



UN PORTRAIT SOCIAL ET DE SANTÉ DES HOMMES AU QUÉBEC :
DES DÉFIS POUR L'INTERVENTION

Jacques Roy
Linda Cazale
Gilles Tremblay

avec la collaboration de
Richard Cloutier
Aimé Lebeau
Louise Paré
Justin Sirois-Marcil

UN PORTRAIT SOCIAL ET DE SANTÉ DES HOMMES AU QUÉBEC : DES DÉFIS POUR L'INTERVENTION

Jacques Roy, Linda Cazale et Gilles Tremblay

avec la collaboration de

Richard Cloutier, Aimé Lebeau, Louise Paré et Justin Sirois-Marcil

Équipe de recherche Masculinités et Société

Université Laval

Janvier 2015

Affiliations :

Jacques Roy, Gilles Tremblay, Justin Sirois-Marcil et Richard Cloutier, Université Laval

Linda Cazale, Institut de la statistique du Québec

Aimé Lebeau, Direction de la santé publique de Montérégie et Table nationale de concertation en surveillance

Louise Paré, Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches

Mise en page :

Marie-Hélène Labrecque, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, Université Laval.

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2015
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 978-2-924418-08-6

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	5
Liste des figures.....	7
1- Introduction.....	10
2- Aspects méthodologiques.....	11
2.1 Sélection des données publiques.....	11
2.2 Présentation des tableaux et des figures	11
2.3 Limites du matériel des études.....	11
3- Portrait des hommes québécois et tendances de fond.....	12
3.1 Portrait démographique et socioéconomique des hommes québécois et de leurs liens sociaux.....	13
3.1.1 Portrait démographique.....	13
3.1.2 Portrait socioéconomique	13
3.1.3 Liens sociaux.....	15
3.2 Portrait de la santé des hommes.....	16
3.2.1 Perception de l'état de santé.....	16
3.2.2 Espérance de vie.....	16
3.2.3 Taux de mortalité et causes de décès	16
3.2.4 Habitudes de vie et comportements préventifs.....	17
3.2.5 Problèmes de santé physique	17
3.2.6 Problèmes de santé mentale	19
3.2.7 Santé et sécurité au travail.....	20
3.3 Portrait du recours aux services	21
3.3.1 Services de santé	21
3.3.2 Services sociaux.....	21
3.3.3 Services en CLSC.....	22

3.3.4 Besoins des hommes en matière d'aide et de services.....	22
4- Discussion : des défis pour l'intervention auprès des hommes.....	23
4.1 Les jeunes.....	23
4.1.1 Le défi de la scolarisation des garçons et des jeunes hommes	23
4.2 Les adultes	25
4.2.1 Les hommes en difficultés socioéconomiques	25
4.2.2 Les hommes vivant seuls, avec peu ou pas de réseau social.....	26
4.2.3 La violence au masculin.....	27
4.2.4 Des problèmes de santé physique chez les hommes et leur prévention..	29
4.2.5 Le suicide chez les hommes adultes.....	30
4.3 Les aînés	30
4.3.1 Le soutien aux hommes âgés.....	31
4.4 Des stratégies de rapprochement entre les services et les hommes	32
5- Conclusion	33
6- Références	37
Annexe 1	49
Annexe 2	137

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1- Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables par domaine et dans au moins un domaine de développement, selon le sexe, Québec, 2012	54
Tableau 2- Taux d'activité selon le sexe et l'âge, 1976 et 2011, Québec.....	57
Tableau 3- Revenu disponible moyen en dollars constants de 2010 selon le sexe, personnes de 16 ans et plus, Québec, 1980 et 2010.....	62
Tableau 4- Répartition procentuelle des hommes et des femmes selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 2011	66
Tableau 5- Répartition des hommes se déclarant hétérosexuels ou homosexuels selon diverses caractéristiques sociodémographiques, hommes âgés de 18 à 59 ans, Québec, 2005 à 2009	69
Tableau 6- Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1990-1992 à 2012.....	79
Tableau 7- Type de consommateurs de drogues selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 2008	89
Tableau 8- Taux d'incapacité selon le type d'incapacité et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	95
Tableau 9- Taux de mortalité par suicide, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2012 (données provisoires)	108
Tableau 10- Idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008.....	110
Tableau 11- Catégories professionnelles selon le sexe, travailleurs de 15 ans ou plus, Québec, 2007-2008.....	113
Tableau 12- Raisons de consultation selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2010-2011	124
Tableau 13- Lieu d'affiliation du professionnel rencontré, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2010-2011	124
Tableau 14- Répartition procentuelle des usagers des CLSC, selon le sexe et l'âge, ayant reçu des services pour l'année 2012-2013 et moyenne d'interventions, Québec	126
Tableau 15- Taux de pénétration des clientèles masculines et féminines des CLSC pour l'année 2012-2013 dans la population au Québec en 2013	127

Tableau 16- Répartition de catégories d'usagers en CLSC ayant reçu des services pour l'année 2012-2013 selon des services, le sexe et des groupes d'âge, Québec	129
Tableau 17- Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile post-hospitaliers du CLSC selon le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu des services post-hospitaliers, Québec, 2010-2011	130
Tableau 18- Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011	133
Tableau 19 - Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile post-hospitaliers du CLSC selon le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011	134
Tableau 20 – Régions sociosanitaires ayant produit des portraits régionaux.....	137

LISTE DES FIGURES

Figure 1- Population selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2011.....	49
Figure 2- Rapport de masculinité selon l'âge, Québec, 2007	50
Figure 3- Rapport du nombre d'hommes pour 100 femmes, Québec, 1956 à 2006.....	50
Figure 4- Proportion de la population masculine âgée de 25 ans et plus, selon le niveau de scolarité atteint le plus élevé et selon le groupe d'âge, Québec, 2006.....	52
Figure 5- Taux d'emploi selon le niveau d'études atteint et selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2011.....	56
Figure 6- Proportion des emplois occupés, selon la catégorie professionnelle et selon le sexe, Québec, 2011.....	58
Figure 7- Revenu d'emploi, selon le niveau de scolarité et selon le sexe, personnes de 16 ans et plus ayant un emploi, Québec, 2009	60
Figure 8- Revenu d'emploi, selon le groupe d'âge et selon le sexe, personnes de 16 ans et plus ayant un revenu d'emploi, Québec, 2009	61
Figure 9- Revenu d'emploi, selon le type de famille et selon le sexe, Québec, personnes de 16 ans et plus ayant un revenu d'emploi, 2007	62
Figure 10- Taux de faible revenu, selon l'âge et selon le sexe, Québec, 2009	63
Figure 11- Proportion de familles monoparentales, selon le nombre d'enfants à la maison et selon le sexe du parent, Québec, 2011.....	67
Figure 12- Proportion de la population de 15 ans et plus vivant seule, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2011	68
Figure 13- Proportion de la population de 12 ans et plus n'ayant pas un niveau élevé de soutien social, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010.....	72
Figure 14- Taux d'infractions contre la personne selon la catégorie d'infractions au Code criminel et selon le sexe, population de moins de 18 ans, Québec, 2011.....	74
Figure 15- Taux d'infractions contre la personne, selon la catégorie d'infractions au Code criminel et selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2011	74
Figure 16- Taux d'infractions dans un contexte conjugal, selon la catégorie d'infractions et selon le sexe, population de 12 ans et plus Québec, 2011.....	76
Figure 17- Espérance de vie sans incapacité fréquente et sans incapacité, selon le sexe, Québec, 2006	80
Figure 18- Répartition des décès chez les hommes, selon les principales causes, Québec, 2009	83

Figure 19- Répartition des décès chez les femmes, selon les principales causes, Québec, 2009	83
Figure 20- Fréquence de la consommation d'alcool, population de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe, Québec, 2009-2010	86
Figure 21- Proportion des personnes de 12 ans et plus dont la consommation d'alcool est abusive, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010	87
Figure 22- Proportion des personnes ayant eu des relations sexuelles avec une personne de sexe opposé et ayant eu au moins deux partenaires, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2008	90
Figure 23- Répartition de la population de 18 ans et plus selon les catégories de poids et le sexe, 2009-2010	91
Figure 24- Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques, population de 12 ans et plus, selon le sexe, Québec, 2009-2010	94
Figure 25- Évolution du taux ajusté de mortalité des principaux sièges de cancer chez les hommes (taux pour 100 000), Québec, 1985 à 2010	96
Figure 26- Évolution du taux ajusté de mortalité (pour 100 000) par cardiopathie ischémique, selon le sexe, Québec, 1983-1985 à 2007-2009	98
Figure 27- Proportion de la population de 12 ans et plus ayant subi des blessures causant la limitation de leurs activités normales au cours d'une période de 12 mois, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010	99
Figure 28- Évolution du taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, selon le sexe, Québec, 1985-1989 à 2005-2009	100
Figure 29- Proportion de la population de 15 ans et plus qui affirme éprouver un stress dans la vie, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010	103
Figure 30- Prévalence annuelle de l'ensemble des troubles mentaux diagnostiqués, selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010	104
Figure 31- Prévalence annuelle des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués, selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010	104
Figure 32- Proportion des personnes de 12 ans et plus ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010	105
Figure 33- Prévalence annuelle des troubles de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) diagnostiqués, selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010	106

