hommes seront dirigés vers un autre secteur de l'établissement ou vers un autre organisme alors qu'ils avaient parfois frappé à d'autres portes avant la demande d'aide au CSSS :

Puis, ce qui n'est pas évident pour l'homme, je pense à tout le processus. Puis, déjà que, pour eux, d'arriver et de dire : « Là, il y a une difficulté dans ma vie » c'est quelque chose, mais là, il faut qu'il répète.

Également, en contexte d'aide contrainte, le manque de communication entre agents de probation et intervenants sociaux est courant, tout comme avec d'autres ressources. Parfois, il n'y a tout simplement pas de services pour hommes et quand il y en a, aucun n'offre d'aide à des hommes qui ont vécu différents types d'abus. Enfin, on identifie parfois l'absence d'intervenant masculin comme un désavantage.

4.1.12 Santé mentale - troubles sévères et persistants

L'autre catégorie de difficultés rapportées par les intervenants touche la clientèle masculine ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants. Parmi les intervenants rencontrés, dix œuvrent auprès de cette clientèle. Cet aspect s'avère un enjeu majeur qui se décline en différents obstacles à leur travail. Ils rejoignent les catégories précédentes en ajoutant la dimension de la maladie mentale :

1. Agressivité et gestes violents
2. Santé mentale et toxicomanie
3. Possibilités d'amélioration limitées
4. Santé mentale, suivi à domicile et séduction
5. Contexte non volontaire

4.1.12.1 Agressivité et gestes violents

L'intervention auprès d'hommes qui souffrent de troubles de santé mentale sévères et persistants présente un défi similaire à ceux vus précédemment. Ces situations suivent la tendance qu'ont les hommes à demander de l'aide d'une façon un peu rude et intimidante pour les intervenants. Par ailleurs, les troubles de santé mentale semblent exacerber cette tendance. Les intervenantes œuvrant auprès de cette population ont rapporté des exemples similaires, mais avec un niveau d'intensité et de dangerosité plus élevé.

Deux particularités ressortent des témoignages des intervenantes qui travaillent à domicile : ces hommes vivent en appartement (8) ou en foyer de groupe (2) et ils présentent un niveau d'autocontrôle plus faible. Malgré que la formation ait été offerte à des intervenants de première ligne, un bon nombre d'entre eux offre des services qui s'apparentent à la deuxième ligne, dans des programmes de soutien intensif dans la communauté. En effet, sur les territoires des CSSS visités, des services peuvent être dispensés à domicile pour permettre à des hommes qui souffrent de problèmes de santé mentale sévères et persistants

de vivre seuls grâce à un soutien plus important. Dans ce dernier type de service, on retrouve des hommes qui seraient restés en institution, n'eût été de cette alternative. Ces hommes sont régulièrement visités par des professionnelles (infirmières, travailleuses sociales basées au CSSS).

Les services sont diversifiés: donner la médication, offrir des suivis psychosociaux, effectuer des démarches. Dans ces contextes, le niveau de complexité et de danger est plus important, notamment à cause du caractère imprévisible de ces hommes en grands besoins. En effet, ces hommes peuvent se désorganiser rapidement, agir avec impulsivité et présenter moins de capacité d'autocontrôle. De plus, les professionnels ont témoigné du défi de composer avec les variables liées aux caractéristiques masculines qui modulent les comportements des hommes qui présentent des troubles mentaux.

C'est toujours nous autres, on n'est pas à la hauteur pour aider... On est une bande d'incompétents. La maladie mentale, ça n'a pas un début puis une fin claire. Quand tu te casses une jambe, tu sais que tu vas être dans le plâtre puis c'est le même traitement pour tout le monde. Mais la santé mentale, c'est pas la même pilule pour tout le monde, c'est pas le même processus pour tout le monde.

Alors que les intervenants relèvent généralement l'impulsivité comme une caractéristique masculine répandue, dans les situations où un trouble mental est présent, les manifestations de colère peuvent être encore plus difficiles à prévoir. Étant donné que les hommes les plus touchés sont à la limite d'un fonctionnement autonome et ne se déplacent pas beaucoup, ces services sont souvent offerts à domicile. Cet aspect ajoute aux préoccupations puisque les intervenantes sont seules avec les hommes qu'elles accompagnent :

J'me serais jamais méfiée de cet homme-là, mais j'ai eu comme un premier indice et j'espérais juste que « kill her » c'était pas moi parce que... parce que là il était de l'autre côté dans la salle de bain. Mais j'ai comme préparé le terrain pareil, au cas où que c'était pour moi...sortir vite.

Parfois, une escalade de comportements est observée, La gestion de ces épisodes est importante. Encore ici, le recul face à soi et la capacité d'introspection sont des caractéristiques moins courantes, car l'état de santé mentale est altéré :

Oui, nous autres, c'est une clientèle en santé mentale, c'est majoritairement des schizophrènes qui ont une perte d'autonomie, qui ont des dommages cognitifs à

cause de la maladie. L'introspection est très difficile; souvent y'en font plus ou moins...

C'est sûr que quand on a un patient, qu'on l'a pas vu venir du tout, puis il rentre dans notre bureau, il se met à crier aussitôt qu'on lui parle. Ben là, j'te cacherais pas que j'aime pas ça manger des claques. Mais oui, c'est sûr que je ne peux pas vous cacher que ça fait peur.

Des intervenantes mentionnent avoir parfois besoin d'être accompagnées d'un intervenant masculin pour se rendre à certaines visites.

4.1.12.2 Santé mentale et toxicomanie

Un autre des défis rencontrés auprès de cette catégorie de clientèle masculine est la concomitance des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Les hommes ont tendance à prendre des décisions par eux-mêmes sur le plan de la médication et à consommer d'autres substances qui peuvent interférer dans le traitement :

Les hommes ont tendance à s'automédiquer aussi, avec l'alcool, la drogue, ça fait rien que compliquer le tableau. Ils sont plus impulsifs...c'est ça, ça aussi ça vient compliquer la patente.

Oui, je dirais la fidélité de médication les hommes... S'ils voient que la pilule est moins efficace que le pot, c'est le pot qui rembarque puis la pilule, elle, débarque. Au niveau du traitement c'est plus difficile.

Parfois, il peut s'agir de drogues plus dures, consommées par injection, que les hommes consomment sans en parler aux professionnels qui les suivent. Parfois, il peut s'agir d'autres types de médicaments qui font l'objet de troc :

Il échange ses médicaments contre autre chose. Ou bien, il doit prendre par exemple une pilule le matin; ben il va en prendre 5 parce que ça lui fait du bien. Pis souvent, y'est dans le bureau pis y'est désorganisé, pis y'est tellement désorganisé que je ne saurais même pas quoi lui dire tellement y'est pas là pis il part sur des idées et tout ça.

4.1.12.3 Possibilités d'amélioration limitées

Un des défis de l'intervention auprès de cette clientèle est le faible potentiel d'amélioration de son état. Dans biens des cas, l'objectif est le maintien à un niveau fonctionnel, sans plus. Conserver l'espoir pour les patients s'avère souvent difficile, car les situations qui présentent des possibilités de changements sont moins souvent transférées dans les services

de deuxième ligne. Donc, ces hommes seront suivis dans ces services de façon définitive. De plus, dans ce contexte, la médication sera également considérée nécessaire pour la vie. Cet aspect est difficile à accepter par les hommes qui ont tendance à souhaiter l'interrompre :

Sans compter qu'ici on est avec des maladies qui sont chroniques, ça va être tout le temps. Pour certaines personnes, tu peux espérer qu'il y aura une fin à un médicament, mais pour plusieurs, ça va être une adaptation de plus à faire.

4.1.12.4 Santé mentale, suivi à domicile et séduction

Dans un contexte où la clientèle masculine souffre de différents troubles sur le plan de la santé mentale, l'enjeu de la séduction se présente sous d'autres formes. Par exemple, le fait de travailler à domicile avec une intensité de suivi et une durée qui s'étale sur des années auprès d'hommes seuls amène des enjeux particuliers. Les manifestations sont similaires à celles qui sont rapportées dans la première section, mais de façon différente. Le fait de côtoyer des hommes qui ont des capacités d'autocontrôle plus faibles, et même parfois plus désinhibées peut amener plus d'insistance. Également, le fait que le travail soit effectué à domicile, donc dans l'intimité du client peut ajouter à l'ambiguïté de la situation, particulièrement si des soins particuliers doivent être effectués, tels que des injections. Il faut ajouter que ces hommes n'ont habituellement pas de compagne.

Malgré ce contexte, toutes les intervenantes rencontrées ne ressentent pas le même malaise face à ces situations. Certaines considèrent que cet aspect fait partie intégrante de leur travail et qu'il ne faut pas s'en formaliser.

4.1.12.5 Contexte non volontaire

Les hommes évitent de consulter dans des contextes où ils présentent des problèmes de santé mentale et ont tendance à refuser un diagnostic qu'ils prennent comme une étiquette :

C'est vrai que l'étiquette de « malade » est plus difficile pour les hommes parce que c'est pas masculin, c'est pas fort.

De plus, chez la clientèle masculine, la demande de service en contexte d'aide contrainte fait plus souvent partie du processus d'aide que chez les femmes. Il en est de même pour des

hommes qui présentent un problème de santé mentale chronique et persistant. La rencontre entre le client et l'intervenant est encore plus difficile à réaliser :

C'est une intervention minimale. On se dit que c'est une prévention de rechute, c'est tout ce qu'on peut essayer de faire pour l'instant. Des fois, les résistances sont fortes.

Une autre particularité de cette clientèle est la régularisation des émotions qui peut être plus faible et les intervenants doivent composer avec un langage vulgaire, un niveau d'agitation plus élevé. De plus, dans ce contexte, les intervenants doivent composer avec le contrôle de la médication, sans quoi un bris de probation peut être déposé.

4.2 Après la formation : retour sur les besoins et les réponses offertes par la formation

Lors des rencontres postformation, un retour était effectué sur les besoins de formation en lien avec les défis de l'intervention identifiés lors des rencontres préformation. L'aspect central identifié avant la formation était la perception des attitudes et comportements masculins qui menaient au constat que les hommes « résistent » aux interventions.

En plus de ces aspects spécifiques, une réflexion générale sur la situation des hommes dans notre société a été abordée plus fréquemment. Bien que ces considérations aient été présentes avant la formation, une lecture différente des attitudes et comportements des hommes est revenue plus souvent dans les réflexions des participants.

4.2.1 Réflexion sur l'interprétation des « résistances » lors de demandes d'aide

Dans la première partie, nous avons identifié différents types de « résistances » à la relation d'aide observées par les intervenants. Nous y sommes revenus lors de la deuxième entrevue afin de voir de quelles façons la formation avait répondu ou non à ces besoins en les abordant de nouveau :

1. Refus de parler des émotions
2. Agressivité
3. Évaluation des risques suicidaires
4. Séduction
5. Réflexion sur son positionnement face aux hommes
6. Réflexion sur la situation des hommes dans la société

4.2.1.1 Refus de parler des émotions

Les intervenants précisent qu'en intervention auprès des hommes, ils utilisent davantage des stratégies orientées vers l'aspect rationnel de la situation, les faits et l'action. On écoute leurs émotions à travers les faits racontés. On mentionne mettre davantage l'accent sur ce qui est concret, sur les événements au cours des rencontres d'évaluation et de suivi. Par exemple, on mentionne que ce qu'un homme veut aborder est « quoi, pourquoi, comment » plutôt que les émotions vécues :

Les hommes, il faut aller plutôt vers des choses concrètes, rationnelles pour accéder éventuellement à leurs émotions. Pour moi, ça a validé ma façon de faire, de ne pas m'attaquer aux émotions, de ne pas entrer là-dedans, à moins que la personne nous les serve d'elle-même évidemment. Il faut être plus sur les faits, sur les pensées, pour en arriver éventuellement au niveau émotionnel. Ça protège le narcissisme du patient en même temps. On ne va pas creuser dans une sphère où il se sentirait vulnérable, pas prêt.

Ce qui fonctionne dans le fond, c'est « Qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce que je vais faire avec ça ? » C'est pas « Comment tu te sens ? », mais « Qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce que tu as fait ? » Quand ils se mettent à te conter ce qu'ils ont fait, ils le revivent et le non-verbal s'active. Je capte. Il va s'échapper ou je vais la voir son émotion. Elle va transpirer dans le récit.

La perspective qui met l'accent sur le fait que l'homme veut se montrer fort est différente de celle où l'homme ne veut pas reconnaître ses torts et ses problèmes. Autrement dit, il y a de fortes chances que ce ne soit pas une intention délibérée, mais un conditionnement social. Entrevoir la situation de cette façon amène à comprendre le processus de demande d'aide autrement et de prendre davantage de temps pour aborder les problèmes :

Faut pas justement conclure que la personne est de mauvaise foi. (...) C'est plutôt un processus, faut prendre le temps. Faut prendre quelques rencontres pour justement amener cette personne-là à considérer l'ampleur de ses propres responsabilités.

Un homme, ça n'arrive pas en brillant. Ce qu'on voit, c'est beaucoup d'irritabilité, d'hypersensibilité, de désintéressement total, de je-m'en-foutisme de tout. Il faut lire de façon différente. Il ne faut pas se fier aux critères du DSM pour dépister la dépression chez les hommes.

Également, la recherche d'une solution rapide devient une réaction « normale » dans le contexte où les hommes ont tendance à éviter de se pencher sur leurs difficultés. La recherche de solution au problème s'inscrit dans la logique de la socialisation masculine :

Ils consultent un peu à la dernière minute, ils veulent une solution rapide... Comme si le seuil de tolérance est déjà dépassé au moment où ils consultent.

Une autre forme de retombée de la formation qui a été identifiée est de recevoir une confirmation de certains constats sur le plan des stratégies d'intervention auprès d'une clientèle masculine :

J'avais déjà vécu ça, mais là, de le voir écrit et entériné par des recherches... tu te dis : « OK, je suis pas juste tombé sur un homme comme ça ». Souvent, ça peut se présenter comme ça. Ça normalise d'une certaine façon les réactions.

Pour moi, ça a validé ma façon de faire, de ne pas m'attaquer aux émotions, de ne pas entrer là-dedans, à moins que la personne nous les serve d'elle-même évidemment.

Partir d'où l'homme est, de son besoin, sans nécessairement passer par un questionnement sur le plan des émotions, constitue une autre piste identifiée lors de la formation :

Ça m'a aidée à mettre un frein un peu à ma tendance qui est d'aller plus rapidement dans l'émotion (...) S'adresser « à leur intelligence » plutôt que de dire : « Qu'est-ce qui vous amène à consulter ? », et dire « Qu'est-ce qui se passe pour vous ? » J'essaie d'être plus patiente.

Ça a mis des mots sur une façon de faire que je prenais intuitivement, mais ça l'a bonifiée et permis d'aller encore plus dedans, d'aller à l'encontre de ce que j'ai l'habitude de faire. Ça m'a frappée, moi.

Le fait de revoir ses attentes face au « client idéal » est un autre point de vue qui a permis de se repositionner face aux hommes qui consultent sans exprimer de motivation à l'introspection, mais aussi à des femmes qui peuvent présenter ces caractéristiques :

Je vais le prendre à partir de ses caractéristiques et non pas de ce que je m'attends à entendre ou de ne pas entendre d'un homme. Je vais le prendre à partir d'un ensemble de caractéristiques pour lesquelles une femme pourrait m'arriver en entrevue, puis qu'elle ne soit pas nécessairement, elle non plus, branchée directement sur ses émotions. Est-ce que je dirais pour autant qu'elle est non motivée ou insensible à ce qu'elle vit ? Non. Un homme non plus. Alors, ça, déjà ça change la perspective en terme d'une lunette qui est beaucoup plus nuancée dans la façon de le rencontrer, d'évaluer ce qu'il vit, puis d'intervenir avec lui.

Enfin, se baser sur l'identification des forces et des compétences permet de passer d'une lecture de la situation qui met en lumière les déficits (éviter de parler des émotions) à une perspective où d'autres avenues sont possibles. Par exemple, recadrer la demande d'aide :

Axer sur le fait qu'il prend ses responsabilités en venant consulter. En prenant soin de lui, il va prendre soin de sa famille, il va prendre soin des autres. Ça, c'est une intervention que je ne faisais pas vraiment. (...) Les quelques fois que je l'ai fait, j'ai toujours eu le sentiment que je touchais une cible.

Dans cette perspective, on est plus sensible à la honte qui peut être présente chez des hommes qui demandent de l'aide et qui considèrent la démarche comme un échec :

Puis, comment ils peuvent être en conflit des fois par rapport aux modèles qu'ils ont reçus. Par rapport aux modèles qu'ils aimeraient être et l'idéal. Par rapport au modèle de leur réseau social, milieu de travail. Comment ils peuvent être en conflit dans tout ça.

Depuis la formation, je l'entends beaucoup plus qu'avant dans le discours des hommes.(...) En réalité, ils sont tellement sévères avec eux-mêmes, ils n'ont pas besoin d'avoir une tape sur la tête, ils se la donnent tellement.

C'est lui, le problème, en dedans de lui. (...) Sentiment d'impuissance qui est projeté partout. Propulsé par la honte.

4.2.1.2 Agressivité

Au cours des entrevues préformation, l'agressivité fut identifiée comme une forme de résistance faisant partie des défis spécifiques à l'intervention auprès des hommes, ce que la formation a permis d'aborder. On rapporte que la formation fut soit un rappel, soit l'occasion de prendre conscience que cette façon d'être s'inscrit dans un schème de référence général chez beaucoup d'hommes, ce qui les amène à s'exprimer de cette façon :

L'homme va montrer plus sa colère, sa frustration, son exaspération, puis ça fait intransigeant dans son attitude, une position défensive. Mais, je pense, c'est un indicateur et qu'il faut pas sauter aux conclusions, c'est plus un mécanisme de défense. C'est comme ça qu'il va s'exprimer un peu.

Cette réflexion a aidé certains intervenants à élever leur seuil de tolérance grâce à une meilleure compréhension des réactions des hommes. Ils ont modifié certaines attitudes jugées par eux-mêmes comme étant inadéquates, notamment en prenant davantage le temps d'évaluer les situations, d'établir un lien :

Je prends sur moi, je tolère ça pour attendre de voir où je vais pouvoir entrer: un service, un contact ou l'humour.(...) Des fois, il faut tolérer qu'il y ait un petit malaise. Ça ne veut pas dire que parce qu'ils sont de même que c'est fini, il faut pousser un petit peu.

Dans la formation, ça m'a permis de ne pas regarder juste l'homme qui vient s'asseoir dans mon bureau et qui est tout frustré. Me dire que ce n'est pas juste ça qu'il est, mais que c'est plutôt une carapace.

Les hommes sont souvent dans l'irritabilité, dans la colère, ce qui masque les symptômes plus traditionnels. Ça ne signifie pas qu'il n'est pas dépressif.

Parfois, cette tolérance touche aux mots, aux expressions employées par les hommes rencontrés :

Son « tabarnak » dans le fond, c'est du découragement, ça veut dire plein d'autres choses... Pas le prendre comme une attaque personnelle envers l'intervenant, mais de le prendre plus comme un symptôme. Ça m'a beaucoup éclairée au niveau de l'agressivité. Dans le fond, l'agressivité et la colère peuvent être des symptômes dépressifs. Lui faire le reflet : « Écoute, t'es tellement en colère, t'as tellement pas l'air bien. »

S'il y en a un qui rentre dans mon bureau et qu'il devient colérique, je ne prendrai pas pour acquis qu'il n'est négociable à rien, mais c'est plutôt parce que c'est sa façon d'exprimer son désarroi, ses difficultés, ses problèmes.

Des intervenants confient avoir eu tendance à déduire que certaines attitudes étaient des indices de la présence d'un problème de violence. Par exemple, en mettant l'accent sur cette hypothèse de départ ou en interprétant des attitudes que l'on pouvait présumer représentatives de ses tendances et alors, référer l'homme en fonction de ces perceptions:

La gâchette est rapide: « Est-ce qu'il a déjà été violent? » Là, on cherchait l'épisode de violence qui aurait fait en sorte qu'on le garde en santé mentale adulte.