Figure 34- Proportion de la population de 12 ans et plus se classant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2007-2008.....	107
Figure 35- Répartition des décès par suicide, selon le type de moyens utilisé et selon le sexe, 2005-2007.....	109
Figure 36- Proportion de la population de 12 ans et plus ayant consulté une ressource en santé au cours d'une période de 12 mois, selon le type de spécialité et selon le sexe, Québec, 2009-2010.....	1167
Figure 37- Proportion de la population de 12 ans et plus ayant consulté un médecin au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2009-2010.....	1178
Figure 38 - Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011.....	1189
Figure 39- Proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	11920
Figure 40- Évolution du taux ajusté d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, selon le sexe, Québec, 1991-1993 à 2008-2010	1201
Figure 41- Proportion de personnes ayant consulté un médecin à l'urgence d'un hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	1212
Figure 42- Proportion d'hommes et de femmes ayant pris des médicaments prescrits par un médecin au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	1212
Figure 43- Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	1234
Figure 44- Besoin d'aide, comblé ou non, des personnes souffrant d'incapacité, population de 15 ans et plus, par activité et selon le sexe, Québec, 2006	1323
Figure 45- Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir le faire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011	1356

1- INTRODUCTION

Le présent rapport sur les données publiques concernant les hommes québécois s'inscrit dans un programme de recherche sur trois ans portant sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services. À la suite de la publication d'une méta-synthèse des écrits sur les hommes (Roy, Tremblay, Guilmette, Bizot, Dupéré et Houle, 2014), ce rapport compose la deuxième étape du programme de recherche. Il vise à actualiser les données publiques sur les hommes 10 ans après la publication de la monographie sur la santé des hommes au Québec (Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil 2005)¹ et du rapport réalisé sur les besoins des hommes (Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004) en lien avec les travaux du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004). Le rapport présente à la fois les principales caractéristiques des hommes de tout âge au Québec, incluant les enfants et les adolescents, et les tendances qui sont apparues les plus manifestes dans l'examen des données publiques. Ces caractéristiques ont été divisées en trois catégories : 1) des caractéristiques permettant de tracer un portrait démographique, économique et social des hommes; 2) des caractéristiques concernant l'état de santé (physique et mentale) des hommes; 3) des caractéristiques relatives à leur recours aux services psychosociaux et de santé en incluant, lorsque les données sont disponibles, les besoins non comblés sur ce plan, tels que perçus par les hommes. Le rapport propose enfin une discussion sur les résultats en lien avec le programme de recherche ainsi que quelques avenues de réflexions concernant certaines cibles d'intervention auprès des hommes suggérées par l'analyse des données publiques.

Dans le texte du rapport, aucun tableau ni figure ne sont présentés comme tels. Cependant, l'annexe 1 du rapport reproduit l'ensemble des tableaux et des figures ayant servi à l'analyse. De plus, dans cette annexe, on retrouve par section une discussion sur les résultats comparant ces derniers à d'autres études, tout particulièrement avec les résultats du rapport de 2005 sur la santé des hommes au Québec (Tremblay *et al.*, 2005).

Aucune donnée à portée régionale ou locale n'est présentée puisque l'objectif est de faire un état des lieux de la situation des hommes pour l'ensemble du Québec. Par ailleurs, en raison de l'importance des productions régionales, des fiches-synthèses

¹ Soulignons que le rapport sur la santé des hommes au Québec de 2005 était principalement basé sur les résultats de *l'Enquête sociale et de santé* 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2001) alors que le présent rapport puise à une variété de sources de données publiques.

sur des études régionales récentes répertoriées ont été mises à l'annexe 2 pour consultation par le lecteur.

2- ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Cette section apporte des précisions méthodologiques afin d'éclairer le lecteur sur la sélection des données, la présentation des tableaux et des figures, et les limites du matériel des recherches retenues.

2.1 Sélection des données publiques

Les données publiques présentées sont de trois types (données d'enquêtes, administratives et de recherche) en provenance de sources diverses (ministères, instituts, chercheurs universitaires, etc.).

La sélection des données a été effectuée selon les critères suivants :

- Couvrir l'un des champs retenus : caractéristiques démographiques et socioéconomiques, liens sociaux, état de santé et services;
- Présenter des résultats à l'échelle du Québec;
- Fournir des données permettant une analyse spécifique aux hommes;
- Présenter des données récentes (moins de 10 ans), sauf exception;
- Provenir de sources fiables (ministères, instituts, chercheurs universitaires, etc.).

2.2 Présentation des tableaux et des figures

Pour chacun des tableaux et figures présentés à l'annexe 1, il y a une définition des indicateurs (ou variables) utilisés et la référence de la source. Advenant le cas où la présentation et l'analyse des données se basent sur une autre source de données que celle de la collecte, les deux sources sont mentionnées. Également, sont distinguées les dates de collecte de données et les dates de publications des données. Sauf exception, soulignons que les résultats présentés dans le texte du rapport se rapportent aux tableaux et figures de l'annexe 1.

2.3 Limites du matériel des études

Rappelons que les données d'enquête et celles issues de recherche auprès de participants reposent principalement sur l'auto-déclaration des personnes. La présence de biais, notamment celui de la désirabilité sociale et celui de mémoire, est

possible malgré les efforts des chercheurs pour les minimiser. Certaines thématiques peuvent être sensibles à ces aspects, par exemple la consommation de drogues et les pratiques sexuelles. D'autres thématiques, entre autres celles portant sur le recours aux services de santé, questionnent les personnes pour une période de référence (par exemple, les six mois précédant l'enquête); le risque qu'une personne se trompe en répondant est possible. Les données administratives ne peuvent pour leur part circonscrire une thématique d'une manière précise puisque la collecte de données auprès de professionnels de la santé ou d'autres intervenants a un coût. Des choix sont donc faits afin d'équilibrer la quantité « optimale » d'informations à recueillir et les coûts associés à cette collecte. De plus, il est difficile de s'assurer que les milieux d'intervenants concernés remplissent les informations de manière uniforme.

Par ailleurs, il est souvent difficile de comparer des données sur un même thème lorsque celles-ci proviennent de sources variées. En effet, les différences dans les sources en ce qui a trait à la méthodologie, aux critères de sélection des personnes interrogées, à la période de référence considérée et à la formulation des questions notamment, font en sorte de limiter les possibilités de comparaison. L'exemple des données sur les tentatives de suicide selon le sexe en est une belle illustration. Des précisions sont apportées dans le texte s'il y a lieu pour aviser le lecteur à des fins interprétatives. Également, les données retenues sont souvent reproduites dans des tableaux « globaux » présentant, par exemple, l'ensemble des hommes, qui ne rendent pas toujours compte de la réalité spécifique de certains groupes d'hommes. En ce sens, elles homogénéisent des réalités qui doivent être nuancées pour certains groupes sociaux ou pour certains groupes d'âge. Au besoin, le texte apporte les nuances nécessaires.

Enfin, des données publiques complètes et comparables pour les immigrants et les autochtones ainsi que pour les personnes issues des minorités sexuelles n'étaient pas disponibles de telle sorte que, malheureusement, ces groupes sont très peu présents dans le présent rapport. De plus, certaines banques de données publiques sont apparues très peu présentes pour des problématiques qui sont manifestement importantes chez les hommes selon les écrits et selon les travaux de la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014); il en est ainsi de la dépression, des hommes en contexte de séparation et des dépendances de toutes sortes (notamment à l'alcool, aux drogues, au jeu compulsif et à la pornographie).

3- PORTRAIT DES HOMMES QUÉBÉCOIS ET TENDANCES DE FOND

Que révèlent les données publiques sur les hommes québécois? La réponse à cette question dans le présent rapport est tributaire d'une sélection effectuée de données

publiques portant sur la réalité démographique, économique et sociale des hommes au Québec, leur état de santé et leur rapport aux services. Les sources d'informations analysées offrent un portrait d'ensemble permettant de dégager, avec la prudence nécessaire et les limites de l'exercice, un certain nombre de constats et de tendances de fond qui ont surgi de l'analyse. Dans ce chapitre, est présentée une synthèse des analyses.

3.1 Portrait démographique et socioéconomique des hommes québécois et de leurs liens sociaux

3.1.1 Portrait démographique

Dans l'ensemble de la population, en 2013, on compte presque autant d'hommes que de femmes : 49,7 % de la population québécoise est composée d'hommes et 50,3 % de femmes (Institut de la statistique du Québec, 2013a). L'égalité numérique hommes/femmes est obtenue à l'âge de 50 ans. Les écarts les plus importants selon le sexe se retrouvent aux extrémités de la pyramide des âges. C'est ainsi qu'à la naissance, on enregistre davantage de garçons que de filles (105 garçons pour 100 filles) (MSSS, 2011). Chez le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus, on retrouve la situation inverse, c'est-à-dire qu'il y a proportionnellement moins d'hommes que de femmes (14,0 % c. 17,6 %). L'espérance de vie plus longue des femmes explique l'écart observé entre les sexes (Institut de la statistique du Québec, 2013b).

3.1.2 Portrait socioéconomique

Trois dimensions composent le portrait socioéconomique pour les fins du document : 1) la scolarité, 2) l'emploi et le taux d'activité et 3) le niveau de revenus des hommes québécois. Bien qu'examinées distinctement, ces trois dimensions sont, par ailleurs, fortement inter-reliées.

Sur le plan de la scolarité, les hommes de 25 à 54 ans sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à avoir obtenu un diplôme, quel que soit le niveau de scolarité. Mais, à partir de 55 ans, la situation s'inverse (MSSS, 2011). Ces résultats témoigneraient d'un effet générationnel à ce titre.

Dès la maternelle, les garçons sont plus nombreux, en proportion, à présenter des indices de vulnérabilité que les filles sur le plan de leur développement. Ainsi, selon la vaste enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec auprès de 64 989 enfants et 3 969 enseignants dans toutes les régions du Québec (Simard, Tremblay,

Lavoie et Audet, 2013), le tiers des garçons (32,6 %) sont qualifiés de « vulnérables » pour, au moins, un des cinq domaines de développement considérés dans l'enquête comparativement à 18,5 % des filles. C'est sur le plan de la maturité affective et des compétences sociales que les écarts sont les plus manifestes entre les garçons et les filles.

En ce qui concerne le décrochage scolaire, environ deux fois plus d'hommes que de femmes, en proportion, en sont affectés. Ainsi, en 2011, dans l'ensemble de la population québécoise, le taux de décrochage scolaire s'élevait à 13,1 % chez les garçons et à 6,9 % chez les filles (Joanis, Godbout et Duclos, 2013). Cependant, la situation globale des garçons au secondaire tend à s'améliorer à ce titre (MSSS, 2011).

Une tendance se dessine quant à l'enseignement supérieur : en proportion, moins d'hommes que de femmes s'y inscrivent et obtiennent un diplôme (Statistique Canada, 2013). Mentionnons que l'accès à l'université au Québec pour un baccalauréat a progressé trois fois plus rapidement chez les filles que chez les garçons de 1984-1985 à 2010-2011 (MELS, 2013). En considérant le taux de diplomation au niveau collégial, celui-ci suit la même tendance que celle enregistrée en milieu universitaire (MELS, 2013). Notons que les changements observés sur le plan de la scolarité amènent de nouvelles tendances concernant l'emploi.

Trois tendances émergent des analyses sur le plan socioéconomique. En premier lieu, même si les hommes, en proportion, affichent depuis longtemps un taux d'emploi et un taux d'activité supérieurs à ceux des femmes, cet écart s'amenuise dans le temps (MES, 2010; MSSS, 2011). En complément, soulignons que la tendance semble s'inverser chez les jeunes de 15 à 29 ans depuis la récession de 2009 (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

En deuxième lieu, les inégalités de revenus selon le sexe apparaissent moindres chez les nouvelles générations (MSSS, 2011). Par exemple, si le revenu moyen de travail de l'ensemble des hommes est d'environ 30 % supérieur à celui de l'ensemble des femmes, chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans, ces revenus sont désormais supérieurs chez les femmes (Duclos, 2013). Enfin, la proportion des hommes actifs sur le marché du travail et détenant un diplôme universitaire est, depuis 2011, désormais inférieure à celle des femmes actives (Duclos, 2013).

La combinaison de ces facteurs, en plus de la mise sur pied de certaines politiques gouvernementales, a contribué historiquement à réduire la pauvreté chez les femmes si bien qu'on enregistre maintenant, à ce titre, une relative égalité selon le sexe (Boccanfuso, 2013). Par ailleurs, certaines catégories d'hommes apparaissent plus

vulnérables au regard de la pauvreté : les hommes ayant été en chômage une partie de l'année et étant inactifs le reste du temps (Boccanfuso, 2013) et les jeunes hommes de 15 à 24 ans. C'est le seul groupe d'âge chez les hommes dont la proportion ayant un faible revenu soit plus élevée que celle des femmes (MSSS, 2011).

3.1.3 Liens sociaux

« Les liens sociaux sont ces formes de relations qui lient l'individu à des groupes sociaux et à la société, qui lui permettent de se socialiser, de s'intégrer à la société et d'en tirer les éléments de son identité » (Akoun, 1999, p. 307). Le présent rapport se limite à la composition des familles et des ménages, au soutien social et à la violence.

En 2011, au Québec, environ six hommes sur 10 (58 %) vivent en couple (36,4 % sont mariés et 21,6 % vivent en union libre). La proportion des hommes célibataires est plus élevée que celle des femmes (32,2 % c. 26,3 %) tandis que l'on trouve, en proportion, deux fois plus de femmes en situation de séparation ou de divorce (7,2 % c. 17,2 %). Le veuvage est, en proportion, moins répandu chez les hommes que chez les femmes (2,4 % c. 9,1 %). De plus, la proportion des hommes vivant seuls s'accroît plus rapidement depuis 1981 que celle des femmes (MSSS, 2011).

Sur la question de l'engagement paternel, des sources invitent à considérer l'existence d'une tendance montante chez les pères relativement à leur implication auprès de leurs enfants. C'est ainsi que, de 1986 à 2005, le temps accordé par les pères aux soins aux enfants a augmenté de 41 %, et celui consacré aux travaux ménagers de 66 % (Pronovost, 2008). En complément, les travaux de Quéniart et d'Imbeault (2003) révèlent l'existence de mutations générationnelles qui sembleraient s'opérer sur le plan du soutien paternel à la faveur d'une autonomie plus grande des jeunes pères, d'une non spécialisation des tâches selon le genre et d'une égalité recherchée du soutien parental.

En ce qui a trait au soutien social, un homme sur sept (13,9 %) rapportent ne pas disposer d'un niveau élevé de soutien social comparativement à une femme sur 10 (10,2 %). En proportion, les hommes sont moins nombreux que les femmes à déclarer ne pas bénéficier d'un niveau de soutien social élevé, du moins jusqu'à l'âge de 65 ans. L'adolescence apparaît être un âge « critique » concernant le soutien social chez les garçons. De fait, c'est chez les plus jeunes (12 à 17 ans) que l'écart entre les hommes et les femmes est le plus élevé (MSSS, 2011).

Enfin, d'une manière générale, le phénomène de la violence, tant agie que subie, est plus répandu chez les hommes (MSSS, 2011; Pica, Traoré, Camirand, Laprise, Bernèche et Berthelot, 2013). Cependant, sur le plan évolutif, des signes laissent présager une diminution du recours aux diverses formes de violence, tout particulièrement du côté des pères, en raison notamment d'une évolution des normes sociales et des formes de soutien existant (Clément, Bernèche, Chamberland et Fontaine, 2013).

3.2 Portrait de la santé des hommes

Cette section portant sur la santé des hommes québécois aborde sept thèmes : la perception qu'ils ont de leur état de santé, leur espérance de vie, leur taux de mortalité et les causes de décès, leurs habitudes de vie et leurs comportements préventifs, les problèmes de santé physique et de santé mentale, enfin la santé et la sécurité au travail.

3.2.1 Perception de l'état de santé

Globalement, les hommes de 15 ans et plus perçoivent en 2008 leur état de santé de « excellent » ou « très bon » dans une proportion de 56,6 %, le tiers (33,5 %) le considéraient « bon » et 9,9 % de « passable ou mauvais ». Aucune différence selon le sexe n'est observée à ce titre (Camirand *et al.*, 2010).

3.2.2 Espérance de vie

En 2012, l'espérance de vie des Québécois est de 81,8 ans. Celle des hommes est de 79,8 ans comparativement à 83,8 ans pour les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2013a). Dans le temps, l'écart entre les sexes ne cesse de s'amenuiser. Ainsi, si l'espérance de vie des hommes dans la période 1990-1992, était de 7,1 années de moins que celles des femmes, en 2012, la différence est de 4,0 années (Institut de la statistique du Québec, 2013b). Comme l'espérance de vie progresse plus rapidement chez les hommes depuis trente ans (Institut de la statistique du Québec, 2013b), cela amène Payeur (2013) à considérer que l'inégalité des sexes devant la mort diminue.