Ces changements dans les pratiques professionnelles touchent à des aspects personnels, à un positionnement intérieur, vers un lâcher-prise, par exemple face à l'intensité des réactions d'hommes qui se présentent en crise :

Ce que ça a changé chez moi, c'est l'accueil. Je vais plus le laisser aller sans essayer de le contenir ou de l'amener à l'émotion qui est peut-être en arrière de tout ça. Je vais le laisser aller dedans pour qu'il les ressente.

En effet, on a tendance à penser que si un homme est agressif, c'est qu'il est en contrôle et qu'il veut obtenir ce qu'il veut. Encore ici, cet aspect relève de valeurs, de repères personnels qui peuvent être revus de façon à interpréter autrement les attitudes des hommes rencontrés :

En dedans de moi, je me disais: « Tu n'as pas vraiment besoin d'aide si tu agis comme ça ». Mais aller voir en arrière de ça, qu'il est en détresse, comprendre qu'en arrière de l'agressivité, qu'en arrière du comportement séducteur, qu'est-ce qui se cache? On dirait qu'avant je restais au premier niveau. Maintenant, je me dis que c'est réactionnel à sa situation, il a besoin de soutien pour se replacer.

De l'avis d'intervenants, cette réflexion permet d'éviter des contre-transferts lors de l'expression d'agressivité d'hommes, de façon à pouvoir être en mesure d'écouter et d'établir un lien, malgré cette attitude :

C'est peut-être mon attitude à moi qui a changé, mon bien-être dans tout ça. C'est que je ne me sens pas menacée. Je le prends comme il est, je le laisse aller. Alors, qu'avant j'avais peut-être peur de cette dynamique-là, qui est moins féminine.

Mais ça, c'est quelque chose qu'effectivement tu développes un petit peu à la fois parce qu'il faut vraiment être sécurisée dans ce qu'on fait pour « dealer » avec ça, au lieu de dire « Ben écoutez là, adressez-vous correctement... ».

L'enjeu des réactions face à des demandes d'aide effectuées avec une certaine agressivité comprend une autre sous-dimension, soit l'équation suivante : attitude agressive = homme violent. Des commentaires indiquent que ce rafraîchissement chez certains ou prise de conscience chez d'autres a assoupli cette tendance à établir ce lien d'emblée. Cette réflexion permet de voir la situation dans son ensemble afin d'évaluer, de créer un lien avant de conclure à l'intention de dominer : par exemple, émettre l'hypothèse que ce débordement peut être de la peine, de la souffrance et que l'irritabilité et la colère masquent les symptômes habituellement révélateurs de problèmes :

On a appris à faire la différence entre un gars qui fait juste s'exprimer comme un gars et un gars qui est vraiment menaçant et qui a vraiment quelque chose en arrière de la tête.

Il est intéressant de mentionner que cette relecture d'attitudes masculines suscite une plus grande prudence dans la façon de prendre position au cours de suivis auprès de femmes qui rapportent des comportements de leur conjoint :

De ne pas envoyer la femme sur une piste comme quoi elle est avec un gars violent quand dans le fond, elle est juste avec un gars qui essaye de communiquer et qui est en situation de crise. L'intervention féministe auprès des femmes nous dit « Y en a tu, des gars violents! ».

4.2.1.3 Évaluation des risques suicidaires

Un autre exemple de changement de perception lors de situations où des hommes se présentent de façon insistante dans les services. Notamment, on situe leur présence comme étant possiblement l'étape finale du processus de demande d'aide qui a été évitée pendant longtemps, le temps que la situation se détériore. Bref, ils consultent alors que le « chaudron est plein », qu'ils sont « au bout du rouleau », « rendus à la limite », alors que les femmes se montrent plus enclines à exprimer leur détresse, leur vulnérabilité :

Je pense qu'il est important de tenir compte, qu'avant qu'il vienne consulter, il a tout essayé ou il est vraiment rendu au bout ! J'en ai compris, qu'au moment où il appelle, c'est qu'il en a besoin, là. Si je dis : « Bon, OK, là, je suis prêt à te voir dans trois semaines. » Il ne sera plus là.

Les intervenants mentionnent être plus à l'affût de la détresse non visible, mais très présente, et qui peut aller jusqu'aux idéations suicidaires :

À partir du moment où on sait que les hommes viennent beaucoup en situation d'urgence, ce que ça modifie pour moi, c'est d'être beaucoup plus attentif aux idéations, puis aux intentions suicidaires.

Pour ce faire, les intervenants mentionnent qu'ils s'attardent à répondre aux besoins de base, au réseau social de l'homme, notamment parce qu'il est plus souvent limité pour évaluer son état :

Évaluer le « ici-maintenant ». C'est quoi l'urgence ? C'est quoi les besoins de base ? Est-ce qu'il a des idées suicidaires ? Est-ce qu'il a des troubles de santé mentale ? Ensuite, aller voir c'est quoi son besoin actuel. C'est quoi qui pèse le plus présentement ?

Cette façon d'évaluer à partir des faits plutôt qu'à l'aide de l'affect visible et du questionnement sur l'état émotif favorise l'analyse de la situation :

Est-ce que chez cette personne-là, on parle de traits de personnalité, de comportements qui sont plus habituels ou sommes-nous dans quelque chose qui soit de l'ordre de la crise ? Il n'est pas toujours facile d'aller chercher ce qui est le risque étant donné qu'on n'a pas l'histoire de vie de la personne.

Les intervenants mentionnent avoir retenu la confirmation qu'il faut répondre rapidement et qu'en ce sens, il faut parfois considérer le fait que des demandes provenant d'hommes

doivent être placées en priorité. Également, il est possible de modifier des habitudes de travail en faisant un pas de plus vers les hommes qui ont consulté pour effectuer un suivi :

Être proactif peut-être un plus avec les hommes [...] faire une relance téléphonique pour voir comment ça va.

En somme, le niveau de vigilance a généralement augmenté chez plusieurs intervenants afin d'évaluer la détresse derrière l'agressivité, par exemple en prenant plus de temps pour cerner le niveau du malaise, les solutions possibles et le soutien disponible, la journée même :

Je ne les fais pas attendre dans la salle d'attente. Tu vas le chercher et il est couvert de sueur.

À partir du moment où les hommes viennent beaucoup en situation d'urgence, ce que ça modifie, moi, c'est d'être beaucoup plus attentif aux idéations, puis aux intentions suicidaires.

D'ailleurs, des intervenants mentionnent qu'ils sont plus attentifs à la présence de la honte dans la façon dont les hommes vivent leurs problèmes.

4.2.1.4 Séduction

Parmi les défis d'intervention identifiés auprès d'une clientèle masculine, les jeux de séduction avaient été identifiés. Cet aspect n'a pas été abordé de façon régulière lors de toutes les séances de formation. Néanmoins, certains commentaires ont été formulés à ce sujet. Particulièrement, l'importance de recadrer ces attitudes et de travailler sur soi pour réagir autrement à celles-ci :

En voyant ça de cette façon-là, c'est beaucoup moins confrontant que de dire ben, vraiment, tu sais, c'est un gros cochon. Puis, ça ne me tente pas là... je vais lui donner un rendez-vous dans trois semaines, pas dans deux semaines, t'sais... Ce qui était dit dans la formation, c'est que ça permettait à l'homme, qui dans le fond vivait un malaise, de créer un lien.

Je n'étais pas de bonne humeur [après avoir reçu des avances] et je l'ai vraiment recadré d'une façon sèche. Ben là, bonjour la relation de confiance et puis de créer le climat. Puis, dans la formation, il disait que la séduction c'est une façon de rentrer dans la relation de façon malhabile et que : plus c'est malhabile, plus le malaise était grand dans le fond. J'avais beaucoup réagi à ça. Je trouvais ça dénigrant. J'étais vraiment fâchée de ça et finalement, ça parlait de la hauteur de son malaise. Ça a changé ma perception. Ça ne me fâchera plus, maintenant, un homme qui rentre dans la séduction. Je comprends le sens de ce comportement-là.

4.2.1.5 Réflexion sur son positionnement face aux hommes en général

Cette nouvelle lecture des attitudes des hommes rencontrés en relation d'aide peut également prendre la forme de perceptions générales au sujet des hommes. La neutralité, le non-jugement peuvent être un positionnement valorisé. Toutefois, la réalité de l'intervention présente des défis à cet égard. Par exemple, comment interpréter les comportements masculins chez les hommes, les pères, les conjoints sans être influencé par sa propre histoire personnelle? Parfois, des intervenants ont mentionné avoir un préjugé défavorable face aux hommes en général. Effectuer une réflexion à ce sujet s'est avéré profitable :

C'est important de réfléchir à ce qu'on fait, qu'on se positionne. Moi, ça m'a aidé plus au niveau philosophique : elle est où ma position par rapport à la clientèle masculine ? Est-ce que j'ai envie d'en avoir plus de clients masculins ? (...) Ça a changé quelque chose de plus profond. Ça m'a conscientisée à une barrière que je pouvais mettre.

Je pense qu'on est des intervenantes, mais on est des femmes. Je pense qu'il y a des croyances qui ont été modifiées chez moi, par rapport aux valeurs. Je pense qu'il y a des valeurs auxquelles je ne pensais peut-être pas, de façon générale, qui faisaient partie du modèle masculin. Parfois, on a une perception alentour de ça qui est négative.

L'exercice « Les hommes importants dans notre vie. Ce serait quoi les caractéristiques qu'on leur donnerait ? » Je pense que c'est un peu là que moi, j'ai allumé sur mon préjugé. C'était relié.

Également, la conviction que les hommes refusent délibérément un travail sur soi était parfois partagée :

C'est sûr que l'homme, on voit tout de suite qu'en général, il est plus fermé ou plus dans sa tête.(...) Je pense que j'avais quand même un préjugé, entre autres, que les hommes étaient moins intéressés à l'introspection (...).

Également, dissocier une problématique qui suscite l'opprobre social, une étiquette, des autres aspects de la vie d'un homme s'avère un défi. Il arrive que des hommes demandent de l'aide pour un aspect de leur vie alors que l'on détecte une autre problématique. Ce type de situation soulève un dilemme éthique qui touche aux valeurs des intervenants. Une réflexion a été soumise par certains. Fait-on fausse route en refusant d'aider un homme dans ce contexte ?

Il y en a plein qui ont des comportements jugés inadéquats au niveau de la violence et c'est correct que ce soit jugé inadéquat, mais quand ils veulent

travailler autre chose... On peut-tu les recevoir ? Est-ce que c'est : « Non, non, tu as un problème de violence, fait que va-t'en là-bas ». (...) Il y a cette espèce de stigma, là, qui est mise sur la violence et ce n'est pas clair: qu'est-ce qui est quoi ? Et, qu'est-ce qu'on peut traiter dans nos bureaux.

Ainsi, des intervenants ont mentionné ressentir plus d'ouverture, d'intérêt en ayant un regard différent sur les hommes qu'ils rencontrent. Il faut se rappeler que 40 des 47 intervenants rencontrés étaient des femmes.

L'impact sur la pratique est beaucoup pour moi, au niveau de la lecture qu'on peut faire des besoins qui sont exprimés par des hommes à partir d'une grille qui nous a été proposée.

La formation, ça m'a permis de vraiment comprendre pourquoi ils pouvaient avoir ce type de comportements-là. Puis, comment dans le fond, ne pas le voir nécessairement de façon négative. Comment on pouvait le voir, comment on pouvait l'utiliser pour poursuivre l'intervention.

Ça permettait de donner un sens au comportement des hommes, du « comment ils construisent ». C'est quoi les comportements qu'ils adoptent, qui les conduisent à la détresse. Puis, on regardait ça et on se disait: « C'est évidemment inadéquat, c'est sûr que c'est nocif de faire un choix comme ça ». De prime abord, comme femme probablement, on est portée à juger ça. « Ben voyons, ça n'a pas de bon sens ». Mais là, on comprend pourquoi ils agissent comme ça et pourquoi ils vont vers ça. Toute la socialisation, tout, comment ils sont construits, alimentés comme ça durant tout leur développement. En même temps, je trouvais que ça nous donnait une espèce de mode d'emploi plus efficace pour les rejoindre en tenant compte de ça.

Il y avait l'iceberg des hommes, l'iceberg des femmes, ça, ça m'a fait réfléchir aussi.

4.2.1.6 Réflexion sur la situation des hommes dans la société

Tout en réfléchissant aux situations d'intervention rencontrées, une réflexion sur les changements sociaux et leur influence, la socialisation, sur l'identité masculine a émergé plus souvent lors des entrevues de suivi. Entre autres, on mentionne des attentes contradictoires envers les hommes qui vont de la présence de traits stéréotypés à des qualités associées à la féminité, telle que l'écoute et l'introspection :

C'est qui, l'homme aujourd'hui ? Comment est-ce qu'on peut le décrire ? Je sais qu'on parlait du mouvement rose; là, c'est rendu le mouvement mauve. Cou'donc, c'est quoi la place de l'homme dans la société d'aujourd'hui ?

On observe souvent les mêmes comportements rigides. Puis on est même étonnés de voir que des jeunes de 25, 30 ans sont peut-être plus rigides que les parents l'étaient à la même époque. C'est étonnant de voir ça.

On observe que l'identité masculine est en mouvement. Elle présente des contradictions et cause des tensions entre ces tendances qui s'opposent. On observe ces mêmes tensions dans le rôle de père (performance au travail, pourvoyeur tout en étant sensible aux enfants, prendre des congés).

4.3 Les résultats spécifiques sur l'appréciation de la formation par les intervenants : données quantitatives et qualitatives

Un questionnaire a été rempli à deux reprises avant et après la formation pour mesurer les apprentissages réalisés. Également, outre les informations recueillies au sujet des besoins de formation pour mieux intervenir auprès d'une clientèle masculine, des commentaires ont été recueillis sur la formation elle-même (par exemple la formule, le contenu).

4.3.1 Réponses aux 20 items sur les objectifs de la formation

Les questions de l'enquête pré/post sont directement en lien avec les objectifs de la formation. En effet, elles mesurent toutes, à leur manière, les degrés d'atteinte des objectifs sur le plan du « savoir » (5 items), « savoir-faire » (7 items) et « savoir-être » (8 items) pour mieux intervenir auprès d'hommes.

Les formulaires devaient être complétés avant et après la formation, afin d'établir si les intervenants eux-mêmes se jugent mieux préparés pour intervenir auprès d'une clientèle masculine. Malheureusement, un problème lors de la passation des premiers questionnaires fait en sorte que l'évaluation initiale (PRÉ) n'a été complétée que par 146 intervenants et, de ceux-ci, 130 ont été invités à compléter des formulaires complets, comprenant les 20 items. Ce problème méthodologique aurait pu avoir comme conséquence de rendre apparemment non-significatives les comparaisons des résultats PRE/POST, mais, comme ce n'est pas le cas, on peut accepter ces taux de participation moins importants, sans toutefois remettre en question les résultats des analyses portant sur l'impact de la formation.

Le tableau 1 présente, pour chacune des affirmations, le taux moyen d'accord, où 2 représente le choix de réponse « totalement en accord » et où -2 représente le choix « totalement en désaccord ». On peut donc lire ces chiffres en affirmant que plus les répondants étaient en accord avec l'affirmation présentée, plus le score moyen était élevé.

TABLEAU 1 : Comparaison des taux moyens d'accord aux 20 items.

	Pré N	Post Moy	É-T	N	Moy	É-T	Éta carré
1) Je comprends la dynamique de demande d'aide des hommes	141	0.49	1.09	284	1.52	.56	.280**
2) Je connais les meilleures pratiques associées à l'intervention auprès de la clientèle masculine	140	-0.54	1.12	285	1.31	0.58	.540**
3) Je connais les services offerts à la population masculine par les ressources de la communauté sur le territoire du CSSS au sein duquel je travaille	146	0.45	1.17	281	1.03	0.94	.069**
4) Je comprends la construction de l'identité masculine et ses effets sur la santé des hommes	142	-0.15	1.22	283	1.48	0.56	.458**
5) Je connais des notions théoriques portant spécifiquement sur l'intervention auprès d'une clientèle masculine	140	-0.59	1.17	285	1.32	0.72	.505**
6) J'oriente la clientèle vers le service ou l'organisme approprié en tenant compte des particularités associées aux réalités masculines	142	0.54	1.15	278	1.24	0.78	.115**
7) Je sais reconnaître les signes de détresse chez un homme	145	0.74	0.94	284	1.38	0.65	.135**
8) J'utilise des stratégies favorisant l'engagement et la persévérance d'hommes dans le processus d'aide	124	0.29	1.17	279	1.30	0.65	.234**
9) J'emploie des outils d'intervention différents lorsque je travaille auprès d'hommes	123	0.11	1.28	280	1.10	0.88	.168**
10) Si j'ai un doute qu'un homme est en détresse mais qu'il n'en parle pas, j'ai l'intention d'aborder le sujet directement avec lui	127	1.10	0.94	285	1.47	0.77	.045**
11) Je connais les services et les ressources destinées à la population masculine du territoire desservi par mon organisme	129	0.51	1.15	282	1.11	0.96	.068**
12) Je fais des liens avec d'autres formations en santé mentale adulte, notamment avec la formation sur les guides des meilleures pratiques en prévention du suicide	117	0.45	1.15	270	1.44	0.64	.233**
13) Lorsque je vis des chocs de valeurs lors d'interventions auprès de certains hommes, je me sens tout de même en mesure de poursuivre la relation d'aide avec eux.	126	0.97	0.99	281	1.33	0.63	.047**
14) Généralement, je perçois que la colère d'un homme cache une détresse psychologique et une demande d'aide	128	1.20	0.73	285	1.57	0.61	.067**
15) J'ai l'intention de chercher la ressource appropriée pour un homme en détresse, même si certains de ses comportements peuvent me déranger beaucoup	128	1.26	0.79	283	1.63	0.60	.063**
16) J'intègre la notion de contre-transfert dans ma réflexion sur la relation d'aide face à des comportements que je trouve inadéquats de la part de clients masculins	106	0.52	1.18	274	1.31	0.77	.134**
17) À la suite de mes interventions auprès des hommes que j'ai suivis, j'ai fait un bilan et une réflexion sur mes forces et mes faiblesses dans	120	0.14	1.30	275	1.00	1.04	.111**

mes interventions auprès d'eux							
18) Je me sens attaqué personnellement quand un homme est impatient, acerbe, crie après moi, critique.	127	-0.94	1.26	278	-0.94	1.18	.000
19) J'ai effectué une réflexion personnelle sur les préjugés et stéréotypes à l'égard des hommes dans la société	124	0.50	1.26	281	1.31	0.76	.137**
20) Un homme qui a des comportements agressifs ne mérite pas qu'on l'aide.	127	-1.86	0.56	278	-1.83	0.65	.001
** La relation est significative à 0,01							

Les trois premières colonnes du tableau 1 correspondent aux réponses aux formulaires distribués AVANT la formation, les trois valeurs suivantes correspondent aux réponses colligées APRÈS. On constatera, malgré qu'il nous manque certains questionnaires PRÉ-formation, que les différences de moyennes constatées sont statistiquement significatives (à .01 de risque d'erreur) pour 18 des 20 items mesurés, et qu'elles vont toutes dans le sens d'une augmentation significative du taux d'accord avec les affirmations testées APRÈS. En d'autres mots, les intervenants auraient significativement intégré les apprentissages une fois la formation complétée.

La formation ne semble pas avoir eu d'effet sur deux des 20 énoncés de ce questionnaire. En effet, les répondants n'ont guère changé leur choix de réponse pour les deux affirmations suivantes : « 18- *Je me sens attaqué personnellement quand un homme est impatient, acerbe, crie après moi, critique* », un item pour lequel les intervenants se sont généralement dit « plutôt en désaccord » et « 20- *Un homme qui a des comportements agressifs ne mérite pas qu'on l'aide* », une affirmation largement rejetée par les sujets, à la fois avant et après les deux journées de formation.

Les 18 autres énoncés ont tous été significativement affectés par la formation, ce qui nous permettra d'annoncer sans hésiter que ces journées d'études atteignent leurs objectifs et permettent de faire évoluer à la fois le « savoir », les « savoir-faire » et les « savoir-être » impliqués dans une bonne intervention auprès d'une clientèle masculine.

Certains items rencontrent néanmoins des taux d'accords moins élevés que d'autres, et ce, même après la formation. On pourrait en déduire que ces éléments sont moins bien maîtrisés et qu'ils pourraient bénéficier d'une attention particulière lors d'une révision éventuelle de la formation. C'est énoncés sont les suivants :

3. Je connais les services offerts à la population masculine par les ressources de la communauté sur le territoire du CSSS au sein duquel je travaille

9. J'emploie des outils d'intervention différents lorsque je travaille auprès d'hommes

11. Je connais les services et les ressources destinées à la population masculine du territoire desservi par mon organisme

17. À la suite de mes interventions auprès des hommes que j'ai suivis, j'ai fait un bilan et une réflexion sur mes forces et mes faiblesses dans mes interventions auprès d'eux

En observant ces résultats d'un point de vue agrégé, c'est-à-dire en analysant les réponses en fonction des trois grandes dimensions « savoir »; « savoir-faire » et « savoir-être », quelques nuances s'imposent aussi. Comme il est possible de le constater au graphique ci-dessous ainsi qu'au tableau 2, la formation semble mieux atteindre ses objectifs touchant aux « Savoirs », qu'aux dimensions « savoir-faire » et « savoir-être ». Très généralement, on pourrait même affirmer que la formation évaluée parvient à atteindre ses objectifs dans les trois dimensions des savoirs pour intervenir, mais que ces objectifs sont encore plus largement atteints lorsqu'il est question du « savoir », plus touché encore que le « savoir-faire » et le « savoir-être ».

GRAPHIQUE 4 : Évaluation de l'atteinte des objectifs de formation : récapitulatif des résultats

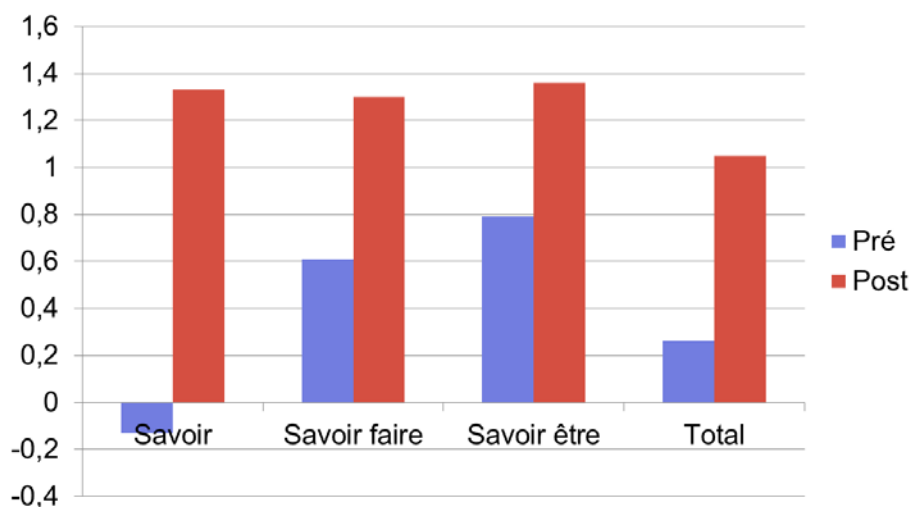


TABLEAU 2 : Comparaison des taux moyens d'accord aux trois dimensions

	Pré	Post					
	N	Moy	É-T	N	Moy	É-T	Éta carré
Dimension SAVOIR : (items 1,2,3,4,5)	146	-0.13	0.88	285	1.33	0.46	.543**
Dimension SAVOIR-FAIRE : (items 6,7,8,9,10,11,12)	146	0.61	0.70	285	1.30	0.45	.264**
Dimension SAVOIR-ÊTRE : (items 13,14,15,16,17,19)	130	0.79	0.64	285	1.36	0.45	.211**
Moyenne de l'ensemble des items	146	0.26	0.58	285	1.05	0.34	.425**

** La relation est significative à 0,01

Avant de conclure, il est intéressant de mentionner qu'outre la formation, les autres variables connues n'ont pas de relation statistiquement significative avec le niveau d'accord avec les divers énoncés. En effet, ni l'âge, ni le nombre d'années d'expérience clinique, ni même le genre des intervenants interrogés n'a d'impact statistiquement perceptible sur les savoirs impliqués dans une intervention adaptés aux besoins spécifiques des hommes.

En conclusion, on pourra affirmer avec un excellent taux de certitude statistique, que la formation a largement atteint ses objectifs puisque, de l'avis des intervenants eux-mêmes, les deux jours de formation leur ont permis de mieux maîtriser les savoirs associés à l'intervention auprès des hommes, de développer leur savoir-faire associé aux besoins d'une clientèle masculine et leur savoir-être pertinent pour cette population spécifique.

4.3.2 Commentaires complémentaires sur la formation

Après avoir présenté les points de vue des intervenants sur la formation en lien avec leur pratique, nous rapportons ici les commentaires et observations sur la formation comme telle en abordant les aspects suivants :

1. Format et style de formation
2. Pistes d'amélioration de la formation sur le plan du contenu et du format
3. Besoins non répondus
4. Remarques sur le ton et l'orientation de la formation
5. Limites de la formation sur le plan structurel

4.3.2.1 Format et style de formation

La formation présentée sur deux jours avec une période d'intégration entre les deux facilite la gestion de l'horaire et permet de mettre en pratique des notions entre les deux journées.

Également, le fait de réunir des intervenants de différentes ressources fut généralement apprécié, car la formule leur a permis de mieux comprendre leur contexte de travail et leur approche. On suggère même de le faire davantage. Ce temps de formation a été l'occasion de discuter de leur collaboration et, par exemple, d'aborder des difficultés liées aux références vers les ressources. Un autre exemple d'enjeux qui peuvent être soulevés dans ce contexte est la tendance des services généraux à orienter rapidement vers les services en violence conjugale alors qu'il s'agit d'autres problématiques :

On reçoit des références du CLSC, mais ce sont des gars qui ont des problèmes de santé mentale, troubles de personnalité; on peut pas les voir dans nos groupes. Ça fait que, là, après ça, on les réfère où ? La majeure, ce n'est pas la violence, c'est quelque chose en arrière.

Parfois, la formation a permis d'établir des passerelles avec des intervenantes qui œuvrent au sein d'organismes pour femmes. Il peut arriver également que l'on aborde des situations qui nécessiteraient une instance, un comité d'accès pour discuter de situations où un homme se retrouve « entre deux chaises », notamment parce qu'il présente des problématiques concomitantes.

La formation a aussi pu venir en appui à des réflexions sur des pratiques favorables à l'intervention auprès des hommes en ce qui concerne l'organisation des services et les règles administratives. Par exemple, les relances au lieu de l'attente, la possibilité de reprendre un suivi sans refaire tout le processus d'accueil :

Le rencontrer de nouveau, même si son dossier est fermé. (...) Il a apprécié ça aussi.(...) Si tu dis: «Ton dossier est fermé, mais on va faire une exception ». C'est apprécié, le remerciement vient après.

On a également souligné l'approche de la formation qui laisse de la place aux échanges entre participants et les formateurs.

Les expériences des autres m'ont permis de valider ou de trouver d'autres pistes de solutions que j'aurais pu aborder et que dans mon cas, je n'avais pas fait.

Cette approche a créé l'occasion de discuter entre intervenants des difficultés et des erreurs d'intervention. À cet effet, un certain dévoilement de soi de la part des formateurs fut apprécié au cours de la formation et a apporté une dimension plus personnelle de

l'expérience masculine. Ces confidences ont aidé des participants à l'intégration de notions, à partir de ces illustrations personnelles.

4.3.2.2 Pistes d'amélioration de la formation sur le plan du contenu et du format

Parmi les commentaires sur les possibilités d'amélioration, on mentionne que la perspective historique et théorique sur les hommes est appréciée, mais prend trop de temps. On suggère de la synthétiser davantage pour faire plus de place à l'intervention :

Ce que je déplore, c'est que c'est long au moment où on a le plus d'attention et, au moment où on est fatigué, que c'est la 2e journée, on arrive aux sujets qu'on s'en venait chercher. Là, ben, veux, veux pas, tu es plus fatiguée.

De façon unanime, cette dimension de la formation est appréciée. On suggère toutefois de revoir le dosage théorie / pratique en accordant davantage de temps aux stratégies concrètes.

Quelques intervenants se sont plaints d'un trop grand nombre de participants et par le fait même, d'un trop grand nombre d'interventions pendant la formation, ce qui a eu pour effet que certains se sont abstenus de parler parce que le temps manquait. De plus, dans ce contexte, il était parfois difficile pour les formateurs de limiter ceux qui prenaient la parole plus longtemps. Il est à noter que chaque fois que ces commentaires ont été émis, le nombre de participants à la formation était supérieur à vingt. Certains ont d'ailleurs suggéré de limiter le nombre de participants ou de diviser le groupe pour favoriser la participation de tous.

Même si la grande majorité a souligné les avantages de la diversité de la provenance des intervenants aux mêmes formations, on a également lancé l'idée de regrouper les intervenants par thèmes ou par types de pratique lors des formations.

4.3.2.3 Besoins non répondus

Les commentaires recueillis au sujet des besoins non répondus touchent surtout aux pratiques auprès d'hommes présentant des troubles sévères et persistants de santé mentale. On mentionne que la formation a présenté des qualités intéressantes, mais qu'il faudrait combiner les deux défis d'intervention : l'intervention auprès d'hommes et l'intervention auprès de personnes éprouvant des problèmes aigus et chroniques de santé mentale. À cet

égard, on souhaite connaître les approches qui génèrent plus de résultats et les façons de les appliquer de façon concrète auprès de cette clientèle.

Pour ceux qui avaient cultivé leur réflexion au sujet de l'intervention auprès des hommes avant la formation, on mentionne avoir besoin de notions plus poussées. Ces idées vont dans plusieurs directions. Elles prennent surtout la forme de dimensions spécifiques de l'intervention ou de problématiques variées. Elles sont classées selon le nombre de fois où elles ont été nommées :

- Intervention auprès d'hommes en contexte de crise (7)
- Violence conjugale (5)
- Paternité en général (5)
- Deuils / pertes (mode de vieillissement, perte d'autonomie, perte d'emploi) (4)
- Liste de ressources adaptées au milieu où se donne la formation (3)
- Pères qui n'ont pas la garde leurs enfants (3)
- Dépendance au jeu (2)
- Stratégies d'autodéfense à domicile (2)
- Dépendance à la pornographie sur l'Internet
- Facultés intellectuelles particulièrement développées et ceux qui ont peu de capacités cognitives (éviter des combats intellectuels)
- Victimes d'abus sexuels
- Élaboration du plan d'intervention avec un homme, les différences du travail comparativement à l'intervention auprès d'une femme. Stratégies d'intervention, dans les moyens utilisés, au cours de chaque phase de la réalisation du plan d'intervention
- Intervenir auprès d'un homme intoxiqué
- Comment mettre fin à un suivi qui a bien fonctionné, notamment pour référer
- Travailler avec la motivation extrinsèque – rétention des clients
- Référer pour que les hommes utilisent vraiment d'autres services

4.3.2.4 Remarques sur le plan du ton et de l'orientation de la formation

Les intervenants qui œuvrent régulièrement auprès d'hommes ont majoritairement estimé que la formation était trop générale. De façon presque unanime, les participants ont apprécié le positionnement des formateurs. Toutefois, des commentaires très minoritaires furent recueillis à ce sujet. Nous les rapportons ici pour illustrer la délicate tâche de présenter une approche spécifique à une clientèle masculine à des intervenantes :

Ce qui m'a un petit peu agressée, l'impression qu'on me disait: « Vous savez, vous avez pris beaucoup de place au cours des années, les femmes, et essayez donc d'en laisser un petit peu aux hommes, aux p'tits gars qui sont pas capables

de se prendre en main. » Je l'exagère un petit peu là, mais ça, je l'ai nommé parce que je n'aimais pas ça.

Selon ces rares commentaires, le discours infantilisait les hommes et on les présentait comme des victimes.

4.3.2.5 Limites de la formation sur le plan structurel

Des commentaires ont été formulés quant aux limites à recevoir une formation pour changer les pratiques organisationnelles au sein de leur milieu de travail, les liens entre les organismes, les conditions socioéconomiques défavorables qui prévalent dans certains quartier ou l'ensemble de la ville. Certains changements nécessitent l'appui des décideurs au sein des organismes ou sur le plan local :

Si on ne se rencontre pas ou ne se questionne pas à un moment x, on revient à nos vieux favoris. On peut-tu avoir les outils généraux pour les mettre en pratique? Je ne peux pas les prioriser juste parce que ce sont des gars. Il y a des femmes qui attendent depuis 4 mois, je ne suis pas pour faire passer le gars avant.

Également, l'établissement de lignes directrices de référence, d'accompagnement, de collaboration entre les organismes ne peut être réalisé qu'avec le travail de cadres et de directeurs qui se concertent et dont les décisions peuvent être appliquées. Les intervenants sont donc sceptiques sur le plan de la réalisation de certains changements sur lesquels ils ont peu de pouvoir, mais qui permettraient d'appliquer des notions présentées dans la formation.

Comme façon d'améliorer la concertation et la formation continue, des intervenants ont suggéré un colloque régional pour offrir plusieurs ateliers qui répondraient aux besoins spécifiques des intervenants mais aussi pour que des administrateurs s'y engagent.

Des intervenants ont fait remarquer que si un milieu est en difficulté, il faudrait agir davantage sur le plan de la concertation entre les services pour créer les ressources qui manquent pour répondre aux besoins de base. Créer un comité de suivi avec des décideurs et des acteurs clés s'avèrerait nécessaire pour agir de façon plus globale sur les problèmes présents. Autrement dit, améliorer les compétences des intervenants dans leur bureau est pertinent, mais si on n'agit pas sur d'autres facteurs, l'objectif d'agir sur les facteurs de bien-être des hommes ne sera pas atteint. En effet, des intervenants ont mentionné qu'il faut trouver d'autres mesures que d'offrir une formation dans un contexte où ils sont témoins de

désœuvrement, de détresse de la part des hommes à cause d'un contexte de pauvreté et de perte d'espoir dans leur communauté. Notamment suite à la fermeture d'entreprises qui employaient un bon nombre d'hommes ayant peu de scolarité et qui ne réussissent pas à se trouver du travail par la suite.

5. Résultats des entrevues auprès des gestionnaires et des superviseurs

Dans cette section, nous présentons le contexte ayant contribué à la réflexion des CSSS sur leur offre de service à l'égard de la clientèle masculine et les caractéristiques de leur offre de service actuelle (pour toutes les clientèles).

5.1 Le contexte et la réflexion sur l'offre de service des CSSS auprès de la clientèle masculine

Le développement de l'offre de service des CSSS consultés au sujet de la clientèle masculine s'est amorcé il y a plus de cinq ans pour les uns ou plus récemment (2-3 ans) pour d'autres, et la réflexion est en cours pour certains CSSS sur des aspects spécifiques. Tous les CSSS ont indiqué que leur réflexion visait à offrir des services les plus adaptés possible aux besoins de l'ensemble des clientèles, puisqu'il s'agit d'une obligation des établissements de santé. L'influence du cadre de référence de l'Agence eu égard aux services de première ligne en santé mentale, dans une perspective intégrée, a contribué à cette réflexion, en particulier pour la population masculine, ainsi que les orientations pour les services de première ligne en santé mentale du MSSS (Boissonnault et al., 2009; Latulippe et Menear, 2011).

Cette réflexion s'est également faite selon leurs besoins et les contextes locaux : il y avait, par exemple, une volonté de développer l'offre de service intégrée en santé mentale, de joindre les pères, de pallier l'absence de services d'hébergement de dépannage pour les situations de crise. Cette réflexion s'est faite, selon le cas, avec les partenaires du milieu dans le cadre de plans d'action pour hommes en difficulté.

Les diverses formations (ex. : sur les réalités masculines ou autres) et les rencontres de sensibilisation au sujet de *For'Hommes* auprès des gestionnaires ont aussi été des éléments ayant contribué à leur réflexion. Les responsabilités des gestionnaires (ex. : de plusieurs programmes-services, notamment en santé mentale, en famille) ou leur expérience antérieure en tant qu'intervenant sont des éléments qui ont sensibilisé certains d'entre eux aux besoins des hommes :

En tant que chef ayant longtemps travaillé dans le secteur des dépendances comme intervenant, j'ai une solide expérience auprès des clientèles masculines. Je suis particulièrement sensible aux caractéristiques masculines et je m'efforce d'intervenir afin que notre milieu, principalement construit par et pour des femmes, puisse répondre plus adéquatement aux besoins sous-représentés de la clientèle masculine. (gestionnaire)

Dans ce processus de réflexion, tous les CSSS ont souligné leur préoccupation concernant l'adaptation des interventions effectuées par leurs professionnels auprès des hommes qui demandent de l'aide. Selon des gestionnaires, il y a de plus en plus d'hommes qui font appel aux services des CSSS. En particulier, ils ont dit souhaiter élever le niveau de compétence des intervenants à l'égard des hommes en détresse et mieux comprendre la façon dont est formulée leur demande d'aide :

(...), moi, j'avais identifié que, justement au niveau du risque hétéro-agressif, c'était quelque chose sur lequel il fallait revenir. Quand les hommes se présentent, quand leur détresse se présente de façon agressive, j'avais identifié qu'il fallait qu'on fasse un retour sur ça. (superviseur)

Enfin, des considérations sociales, comme les statistiques sur les suicides et les homicides ou des événements malheureux largement médiatisés impliquant des hommes en difficulté, ont contribué à cette prise de conscience concernant le développement de l'offre de service auprès de la clientèle masculine.

5.2 L'offre de service actuelle

Dans cette section, nous présentons les principaux éléments de l'offre de service actuelle des CSSS, et ce, afin de mieux comprendre leur fonctionnement.

5.2.1 Réception et accueil de la demande d'aide

L'accessibilité aux CSSS pour formuler une demande d'aide est organisée selon des modalités générales visant toutes les clientèles. Ainsi, celles des hommes comme celles des femmes, celles des adultes ou des personnes âgées, sont généralement reçues à l'accueil psychosocial ou à un service d'accueil centralisé (ex : service sans rendez-vous ou non, au téléphone ou en personne). Les clientèles peuvent faire une demande d'aide en se présentant à certains CLSC le jour, le soir et les fins de semaine, ce qui peut constituer un facteur facilitant pour joindre les travailleurs :

C'est une réalité qu'on observe. Les hommes sont des travailleurs, ne viennent pas toujours nécessairement le jour. Alors, on a des temps, des moments et des personnes pour les accueillir le soir et les fins de semaine. (gestionnaire)

À certains endroits, les demandes d'aide peuvent aussi provenir d'autres programmes-services du CSSS, comme le soutien à domicile ou l'hôpital. Des liens plus étroits avec l'hôpital sont d'ailleurs tissés avec l'accueil psychosocial par des infirmières-infirmiers de liaison ou par l'urgence, permettant ainsi à des intervenants de contacter des hommes ou des femmes en crise en allant au-devant d'eux s'enquérir de leurs besoins psychosociaux.

C'est la même équipe qui fait l'accueil psychosocial, c'est la même expertise qui se déplace. À tous les jours, on va aller du côté de l'urgence le matin, travailler avec l'équipe de soins pour voir s'il n'y a pas des hommes ou des femmes qui présentent des besoins psychosociaux, qui ont besoin d'être évalués et référés vers les bons services ou être pris en charge. (gestionnaire)

Pour ce qui est de l'accueil de la demande d'aide, comme les gestionnaires et les superviseurs consultés perçoivent les hommes comme étant plus à risque, on accorde une grande importance à l'accueil rapide de leurs demandes. Le caractère vulnérable est parfois associé au fait d'être un homme (en soi) et peut déterminer la rapidité de l'intervention, mais toutes les demandes d'aide ne sont pas considérées comme prioritaires en raison de ce seul critère. D'autres critères déterminent le code de priorité, comme la nature de la demande d'aide ou les faits qui y sont liés.