3.2.3 Taux de mortalité et causes de décès

En 2010-2012, les hommes présentent un taux de mortalité supérieur à celui des femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge, sauf celui des cinq à neuf ans pour qui le taux de mortalité est semblable à celui des filles. C'est entre 15 et 30 ans que l'écart entre les sexes est le plus marqué; dans ce groupe d'âge, les hommes meurent, en

proportion, 2,2 fois plus souvent que les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2013a).

En 2009, au Québec, dans l'ensemble de la population, les principales causes de décès sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire. Les deux principales causes de décès chez les hommes sont les tumeurs (35,2 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (25,5 %). L'écart le plus important entre les hommes et les femmes concerne les causes externes (accidents, blessures, etc.), lesquelles sont plus nombreuses, en proportion, chez les hommes que chez les femmes (7,7 % c. 4,2 %) (MSSS, 2011).

3.2.4 Habitudes de vie et comportements préventifs

D'une manière générale, les habitudes de vie sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique et de la consommation de cigarettes et d'alcool, tendent à s'améliorer dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes, en particulier chez les nouvelles générations (MSSS, 2011; Traoré, Pica, Camirand, Cazale, Berthelot et Plante, 2014). Il n'en demeure pas moins que, sauf pour l'activité physique, les hommes rapportent, de manière générale, de moins bonnes habitudes de vie et de comportements préventifs que les femmes. Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer faire de l'embonpoint (41,0 % c. 27,1%) (MSSS, 2011).

C'est du côté de la consommation de drogues et d'alcool en quantité élevée que les écarts entre les hommes et les femmes sont les plus prononcés. Cependant, en ce qui a trait à la consommation abusive d'alcool, l'écart entre les deux sexes s'est réduit depuis vingt-cinq ans. Sur le plan évolutif, la consommation d'alcool tendrait à diminuer dans le temps et, en conséquence, la mortalité associée à la consommation d'alcool aurait également reculé depuis un quart de siècle (MSSS, 2011).

Enfin, des comportements plus sécuritaires semblent s'instaurer progressivement. Un indice : une récente compilation de la Société d'assurance automobile du Québec (2012) révèle que, de 2002 à 2011, le nombre d'accidents routiers occasionnant des blessures corporelles a diminué de 11,9 %.

3.2.5 Problèmes de santé physique

En complément aux principales causes de décès, cette section aborde les grandes catégories de problèmes de santé physique rapportés par les répondants, tels que les problèmes de santé de longue durée (maladies chroniques, autonomie fonctionnelle

et incapacité), les tumeurs, les maladies de l'appareil cardiovasculaire, les accidents et les blessures.

En 2009-2010, au Québec, les principaux problèmes de santé chroniques affectant la population québécoise âgée de 12 ans et plus sont les suivants : maux de dos (17,2 %), hypertension (17,1 %) et arthrite (11,1 %). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter souffrir de problèmes de santé chroniques, à l'exception des maladies cardiaques et du diabète (MSSS, 2011).

De plus, selon l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (Fournier, Dubé, Cazale, Godbout et Murphy, 2013), le taux d'incapacité globale rapporté est proportionnellement légèrement moins élevé chez les hommes de 15 ans et plus pour l'année 2010-2011 que chez les femmes du même groupe d'âge (32,2 % c. 34,3 %). Par ailleurs, l'enquête met en évidence des différences selon le sexe concernant des types d'incapacités. Ainsi, la prévalence des incapacités rapportées par les répondants et liées à la vision, à la mobilité, à l'agilité et à la mémoire, de même que de l'incapacité de nature psychologique, est, en proportion, moins élevée chez les hommes que chez les femmes. Par contre, cette prévalence est proportionnellement plus élevée chez les hommes lorsqu'elle concerne des problèmes liés à l'audition, à la parole, à l'apprentissage, ou encore lorsqu'il s'agit de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement (Fournier *et al.*, 2013).

Certains problèmes de santé apparaissent, toute proportion gardée, plus présents chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, la prévalence du diabète et de l'embonpoint ainsi que celle des blessures et des accidents altérant l'autonomie fonctionnelle dans la vie quotidienne représentent donc les principaux problèmes de santé physique dont la proportion de personnes rapportant en être affectée est nettement plus grande chez les hommes que chez les femmes. Pour ces problèmes, la prévalence est 1,5 à deux fois supérieure à celle enregistrée chez les femmes. En vingt-cinq ans, la mortalité par cancer du poumon, par cancer colorectal et par cancer de la prostate, a reculé parfois de façon sensible chez les hommes, même si l'incidence du cancer de la prostate progresse dans le temps (MSSS, 2011).

Enfin, dans les décennies à venir, et avec le vieillissement de la population, on peut s'attendre à une augmentation de la prévalence de problèmes de santé chroniques à moins d'une amélioration soutenue des habitudes de vie tant chez les hommes que chez les femmes. Entre autres, les maladies cardiovasculaires pourraient prendre de plus en plus d'ampleur étant donné le nombre grandissant de personnes âgées, parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires sont les plus répandues (Daigle, 2006). Il en serait ainsi pour le diabète pour lequel une augmentation de 7 % annuellement du

nombre de personnes en étant affectées est prévue pour les prochaines années (Agence de santé publique du Canada, 2008).

3.2.6 Problèmes de santé mentale

Cette partie couvre les aspects suivants de la santé mentale des hommes : la perception de l'état de santé mentale, le stress, les troubles mentaux, la détresse psychologique et le suicide.

La proportion d'hommes âgés de 12 ans et plus considérant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé mentale en 2009-2010 est de 77,0 %, 19,0 % la qualifiant de « bonne » et 4 %, estiment ne pas avoir une bonne santé mentale (MSSS, 2011). On observe peu de différences selon le sexe à ce titre.

Le stress, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont, en proportion, moins rapportés par les hommes que par les femmes. Mais l'écart selon le sexe aurait tendance à diminuer en ce qui concerne le stress (MSSS, 2011). Si, à l'âge adulte, on enregistre, en proportion, moins de troubles liés à l'anxiété et à la dépression chez les hommes comparativement aux femmes, la situation s'inverse complètement chez les moins de 20 ans concernant les déficits de l'attention et l'hyperactivité. Ce dernier constat n'est pas sans lien avec les résultats de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012* (Simard et al., 2013) qui soulignent pour la maternelle, l'existence chez les garçons d'une vulnérabilité plus grande que chez les filles sur le plan de leur développement.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, un peu plus d'une personne sur cinq (23 %) de 12 ans et plus se classait au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique en 2007-2008. Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à se situer à ce niveau (16,6 % c. 23,2 %) et ce, quel que soit le groupe d'âge. C'est dans le groupe des 12 à 14 ans que l'écart selon le sexe est le plus prononcé soit d'environ 13 points de pourcentage de moins chez les hommes (19,3 % c. 32,6%) (MSSS, 2011).

Concernant les données sur le suicide, 3,5 fois plus d'hommes que de femmes se sont enlevé la vie en 2012. Ainsi, sur 1 102 suicides, 856 sont le fait d'hommes et 246 sont le fait de femmes. Ce sont les hommes âgés de 35 à 64 ans qui enregistrent le taux de suicide le plus élevé. Sur le plan évolutif, le taux de suicide, tant chez les hommes que chez les femmes, a reculé d'une manière continue entre le début des années 2000 et 2012 (Légaré, Gagné, Perron, Tessier et Gamache, 2015). Cette réduction améliore la position relative du Québec parmi les États membres de l'OCDE ; de fait, le taux

québécois figurait parmi les plus élevés des pays industrialisés (Légaré *et al.*, 2013; MSSS, 2012). Mentionnons que si le taux de suicide est plus élevé chez les hommes, le taux d'idéation suicidaire est relativement semblable selon le sexe (MSSS, 2011). Par ailleurs, moins d'hommes que de femmes, en proportion, ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois (0,2 % c. 0,7 %) (MSSS, 2012).

3.2.7 Santé et sécurité au travail

Le profil des emplois occupés peut être considéré un bon prédicteur du taux d'accidents de travail. Par exemple, les emplois manuels et mixtes présentent les plus hauts niveaux de risque d'accidents. On constate une surreprésentation des hommes dans des emplois manuels et de cadres; à l'inverse, les femmes sont, en proportion, plus nombreuses dans le personnel de bureau (Vézina, Cloutier, Stock, Lippel, Fortin *et al.*, 2011).