Répondre rapidement à la demande d'aide d'un homme est une préoccupation généralisée qui repose sur trois caractéristiques suivantes, selon les informateurs clés : une demande d'aide souvent formulée au moment d'un épisode aigu de détresse ou tardivement par rapport au problème à résoudre, une incapacité à composer avec des délais d'attente pour obtenir de l'aide ou une trajectoire antérieure infructueuse pour demander de l'aide.

On sait qu'il y a des hommes quand ils viennent [que] ça fait deux, trois fois qu'ils cognent à des portes et qu'ils ne sont pas nécessairement bien reçus ou ce n'est pas le bon service et le bon endroit. Leur façon de composer avec les services... ils sont moins propices à se mettre dans des situations d'attente. On est en réflexion à ce niveau-là. (gestionnaire)

Si on évalue les besoins ou la situation d'un homme et qu'on le met en attente pour trois mois, on augmente les probabilités qu'il ne revienne pas. (gestionnaire).

5.2.2 Orientation et accompagnement jusqu'à la prise en charge

Après l'analyse d'une demande d'aide, le processus d'orientation de la personne à l'interne ou à l'externe du CSSS se fait en fonction du jugement clinique, des critères des programmes d'intervention, des listes d'attente. Aussi, afin que les hommes maintiennent leur demande d'aide, dans les situations de crise ou non, on privilégie le maintien du contact avec l'intervenant du CSSS jusqu'à la prise en charge par l'organisme concerné.

Si la demande d'aide concerne une situation à risque (suicidaire, homicidaire, détresse psychologique) et nécessite une orientation vers un organisme pour hommes en difficulté, un processus d'orientation serré est prévu jusqu'à la prise en charge par la ressource : il pourrait s'agir d'interventions de soutien rapides (ex. : moins de 24 h, dans les jours qui suivent, hébergement de dépannage ou de crise) ou d'un accompagnement pour contacter la ressource appropriée (ex. : intervenant et client téléphonent ensemble à la ressource).

S'il ne s'agit pas d'une situation de crise, on souhaite faire en sorte que le lien avec le CSSS soit maintenu jusqu'à la prise en charge. On pourra demander à l'homme de rappeler l'intervenant du CSSS qui l'a accueilli au moment de sa demande de service pour évaluer comment sa situation évolue :

Ce n'est pas juste [de dire à l'homme ou la femme] « Rappelle tel service, mais rappelle telle personne ». (gestionnaire)

On pourra l'orienter vers des ressources qui offrent de l'information ou des groupes de soutien en santé mentale, afin qu'il reçoive un minimum d'intervention avant la prise en charge. Ces orientations vers les ressources du milieu sont faites parce qu'elles ont des approches spécifiques ou plus pointues par rapport à l'offre de service du CSSS.

S'il s'agit d'une orientation vers un programme-service du CSSS, l'intervenant ayant évalué la demande d'aide rappellera l'homme pour le soutenir dans l'attente avant la prise en charge, réévaluer ses besoins (s'il y a lieu), car les délais peuvent être longs. Ce soutien par la relance téléphonique est bien accueilli par les hommes, ce qui a pour but de garder leur motivation face à la demande d'aide et qui se fait, notamment, auprès de ceux qui présentent plus de facteurs de risque :

Les intervenants de l'accueil [psychosocial] me disent que c'est une réponse qu'ils reçoivent très positive des hommes quand ils les appellent pour savoir où ils [les hommes] en sont. À ce moment-là, ça permet de réévaluer. Ces intervenants-là font le lien avec le service dans lequel ils [les hommes] sont référés. Donc, si une situation a changé, on va encore plus tendre à l'assigner plus rapidement. (gestionnaire)

On met en place actuellement des relances téléphoniques. Si l'homme est en attente de services en adultes et qu'on sait qu'il y a trois mois, quatre mois d'attente, (...) pour ceux dont on sent qu'il y a une plus grande vulnérabilité, on va faire des relances téléphoniques une fois peut-être par deux semaines pour voir ce qui a été mis en place par rapport à ce qu'il voulait faire. C'est des petits suivis très concrets, (...) pour leur laisser savoir [aux hommes] qu'on ne les a pas oubliés et pour les accrocher aux services. (superviseur)

Nous, on laissera jamais quelqu'un, particulièrement un homme, devant un vide de service. L'intervenant qui va le voir à l'accueil, ou l'intervenante, va s'assurer que d'ici à ce qu'il y ait une prise en charge du dossier, pour un suivi, qu'en tout temps il peut communiquer avec nous, avec l'intervenant, l'intervenante, qu'il a rencontré à l'accueil pour être sûr qu'il n'est pas laissé vis-à-vis rien. (superviseur)

5.2.3 Approche d'intervention

Dans les CSSS consultés, il y a une variété d'approches cliniques utilisées par les intervenants auprès des personnes qui demandent de l'aide. Il n'y a donc pas d'approche clinique spécifique désignée au sujet de l'intervention psychosociale auprès de la clientèle masculine, mais selon les programmes certaines approches sont privilégiées. À l'accueil psychosocial, on adopte surtout la thérapie brève centrée sur les solutions au moment de l'évaluation des besoins, mais elle n'est pas utilisée de façon systématique:

D'emblée, quand on fait l'évaluation des besoins, on se rend compte que, souvent, il faut avoir une approche plus directive, des fois il faut aller vers des stratégies orientées vers les solutions pour vraiment accrocher des hommes. (...) C'est pas quelque chose qu'on dit «D'emblée, t'es un homme, faut que tu prennes telle approche», parce qu'il y a différents types d'hommes aussi. Mais, habituellement, quand on fait les plans d'intervention pour déterminer les objectifs du client, c'est souvent quelque chose que les intervenants vont faire d'emblée de s'en aller dans quelque chose d'un peu plus directif. (superviseur)

La formule du « court terme » (moins de dix rencontres) est perçue, par les gestionnaires et les superviseurs, comme étant efficace pour l'intervention auprès des hommes ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale, et ce, en raison de leur caractère rapide, concret. La formule du court terme serait appréciée des hommes qui consultent, car elle permettrait de

cibler leurs besoins et leurs ressources personnelles pour y répondre sans avoir à examiner toutes les sphères de leur vie. Outre ces approches, on se questionne aussi dans un CSSS, sur le langage de l'intervention afin qu'il soit plus concret pour les hommes qui demandent de l'aide.

5.2.4 Soutien aux intervenants

Les gestionnaires comme les superviseurs mentionnent accorder de l'importance au soutien qui doit être apporté aux intervenants pour l'intervention auprès de la clientèle masculine. Toute formation est perçue favorablement dans la mesure où gestionnaires et superviseurs sont sensibles aux différences selon le genre dans l'intervention. Ils estiment aussi nécessaire de mieux comprendre comment les hommes expriment leur détresse, surtout quand elle est faite de manière agressive, ainsi que leur motivation face à la demande d'aide :

On mise beaucoup sur la formation pour développer les connaissances des professionnels, pour être plus sensibilisés aux besoins des hommes. Nous, on n'est plus à l'étape de se dire « Est-ce que c'est pareil un homme et une femme quand ils se présentent dans nos services ? » C'est pas pareil (...). Donc il faut avoir des gens capables de faire cette transition-là au niveau de l'approche et au niveau des besoins. (gestionnaire)

Ce qui a plutôt été exprimé [par les intervenants], c'était une espèce d'impuissance ou de mauvaise compréhension des réactions, ou au niveau de la motivation de cette clientèle-là à poursuivre dans la demande d'aide. Souvent la demande est faite, les gens se présentent, les hommes en particulier, en situation de crise, plus qu'autrement, sévère. Et à partir du moment où ils [les hommes] ont pu se déposer, ventiler, les intervenants se questionnaient, à savoir (...) comment ça se fait qu'ils ne persistent pas au niveau de l'intervention. On se disait de deux choses l'une : ou le besoin est répondu ou il y a quelque chose qui nous échappe dans la compréhension du problème. (superviseur)

Au fil des années, différentes formations ont effectivement été données dans le réseau des CSSS relativement à diverses problématiques qui pouvaient concerner les hommes en difficulté (ex. : détection et repérage des dépendances, réduction de l'accès aux armes à feu). Cependant, il est possible que tous les intervenants n'aient pas assisté à de telles formations.

Par contre, plusieurs formules d'encadrement clinique sont valorisées et permettent aux intervenants d'être appuyés dans leurs interventions et d'intégrer les notions diffusées en formation, qu'on ait assisté ou non à des formations spécifiques. Les formules varient selon

les CSSS : des discussions cliniques ont lieu dans le contexte d’une coordination professionnelle, avec des pairs ou des intervenants chevronnés, avec le chef de programme, au moment des rencontres d’équipe, dans le quotidien de la pratique, notamment dans des situations impliquant un homme à risque suicidaire ou homicidaire. L’utilisation des outils cliniques fournis en formation est répandue et aide à encadrer l’intervention (ex. : grille pour déterminer le risque ou la dangerosité d’une situation).

5.2.5 Éléments significatifs de l’offre de service à l’égard des clientèles masculines

Plusieurs éléments significatifs ont été mentionnés par les gestionnaires et les superviseurs au sujet de l’offre de service actuelle des CSSS, par rapport aux hommes qui demandent de l’aide. On estime globalement qu’elle semble mieux adaptée à l’intervention psychosociale auprès d’eux qu’auparavant. Les principaux éléments mentionnés sont indiqués au tableau 2.

Tableau 2 Principaux éléments significatifs dans l'offre de service actuelle à l'égard de la clientèle masculine mentionnés par les gestionnaires et les superviseurs des CSSS consultés

A. Réception, accueil des demandes d'aide	• Souci à l'égard des personnes en crise ou en détresse (ex. : aller au-devant d'elles en milieu hospitalier, considérer le niveau plus élevé de vulnérabilité associée au fait d'être un homme (en soi ou aux situations); • Stratégies d'accueil développées pour répondre aux demandes d'aide en limitant autant que possible les délais d'attente.
B. Orientation, accompagnement	• Étroite collaboration avec les partenaires dans le processus d'orientation : entre les CSSS et les policiers, entre l'accueil psychosocial et l'hôpital, entre les CSSS et les organismes du milieu (organismes pour hommes en difficulté, organismes en santé mentale); • Différentes façons d'accompagner les hommes dans les situations de crise ou jusqu'à la prise en charge (ex. : relances téléphoniques). (...) le rôle de l'infirmière qui va tout de suite évaluer les besoins et qui va faire un soutien jusqu'à une prise en charge par un intervenant de l'équipe, je trouve que c'est très aidant. (superviseur) Ce dont je suis le plus fier, c'est que les intervenants acceptent de recontacter les hommes. Puis qu'on soit en train d'implanter ça mur-à-mur. Vous savez, c'est quand même quelque chose à chaque fois qu'un homme se présente et après ça de le relancer... Ça ajoute une lourdeur. (gestionnaire) Je trouve que la notion de soutien et d'accompagnement de cette clientèle-là [les hommes], c'est quelque chose qui fonctionne bien. (superviseur)
C. Intervention	• Analyse et intervention auprès des hommes différentes et mieux encadrées qu'auparavant; • Équipe formée d'intervenants féminins et masculins (permet une sensibilisation à la réalité des hommes qui demandent de l'aide); • Approches cliniques diversifiées, interventions de groupe auprès des pères; • Intégration par les intervenants de la notion de priorité dans l'aide à apporter aux hommes, en particulier en santé mentale; • Prise en compte de la présence des armes à feu dans l'intervention; • Intérêt manifeste des intervenants pour l'intervention auprès des clientèles masculines, on tient compte des besoins des hommes. Les gens [les intervenants] ne voient pas juste un homme qui a de la difficulté à gérer ses émotions. Ils voient beaucoup plus la détresse, les besoins, les enjeux qui touchent les hommes. (gestionnaire) Je n'entends plus maintenant des intervenants, intervenantes, être inquiets de comment ils vont aborder la situation des hommes. (gestionnaire) [la priorisation en santé mentale adultes] ça parle vraiment de la compréhension..., de la nécessité de modifier notre façon de percevoir la demande [d'aide]. (superviseur)
D. Soutien clinique	• Espaces de discussion clinique, formule du <i>debriefing</i> qui permet d'apprendre des interventions réalisées, soutien du gestionnaire; • Utilisation des outils fournis en formation. Elles [les intervenantes] m'interpellent régulièrement pour me sensibiliser ou faire appel à mon soutien dans des situations reliées à la réalité des hommes. (gestionnaire)

5.3 Le projet *For'Hommes* : perceptions de la formation, éléments décisifs, soutien et retombées cliniques depuis la formation

5.3.1 Perceptions sur le plan organisationnel

Sur le plan organisationnel, les perceptions relatives à la formation *Intervenir auprès des hommes* ont permis, selon les CSSS consultés, de poursuivre leur réflexion sur l'offre de service à l'égard des clientèles masculines ou de revoir la façon d'accueillir les demandes d'aide des hommes en difficulté.

Ainsi, les rencontres de sensibilisation au sujet du projet *For'Hommes* et de la formation, qui ont eu lieu auprès des gestionnaires notamment, ainsi que la possibilité de participer à une recherche sont des éléments qui ont conforté les CSSS dans leur réflexion ou leur cheminement et les ont incités à passer à l'action, même si parfois, on ne saisissait pas d'emblée la nature du projet. Également, le fait que le projet *For'Hommes* était porté au niveau régional a constitué un stimulant pour s'impliquer, s'engager ou accélérer la mise en place de certains services visant les clientèles masculines.

On en parlait, on en parlait [des actions à poser]. Mais sans For'Hommes, on n'aurait pas tout fait ça. Pas à ce rythme-là. (...) ça nous donnait des obligations de concertation, on collaborait à un projet de recherche, (...) on ne l'aurait probablement pas fait autrement que par cette structure-là. (gestionnaire)

Ça nous dit vraiment ce qu'on doit modifier dans l'offre de service, au niveau de notre façon d'intervenir, que ça soit plus au niveau de l'accompagnement du client dans sa demande plus qu'à l'habitude peut-être (...), au niveau de la priorisation de cette clientèle-là aussi parce qu'on comprend que les hommes qui demandent de l'aide sont souvent rendus au bout du rouleau. (superviseur)

Certains ont alors mesuré l'importance de revoir la façon d'accueillir les demandes d'aide formulées par les hommes, un questionnement ayant eu une certaine acuité dans un CSSS dont les orientations préconisent la tolérance zéro au sujet des comportements agressifs de la clientèle à l'endroit du personnel :

Si on ne permet pas aux hommes de s'exprimer malhablement dans nos services, comment on va pouvoir les soutenir dans une démarche d'aide ? Ça me faisait réfléchir beaucoup à tout ça. (gestionnaire)

L'ouverture aux changements de pratique a donc permis de réfléchir aux services ou modalités à développer pour joindre les populations masculines.

5.3.2 Perceptions sur le plan clinique

Sur le plan clinique, on a estimé que la formation permettait de revoir les pratiques d'intervention auprès des hommes et qu'elle était applicable rapidement dans l'intervention. La formation a été perçue comme une occasion de sensibiliser les intervenants à la réalité des hommes et de se pencher sur les pratiques cliniques visant les populations masculines, en particulier pour mieux comprendre l'expression agressive de la demande d'aide ou de la détresse. La formation fut considérée comme une motivation à approfondir ces questions :

On savait qu'il fallait qu'on adapte, par rapport aux hommes, on savait qu'il y avait une différence, mais ce n'était pas clair à quel point, puis comment, ce qu'on peut faire. (superviseur)

J'me disais qu'il faut habiliter nos intervenants à mieux composer avec ça [la demande d'aide exprimée de manière agressive], sans que ça soit toléré ou accepté, mais quand c'est dans le cadre de quelqu'un qui consulte, qui n'a pas toujours les bons mots, (...), c'est sûr qu'on peut avoir des hommes qui sont verbalement plus violents. Mais comment dépasser ça ? Là, il y a un enjeu. (gestionnaire)

(...) l'écho que j'ai eu des intervenants qui ont eu la formation, c'était très pertinent pour eux de comprendre mieux la position de l'homme, le sens de ses comportements, la façon de demander de l'aide, son besoin d'une aide plus urgente dans le processus qui est différente de celle de la femme. (superviseur)

D'autres y ont vu la possibilité d'intervenir avec plus de justesse, selon les problématiques ou dès la réception de la demande d'aide.

La formation, ça tombait à point, surtout en santé mentale parce qu'on pourrait avoir tendance à faire un diagnostic basé sur un comportement d'un homme alors que la recherche le démontre que les hommes expriment peut-être leur détresse de façon différente, des fois, et qu'il faut faire attention de ne pas nécessairement poser une étiquette de santé mentale sur ces comportements-là. (superviseur)

Nous, on est (...) au début du processus [à l'accueil psychosocial]. Donc, ça compte beaucoup d'être capable, finalement, de bien saisir la personne, pour être capable d'intervenir correctement et faire en sorte que cette personne-là soit intéressée à poursuivre et à recevoir l'aide dont elle a besoin. (gestionnaire)

Outre le fait que la présentation fut considérée comme étant dynamique et utile, que les points abordés étaient bien ciblés et les formateurs expérimentés, on a indiqué que la formation était applicable rapidement et concrètement dans l'intervention, en plus d'avoir permis une mise à jour des connaissances des intervenants.

5.3.3 Éléments décisifs

Plusieurs éléments ont compté dans la décision de donner la formation au sein des CSSS consultés. On peut regrouper ces éléments en quatre catégories : l'obligation de fournir des services adaptés aux clientèles des CSSS, le développement des compétences des intervenants, la qualité de la formation (ex. : formateurs expérimentés et reconnus, contenu pertinent), le déploiement du projet (ex. : rencontres de sensibilisation, projet soutenu par l'Agence). Les principaux éléments sont présentés au tableau 3.

Tableau 3 Principaux éléments ayant compté dans la décision de donner la formation au sein des CSSS consultés

A. Obligation de fournir des services adaptés aux clientèles des CSSS (thème largement exprimé)	• Questionnement, parfois avec des partenaires dans le cadre de plans d'action, sur les types de services à fournir aux hommes et les façons de répondre aux demandes d'aide (ex. : priorité, suivi court terme, accompagnement); • Demandes d'aide des hommes diversifiées; • Croyance du gestionnaire sur l'importance d'apporter les changements.
<i>Pour ça, il faut que le gestionnaire croit à l'importance [de modifier l'offre de service]. Sinon les intervenants vont se faire former, mais ne feront pas les changements demain matin dans leur pratique s'il n'y a pas d'orientation dans l'offre de service, en conséquence. (gestionnaire)</i>	
B. Développement des compétences des intervenants (thème largement exprimé)	• Valorisation de la formation continue (gestionnaires, superviseurs); • Intérêt et désir des intervenants et superviseurs d'être formés / demandes liées aux difficultés de l'intervention auprès des clientèles masculines.
C. Qualité de la formation (thème attrayant)	• Formateurs expérimentés et reconnus dans le milieu; • Contenu (pertinence pour l'intervention, mise à jour des connaissances).
D. Déploiement du projet	• Rencontres de sensibilisation auprès des gestionnaires; • Formation soutenue par l'Agence (dans un contexte de compressions budgétaires); • Programme de formation faisant l'objet d'une évaluation formelle.

5.3.4 Soutien et retombées cliniques depuis la formation

Depuis la formation, le soutien clinique apporté par les superviseurs aux intervenants ayant eu la formation a porté sur l'analyse des demandes d'aide (ex. : évaluation des besoins, niveau de priorité ou de dangerosité de la situation de la personne, situations de crise) et l'orientation vers les ressources du milieu, sur l'accompagnement avant la prise en charge. Il s'agissait de problématiques variées : santé mentale, dépendances, violence conjugale, idéations suicidaires, homme vivant une dépression ou des difficultés au travail ou étant sur le point d'être à la rue.

Ce soutien a pris plusieurs formes : discussions cliniques régulières, au moment des rencontres d'équipe ou dans le quotidien de la pratique, présentation au conseil pluridisciplinaire, retour sur l'intervention (debriefing), rencontres cliniques en groupe (pour échanger sur des interventions réalisées ou des évaluations). Des superviseurs ont indiqué qu'une dizaine de situations pour lesquelles ils ont apporté un soutien clinique à des intervenants, concernaient l'intervention auprès d'hommes ayant demandé de l'aide.

Le soutien clinique est également apporté aux intervenants n'ayant pas assisté à la formation, ils sont aidés par les pairs et les superviseurs pour l'intervention auprès de la clientèle masculine :

[Les intervenantes] vont avoir le soutien des intervenants, puis mon soutien à moi, elles vont être guidées vers l'orientation... elles vont être formées sans avoir [eu] la formation (...). (superviseur).

L'information relative à l'intervention auprès des hommes circule ouvertement entre intervenants d'une même équipe ou d'autres programmes-services :

L'intervention auprès des hommes, c'est quelque chose qui est tellement d'actualité au CLSC que ça [l'information] circule entre les programmes (...), dans tous les secteurs de ma chef de programme, les besoins sont là, les besoins des hommes. (superviseur)

Les retombées exprimées par les gestionnaires et les superviseurs sont plutôt positives¹. Les participants à la recherche observent une ouverture ou une motivation chez les intervenants face à une intervention différente auprès des hommes. Il y a une plus grande sensibilité ou un plus grand désir d'aider celui qui demande de l'aide et pour intervenir rapidement :

Ce que je trouve intéressant, c'est qu'on a de moins en moins de réserve, chez les intervenants, à travailler avec un homme (...) et intervenir et se questionner quant à la meilleure orientation à donner, le meilleur service à donner aux hommes. (gestionnaire)

Ce que je pourrais dire, c'est qu'il y a une plus grande attention quand on en parle. (...) On sent qu'il y a quelque chose qui a changé. (superviseur)

Les intervenants comprennent comment c'est important de donner suite, immédiatement lors de la demande de service. (...) Les hommes, ils viennent [et] déjà pour faire une demande, c'est ardu, c'est pas évident, (...). Alors quand un homme vient, (...), se décide à demander de l'aide, je pense que c'est important d'être en mesure de donner suite rapidement tandis (...) qu'il est présent, tandis qu'il est mobilisé, parce qu'on sait que la mobilisation avec eux ne sera pas nécessairement de longue durée. (superviseur)

Des équipes ont modifié certaines façons de faire, en ajoutant, par exemple, dans l'analyse de la demande d'aide, le thème de la responsabilité financière pour vérifier comment une difficulté sur ce plan (si c'est le cas) peut être perçue par un homme. D'autres ont révisé la

¹ Les retombées sont également issues des actions précédentes réalisées au sein des CSSS.

façon d'évaluer le risque suicidaire ou décidé d'inclure ce qui concerne l'homme ou le père dans le contenu d'interventions relatives à la grossesse :

On a beaucoup travaillé cette année à figurer l'évaluation du risque suicidaire, pour inclure aussi une détresse qui peut se présenter sous forme d'agressivité ou sous forme de colère. (...) Ces réflexions sont venues de ça [la formation] parce que justement les intervenants avaient été formés. On en est venu à transformer nos façons d'évaluer et d'intervenir aussi. On sait que c'est très féminisé toute l'évaluation du risque, on essaie de prendre en considération comment les hommes manifestent leur détresse durant les moments de crise. (superviseur)

Quand on monte des nouvelles offres de service pour certaines clientèles, bien on pense aussi comment on va insérer quelque chose pour l'homme. Je vais vous donner un exemple : je veux bâtir quelque chose pour la dépression post-partum, mais on veut inclure un volet pour les hommes. Ma collègue en adultes [sic], qui fait quelque chose sur l'ambivalence de grossesse, elle veut inclure quelque chose pour l'homme. (superviseur)

Au moment des entrevues, les superviseurs ne connaissaient pas tous les outils et stratégies d'intervention liées à la formation utilisés par les intervenants. Deux exemples ont été mentionnés : l'outil permettant de tenir compte des besoins des individus en tant qu'être humain, et non en fonction des stéréotypes sexuels (outil aussi appelé « grille asexuée ou filtres »), outil très apprécié puisqu'il permet de faire une lecture plus adaptée aux besoins de la personne, selon un superviseur; on utilise aussi des échelles ou du papier pour illustrer concrètement un questionnement, auprès d'hommes au profil plus traditionnel.

5.4 Les perceptions générales et les perspectives au sujet de l'offre de service visant la clientèle masculine

De façon générale, on perçoit l'offre de service actuelle visant la clientèle masculine comme étant adéquate sur le plan de l'organisation des services, des collaborations avec les partenaires de la communauté et du soutien clinique. Mais on estime important de poursuivre les efforts entrepris pour joindre davantage la clientèle masculine. La présente section porte sur ces deux pôles.

5.4.1 Perceptions générales

Les gestionnaires et les superviseurs ont tous soutenu que leur offre de service actuelle répondait adéquatement aux besoins des clientèles masculines. On y répond mieux

qu'auparavant parce qu'on estime qu'elle est plus adaptée au processus de demande d'aide et que les intervenants se sentent plus à l'aise dans l'intervention auprès des hommes : on détermine mieux les priorités, on intervient plus rapidement et différemment (ex. : approche court terme, attention particulière aux façons d'exprimer la détresse), on a des procédures d'accompagnement jusqu'à la prise en charge, l'accessibilité est basée sur plusieurs modalités (ex. : modulation des plages horaires, liens avec le milieu hospitalier dans les situations psychosociales à risque ou urgentes) :

Quelqu'un se présente, un homme se présente à l'urgence de l'hôpital (...) ou on est informé quand il y a des cas de détresse psychologique, de tentatives de suicide ou, encore, de surconsommation, alors nous, on se fait un devoir d'être proactif, d'aller les voir sur place, déjà. Ils ne sont pas rentrés par la porte du CLSC, mais ils ont pris une porte de l'établissement. Nous, on ne manque pas une opportunité d'être proactif, d'aller dès le début leur offrir de l'aide, leur dire qu'on est là, qu'on peut les aider, les soutenir. Déjà, on leur parle des ressources et de l'aide qu'on peut leur apporter en CLSC. (superviseur)

Depuis 5-6 ans, je vous dirais que la situation des hommes est loin d'être banalisée, elle est vraiment une situation que l'on regarde sous tous les angles et on essaie d'aller au-delà des mots, avec les hommes, pour bien comprendre comment ils sont. Et surtout comment comprendre [la façon d']intervenir avec eux parce qu'on s'est rendu compte que l'intervention devait être précise, devait être concrète. On a développé des moyens par rapport à ça pour faire en sorte qu'ils se sentent accueillis et qu'ils veulent bien poursuivre la démarche. (gestionnaire)

Les collaborations avec le milieu sont aussi plus serrées : on dirige régulièrement la clientèle masculine vers les ressources pour hommes en difficulté ou vers les ressources en santé mentale, on a des échanges réguliers avec ces ressources pour favoriser un meilleur arrimage ou suivre l'évolution des offres de service respectives, des types d'intervention, des attentes quant à la façon de diriger la clientèle vers les ressources. Mais l'accès aux ressources du milieu est plus difficile pour les hommes quand celles-ci ne sont pas situées sur le territoire du CSSS. Enfin, des CSSS perçoivent leur offre de service comme étant limitée, les démarches pour l'adapter aux hommes étant en cours ou parce que la prise de conscience ou les processus n'ont pas encore donné lieu à des actions concrètes.

5.4.2 Perspectives

Pour poursuivre leurs efforts en vue d'améliorer ou de modifier l'offre de service à l'endroit de la population masculine, gestionnaires et superviseurs des CSSS consultés ont tous

souligné l'importance, dans l'organisation des services, de diminuer les délais d'attente. On souhaite aussi développer des interventions spécifiques auprès des pères (séparés ou non). On estime que les mécanismes de réflexion et de soutien en lien avec l'intervention auprès des hommes doivent être maintenus et que le processus de sensibilisation aux réalités masculines et celui visant à établir les priorités liées aux demandes d'aide des hommes doivent se poursuivre. Enfin, depuis quelques années, les diverses initiatives visant la population masculine semblent influencer favorablement la réflexion dans la mise en place éventuelle de services adaptés aux hommes qui demandent de l'aide. Le tableau 4 présente les principaux éléments mentionnés pour poursuivre le déploiement de l'offre de service à l'endroit de la population masculine dans les CSSS.

Tableau 4 Principaux éléments pour poursuivre le déploiement de l'offre de service auprès des clientèles masculines mentionnés par les gestionnaires et les superviseurs des CSSS consultés

A. Offre de service	• Penser à une formule de suivi de trois rencontres à l'accueil psychosocial; • Continuer à considérer les notions de priorité dans les demandes d'aide des hommes; • Joindre les pères en rupture d'union (ex. : interventions de groupe pour couples ou pères séparés, sans dédoubler ce qui se fait dans d'autres ressources); • Associer le père au suivi si c'est la mère qui consulte pour les enfants, pour favoriser son engagement dans les services à la famille (famille-enfance-jeunesse); • Développer des activités / interventions pour hommes traditionnels; • Développer des activités / interventions pour l'attente avant la prise en charge; • Connaître le point de vue des hommes sur l'offre de service les concernant; • Continuer à favoriser les collaborations avec les partenaires du milieu.
<i>Le réflexe est là maintenant, tout de suite, de dire : l'homme on lui offre quoi, le papa on lui offre quoi, le conjoint on lui offre quoi ? Je trouve que c'est intéressant dans le développement de l'offre de service. (superviseur)</i> <i>On affirme que nos interventions sont mieux adaptées, mais il faudrait aussi avoir une relance systématique auprès des hommes qui ont bénéficié de l'intervention pour voir où ils en sont, [par rapport à] l'offre de service qui leur a été proposée, comment ils l'ont perçue, si la réponse, par eux, est jugée adéquate. Cette relance-là n'est pas faite de façon systématique. (...) pour s'assurer qu'effectivement on est dans l'mille ou [si elle est] objective. (superviseur)</i>	
B. Mécanismes de réflexion	• Maintenir la présence d'un comité (dans un CSSS) qui se penche sur l'adaptation des pratiques aux demandes d'aide des hommes (ex. : clientèles diversifiées, groupes d'âge variés); • Maintenir le processus de réflexion même s'il est informel (dans un CSSS).
C. Soutien clinique	Contexte : gestionnaires et superviseurs ont souligné la qualité de la formation <i>Intervenir auprès des hommes</i> et l'importance du soutien clinique : • Continuer à offrir la formation <i>Intervenir auprès des hommes</i> aux intervenants des CSSS; • Offrir la formation <i>Intervenir auprès des hommes</i> à d'autres professionnels de la santé : médecins, auxiliaires familiales, infirmières ou autres catégories de personnel se déplaçant à domicile; • Continuer à donner toute formation relative aux situations à risque ou concernant des hommes en crise (ex. : risque suicidaire ou homicide); • Maintenir le soutien clinique pour favoriser l'intégration des connaissances. <i>On veut travailler en interdisciplinarité, on veut répondre aux besoins des hommes, alors je pense que ça serait important de le faire [de donner la formation à d'autres professionnels]. (superviseur)</i> <i>C'est important de se donner des moyens pour s'assurer que l'intégration se fasse, que ça ne se fasse pas dans la nuit des temps. (...) Pour toute formation, si on veut s'assurer que ça reste pas lettre morte, il faut se donner des outils, des moyens pour que l'intégration puisse se faire. Il y a les intervenants, mais il y a aussi au niveau des interventions qu'on fait auprès des hommes. (superviseur)</i>
D. Priorités	Contexte : les priorités dépendent des choix organisationnels en fonction des ressources humaines et financières, mais on souhaite que l'offre de service visant les clientèles masculines tienne compte des priorités suivantes (selon les CSSS) : • Considérer la formation sur la condition masculine comme une priorité; • Développer des services en fonction des besoins des hommes; • Mettre sur pied des interventions de groupe pour couples séparés; • Mettre sur pied une intervention « court terme » pour les hommes; • Approfondir la notion de priorité dans les demandes d'aide des hommes.

6. Discussion des résultats

6.1 Une occasion de revoir les représentations sociales portées par les établissements et les intervenants

Les résultats obtenus indiquent que des représentations sociales stéréotypées sur la population masculine sont portées par beaucoup d'intervenants et les services dans lesquels ils œuvrent. Mais il est possible de revoir ces représentations, d'en dégager des pistes d'action et une posture d'intervention différente. Les notions de résistance et d'agressivité en sont des exemples éloquentes. Ces termes étaient des thèmes récurrents chez les intervenants, les superviseurs et les gestionnaires avant la formation. Ils laissaient entrevoir tout le défi de modifier ces représentations en y intégrant une compréhension de la façon dont les hommes réagissent à leurs problèmes et de la manière de recourir aux services sociaux et de santé. Ces constats rejoignent les observations d'autres travaux (Plante et Daigle, 2009; Lajeunesse et al., 2013; Roy, Tremblay & Guilmette; 2014). Bien que ces observations ne puissent être généralisées à l'ensemble des participants à la recherche, les propos montrent une nette tendance à une relecture des perceptions sur les hommes, de façon générale, en revenant sur la socialisation masculine. Tout comme Plante et Daigle (2009) l'ont observé chez beaucoup d'intervenants, cet exercice intellectuel a permis de confirmer, de mettre des mots sur des observations et des intuitions que des répondants avaient déjà.

Cet exercice sur le plan des représentations sociales, soit des normes, des valeurs, des interprétations, des attitudes et des comportements, a favorisé une revue des pratiques. En réintégrant la notion de masculinité traditionnelle ou hégémonique et en considérant toute l'influence des stéréotypes traditionnels dans la société, on en est arrivé, dans l'intervention, à une lecture du point de vue de l'homme qui vit des difficultés, lorsqu'il décide, voire se résout à se présenter dans les services. Le projet a également permis un recul face aux façons dont on reçoit la population masculine sur le plan relationnel et sur le plan de l'organisation des services; particulièrement, en réfléchissant aux paradoxes de ce que l'on s'attend d'une personne qui demande de l'aide et de ce que la socialisation masculine prescrit (Dulac, 2001; Macdonald, 2005; Lajeunesse et al., 2013; Tremblay & L'Heureux, 2011c).

Ainsi, une réflexion dans le cadre d'une formation peut atténuer cette incompréhension. Il s'agit à la fois des représentations sociales sur le plan des habitudes de la population masculine, notamment face aux structures qui dispensent les services, et sur le plan relationnel entre intervenants et hommes qui se présentent dans un service d'aide psychosociale ou de santé. Il est intéressant de noter que cette réflexion théorique fut accompagnée d'une réflexion sur les enjeux aux plans professionnel et personnel : la socialisation des garçons et des hommes, les rapports hommes-femmes. Il semble que l'efficacité de la formation dépende de ce travail personnel. Des enjeux tels que la crainte d'être manipulé, de subir le contrôle d'un homme et la crainte de l'agressivité, font partie des réactions observées chez les intervenants (Plante et Daigle, 2009). La réalité terrain indique que l'agressivité et la consommation de différentes substances sont des comportements qui sont souvent présents lors de situations de crise, notamment suicidaires (Tremblay & L'Heureux, 2011a). Il en va ainsi pour la résistance et la faible motivation perçues chez les hommes ainsi qu'une faible capacité d'introspection (Lajeunesse et al., 2013; Roy, Tremblay & Guilmette; 2014). Plante et Daigle (2009), au sujet d'un autre programme de formation, constatent que :

Les propos de quelques participants indiquent que l'homme en détresse serait probablement responsable lui-même de ses problèmes. Par conséquent, il ne mériterait pas d'être aidé même s'il est en détresse. D'autres études sur la perception du suicide vont également dans le même sens où certains répondants suggèrent que l'homme en détresse devrait résoudre lui-même son problème (p. 42).

Dans cette perspective, l'émotion suscitée chez l'intervenant par ses propres représentations ainsi que le comportement ou l'attitude de l'homme détermineront le niveau d'écoute et la possibilité d'établir un lien. Bien que l'agressivité constitue une difficulté importante à la réponse aux demandes d'aide des hommes, le raisonnement peut s'appliquer à l'ensemble des comportements et attitudes « de résistance » répertoriés dans cette étude. Tel que rapporté par les intervenants au moment de la deuxième entrevue, si on considère que l'homme obéit à des normes, on sera moins enclin à lui faire porter, seul, la responsabilité des attitudes qu'il a intégrées. Ce recadrage est susceptible d'augmenter la motivation de l'intervenant à comprendre le schéma de référence, les repères de son client, notamment, lors de l'expression d'agressivité où il est plus difficile de cerner les besoins d'un homme. Il s'agit d'ailleurs d'un principe d'intervention : « L'idée que les comportements agressifs,

bien que généralement inacceptables, traduisent aussi une demande d'aide et cette demande d'aide est non seulement acceptable, mais aussi indispensable » (Plante et Daigle, 2009 : 43).

Ce constat constitue un dénominateur commun des résultats auprès des intervenants comme auprès des gestionnaires et superviseurs. Tel que le mentionne lui-même un des formateurs dans ses écrits, il est nécessaire de développer une « lecture genrée » (Lajeunesse et al., 2013; Tremblay & L'Heureux, 2011a) des conduites des hommes face aux services sociaux pour intervenir autrement. Cette révision des représentations sociales de la masculinité et de la demande d'aide par une nouvelle compréhension des réactions des hommes face à leurs problèmes ou de leur situation de crise, a amené les intervenants, les superviseurs ainsi que les gestionnaires à revoir certaines pratiques pour l'accueil des demandes d'aide et au cours des suivis. La formation constitue un élément-clé de ce changement et continue d'être un besoin dans le réseau des services sociaux et de santé québécois (Lajeunesse et al., 2013).

À cet effet, les entrevues et les réponses quantitatives et qualitatives aux questionnaires ne laissent aucun doute sur l'appréciation de la formation et les changements qu'elle a favorisés. Les deux jours de formation ont permis aux intervenants de mieux maîtriser les savoirs théoriques associés à l'intervention auprès des hommes, de développer des stratégies d'intervention correspondant aux besoins d'une clientèle masculine et à préciser les aspects pertinents qui touchent le savoir-être pour cette clientèle. Ce dernier aspect est particulièrement crucial, comme nous le mentionnons ci-dessus, tout autant qu'il est difficile à aborder car il touche des croyances intimes, des expériences personnelles.

Il est à noter que ce travail sur les changements en intervention, sous tous ces aspects, dépend non seulement du contenu de la formation, mais aussi de l'engagement des formateurs. Des qualités d'andragogues émergent des témoignages recueillis, sous la forme de discussion de groupes, d'activités d'intégration et de moyens audiovisuels. Dans ce contexte, des capacités en animation de groupe sont également nécessaires. Étant donné que plusieurs écoles de pensée coexistent dans le champ des connaissances et des pratiques sur les masculinités (Deslauriers, Tremblay, Genest Dufault et al., 2011), il faut être au fait des débats qui ont cours dans différents milieux de recherche et d'intervention. À ce sujet, il est nécessaire d'avoir une position claire, tout en étant à l'écoute des débats, ancrée dans une

approche sensible au genre. Également, afin d'établir les éléments de réussite d'une telle formation sur le plan des trois types de savoir (connaissances théoriques, savoir-faire et savoir-être), il est nécessaire que les formateurs travaillent ou aient travaillé auprès d'hommes. Enfin, toujours en se basant sur les propos des intervenants, il est pertinent que les formateurs aient cultivé une réflexion sur leur propre socialisation comme hommes, comme femmes, pour susciter des apprentissages sur le plan des attitudes et des croyances (savoir-être).

Des pistes d'amélioration ont été formulées, notamment pour ajuster la formation à des besoins très spécifiques des champs de pratique des intervenants, par exemple en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale sévères et persistants. Dans ce cas, on suggère de préserver le contenu général et de l'adapter à la spécificité de certaines problématiques plus pointues.