Dans *l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (Vézina *et al.*, 2011), 28,3 % des travailleurs et 18,3 % des travailleuses mentionnent être exposés souvent ou tout le temps à au moins quatre des neuf contraintes physiques composant un indice général du cumul de contraintes physiques établi par l'étude. En général, les hommes sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à rapporter être exposés aux contraintes physiques, à l'exception des gestes répétitifs, du travail prolongé à l'ordinateur et de la posture assise, contraintes physiques davantage présentes chez les femmes (Vézina *et al.*, 2011).

Selon *l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008* (Camirand, 2013), environ deux fois plus d'hommes que de femmes (4,3 % c. 2,2 %) rapportent être victimes d'une blessure accidentelle au travail assez grave pour limiter leurs activités, au cours d'une période de 12 mois. L'enquête mentionne que ce constat s'observe dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes travailleurs âgés entre 15 à 24 ans pour lesquels il n'y a pas de différence selon le sexe.

Si les hommes sont en proportion plus nombreux à rapporter des accidents liés au travail, par ailleurs, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des troubles musculo-squelettiques (TMS): 16 % des travailleurs comparativement au quart des travailleuses rapportent des TMS perçus comme étant liés au travail, soit des douleurs importantes qui dérangent leurs activités, qu'ils ressentent souvent ou tout le temps, et qu'ils attribuent à leur emploi principal (Vézina *et al.*, 2011).

3.3 Portrait du recours aux services

Cette section brosse un portrait du rapport entre les hommes et l'univers des services. Elle est divisée en quatre parties. Une première concerne spécifiquement les services de santé. Une deuxième partie a trait aux services sociaux. Une troisième partie présente un profil de l'utilisation des services en CLSC. La dernière partie porte sur les besoins non-comblés des hommes en matière d'aide et de services.

3.3.1 Services de santé

En 2009-2010, au Québec, 93,3 % de la population de 12 ans et plus déclare avoir consulté une ressource en santé au cours d'une période de 12 mois, les hommes un peu moins que les femmes en proportion (90,3 % c. 96,2 %) (MSSS, 2011). Également, dans tous les groupes d'âge, sauf chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les hommes sont, en proportion, moins nombreux en 2009-2010 à déclarer avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois (70,1 % c. 84,6 %) (MSSS, 2011). Enfin, selon *l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*, une plus faible proportion d'hommes que de femmes rapporte être affiliée à un médecin de famille en 2010-2011 (73,1 % c. 84,1 %) (Dubé-Linteau, Pineault, Lévesque, Lecours et Tremblay, 2013).

Selon *l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins (EQES) 2010-2011*, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter avoir été hospitalisés au moins une fois au cours d'une période de 12 mois (7 % c. 11 %). Enfin, dans la même enquête, le quart des hommes (25,0 %) rapporte avoir eu au moins une consultation à l'urgence en 2010-2011 au cours d'une période de 12 mois comparativement à 26,9 % pour les femmes. Les écarts les plus manifestes entre les sexes se retrouvent chez les personnes de moins de 50 ans, tout particulièrement chez les hommes de 25 à 49 ans qui sont 2,5 fois moins nombreux, en proportion, à avoir rapporté avoir eu au moins une consultation à l'urgence (Lecours, Pomey et Tremblay, 2013).

3.3.2 Services sociaux

Sur le plan des services sociaux, en 2010-2011, 9,5 % des hommes comparativement à 15,1 % des femmes ont rapporté avoir consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois. Cette tendance se retrouve dans les différents groupes d'âge (Cazale, Poirier et Tremblay, 2013). Lorsque les hommes consultent un professionnel des services sociaux, ils le font principalement pour des difficultés de nature psychologique dans 79,4 % des cas, pour des difficultés liées au milieu de vie,

à un emploi ou aux études (44,8 %) ou des difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie (31,2 %) (Cazale *et al.*, 2013).

3.3.3 Services en CLSC

Dans le réseau des CLSC, pour l'année 2012-2013, on enregistre une proportion d'hommes significativement moins élevée que celle des femmes parmi les clientèles (42,5 % c. 57,5 %). Cependant, l'inverse est légèrement observé du côté des enfants de moins de 12 ans (51,9 % c. 48,1 %). En 10 ans, la proportion respective des hommes et des femmes dans la clientèle des CLSC est demeuré similaire, mais, et c'est vrai pour les deux sexes, la clientèle masculine en CLSC a progressé plus rapidement que la population démographique pour la même période: 20,1 % d'augmentation de la clientèle masculine comparativement à 9,5 % d'augmentation démographique de la population masculine pour la même période².

3.3.4 Besoins des hommes en matière d'aide et de services

En général, les hommes expriment en plus faible proportion que les femmes avoir un besoin non comblé pour les services sociaux et de santé (Cazale *et al.*, 2013; Fournier *et al.*, 2013; MSSS, 2011). Ainsi, en 2010-2011, 21,9 % des hommes avec incapacité considèrent avoir un besoin d'aide (comblé ou non) pour des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique comparativement à 34,3 % des femmes dans les mêmes conditions (Fournier *et al.*, 2013). Selon l'*Enquête sur l'expérience de soins 2010-2011*, 2,3 % des hommes comparativement à 3,8% des femmes ont rapporté avoir besoin de consulter un professionnel des services sociaux sans avoir pu le faire (Cazale *et al.*, 2013). De plus, 21,9 % des hommes présentant des incapacités considèrent avoir un besoin d'aide (comblé ou non) pour des activités de la vie quotidienne et domestique comparativement à 34,3 % des femmes ayant des incapacités également.

En 2010-2011, la proportion d'hommes sans médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir est estimée à 14,5 % comparativement à 11,6 % chez les femmes (Dubé-Linteau, Pineault, Lévesque, Lecours et Tremblay, 2013). Parmi les personnes ayant une incapacité, en 2010-2011, les hommes sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à rapporter un besoin non-comblé d'affiliation à un médecin de famille (12,3 % c. 9,1 %) (Fournier *et al.*, 2013). Notons qu'il s'agit de la seule catégorie de

² Sources : données transmises par le MSSS sur la base de fichiers de la RAMQ à partir de la banque québécoise ICLSC 2003-2004 et 2013-2014 ainsi que les données démographiques des recensements de 2003 et 2013 de Statistique Canada.

professionnels pour laquelle la proportion des hommes identifiant un besoin non-comblé excède celle des femmes.

4- DISCUSSION : DES DÉFIS POUR L'INTERVENTION AUPRÈS DES HOMMES

Afin de contribuer à la réflexion sur les services à rendre aux hommes en fonction de leurs besoins, la discussion propose un certain nombre de cibles d'intervention inspirées par un examen des données publiques concernant les hommes québécois. Ces cibles représentent autant de défis posés aux milieux des pratiques afin de répondre aux besoins des hommes au regard de certaines tendances d'avenir. Ces cibles ne sont nullement exhaustives; de plus, elles sont suggérées dans l'esprit que les milieux de services puissent se les réapproprier à leur manière selon leur mission et leurs priorités.

Huit cibles d'intervention ont été identifiées. Pour chacune d'elles, sont rappelés les principaux constats qui se dégagent de l'analyse des données publiques. Les cibles d'intervention sont regroupées selon trois catégories d'âges (jeunes, adultes et âgés) afin de favoriser une lecture à la fois chronologique et générationnelle des résultats. Les cloisons entre ces catégories d'âges ne sont pas toujours étanches; par exemple, les maladies cardiaques, le diabète et l'embonpoint, constituent des problèmes de santé physique pour lesquels la prévalence se retrouve chez les adultes et chez les âgés. Aussi, une dernière cible d'intervention relative au rapport entre les hommes et les services est de portée globale pour l'ensemble des hommes, indépendamment de leur âge.

Enfin, compte tenu que le présent rapport et la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014) s'inscrivent dans le même projet de recherche, lorsque cela est pertinent, un certain dialogue entre les deux sources d'information est engagé. De cette façon, le lecteur peut bénéficier ainsi de la synergie existante entre les deux documents.

4.1 Les jeunes

La prochaine cible d'intervention se rapporte principalement aux garçons.

4.1.1 *Le défi de la scolarisation des garçons et des jeunes hommes*

C'est connu : de manière générale, les garçons réussissent moins bien à l'école que les filles (Conseil supérieur de l'éducation, 1999; MELS, 2004, 2007; Ménard *et al.*, 2009). Et les causes expliquant que les garçons performant généralement moins bien que les filles à l'école sont multiples. L'existence d'une socialisation masculine moins

compatible avec le monde scolaire (Bouchard, Saint-Amant et Gagnon, 2000; Conseil supérieur de l'éducation, 1999; Tremblay, Bonnelli, Larose, Audet et Voyer, 2006) et des facteurs tenant à l'institution d'enseignement et au type de pédagogie (MELS, 2004, 2007; Vultur, 2009) sont régulièrement évoqués parmi les causes.