Sur le plan régional, cette formation était intégrée à un effort d'adaptation et de coordination des services susceptibles d'être utilisés par la population masculine pour susciter des modifications durables. En effet, le développement de pratiques a plus de probabilité d'être réussi avec l'appui des gestionnaires. Les intervenants et les superviseurs l'ont nommé à plusieurs reprises : on peut améliorer les interventions réalisées dans les bureaux, mais il faut revoir certains modes de fonctionnement sur le plan organisationnel.

Ainsi, l'idée d'entamer la réflexion avec les gestionnaires et superviseurs avant les intervenants constitue une méthode d'intervention prometteuse, car on place la question non seulement sur le plan individuel, celui des hommes qui consultent ainsi que les intervenants mais aussi sur le plan social où on considère que les hommes sont encore « construits » de façon à intégrer les stéréotypes traditionnels. Donc, ce n'est pas seulement une question de volonté d'un individu de réagir de telle ou telle façon face à ses problèmes, mais c'est aussi une question de société (incluant les institutions et organismes qui offrent des services sociaux et de santé). Dans cette perspective, une dimension structurelle se pose dans la recherche des solutions possibles (Lajeunesse et al., 2013). Ces changements nous apparaissent plus probables si la réflexion entre les acteurs clés au sein des organisations de même que chez les intervenants est arrimée. Donc, la stratégie de susciter une réaction avec

les gestionnaires et superviseurs constitue une méthode prometteuse pour entamer une réflexion et des changements de pratiques.

Il est également remarquable que la réflexion concernant la formation, effectuée au niveau régional auprès des gestionnaires et des superviseurs, ait pu susciter une réflexion sur les connaissances théoriques (savoir) et sur les attitudes (savoir-être), de façon à proposer de nouvelles stratégies d'intervention (savoir-faire) sur le plan des pratiques administratives et des pratiques d'intervention sociale. En fait, ce processus peut aussi être circulaire dans la mesure où un changement sur des représentations sociales, donc sur la compréhension rationnelle, mais aussi sur le plan émotif (valeurs, positionnement personnel face aux hommes), entraîne des changements de pratique diversifiés. Des modifications des façons d'intervenir chez les intervenants peuvent également susciter des changements sur le plan organisationnel, par exemple dans la façon de déterminer le code ou le niveau de priorité des demandes d'aide.

Enfin, ces constats en appellent à une mobilisation sociale plus large. Des intervenants ont indiqué qu'il faut réfléchir à des actions plus larges car beaucoup d'hommes sont affectés par des facteurs structurels : perte d'emploi, impossibilité de se réintégrer sur le plan socioéconomique. Les hommes sont donc plus intéressés par les démarches liées à ces aspects et il faut réfléchir à des actions plus vastes accompagnant la formation. En effet, favoriser une rencontre des organismes, réfléchir aux actions possibles pour agir sur les facteurs sociaux et économiques, et proposer un plan sont, à tout le moins, aussi cruciaux que d'offrir de la formation aux intervenants. Dans cette perspective, il apparaît limité de mieux accompagner des hommes si, comme services, rien n'est proposé pour améliorer leurs conditions de vie, qui elles, peuvent être à l'origine de problèmes psychosociaux. Favoriser un arrimage entre des organismes communautaires et des CSSS fut un premier pas en ce sens. Par ailleurs, afin d'en venir à agir sur des facteurs socioéconomiques, d'autres acteurs pourraient être intégrés à cette mouvance, cette réflexion à long terme.

6.2 Une approche sensible au genre : une question de genre? Ou de type de pratique?

Parmi les participants à la formation, les hommes étaient présents dans une proportion comparable à celle que l'on retrouve parmi les professionnels qui œuvrent au sein des services sociaux et de santé (6 sur 47). La notion du genre de l'intervenant est peu intervenue dans ce contexte, dans le sens où les participants masculins n'ont pas présenté plus d'explications et de pratiques sensibles au genre que leurs collègues féminines avant ou après la formation. Même si l'évaluation de la formation démontre son efficacité, bon nombre d'intervenantes étaient en mesure, avant la formation, d'identifier des approches, des façons d'intervenir utilisées de spécifiquement auprès de leurs clients masculins. Plutôt, les commentaires les plus durs envers les hommes, surtout ceux qui consultent en contexte d'aide contrainte, furent émis par des intervenants masculins. Ce constat permet de rappeler à quel point la prise de conscience de ses propres perceptions et préjugés est importante et que le fait d'être une femme n'est pas nécessairement un obstacle à l'adoption d'un modèle d'intervention adapté aux hommes. Tout comme le fait d'être un intervenant masculin ne conduit pas automatiquement à une approche adaptée à une clientèle masculine.

Par ailleurs, nos résultats présentent un lien entre le fait d'œuvrer auprès de certaines clientèles et l'intégration de représentations sociales positives ou négatives au sujet de la population masculine. Parmi les catégories d'intervenants rencontrés, une catégorie tranche très nettement : les femmes qui pratiquent auprès d'hommes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants, présentent un haut niveau d'intégration d'une réflexion et d'une pratique adaptée à une clientèle masculine; elles semblent avoir un niveau de tolérance plus élevé à différents types de défis tels que l'agressivité et les situations de séduction. Elles œuvrent auprès d'hommes qui ont des capacités d'autocontrôle plus faibles, qui sont parfois plus désinhibés, dans un environnement moins sécuritaire. Ces intervenantes mentionnent avoir moins appris de la formation, mais avoir plutôt obtenu une confirmation de leur approche d'intervention et de leur compréhension des hommes vus en intervention. Également, elles mentionnent que la formation leur a permis d'approfondir leur réflexion sur leur vie personnelle comme femmes, par rapport aux hommes qui font partie de leur vie.

6.3 Le renouvellement de l'offre de service visant les hommes

Le processus de renouvellement de l'offre de service visant la clientèle masculine des CSSS consultés, s'est inscrit, depuis quelques années, dans le contexte des mesures d'encadrement des CSSS établies par le MSSS ou l'ASSS, notamment pour les services en santé mentale pour les adultes (toutes clientèles). Le processus s'est également déployé en fonction des réalités locales, comme la présence d'organismes venant en aide aux hommes en difficulté ou l'élaboration conjointe de plans d'action visant la population masculine.

Le processus s'est aussi élaboré selon les besoins et les constats des CSSS par rapport à leur offre de service auprès des hommes (ex. : réflexion sur l'accueil des demandes d'aide, façon de joindre les pères, mise sur pied de modalités d'intervention avec le milieu hospitalier pour les situations de détresse urgentes). Des considérations sociales au sujet des hommes en difficulté et l'augmentation des demandes d'aide des hommes aux CSSS sont aussi des facteurs ayant contribué à la prise de conscience, à la réflexion et aux actions des CSSS.

Enfin, les perceptions au sujet de l'importance d'accueillir de façon appropriée les demandes d'aide des hommes en difficulté et d'intervenir avec justesse ont constitué des facteurs prédisposants importants.

Le processus de renouvellement s'est également appuyé sur un positionnement favorable à l'égard des changements de pratique clinique, en particulier pour l'intervention auprès des hommes. La formation continue ainsi que l'encadrement clinique (ex. : encadrement régulier, selon plusieurs formules dont le soutien des pairs) sont considérés comme des démarches nécessaires sur ce plan. Différentes formations sur le travail auprès des hommes ont, de plus, été données en Montérégie depuis quelques années. Dans notre étude, la motivation des gestionnaires, notamment leur croyance sur l'importance d'outiller les professionnels, a fait que l'organisation est devenue perméable aux changements pressentis pour joindre les clientèles masculines.

Rondeau (2008 : 4) signale justement que le renouvellement « trouve son origine dans les constats à l'effet que les pratiques organisationnelles courantes sont déficientes pour desservir adéquatement les clients de l'organisation ». Il est normal qu'un tel processus se déploie sur une période plus ou moins longue. Les CSSS consultés en Montérégie semblent

correspondre à un tel cheminement, modulé selon les objectifs organisationnels propres à chacun ou selon l'état d'avancement de la réflexion. Rondeau (2008) parle ici de façon plus concrète, de logiques d'action qui sont à l'œuvre dans les organisations : une logique stratégique (ce que l'organisation veut faire), une logique fonctionnelle (ce que l'organisation peut faire) et une logique opérationnelle (ce que l'organisation fait réellement). Comme on le voit, les processus de changement se font selon un certain cheminement (Callon et Latour cités par Lamarche et al., 2001) et dans des processus relationnels qui prennent du temps (Rondeau, 2008).

En ce qui a trait aux modalités pour rejoindre la population masculine, elles semblent s'inscrire dans une vision pour augmenter l'accessibilité aux services des CSSS, comme dans la conception dynamique de l'utilisation des services de santé de Borgès Da Silva, Contandriopoulos, Pineault et Tousignant (2011) qui proposent différents types d'accessibilité : l'accessibilité organisationnelle (disponibilité), l'accessibilité sociale (services compatibles avec les caractéristiques sociales et culturelles des personnes), la continuité (ex. : les soins et les services prodigués sans interruption, notamment à travers une continuité dans la coordination des services d'aide)². Les liens opérationnels mentionnés dans notre étude, comme les ententes de services avec des partenaires et les liens fonctionnels entre établissements, semblent concourir à cette continuité, au même titre que les stratégies d'intégration clinique (Fleury et Ouadahi, 2002). Finalement, l'intégration des services de première ligne et la collaboration interprofessionnelle sont des éléments essentiels pour assurer la continuité, l'accessibilité et la globalité des services, d'après Pineault et al. (2005).

6.4 Le redéploiement de l'offre de service

Les modalités de l'offre de service des CSSS concernent aussi l'évolution de la pratique clinique. La formation *Intervenir auprès des hommes* a été perçue de manière positive et a représenté une occasion d'acquérir de nouvelles connaissances, de revoir la pratique auprès des hommes, en raison des difficultés exprimées au fil des années par les intervenants, les

² Les deux autres dimensions de cette conception sont l'accessibilité géographique et l'accessibilité économique (non abordées dans la présente étude).

superviseurs et les gestionnaires. Ces perceptions ont constitué des facteurs prédisposants. Cette motivation semble d'ailleurs s'être accentuée. On note certaines retombées depuis la formation (ex. : utilisation d'outils, thème spécifique inclus dans l'évaluation d'une demande d'aide, ajout d'une thématique pour intéresser les pères aux nouveaux services), une satisfaction au sujet du contenu de la formation et au sujet de son applicabilité concrète (et rapide) dans l'intervention (facteur facilitant). On souhaite même que la formation devienne une priorité pour les CSSS. La réflexion se poursuit au sein de certains CSSS sur des aspects précis (ex. : relances téléphoniques à faire de façon plus systématique, modification du langage utilisé dans l'intervention).

Avec la formation *Intervenir auprès des hommes*, un processus de révision de la façon de venir en aide s'est poursuivi. La formation semble avoir, notamment, contribué à faire évoluer le processus d'analyse des demandes d'aide. Bien cerner la demande d'aide initiale des hommes est capital (Turcotte et al., 2002). Aussi, les démarches de soutien clinique (facteur de renforcement) mises en place ont contribué à l'intégration des nouvelles connaissances. Fixsen et al. (2005 cités par Rondeau, 2008 : 7) parlent justement d'un processus d'implantation qui exige de la formation, de la supervision et de l'évaluation.

Gestionnaires et superviseurs ont certes, maintenant, une meilleure connaissance de la socialisation masculine, du processus de demande d'aide des hommes. L'expérience des CSSS s'est articulée à partir des caractéristiques de la socialisation masculine mais aussi de leur réalité organisationnelle, ce qui a permis de réduire les barrières qui limitent la réponse à la demande d'aide (ex. : horaires de service plus étendus, liens opérationnels entre établissements), le maintien dans la démarche d'aide (ex. : accompagnement jusqu'à la prise en charge, relances téléphoniques) ou l'intervention (ex. approches de court terme ou centrées sur les solutions, services destinés aux pères).

L'analyse contextuelle (ex. : modalités d'accueil, processus internes, types d'intervention, soutien clinique, partenariat) de l'offre de service visant les hommes au sein des CSSS est une voie importante pour en définir ou en poursuivre le déploiement selon une approche sensible au genre. Mais ce ne serait pas la seule voie à envisager. Outre les stratégies d'accueil et d'intervention adaptées à la socialisation masculine, comme ont pu le faire des CSSS de la Montérégie, Lajeunesse et al. (2013) indiquent que les organisations doivent

aussi se rapprocher de la population masculine par diverses stratégies d'information : par exemple, en transmettant aux pères de l'information au sujet du suivi de leur enfant, en sensibilisant les hommes aux services d'aide disponibles, par des moyens de communication dont les aspects visuels permettent aux hommes de se reconnaître.

En plus de l'analyse contextuelle de l'offre de service et de stratégies d'information ciblant les hommes, il pourrait être utile de prêter attention aux caractéristiques des demandes d'aide reçues en CSSS pour définir les diverses stratégies (informationnelles, organisationnelles, cliniques). La question des troubles liés à la santé mentale et celle liée à l'utilisation des substances (drogues, alcool) sont deux exemples éclairants sur ce point : en effet, dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012 (Statistique Canada, 2013), on note, pour la Montérégie deux fois moins d'hommes (5,8 %) à avoir consulté pour des services en santé mentale que de femmes (13,5 %) alors que pour les troubles liés à l'utilisation de substances (alcool, drogues), les hommes sont deux fois plus nombreux (5,5 %) que les femmes (2,3%). Ces données montrent à quel point il faut cibler plus précisément l'offre en fonction des besoins mais aussi du genre.

7. Recommandations

À la lumière de l'ensemble des propos recueillis auprès des intervenants, des superviseurs et des gestionnaires au cours de la présente recherche, nous suggérons différentes pistes d'action qui visent l'organisation des services, les actions régionales ainsi que les pratiques des intervenants qui œuvrent au sein des CSSS de l'ensemble du Québec. Certains constats rejoignent des recommandations déjà formulées dans trois rapports québécois importants, soit celui du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004), du Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (2012) et du Regroupement des organismes pour hommes de l'Île de Montréal (2013). Certaines recommandations émises ici s'inscrivent dans une perspective de continuité et de complémentarité des précédentes.

Enjeux organisationnels

Afin d'assurer une intervention mieux adaptée pour joindre les hommes et répondre à leurs besoins;

Afin de s'assurer que la formation destinée aux intervenants s'inscrivent dans les pratiques et dans les structures de services;

Afin de soutenir les intervenants dans leur compréhension des besoins de la population masculine et de leurs façons d'utiliser les services;

Afin que les intervenants soient mieux habilités et plus à l'aise dans leurs évaluations des demandes d'aide des hommes et au cours des suivis d'intervention;

Nous croyons important de susciter les changements nécessaires dans l'organisation des services et des pratiques sociales et recommandons de :

- Dispenser systématiquement la formation *Intervenir auprès des hommes* (ou une synthèse) aux gestionnaires et superviseurs de première et deuxième lignes au sein du réseau de la santé et des services sociaux simultanément ou avant qu'elle ne soit dispensée aux intervenants;
- Dispenser la formation *Intervenir auprès des hommes* au sein des différents programmes-services généraux dans le domaine de la santé mentale et physique;
- Mettre en place, au sein des CSSS, des mécanismes de réflexion et d'analyse sur les niveaux de priorités des demandes d'aide formulées par des hommes;

- Intégrer, dans les modalités de supervision clinique, des périodes d'échange sur l'intervention auprès des hommes, notamment sur l'intégration des acquis de formation.
- Prévoir des mécanismes permanents ou en continu d'intégration des connaissances cliniques concernant l'intervention auprès des hommes en difficulté (activités complémentaires de formation, conférences, etc.).
- Poursuivre l'adaptation des services aux spécificités associées à la demande d'aide des hommes dans toutes les régions du Québec;
- Développer des outils de dépistage de la détresse psychologique mieux adaptés aux hommes, particulièrement dans les CSSS (accueil, évaluation et orientation, consultation téléphonique psychosociale 24/7, intervention de crise dans le milieu 24/7) et dans les organismes communautaires);
- Adapter la prestation des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux aux besoins de la clientèle masculine lors de situations de crise (par exemple, « référence assistée » dans d'autres services, relance « principe de la main tendue »);
- Offrir aux pairs aidants qui contribuent à la prévention de problèmes de santé et psychosociaux chez les hommes, notamment en milieu de travail, un programme de formation portant sur l'aide aux hommes et la référence vers les ressources existantes.
- Sensibiliser les CSSS du Québec aux résultats de la présente étude;
- Mettre en place des modalités d'accueil, basées sur des critères de priorités, pour les hommes en difficulté qui demandent de l'aide;
- Développer des modalités d'intervention qui favorisent la persévérance et la rétention de la clientèle masculine dans le processus d'aide.

Actions régionales

Afin d'assurer aux hommes l'accessibilité à des services adaptés à leurs besoins dans chaque région du Québec, et ce, en concertation avec les organismes de leurs réseaux institutionnel et communautaire respectifs, nous recommandons de :

- Réaliser, avec la collaboration des gestionnaires et des superviseurs, un bilan de la prestation des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux de chaque région à la clientèle masculine;
- Soutenir la création ou le soutien d'instances régionales (comités, tables de concertation, etc.) permettant de coordonner les efforts d'adaptation des services (« trous de services », façons d'orienter les hommes vers les ressources, etc.) et de formation à l'intervention auprès des hommes;
- Susciter la concertation d'acteurs et d'instances régionales qui oeuvrent dans des secteurs complémentaires aux services sociaux et de santé, qui touchent aux facteurs

qui influencent le bien-être et la santé de la population masculine (ex. : entreprise d'économie sociale, services liés à l'intégration au marché du travail et à la formation, etc.);

Intervenants qui œuvrent au sein des CSSS (CSSS) et des organismes communautaires

Afin d'outiller adéquatement le personnel d'intervention dans les réseaux de services;

Afin d'assurer la continuité dans les équipes d'intervention, notamment lors des mouvements de personnel;

Nous considérons important que soit développé un langage commun sur l'intervention auprès des hommes, par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux; à cet effet, nous recommandons de :

- Maintenir la qualité du contenu de formation et la formule andragogique permettant de développer les trois types de compétences, notamment, l'intégration des notions théoriques sur la masculinité (savoir), des stratégies d'intervention qui répondent aux besoins des hommes en situation de vulnérabilité (savoir-faire) et de la réflexion personnelle concernant les croyances et les représentations sociales sur le sujet (savoir-être).
- Favoriser l'intersectorialité et la collaboration interétablissements dans la composition des groupes de formation plutôt que la spécificité des types de pratique.
- Prévoir des contenus spécifiques complémentaires pour les équipes œuvrant auprès d'une clientèle masculine présentant des troubles de santé mentale sévères et persistants, notamment, sur la question du niveau de dangerosité (2^e et 3^e ligne) et sur les autres besoins particuliers (ex. : enfance-famille, contexte non volontaire).
- Maintenir une formule interactive permettant l'intégration de notions théoriques et pratiques en maintenant un maximum de 15 intervenants par groupe;
- Intégrer des notions théoriques et d'intervention sur l'évaluation de situation de violence conjugale chez les hommes afin de départager les réactions agressives lors de demandes d'aide, de réels problèmes de violence, notamment, en s'assurant que les activités de formation de dépistage de la violence conjugale tiennent compte des typologies existantes.

CONCLUSION

Depuis quelques années, l'ASSS, des CSSS et des organismes communautaires de la Montérégie ont fait le point sur les services offerts à la population masculine de la région. L'expérience de quelques CSSS montre le chemin parcouru et s'inscrit dans une volonté de joindre la population masculine et de répondre adéquatement à ses besoins. On constate en effet une reconnaissance de ces besoins et une mobilisation de ces acteurs en ce sens.

Tout d'abord, pour que cette reconnaissance soit acquise, telle que le démontre cette recherche, elle doit être portée, appuyée par les décideurs, les gestionnaires et les superviseurs ; bref, par la chaîne d'acteurs susceptibles d'agir sur des problématiques spécifiques. Un des moyens pour y arriver fut d'offrir de la formation aux gestionnaires, aux superviseurs avant les intervenants. La formation *Intervenir auprès des hommes* a fait partie de ce processus d'évolution de l'offre de service des CSSS (modalités d'accueil, d'intervention et d'organisation). Grâce à cette façon de procéder, le personnel peut consacrer temps et énergie et trouve ainsi davantage le sens de son action, non seulement pour la population visée, ici les hommes, mais aussi pour les personnes qui les entourent : femmes, enfants, amis, collègues, et la société. En effet, les représentations sociales sur les hommes les placent plus souvent comme porteurs de facteurs de risque. Une formation à ce sujet, telle que celle qui fait l'objet du présent rapport, amène les intervenants à s'attarder aux réelles causes des problèmes vécus par les hommes et les motivent à agir en relation d'aide auprès d'eux, de façon adaptée. Ces changements engendrent une diminution des conséquences négatives pour les hommes.

En second lieu, il ressort clairement un besoin chez les intervenants d'être mieux outillés pour intervenir auprès de la clientèle masculine. Notamment, il est important de comprendre l'influence de la socialisation masculine sur le sens que les hommes donnent à leur vie, à leurs comportements et attitudes. Il serait aussi important de comprendre et de revoir les représentations sociales du personnel intervenant au sujet des hommes dans la société, des hommes vivant en contexte de vulnérabilité et ceux qui demandent de l'aide. Les résultats précédant et suivant la formation sont assez éloquentes à ce sujet.

Joindre les hommes est un défi reconnu par l'ensemble des participants à la recherche, de même que de les amener à s'engager dans une démarche et ensuite à y persévérer. Il semble

toutefois que lorsque l'intervention est adaptée à la socialisation masculine, les hommes utilisent davantage les services et y persévèrent. De façon générale, les intervenants ont rapporté avoir retenu de la formation de nouvelles pistes d'intervention et que leur travail s'en est trouvé facilité et a généré de meilleurs résultats.

Troisièmement, tout en reconnaissant un besoin plus général de formation en intervention auprès des hommes, nous avons aussi noté des besoins spécifiques ou spécialisés pour des problèmes plus singuliers, notamment ceux vécus par la population en santé mentale souffrant de problèmes sévères et persistants. De nombreux exemples dans le rapport proviennent de ce groupe d'intervenants. L'importance, de pouvoir accueillir les hommes, peu importe ce qu'ils vivent, est fondamental pour l'accueil de leur demande d'aide (la reconnaissance du problème), à la fois dans la culture organisationnelle des services que par les hommes eux-mêmes. Ceci dit certains témoignages d'intervenants, notamment ceux qui oeuvrent auprès d'hommes aux prises avec des troubles de santé mentale sévères et persistants font ressortir la profondeur et l'éventail des enjeux. De plus, ces intervenants semblent avoir déjà une approche qui vient renforcer l'idée de l'efficacité d'une intervention adaptée qui serait mieux soutenue dans une culture organisationnelle ajustée aux réalités masculines, notamment pour et par l'établissement de structures de concertation interdisciplinaire et intersectorielle.

Quatrièmement, l'aspect crucial de la concertation ressort de cette étude. La concertation interdisciplinaire et intersectorielle est une clé pour adapter les interventions, mieux rejoindre les hommes et les accompagner et maintenir une synergie entre les acteurs établis en réseau. Les résultats de l'évaluation de la formation font ressortir cet aspect important. Le défi, une fois le cycle de formation terminé, est de maintenir ces réseaux actifs. Encore une fois, le rôle des gestionnaires est central, notamment pour établir les orientations et les priorités d'action concernant l'organisation des services pour joindre les hommes. D'où l'importance d'inscrire et de maintenir des périodes et des structures d'échange et de collaboration sur les réalités masculines sur un territoire donné, appuyées par des orientations claires provenant des directions nationales et régionales.

Enfin, les résultats de l'étude indiquent la nécessité d'offrir de la formation sur l'intervention auprès des hommes pour que les intervenants et les différents acteurs des

réseaux institutionnel, communautaire et intersectoriel développent une compréhension des réalités masculines. Cette compréhension et ce langage commun des manifestations (attitudes et comportements) et des besoins des hommes permettraient d'établir les bases de services adaptés, notamment à l'accueil mais aussi en suivi de première et deuxième ligne. Cette adaptation des services aux besoins des hommes concorde avec une priorité du ministère et des CSSS, soit l'accessibilité aux services. L'adaptation des services est certainement un facteur important pour garantir l'accessibilité et la formation en est certainement une des clés. Il sera souhaitable par la suite que le MSSS définisse des orientations ministérielles pour guider son réseau de soins et services pour déterminer des priorités nationales de formation visant autant les intervenants que les superviseurs et les gestionnaires. Notamment, le déploiement d'un programme de formation sur l'intervention auprès des hommes dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux devrait être une priorité du MSSS et du gouvernement du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC, J.C., (1989). *L'étude expérimentale des représentations sociales*, in : Jodelet, D. (Ed.), *Les représentations sociales*, Paris : PUF, 189-203.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2011). *Stratégie régionale de transfert de connaissances et de développement des compétences, Dossier Santé et bien-être des hommes*, Projet For-Hommes, Longueuil.
- APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K., Henriksson M, Joukamaa M., Parkkola K, Upanne M & Stengård, E. (2011). Psychosocial Support Programme for Young Men at Risk: Who Participates, Who Drops Out? *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(2), 40-49.
- AUDET, S. (2008). Adaptation du processus d'intervention aux besoins spécifiques des hommes traditionnels vivant une rupture amoureuse, *Intervention*, 2008, vol. 128.
- BEAULÉ, G. (2010). *Les besoins des hommes en détresse de la MRC d'Abitibi-Ouest comment peut-on les soutenir?* Rouyn-Noranda, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- BERGERON, C. (2012). *Les pratiques préventives d'hommes de quartiers moins bien nantis en contexte de réadaptation cardiaque*. Thèse de maîtrise, École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa, Ontario.
- BERNARD, F.-O. (2010). *Prises de conscience liées à la socialisation de genre d'intervenants masculins auprès d'hommes aux comportements masculins*, Mémoire de maîtrise, École de service social, Université Laval.
- BOISSONNAULT, M., Côté, F., Demers, J., Deschênes, G., Gauthier, G., Gauthier, J., Scherer, G. (2009). *Cadre de référence pour le déploiement des services de 1re ligne santé mentale adultes en CSSS dans une perspective de soins en collaboration*. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- BORGÈS DA SILVA, R., Contandriopoulos, A., Pineault, R., & Tousignant, P. (2011). Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé: concepts et mesures, *Prat Organ Soins*. 2011; 42 (1): 11, 8.
- BROOKS, G. R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Men*, San Francisco, Jossey-Bass.
- BROWN, L., Callahan, M., Strega, S., Walmsley, C et Dominelli, L. (2009). Manufacturing ghost fathers: the paradox of father presence and absence in child welfare, *Child & Family Social Work*, vol. 14, no. 1, pp. 25 - 34.
- BROWN, L.J. & Bond, M.J. (2008). « An examination of the influences on health-protective behaviours among Australian men. ». *International Journal of Men's Health*, 7(3), 274-288.

- CAMPBELL, J. (2003). Être femme et travailler auprès des hommes, dans Rondeau et Hernandez, *Entre les services et les hommes: un pont à bâtir*, Actes du colloque de l'équipe Hommes, violence et changement, CRIVIFF, 172 pages.
- CHARLESWORTH, S.J. (2000). Bourdieu, Social Suffering and Working-Class Life, dans B. Fowler, *Reading Bourdieu on Society and Culture*, Oxford, Blackwell.
- CLOUTIER, R., Tremblay, G. & Antil, T. (2005). *Les hommes et leur rapport à la santé : Proposition d'un modèle explicatif*, dans Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M.-È. & Lapointe-Goupil, R. La Santé des hommes au Québec, (pp155-166). Québec : Publications du Québec – MSSS et ISQ.
- COGHLAN, A. T., Preskill, H., & Tzavaras Catsambas, T. (2003). An overview of appreciative inquiry in evaluation, *New directions for evaluation*, (100), 5-22.
- COMITE DE TRAVAIL EN MATIERE DE PREVENTION ET D'AIDE AUX HOMMES (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins : rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, rapport remis au ministre de la santé et des services sociaux du Québec.
- CONNELL, R.W. (2000). *The Men and the Boys*, Crows Nest, Allen & Unwin.
- COURTENAY, W.H. (2000). Engendering Health: A Social Constructionist Examination of Men's Health Beliefs and Behaviors, *Psychology of Men and Masculinity*, 1(1), 4-15.
- DAVID, G. (2002). Les hommes face à la consultation psychosociale et/ou psychothérapeutique!, *Intervention*, vol. 116.
- DE GAULEJAC, V. (2011). *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwe.
- DESLAURIERS, J.-M., G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (2011), *Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir*, pp. 305-330, Québec : Presses de l'Université Laval.
- DULAC, G. (2001). *Aider les hommes... aussi*, Montréal, VLB
- DULAC, G. (2003), Masculinité et intimité, *Sociologie et Sociétés*, 35 : 2
- DUMAS & Bournival, (2012). Men Masculinities and Health : Theory and Application, dans Laker, J. (2012), *Canadian Perspectives on Men & Masculinities*, (sous la dir.), pp. 32-51, Don Mills : Oxford University Press.
- DUPÉRÉ, S., De Koninck, M., O'Neill, M. (2011). Rouge, jaune, vert... noir: être pauvre et s'en sortir selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, *Recherches Sociographiques*, 52(2), 255-283.
- ELLIS, L.A., Collin, P., Hurley, P.J., Davenport, T.A., Burns, J.M. & Hickie, I.B. (2013). Young men's attitudes and behaviour in relation to mental health and technology: implications for the development of online mental health services, *BMC Psychiatry*, 13, 119-129.

- ENGLAR-CARLSON, M. & Kiselica, M.S. (2013). « Affirming the strengths in men a positive masculinity approach to assisting male clients », *Journal of Counseling and Development*, 91(4), 399-410.
- FLAMENT, C. (1987). Pratiques et représentations sociales, in J.-L. Beauvois, R. Joulé, et J.-M. Monteil (Édit.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, vol. 1, 143-150.
- FLEURY, M.-J., & Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement, *Santé mentale au Québec*, 27(2), 16-36.
- GALDAS, O.M., Cheater, F. & Marshal, P. (2005). Men and Health Help-Seeking Behavior: Literature Review, *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 613-623.
- GAUDET, J. et Devault, A. (2001). Le soutien aux pères de familles biparentales : l'omniprésence du docteur maman, *Service social*, vol. 50.
- GEORGE, A. & Fleming, P. (2004). Factors affecting men's help-seeking in the early detection of prostate cancer: implications for health promotion, *Journal of Men's Health*, 1(4), 345-352.
- GLASER, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- GRANT, J.E. & Potenza, M.N. (2006). *Textbook of Men's Mental Health*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishings.
- HAMMER, J.H., Vogel, D.L. & Heimerdinger-Edwards, S. R. (2013). Men's Help Seeking: Examination of Differences Across Community Size, Education, and Income, *Psychology of Men & Masculinity*, 14(1), 65-75.
- HODSON, P. (2010). Avant propos dans Wilkins, D., *Untold problems, A review of the essential issues in the mental health of men and boys*, Men's Health Forum.
- HOULE, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide*, Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.
- JEFFRIES, M. & Grogan, S. (2012). Oh, I'm just, you know, a little bit weak because I'm going to the doctor's': Young men's talk of self-referral to primary healthcare services, *Psychology & Health*, 27(8), 898-915.
- LAFERRIÈRE-SIMARD, M. (2011). *Le point de vue d'intervenants sociaux sur les écueils et les stratégies d'intervention auprès d'une clientèle masculine*, Ottawa, École de service social de l'Université d'Ottawa.
- Regroupement des organismes pour hommes de l'Île de Montréal (2013). *Les hommes de la région de Montréal. Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- LAMARCHE, P., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., & Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services: enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- LAROSE, D. (2001). Les représentations sociales de la paternité chez les intervenantes psychosociales et l'implication des pères dans les services sociaux destinés à la famille, *Actes du colloque « Hommes, intervention et changement »*, CRIVIFF, pp. 219-238.
- LATULIPPE, L., & Menear, M. (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS. La force des liens*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- LECLERC, C., Bourassa, B. et Filteau, O. (2010). *Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles*, Association canadienne de langue française (ACEF), vol. 33 : 1.
- L'ÉCUYER, R. (1987). L'analyse de contenu: notion et étapes, *Les méthodes de la recherche qualitative*, 49-65.
- LESSARD, G. (1998). Les représentations sociales des clientèles à risque chez des intervenants sociaux, *Revue canadienne de service social*, 15, 1, 39-55.
- LINDSAY, J. (2002). Particularités des interventions adaptées aux besoins spécifiques des hommes dans Entre les services et les hommes : un pont à bâtir, *Actes du colloque de l'équipe Hommes violence et changement*, St-Hyacinthe (Québec).
- MACDONALD, J. (2005). *Environments for Health*. London & Sterling (VA): Earthscan.
- MAYER, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et coll (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur.
- PINEAULT, R., Tousignant, P., Roberge, D., Lamarche, P., Reinharz, D., Larouche, D., & Beaulne, G. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec*. Greas Publication.
- PLANTE, N. & Daigle, M. (2009). *Évaluation du projet Acc/Sais Cible homme de l'organisme C.H.O.C.*, Université du Québec à Trois-Rivières, rapport de recherche.
- PLECK, J. H. (1981). *The Myth of Masculinity*, Cambridge, MIT Press.
- POLLACK, W. (1999). *Real Boys: Rescuing our sons from the Myths of Boyhood*. New York, Random House.
- POPE, C., & Mays, N. (2008). *Qualitative research in health care*, BMJ books.
- POURTOIS, J.-P. et Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (3e éd.), Bruxelles, Pierre Mardaga.
- ROBERTSON, S (2007). *Understanding Men and Health – Masculinities, Identity and Well-Being*, Bekshire (UK): Open University Press.

- ROER-STRIER, D., Strier, R., Este, D., Shimoni R. & Clark, D. (2005). Fatherhood and immigration: challenging the deficit theory, *Child and family social work*. (10) 315-329.
- RONDEAU, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement: leçons pour la mise en œuvre de changements complexes, *Télescope*, 8(14), 3.
- ROY, J., Tremblay, G & Guilmette, D. (2014). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services. Une méta-synthèse*. Rapport de recherche, Québec, Université Laval.
- ROY, P. (2008). *La négociation des normes masculines par des hommes en crise suicidaire*, Mémoire en sociologie, Université du Québec à Montréal.
- ROY, V. (2010). Être femme, être un homme et intervenir auprès des clientèles masculines : Les points de vue de conjoints qui ont des comportements violents, dans J.M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (sous la dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir*, pp. 305-330, Québec: Presses de l'Université Laval.
- RUBIN, H.J. & Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing : the art of hearing data*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- SAYERS, M.R., Miller, K.M. & Ministerial Council for Suicide Prevention (2004). *Help-seeking of suicidal men aged 17-35 years: A consumer consultation and participation project*. Perth (Australia): Ministerial Council for Suicide Prevention.
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Tableau 105-1101 – Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC), selon le genre et le sexe, Canada et provinces, occasionnel (nombre et pourcentage)*, site consulté le 30 mai 2014.
- TREMBLAY, G. (1996). L'intervention auprès des hommes : vers un modèle s'adressant à des hommes plus traditionnels, *Service social*, 45-2.
- TREMBLAY, G. & Déry, F. (2011). La santé des hommes au Québec, dans J.M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (sous la dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir*, pp. 305-330, Québec: Presses de l'Université Laval.
- TREMBLAY, G. et L'Heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : un modèle émergent d'intervention clinique, *Intervention*, no 116.
- TREMBLAY, G. et L'Heureux, P. (2009). Former à l'intervention auprès des garçons et des hommes ou opérer un changement de paradigme qui comporte des enjeux importants, *Travail social canadien*, 11 : 1
- TREMBLAY, G. et L'Heureux, P. (2011a). Des outils efficaces pour mieux intervenir auprès des hommes plus traditionnels, dans J.M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest-Dufault, D. Blanchette & J.Y. Desgagnés (Éd.). *Hommes et masculinités : Comprendre et intervenir*. Québec : Presses de l'Université Laval.

- TREMBLAY, G. et L'Heureux, P. (2011b). La genèse de la construction de l'identité masculine, dans J.M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest-Dufault, D. Blanchette & J.Y. Desgagnés (Éd.). *Hommes et masculinités : Comprendre et intervenir*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- TREMBLAY, G., Thibeault, Y, Fonséca, F. et Lapointe-Goupil, R. (2004). *Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de service sociaux*, CRI-VIFF, Collection études et analyses, no. 31.
- TUDIVER, F. & Talbot, Y. (1999). Why don't men seek help? Family Physicians' Perspectives on Help-Seeking Behaviors in Men, *Journal of Family Practice*, (48), 47-52.
- TURCOTTE, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G. et Dufour, S. (2002). La demande d'aide chez les hommes en difficulté : trois profils de trajectoires, *Intervention*, vol. 116, 37-51.
- VOGEL, D.L., Heimerdinger-Edwards, S.R., Hammer, J.H. & Hubbard, A. (2011). Boys Don't Cry, *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368-382.
- WALSH, J. M., & McPhee, S. J. (1992). A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician, *Health Education & Behavior*, 19(2), 157-175.

Annexe 1 Guide d’entrevue auprès des intervenants

Première partie de la discussion de groupe : le récit assisté

Cette première partie emprunte la technique de l’entretien d’explicitation développée par Vermersch (1994).

1. Lecture du récit de l’incident critique par le participant;
2. Les autres membres du groupe et le chercheur posent des questions en suivant les étapes de la grille. Le participant se fera poser des questions de précision sur :
 - sa description du contexte;
 - sa description de la séquence interactive;
 - son premier jugement de la situation;
 - l’objectif visé par son intervention³;
 - sa description de ce que l’homme en demande d’aide pourrait faire comme interprétation de la situation;

À cette étape, les interventions et questions adressées au sujet narrateur doivent être centrées sur le vécu de l’expérience et sur le vécu de l’action pour lui permettre de demeurer dans une position de parole engagée et éviter ainsi les glissements vers la rationalisation et la justification. Précisons que le vécu de l’action renvoie aux gestes posés, aux paroles prononcées, bref à « la succession des actions élémentaires que le sujet met en œuvre pour atteindre un but » (Vermersch, 1994, p. 41). Pour formuler des questions fécondes, il est utile de rappeler les deux principes propres à la méthode d’entretien d’explicitation développée par Vermersch (1994, p. 86). Le premier principe consiste à ne pas poser les questions qui induisent des réponses de l’ordre du déjà conceptualisé et à éviter les demandes d’explication directe. Le second principe consiste à intervenir de manière à guider le sujet vers le préréfléchi. Il s’agit de soutenir le récit par des silences, un rythme d’échanges non précipité, des reformulations courtes, des relances qui n’orientent pas les réponses et des questions qui évitent les pourquoi pour privilégier le quoi et le comment :

- Qu’est-ce que vous faisiez ?
- Comment vous y preniez-vous ?
- Quelle a été votre réaction ?
- Qu’est-ce que vous vouliez faire à ce moment-là ?
- Quel était votre objectif ? Vos intentions ?

³ Ceci ne fait pas partie de la méthode proposée par Vermersch ou par Leclerc, Bourassa et Filteau. Nous croyons toutefois pertinent de l’ajouter puisque des précisions sur l’objectif permettront de mieux saisir quelle stratégie l’intervenant tentait de mettre en œuvre par l’intervention qui s’est avérée problématique.

Deuxième partie de la discussion de groupe : analyse exploratoire

Après avoir compris et questionné le participant sur son incident critique, les autres expriment les réactions que suscite chez eux le cas exposé. Ils formulent des interprétations qui convergent ou divergent par rapport à l’incident qui a été exposé.