Ce qui est moins connu, c'est qu'en amont du primaire, déjà à la maternelle, les garçons présentent, en général, des risques de vulnérabilités plus importants que les filles en matière de développement. De fait, l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012* menée par l'Institut de la statistique du Québec (Simard *et al.*, 2013) met en lumière que les garçons sont plus nombreux, en proportion, à être vulnérables que les filles dans chacun des cinq domaines de développement suivants : la santé physique et le bien-être, les compétences sociales, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et les connaissances générales. Pour ces différents domaines, les proportions de garçons dits « vulnérables » varient de 1,5 à trois fois celles observées chez les filles dites « vulnérables ». C'est donc dire qu'au début de leur scolarisation à l'école, davantage de garçons que de filles ont des défis importants.

Ces vulnérabilités se poursuivent dans le cursus scolaire. Globalement, au Québec, les hommes sont, toutes proportions gardées, moins scolarisés que les femmes. Notamment, sauf chez les 55 ans et plus, les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à avoir obtenu un diplôme, quel que soit le niveau de scolarité (MSSS, 2011). De plus, le décrochage scolaire affecte deux fois plus de garçons que de filles (Joanis *et al.*, 2013). Enfin, depuis les 25 dernières années, l'accès à l'université pour un baccalauréat a progressé, en proportion, trois fois plus rapidement chez les filles que chez les garçons (MELS, 2013).

Or, les liens existants entre la scolarité et l'emploi sont bien documentés (MSSS, 2011). Il est plausible d'anticiper que l'« avancée » des femmes sur le plan de l'enseignement supérieur, par rapport aux hommes, pourrait changer progressivement la donne en matière d'emploi selon le sexe. En effet, tant au collégial qu'à l'université, l'écart entre les taux de diplomation entre les hommes et les femmes ne cesse d'augmenter dans le temps. Les différents indicateurs examinés dans les données publiques recensées pour ce rapport enregistrent, de fait, une participation moins grande des hommes aux études supérieures comparativement aux femmes. Ainsi, par exemple, dans le réseau collégial, les garçons, en proportion, sont 1,5 fois moins nombreux que les filles à accéder à des études pré-universitaires (MELS, 2013). Le même écart chez les jeunes âgés de 25 à 34 est enregistré quant à ceux et celles qui ont atteint le baccalauréat (Statistique Canada, 2013). Enfin, depuis 2011, il y a, en proportion, moins d'hommes

actifs sur le marché du travail et détenant un diplôme universitaire que de femmes (Duclos, 2013).

Ces rappels permettent d'illustrer le phénomène montant d'une scolarisation plus grande des femmes à l'enseignement supérieur. Or, dans le contexte du développement des économies axées sur le savoir (Castells, 2001; Ménard *et al.*, 2009; Sauvé, Debeurme, Fournier, Fontaine et Wright, 2006; Vultur, 2009), la diplomation au niveau de l'enseignement supérieur constitue déjà un enjeu important et le sera sans doute davantage dans l'avenir. Déjà, selon une étude de Statistique Canada (dans MELS, 2008), au Canada, le nombre d'emplois nécessitant des études postsecondaires a augmenté entre 1990 et 2007 de 71,2 % et le nombre d'emplois requérant un diplôme d'études universitaires s'est accru de 109,6 %.

C'est dans cette perspective que la question du soutien et de l'accompagnement à fournir aux garçons et aux jeunes hommes, sur le plan de leur développement et de leur cheminement scolaire incluant l'enseignement supérieur, se pose en défi collectif si l'on souhaite leur pleine participation, comme groupe social, sur le marché de l'emploi d'avenir. Une lecture des indicateurs laissent entrevoir des difficultés réelles à ce titre sans une intervention soutenue de l'État.

4.2 Les adultes

Les cinq prochaines cibles d'intervention concernent plus spécifiquement les hommes d'âge adulte.

4.2.1 Les hommes en difficultés socioéconomiques

Bien que, sur le plan historique, les hommes (comme les femmes) défavorisés sur le plan socioéconomique soient régulièrement mentionnés parmi les clientèles-cibles des services, il est une raison supplémentaire aujourd'hui d'insister à nouveau sur l'importance de cette clientèle, tout particulièrement chez les jeunes hommes.

Ainsi, le taux de chômage est, en 2012, 1,5 fois plus élevé chez les jeunes hommes âgés de 15 à 29 ans que chez les jeunes femmes du même groupe d'âge (Institut de la statistique du Québec, 2014a). Même scénario du côté des personnes à faible revenu: en 2009, chez les moins de 25 ans, 14 % des jeunes hommes comparativement à 9 % des jeunes femmes vivent sous le seuil de faible revenu (MSSS, 2011). Enfin, chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans, le fossé entre les jeunes hommes et les jeunes femmes s'élargit progressivement, les premiers enregistrant désormais des revenus inférieurs

par rapport à ceux du groupe des jeunes femmes du même âge alors que, pour tous les autres groupes d'âge, c'est l'inverse (Duclos, 2013).

En complément, soulignons que la prévalence des hommes âgés de moins de 25 ans à faible revenu est 1,5 fois plus élevée que la prévalence enregistrée pour l'ensemble des hommes à faible revenu (MSSS, 2011). Il s'agit d'un phénomène relativement constant dans le temps, l'écart entre les deux groupes s'accroissant généralement en périodes de récession économique. De plus, les inégalités de revenus ont progressé au Canada entre 1980 et 2007; c'est ainsi que le coefficient de Gini servant à mesurer ces inégalités de revenu, a augmenté de 15 % pendant cette période. Le Québec n'a pas échappé à cette tendance même si elle n'a pas été aussi marquée que dans le reste du Canada en raison principalement du système d'imposition et de transfert québécois davantage redistributif (Duclos, 2013).

Dans ce contexte, les hommes vivant des difficultés socioéconomiques, et tout particulièrement les jeunes hommes, représentent une cible à privilégier sur le plan de l'intervention, tant sur le plan individuel que collectif. La question du niveau de scolarité des jeunes hommes est notamment en cause pour expliquer, en partie tout au moins, la détérioration de leur position relative sur le plan socioéconomique en comparaison avec celle des jeunes femmes et des hommes plus âgés.

Cependant, d'autres dimensions, plus spécifiques à la problématique des vulnérabilités socioéconomiques doivent être prises en considération comme l'évoquent certaines études recensées dans la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014), notamment, en raison de l'existence de liens étroits entre la santé mentale en particulier et la pauvreté (Bordeleau, Dumitru et Plante, 2010; Camirand, Bernèche, Cazale, Dufour et Baulne, 2010; Dupéré, 2011; Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil, 2005). Entre autres, l'étude de Cloutier et Bouchard (2012) met en évidence le fait que la précarité matérielle chez les jeunes hommes est associée à une détresse psychologique et à un risque suicidaire plus important. Pour leur part, Roy, De Koninck, Clément et Couto (2012) évoquent l'impact négatif vécu sur plusieurs plans chez les hommes à l'âge adulte à la suite d'un décrochage scolaire compte tenu des ramifications entre le niveau de scolarité, le statut socioéconomique et l'état de santé. C'est dans cet esprit qu'il faut considérer les hommes en difficultés socioéconomiques, les jeunes en particulier, comme cibles d'intervention.

4.2.2 Les hommes vivant seuls, avec peu ou pas de réseau social

Dans les sociétés contemporaines, les gens vivent de plus en plus seuls. C'est ainsi qu'au Québec, la proportion des ménages composés d'une seule personne est passé

de 7 % en 1961 à environ 30% en 2001 et 2006 (Dagenais, 2006 ; Girard et Payeur, 2009). De plus, au cours des trente dernières années, l'évolution de ce phénomène a davantage touché les hommes que les femmes, de telle sorte que, dans le groupe des 30 à 49 ans notamment, 1,7 fois plus d'hommes que de femmes, en proportion, rapportent vivre seuls en 2011 (MSSS, 2011). Cela dit, chez les aînés, plus de femmes vivent seules en raison notamment de leur espérance de vie plus longue.