Les participants peuvent amener celui qui présente la situation à voir la complexité de ses émotions, qui peuvent ne pas toujours être claires. Ils constateront peut-être que les émotions et la compréhension de la situation semblent contradictoires. Les stratégies et les effets que le participant induit chez l’homme en demande d’aide sont peut-être en contradiction avec les émotions et/ou les intentions du participant. D’autres analyses peuvent être faites. Les questions que les participants peuvent garder en tête sont les suivantes :

- Les intentions énoncées sont-elles les mêmes que les intentions pratiquées ?
- Les émotions ressenties par le participant correspondent-elles à ses intentions ou aux stratégies qu’il (elle) a mises en œuvre ?
- Les émotions émises par le participant sont-elles claires ?
- Ses premières perceptions de la situation critique sont-elles alignées sur ses intentions énoncées et/ou sur ses intentions pratiquées ?

Troisième partie de la discussion de groupe : la clôture

Cette dernière partie intervient au moment où tous les participants ont exposé leur incident critique, que toutes les demandes de précisions sont terminées et qu’une première analyse exploratoire de chaque incident critique a été réalisée.

Le chercheur soumet alors au groupe la synthèse des :

- points de convergence;
- divergences d’interprétation;
- controverses;
- stratégies qui émergent;
- besoins de formation qui émergent de la discussion.

Le chercheur invite les participants à procéder à une période de réflexion concernant les points cités ci-haut. Il les invite aussi à dégager les enjeux, les contraintes, les marges de manœuvre et les pouvoirs dont ils peuvent ou ne peuvent pas disposer dans des situations semblables à celles qui ont été exprimées.

Enfin, le chercheur invite les participants à nommer le plus précisément leurs besoins face à la formation qui leur sera offerte. Pour chaque exemple donné, les participants seront invités à identifier les façons de rendre mesurable la réponse ou non à ces besoins.

Annexe 2 Questionnaire d'évaluation de la formation en matière d'intervention auprès d'une clientèle masculine

SAVOIR –ÊTRE

Université d'Ottawa, et par un assistant de recherche.

Annexe 3 Guide d’entrevue auprès des gestionnaires de CSSS ayant offert la formation à ses intervenants

AVANT D’ABORDER LE PROJET FOR’HOMMES COMME TEL, J’AIMERAIS D’ABORD QUE VOUS ME PARLIEZ DE VOTRE OFFRE DE SERVICE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE MASCULINE, ET CE, AFIN QUE JE COMPRENNE VOTRE FONCTIONNEMENT.

1) Structure d’accueil et processus de demande d’aide

- 1.1. *Quand un homme se présente à votre CSSS (mission CLSC), comment se passe la réception de la demande d’aide?*

Par exemple... (pour l’intervieweur)

1.1.1) *Qui reçoit la demande d’aide? (ex. : équipe, secteur, selon les problématiques, etc.)?*

1.1.2) *Quelles sont les différentes étapes ou procédures associées à une demande d’aide qui mènent à la décision de retenir ou non la demande?*

1.1.3) *Y a-t-il des délais d’attente?*

- 1.2. *Est-ce que toutes les demandes d’aide de la clientèle masculine sont prises en charge par le CSSS ou la plupart des demandes?*

Si oui, expliquez-moi ce qui a fait que, dans votre CSSS, on est en mesure de répondre à toutes les demandes d’aide de la clientèle masculine (ex. : préoccupation récente ou de longue date, organisation des services)

POURSUIVRE À 1.3

Sinon, comment oriente-t-on les clientèles vers les autres ressources du territoire ou ailleurs? Lesquelles?

Exemples... (pour l’intervieweur)

✓ Mécanismes de référence en place

✓ Information fournie au client

✓ Connaissance suffisante des partenaires du réseau local de services afin d’assurer une référence adéquate

POURSUIVRE À Q4

- 1.3 *Quand vous pensez à votre structure d’accueil visant les clientèles masculines, de quoi êtes-vous le plus fier?*

VOUS M’AVEZ FOURNI BEAUCOUP D’ÉLÉMENTS JUSQU’À MAINTENANT. JE VAIS ABORDER, DANS LES PROCHAINES QUESTIONS, LES ORIENTATIONS CLINIQUES PRIVILÉGIÉES PAR VOTRE ORGANISATION AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE MASCULINE.

2) Orientations cliniques

- 2.1) *D’abord, est-ce que votre organisation préconise un type d’intervention particulier ou une approche d’intervention particulière pour réaliser le suivi clinique auprès des clientèles masculines?*

Si oui, 2.1.1) *De quoi s’agit-il? (ex. : intervention individuelle ou de groupe, approche humaniste ou autre)*

2.1.2) *Est-ce que ça varie selon les problématiques?*

POURSUIVRE À 2.2

Sinon, 2.1.3) *Comment les intervenants choisissent-ils le type d’intervention ou l’approche pour réaliser le suivi clinique?*

POURSUIVRE À 2.2

- 2.2) *Dans le cadre de vos activités régulières, apportez-vous un soutien spécifique aux intervenants pour leur suivi clinique auprès des clientèles masculines?*

- 2.3) *Les intervenants vous ont-ils déjà formulé des besoins de formation spécifiques pour faciliter ce suivi clinique? Lesquels?*

- 2.4) *Quels seraient, selon vous, les bons coups ou les réussites que vous pourriez associer au suivi clinique réalisé jusqu’à maintenant auprès de la clientèle masculine au sein de votre CSSS?*

JE VAIS PASSER MAINTENANT AU PROJET FOR’HOMMES, UNE INITIATIVE RÉGIONALE, COMME VOUS LE SAVEZ, QUI VISE À SOUTENIR LES INSTANCES LOCALES DANS L’ÉTABLISSEMENT DES BESOINS DE SERVICES ET L’AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES AUPRÈS DES CLIENTÈLES MASCULINES.

3) Le projet For’Hommes

PRÉAMBULE : VOTRE ORGANISATION A ÉTÉ SENSIBILISÉE IL Y A QUELQUES MOIS AU PROJET FOR’HOMMES ET À LA POSSIBILITÉ QUE LA FORMATION DÉVELOPPÉE DANS LE CADRE DE CE PROJET PUISSE ÊTRE DONNÉE AUX INTERVENANTS DE VOTRE ORGANISATION.

3.1. *D’abord, comment avez-vous perçu cette initiative?*

3.2. *Les rencontres de sensibilisation ont-elles été pertinentes à vos yeux?*

3.3. *Comment avez-vous informé les intervenants de votre secteur au sujet de la formation?*

3.4. *Comment votre organisation voit-elle les changements de pratique (clinique et organisationnelle), en particulier quand elles visent les clientèles masculines?*

3.5. *Est-ce cela qui a fait que votre CSSS a donné la formation aux intervenants ou d’autres raisons qui ont compté dans votre décision?*

Exemples... (pour l’intervieweur)

- ✓ Préoccupation de l’organisation pour la formation continue ou l’amélioration des compétences des intervenants;
- ✓ Demandes de la part des intervenants pour ce type de formation;
- ✓ Besoin de revoir l’offre de service parce que de plus en plus d’hommes demandent de l’aide au CSSS;
- ✓ Orientations cliniques à redéfinir;
- ✓ Réorganisation des services (dans l’ensemble)

3.6. *Dans tout ce processus ayant mené à l’implantation de la formation, quels seraient, selon vous, les principaux facteurs ayant le plus favorisé cette implantation ?*

Exemples... (pour l’intervieweur) :

- ✓ Étapes faciles
- ✓ Courts délais
- ✓ Besoins de l’organisation ou des intervenants
- ✓ Perceptions relatives aux clientèles masculines

NOUS ARRIVONS À LA FIN DE L’ENTREVUE. J’AI QUELQUES QUESTIONS QUI PORTENT SUR LES PERSPECTIVES, AUTREMENT DIT SUR CE QUE VOUS ENTREVOYEZ POUR CONTINUER À RÉPONDRE (OU À MIEUX RÉPONDRE) AUX BESOINS DE LA CLIENTÈLE MASCULINE QUI FAIT APPEL À VOS SERVICES.

4) Perspectives

4.1. *Maintenant, avec toute l’information que vous m’avez fournie depuis le début de l’entrevue, comment estimez-vous que votre organisation répond à la demande d’aide des clientèles masculines : adéquatement ou non? Pourquoi?*

Exemples... (pour l’intervieweur)

- ✓ Horaire des services
- ✓ Délais d’attente
- ✓ Espace physique approprié pour formuler la demande d’aide
- ✓ Type d’intervention préconisée

4.2. *Quels seraient les changements ou les pistes d’amélioration que vous souhaiteriez apporter à l’offre de service du CSSS (incluant l’organisation des services) visant la clientèle masculine?*

5.2.1) *Quelles seraient vos priorités à court et à moyen terme sur ces plans?*

5.2.2) *Possédez-vous les ressources humaines et financières pour effectuer ces changements ou ajustements souhaités?*

SOUHAITERIEZ-VOUS FAIRE D’AUTRES COMMENTAIRES?

JE VOUS REMERCIE BEAUCOUP POUR CET ENTRETIEN.

APRÈS LE PROCESSUS DE COLLECTE DE DONNÉES, NOUS SERONS PLUS EN MESURE DE VOUS INFORMER DU MOMENT DU DÉPÔT DU RAPPORT D’ÉVALUATION. IL NOUS FERA PLAISIR DE VOUS TRANSMETTRE UNE COPIE.

Annexe 4 Guide d’entrevue auprès des superviseurs

AVANT D’ABORDER COMME TEL VOTRE RÔLE DE CONSEILLER CLINIQUE À LA SUITE DE LA FORMATION VISANT L’INTERVENTION AUPRÈS DES CLIENTÈLES MASCULINES, J’AIMERAIS D’ABORD QUE VOUS ME PARLIEZ DE LA FAÇON DONT VOUS AVEZ ÉTÉ SENSIBILISÉ À CETTE FORMATION.

1) Sensibilisation à la formation et à la supervision clinique

- 1.1 *Comment avez-vous été sensibilisé ou informé au sujet de la formation relative à l’intervention auprès des clientèles masculines?*
- 1.2 *Comment avez-vous perçu cette formation destinée aux intervenants de votre CSSS ?*
- 1.3 *Comment percevez-vous ce changement pour la pratique clinique visant les clientèles masculines?*

MAINTENANT, JE VAIS ABORDER VOTRE RÔLE DE CONSEILLER CLINIQUE AUPRÈS DES INTERVENANTS DE VOTRE CSSS.

2) Soutien apporté aux intervenants depuis la formation

- 2.1) *Depuis la formation, combien de demandes de soutien clinique avez-vous eues au sujet de l’intervention auprès des hommes?*
- 2.2) *Ces intervenants devaient intervenir dans quel domaine d’intervention?*
Exemples (pour l’intervieweur)...
 - ✓ Soutien à domicile
 - ✓ Santé mentale
 - ✓ Violence conjugale
- 2.3) *Le soutien que vous avez apporté a pris quelle forme?*
Exemples (pour l’intervieweur)...
 - ✓ Rencontres individuelles
 - ✓ Discussions sur un aspect de l’intervention
 - ✓ Intervenants ayant eu la formation ou non, etc.
- 2.4) *Les intervenants que vous rencontrez en supervision clinique vous avaient-ils déjà formulé des BESOINS DE FORMATION SPÉCIFIQUES pour l’intervention auprès de clientèles masculines? Précisez.*

AVEC LES PROCHAINES QUESTIONS, JE VAIS ABORDER LES ORIENTATIONS CLINIQUES DE VOTRE CSSS ET LA PRATIQUE CLINIQUE DES INTERVENANTS QUE VOUS AVEZ SUPERVISÉS OU CONSEILLÉS.

3) Pratique clinique

Orientations cliniques

- 3.1) *D’abord, sur le plan clinique, est-ce que votre organisation préconise un type d’intervention particulier ou une approche d’intervention particulière auprès des clientèles masculines?*
Exemples (pour l’intervieweur)...
 - ✓ Intervention individuelle ou de groupe
 - ✓ Approche humaniste ou autre, varie selon les problématiques ou les équipes, etc.
- 3.2) *S’il n’y a pas d’orientations cliniques établies par l’organisation, comment les intervenants choisissent-ils le type d’intervention ou l’approche d’intervention auprès des clientèles masculines?*

Pratique clinique depuis la formation

- 3.3) *À la suite du soutien que vous avez apporté aux intervenants, connaissez-vous les stratégies ou les outils qu’ils utilisent, principalement, pour l’intervention auprès des clientèles masculines?*
- 3.4) *En tentant compte de votre expérience de soutien clinique, percevez-vous des différences dans l’intervention auprès des hommes entre les intervenants ayant assisté à la formation et ceux qui n’ont pas assisté à la formation? Précisez.*
- 3.5) *Percevez-vous d’autres retombées de la formation sur le plan de la pratique clinique des intervenants?*
Exemples (pour l’intervieweur)...
 - ✓ Compréhension des problématiques
 - ✓ Compréhension de la socialisation masculine, etc.
- 3.6) *Selon vous, comment les intervenants voient-ils, globalement, les changements à intégrer dans leur pratique clinique auprès des clientèles masculines?*

NOUS ARRIVONS À LA FIN DE L’ENTREVUE.

J’AI QUELQUES QUESTIONS QUI PORTENT SUR L’OFFRE DE SERVICE ACTUELLE DE VOTRE CSSS VISANT LES CLIENTÈLES MASCULINES.

4) Perception de l’offre de service actuelle

- 4.1) *Comment percevez-vous l’offre de service actuelle, de votre CSSS, visant les clientèles masculines?*
- 4.2) *Votre CSSS est-il en mesure de répondre à toutes les demandes d’aide des clientèles masculines ou si les clients sont orientés, selon le cas, vers d’autres ressources du territoire (ou en dehors du territoire)? Précisez*
Exemples (pour l’intervieweur)...
✓ Connaissances des partenaires du RLS afin d’orienter adéquatement
✓ Façons d’orienter
✓ Information fournie au client
- 4.3) *Quels seraient, selon vous, les bons coups ou les réussites que vous pourriez associer à la structure d’accueil et au suivi clinique auprès des clientèles masculines de votre CSSS?*
- 4.4) *Quels seraient, selon vous, les changements ou les pistes d’amélioration qu’il faudrait apporter à l’offre de service actuelle de votre CSSS visant les clientèles masculines?*
Exemples (pour l’intervieweur)...
✓ Organisation de services
✓ Supervision clinique
✓ Orientations cliniques

L’ENTREVUE EST TERMINÉE. SOUHAITERIEZ-VOUS FAIRE D’AUTRES COMMENTAIRES?

JE VOUS REMERCIE BEAUCOUP POUR CET ENTRETIEN.

APRÈS LE PROCESSUS DE COLLECTE DE DONNÉES, NOUS SERONS PLUS EN MESURE DE VOUS INFORMER DU MOMENT DU DÉPÔT DU RAPPORT D’ÉVALUATION. IL NOUS FERA PLAISIR DE VOUS TRANSMETTRE UNE COPIE.

Annexe 5 Grille d’analyse des entrevues auprès des gestionnaires et superviseurs

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES	ÉLÉMENTS DES SOUS-CATÉGORIES
1. CONTEXTE DE TRAVAIL	1.1 Secteur de travail du gestionnaire 1.2 Secteur de travail du superviseur	
2. RENOUELEMENT (révision des valeurs, favoriser l’implication) (pratiques organisationnelles)	2.1 Développement 2.1.1 Caractéristiques / Modalités de l’offre de service actuelle du CSSS	A Composition des équipes – Rôle important pour l’intervention auprès des clientèles masculines B Mise en place des services (plages horaires, réflexion) – Adaptation pour joindre les hommes en détresse C Modalités de l’accueil de la demande d’aide et d’orientation <i>Toutes les demandes d’aide sont accueillies – clientèle masculines considérées comme prioritaires</i> <i>Modalités pour diminuer les délais d’attente / court terme</i> <i>Orientation - Accent sur l’accompagnement</i> D Soutien avant la prise en charge <i>Accès à de l’information en santé mentale</i> <i>Relances téléphoniques / Maintien du contact avec l’intervenant ayant eu le 1^{er} contact</i>
	2.1.2 Perceptions sur la demande d’aide et l’intervention auprès des clientèles masculines	A Besoin d’un suivi qui diminue les délais d’attente B Besoin de services pour situations de crise <i>Volonté de l’organisation / du milieu pour offrir des services intégrés en santé mentale</i> <i>Pertinence des services rapides pour hommes qui demandent de l’aide</i> C Besoin de modifier le langage pour l’intervention
	2.1.3 Éléments de fierté / bons coups/ réussites associés à l’offre de service visant les clientèles masculines	A Composition de l’équipe / Intervenants sensibilisés à la problématique de la condition masculine B Modalités de l’offre de service variées C Stratégies pour accueil / rétention / soutien des clientèles masculines D Processus d’orientation, d’accompagnement
(pratiques cliniques)	2.2 Professionnalisation / Responsabilisation 2.2.1 Orientations pour la pratique clinique visant les clientèles masculines	A Orientation / Pas d’orientation B Perceptions sur type d’intervention efficace pour les hommes qui demandent de l’aide
	2.2.2 Perceptions concernant le soutien à apporter aux intervenants pour l’intervention auprès des clientèles masculines	A Importance de la formation continue (développement des connaissances / compétences des intervenants) B Importance de l’accès à un encadrement régulier / des collaborations C Importance de l’utilisation des outils fournis en formation D Importance de répondre / donner suite aux réflexions - interrogations des intervenants
	2.2.3 Éléments de fierté associés à professionnalisation / responsabilisation	A Formation continue (développement des connaissances, compétences des intervenants) B Soutien clinique mis en place / intervention différente C Partenariat

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES	ÉLÉMENTS DES SOUS-CATÉGORIES
3. REDÉPLOIEMENT (accent mis sur la différenciation, la révision de l’offre de service, l’accroissement de la pertinence)	3.1 <i>For’Hommes</i> 3.1.1 Perceptions de l’initiative régionale Amélioration des connaissances Facteurs prédisposants : attitudes, croyances, motivation, formation, attentes	A Pertinence sur le plan organisationnel <i>Importance accordée au projet sur le plan régional</i> <i>Projet permet de passer à l’action, de réfléchir aux services</i> B Pertinence sur le plan clinique <i>Retombées cliniques envisagées pour joindre les clientèles masculines</i> <i>Valorisation des changements dans la pratique clinique / Réflexion en cours (facteurs prédisposants)</i> C Information / communication transmise au personnel
	3.1.2 Éléments ayant compté dans la décision d’implanter la formation	A Amélioration / Modification de l’offre de service <i>Fournir des services adaptés aux diverses clientèles</i> <i>Projet s’inscrit dans le développement organisationnel</i> B Développement des compétences des intervenants C Qualité de la formation et des formateurs
	3.1.3 Soutien clinique depuis la formation Facteurs facilitants : habiletés, facteurs logistiques, disponibilité du matériel	A Soutien surtout au niveau de l’évaluation / de l’orientation des clientèles masculines B Transmission des connaissances aux intervenants qui n’ont pas eu la formation C Formes de soutien D Outils / stratégies utilisés par les intervenants
	3.1.4 Retombées depuis la formation Facteurs de renforcement : soutien des pairs, norme sociale, satisfaction des patients, etc.) + facteurs prédisposants	A Attitude / motivation / ouverture des intervenants B Modifications de l’analyse de la demande d’aide / modification dans l’intervention
	3.2 Évolution de l’offre de service	A Perception adéquate au sujet de la réponse aux demandes d’aide visant les clientèles masculines <i>Sur le plan de l’organisation des services du CSSS</i> <i>Sur le plan des collaborations avec le milieu</i> <i>Clientèles rejointes (thème non retenu)</i> B Perspectives sur l’offre de service <i>Diminuer les délais d’attente</i> <i>Développer des interventions spécifiques pour les hommes</i> <i>Connaître le point de vue des hommes sur l’offre de service</i> C Ressources / priorités / Besoins pour poursuivre la transformation de l’offre de service <i>Maintien des mécanismes de réflexion sur l’offre de service</i> <i>Maintien de la formation Intervenir auprès des hommes et autres formations pertinentes visant les clientèles masculines</i> <i>Maintien du soutien clinique en lien avec l’intervention auprès des hommes</i> <i>Ressources / priorités</i>

Masculinités et Société

Pavillon Charles-de-Koninck

Local 0453

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

418 656-2131 # 6516

Télécopieur : 418 656-3309

www.criviff.qc.ca/masculinites_societe