Parallèlement, d'autres données publiques révèlent que la proportion des hommes considérant ne pas bénéficier d'un niveau de soutien social élevé est supérieure à celle des femmes et ce, quel que soit le groupe d'âge. C'est surtout chez les jeunes que l'écart selon le sexe est le plus prononcé (MSSS, 2011 ; Pica *et al.*, 2013). Par exemple, chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, deux fois plus de garçons que de filles (8,6 % c. 4,3 %) estiment en 2009-2010 avoir un soutien social qualifié de faible ou de modéré (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

Or, les hommes qui vivent seuls et qui ne peuvent compter sur un réseau de soutien social en cas de problèmes, forment un groupe à risque certain. Les travaux de la méta-synthèse mettent en évidence le fait que, de façon générale, les réseaux sociaux des hommes sont moins soutenant que ceux des femmes et que la qualité plus faible des liens sociaux de certains hommes a une influence négative sur leurs conditions de santé et de bien-être (Roy *et al.*, 2014). Aussi, les hommes vivant seuls sont plus susceptibles que les autres hommes de percevoir plus négativement leur état de santé, ils sont davantage insatisfaits de leur vie sociale et ils vivent davantage de détresse psychologique (Camirand *et al.*, 2010). Soulignons enfin que, selon certains écrits, les hommes vivant seuls en contexte de séparation et privés d'un réseau de soutien social constitueraient une clientèle particulièrement vulnérable (Dulac, 1999, 2001; Deslauriers, 2014; Genest-Dufault, 2013).

Dans ce contexte général, l'isolement social ressenti chez certains hommes vivant seuls et ne pouvant compter véritablement sur un réseau de soutien social, devrait constituer une préoccupation majeure sur le plan de l'intervention. Cette cible fait écho à l'importance de renforcer les liens sociaux chez les hommes souligné dans la méta-synthèse et qui ressortait des études recensées parmi les thèmes centraux afin de mieux répondre à leurs besoins.

4.2.3 La violence au masculin

Le thème de la violence est, ici, limité aux infractions contre la personne, aux autres infractions criminelles et à la violence en milieu scolaire, au secondaire.

Les données publiques rapportent que, d'une manière générale, le phénomène de la violence est plus présent chez les hommes que chez les femmes (MSSS, 2011; Pica *et al.*, 2013). Les femmes sont, en proportion, davantage victimes que les hommes de la violence conjugale (Ministère de la Sécurité publique, 2012), d'homicides intrafamiliaux (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012) et d'agressions sexuelles (MSSS, 2011).

Soulignons également qu'en 2012, les hommes composent 81 % des personnes ayant commis une infraction criminelle (Ministère de la Sécurité publique, 2014) et que 94 % de la population carcérale dans des établissements de détention du Québec est masculine (Chéné, 2013).

Le phénomène de la violence est important dans la société et le travail d'intervention auprès des hommes concernant ce problème est essentiel, notamment sur le plan de certains traits de la socialisation masculine traditionnelle qui en expliqueraient, du moins en partie, la source. Cependant, malgré la rumeur publique et l'effet des médias sur la perception générale qu'ont les individus sur le phénomène de la violence dans la société, le taux de criminalité est en baisse constante au Québec, entre autres depuis les années 1990. Ainsi, de 1996 à 2012, le taux de criminalité a enregistré une baisse de 40 % au Québec (Ministère de la Sécurité publique, 2013). Malgré cette observation, des zones d'ombres persistent; c'est ainsi, par exemple, que les auteurs de *l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* estiment « que l'ampleur de certains des comportements violents examinés est inquiétante et que plusieurs questions restent en suspens » (Pica *et al.*, 2013, p.108).

Par-delà les données publiques, il appert que le regard posé sur la violence est tributaire de l'évolution des seuils de tolérance et des valeurs dans la société. Chesnais (1981) souligne que, malgré le recul de la violence dans le temps selon les indicateurs classiques la mesurant, ce qui en reste apparaît « insupportable » aux sociétés contemporaines en raison, notamment, de la quête de sécurité des individus.

À partir des constats posés plus haut, la violence chez les hommes représente une cible d'intervention centrale.

4.2.4 Des problèmes de santé physique chez les hommes et leur prévention

Quelques rappels utiles. Trois catégories de problèmes de santé physique chez les hommes présentent une prévalence 1,5 à deux fois supérieure à celle enregistrée chez les femmes : la mortalité par maladies cardiovasculaires, le diabète et le surplus de poids (MSSS, 2011).

Tant chez les hommes que chez les femmes, les maladies cardiovasculaires sont appelées à progresser dans les prochaines décennies compte tenu du vieillissement de la population (Daigle, 2006). Notons qu'en 2009, elles sont responsables du quart des décès des hommes (MSSS, 2011).

Le diabète marque aussi, à chaque année, une hausse de sa prévalence, tant chez les hommes que chez les femmes (Agence de santé publique du Canada, 2008). Actuellement, ce sont les hommes âgés de 65 ans et plus qui en sont les plus atteints, soit près d'un homme sur quatre (MSSS, 2011).

Quant au surplus de poids, comprenant l'embonpoint et l'obésité, sa prévalence chez les hommes a augmenté de 38 % de 1987 à 2010 (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Les hommes âgés de 45 à 64 ans en sont les plus affectés (MSSS, 2011). À remarquer que le surplus de poids constitue une tendance générale qui s'observe tant chez les hommes que chez les femmes, ici et ailleurs dans le monde. Il n'en demeure pas moins que l'embonpoint est 1,5 fois plus présent chez les hommes que chez les femmes (41,0 % c. 27,1 %) (MSSS, 2011).

Ces problèmes de santé physique résultent de diverses causes. Parmi celles-ci, les habitudes de vie. Sur ce plan, les données publiques offrent un tableau à deux dimensions : sauf pour l'activité physique, de manière générale, les hommes rapportent avoir de moins bonnes habitudes de vie que les femmes, notamment sur les plans de l'alimentation, de l'hygiène dentaire et de la consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues (MSSS, 2011). Cependant, plusieurs indicateurs suggèrent que les hommes, de manière générale, sont, en proportion, de plus en plus nombreux dans le temps à avoir de saines habitudes de vie.

C'est du côté de la consommation d'alcool et de drogues que les différences entre les hommes et les femmes sont les plus marquées, celle-ci étant le double chez les hommes comparativement aux femmes (Camirand *et al.*, 2010; MSSS, 2011; Pica *et al.*, 2012). La méta-synthèse souligne pour sa part que le phénomène de consommation (surtout de consommation abusive) est en partie lié à certains types de socialisation masculine (Belleau, Bayard et Péarron, 2002; Bizot et Dessureault-Pelletier, 2013;

Bordeleau, Dumitru et Plante, 2010; Dugual, Guay, Boyer, Lesage, Bleau et Séguin, 2012).

Un travail de prévention sur les habitudes de vie et de promotion de celles-ci est donc à poursuivre et à renforcer, compte tenu de l'incidence qu'elles ont sur les problèmes de santé physique et mentale des hommes. Tout particulièrement, les habitudes en matière d'alimentation constituent une cible de choix ainsi que la consommation abusive d'alcool et de drogues.

4.2.5 Le suicide chez les hommes adultes

Bien que le taux de suicide des hommes ait diminué du tiers (33,3 %)% de 1999 à 2012 (Légaré *et al.*, 2015), le suicide, de manière générale, et chez les hommes en particulier, représente un problème de santé publique important. Malgré sa diminution, le taux québécois de suicide demeure néanmoins parmi les plus élevés des pays de l'OCDE (MSSS, 2012). Notamment, au Québec, la poursuite de l'objectif de réduction du taux de suicide et des tentatives de suicide fait partie du *Programme national de santé publique* (MSSS, 2012). Rappelons que les hommes commettent les trois quarts des suicides au Québec. Le groupe d'hommes le plus à risque est celui âgé entre 35 et 64 ans (Légaré *et al.*, 2015).

Les causes du suicide sont multiples. Parmi les causes les plus répandues chez les hommes, la méta-synthèse met en évidence certaines causes tenant à la socialisation masculine (Roy *et al.*, 2014). Ainsi, des facteurs tels que le rôle masculin traditionnel, le faible soutien social et le recours moins fréquent à l'aide psychosociale, sont identifiés pour expliquer le taux de suicide élevé chez les hommes (Houle et Guillou-Ouellette, 2012). Également, la pauvreté exercerait une influence certaine sur les comportements suicidaires (Camirand *et al.*, 2010).

À partir de ces considérations, l'intervention auprès des hommes adultes en matière de prévention au suicide demeure une cible prioritaire.

4.3 Les aînés

La prochaine cible d'intervention porte sur les hommes du troisième et du quatrième âge.

4.3.1 Le soutien aux hommes âgés

Selon toute prévision, le Québec enregistrera, d'ici 2056, un vieillissement accéléré de sa population se traduisant, notamment, par une augmentation significative du nombre d'aînés de 65 ans et plus. Un véritable *géronto-boom*! Ainsi, selon un scénario de référence de projection de la population québécoise de l'Institut de la statistique du Québec (2009) pour la période 2006-2056, le groupe des personnes âgées de moins de 65 ans restera relativement stable (augmentation de 1 %) alors que celui des personnes de 65 ans et plus doublera presque ses effectifs en 50 ans (hausse de 186 %). Quant au groupe des personnes âgées de 75 ans et plus, son nombre triplera pendant la même période de référence. La pression sur le système de soins ira donc en croissant puisque la prévalence des incapacités et le recours aux services de santé chez les personnes de 75 ans et plus sont plus élevés (Fournier *et al.*, 2013; Lecours, Murphy, Dubé et Godbout, 2013).

Toujours pour la période de 2006 à 2056, les prévisions de l'ISQ indiquent que la population masculine s'accroîtra de 21,7 %, celle des hommes âgés de 65 ans et plus de 198 % et celle des personnes âgées de 75 ans et plus, de 372,3 %. Chez les femmes de 75 ans et plus, l'augmentation prévue pour la période est moindre bien que de 270%. Il importe de souligner que, durant cette même période, le bassin potentiel d'aidants adultes, soit les personnes âgées de 30 à 59 ans, accusera une baisse de 2,7 % de 2006 à 2056 (Institut de la statistique du Québec, 2009). Cette diminution du bassin d'aidants adultes exercera une pression sur les services à l'endroit des personnes âgées en perte d'autonomie et sur les formes de solidarités horizontales entre aînés, principalement les personnes âgées de 65 à 74 ans qui viennent en aide aux personnes âgées de 75 ans et plus.

Pour mieux apprécier l'importance du vieillissement sur les structures de services, prenons l'exemple des services offerts par les CLSC. En 2013, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16,6 % de la population au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2013a), le quart de la clientèle des CLSC (25,0 %) et la moitié du volume total des interventions (53,7 %). Le nombre moyen d'interventions en CLSC est de 7,7 par usager, alors que, pour ceux âgés de 65 ans et plus, il représente le double, soit 16,5 interventions par usager, et le triple (23,5 interventions par usager) pour les usagers âgés de 75 ans et plus³. Or, comme le groupe de personnes âgées de 65 ans et plus va augmenter de près du double pour la période de 2006 et 2056 et du

³ Source : calculs réalisés à partir de données transmises par le MSSS sur la base d'un fichier de la RAMQ tiré de la banque québécoise ICLSC pour l'année 2012-2013.

triple pour celui des personnes âgées de 75 ans et plus, l'influence sur les services à offrir sera indéniable.

La logique du nombre et des besoins des aînés en perte d'autonomie à domicile ou en institution pose un véritable défi dans l'avenir sur le plan de l'intervention tant pour les hommes âgés que pour les femmes du même âge.

La dernière cible d'intervention a trait à l'ensemble des hommes, indépendamment de l'âge.

4.4 Des stratégies de rapprochement entre les services et les hommes

L'examen des données publiques sur le lien entre les hommes et les services présente un tableau à deux dimensions : en premier lieu, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à ne pas considérer qu'ils ont besoin de services sociaux et de santé, à l'exception des médecins de famille (Dubé-Linteau *et al.*, 2013). En second lieu, tant dans le domaine de la santé que dans celui des services sociaux, les hommes, en proportion, rapportent consulter moins que les femmes et ce, à tous les âges (Cazale *et al.*, 2013; MSSS, 2011).

Des études analysées dans le cadre de la méta-synthèse (Roy, *et al.*, 2014) ont également mis en évidence le phénomène de sous-consultation des services chez les hommes comparativement aux femmes. Le fait de ne pas se sentir à risque (Lopez Arellano, Tremblay, Allard et Bergeron, 2009), d'estimer qu'ils n'ont pas besoin de services pour régler leur problème lorsqu'ils considèrent en avoir un (Bizot et Dessureault-Pelletier, 2013), de penser que les problèmes peuvent disparaître d'eux-mêmes (Turchetto, 2012) et d'attendre que ces problèmes deviennent plus graves (Babin, 2008), sont des pistes qui ont été évoquées par différents auteurs pour expliquer le rapport aux services chez les hommes. Ajoutons à cette liste le trait de socialisation masculine suivant : dans l'esprit de certains hommes, le recours aux services serait en contradiction avec la perception qu'ils ont de leur rôle de pourvoyeur (Bizot et Dessureault-Pelletier, 2013), voire de leur identité masculine (Bizot, Viens et Moisan, 2013; Dulac, 2001; Genest Dufault, 2013; Roberge, 2007; Tremblay et L'Heureux, 2010a). En complément à ces observations, des auteurs ont souligné l'importance pour les services de développer des stratégies pour mieux rejoindre les hommes en tenant compte des réalités masculines et mieux encourager ainsi la demande d'aide (Bizot, Viens et Moisan., 2013; Bonin, Fournier, Blais et Perreault, 2005; Dulac, 2011; Dupéré, 2011; Genest Dufault, 2013; Houle, Beaulieu, Lespérance, Frasure-Smith et Lambert, 2010; Lajeunesse, Houle, Rondeau, Bilodeau,

Villeneuve et Camus, 2013; Tremblay, Morin, Desbiens et Bouchard, 2007; Tremblay et L'Heureux, 2002, 2010b).

L'examen des données publiques sur la perception des hommes quant à leurs besoins de services et quant à la fréquentation de ces derniers vient donc accréditer l'importance d'accorder une attention privilégiée au rapport des hommes avec les services, tant sur le plan de ce qui relève des hommes eux-mêmes qu'à celui des services pour mieux s'adapter aux réalités masculines. En ce sens, la convergence des constats que l'on retrouve tant dans le présent rapport que dans celui de la méta-synthèse renforce la nécessité de développer des stratégies pour rapprocher les hommes des services.

5- CONCLUSION

Ce rapport vise à tracer un portrait de la situation sociale et de santé des hommes québécois et de leur rapport aux services psychosociaux et de santé à partir du registre des données publiques. Dans le cadre du programme de recherche sur les perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services, il se situe en complémentarité avec la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014). Également, près de 10 ans plus tard, il prend le relais de l'ouvrage collectif sur la santé des hommes (Tremblay *et al.*, 2005) pour réactualiser le profil des hommes québécois.

Dans l'analyse des données publiques, certains constats généraux ont retenu principalement notre attention. Un premier constat a trait au **rapprochement dans le temps entre les hommes et les femmes** sur différents indicateurs considérés tant sur le plan social qu'à celui de la santé⁴. Il s'agit d'une tendance lourde. L'un des marqueurs les plus significatifs de ce rapprochement concerne l'espérance de vie. Depuis quelques décennies, l'écart existant entre les hommes et les femmes à ce titre ne cesse de s'amenuiser.

Dans le domaine de la santé, le rapprochement entre les hommes et les femmes s'est également manifesté, entre autres, sur le plan du cancer du poumon, du taux de mortalité par traumatismes non intentionnels, de la consommation abusive d'alcool et des infections transmises sexuellement ou par le sang. Aussi, on observe les mêmes

⁴ Une mise en garde s'impose : effectivement, il existe un rapprochement entre les hommes et les femmes quant à différents indicateurs ; cependant, il faut mentionner qu'il peut exister des effets de plafonnement pour certains gains faisant en sorte que les progrès ne sont pas nécessairement linéaires.

tendances générales chez les hommes et les femmes au regard de l'accroissement des problèmes cardiovasculaires, du diabète et du surplus de poids.

Sur le plan social, le taux d'emploi et le taux d'activité tendent vers une relative égalité selon le sexe depuis 20 ans. Également, malgré le fait que le revenu moyen général des hommes soit toujours supérieur à celui des femmes d'environ 30 %, il y a de moins en moins d'inégalités de revenus selon le sexe chez les nouvelles générations. Enfin, bien que les garçons demeurent proportionnellement plus nombreux que les filles à abandonner leurs études, le taux de décrochage scolaire des garçons au secondaire du réseau public entre 1999-2000 à 2008-2009 a diminué plus rapidement que celui des filles.

Un deuxième constat met en évidence le fait que, si la tendance se maintient à l'enseignement supérieur, **plusieurs hommes risquent, dans l'avenir, de se retrouver dans des conditions d'emploi précaires ou sans emploi.** En effet, les liens entre la scolarité et l'emploi sont bien connus : une scolarité plus élevée est davantage garante d'emplois de meilleure qualité et plus rémunérateurs. Ainsi, dans le contexte du développement des économies axées sur le savoir, la diplomation à l'enseignement supérieur représente et constituera sans doute davantage dans l'avenir, un enjeu important quant aux emplois de qualité. Or, la progression nettement plus grande des femmes, de manière générale, en matière de scolarité, tout particulièrement à l'université, par rapport aux hommes, laisse présager des difficultés éventuelles en matière d'emploi au cours des prochaines années.

À la lecture de différentes données statistiques sur la scolarité et l'évolution des secteurs économiques, on peut notamment avancer que les progrès sur le plan de la scolarité chez les femmes et la part grandissante du secteur tertiaire dans l'économie québécoise sont deux facteurs qui pourraient favoriser une métamorphose certaine de la situation de l'emploi selon le sexe. Un des signes précurseurs de cette tendance est lié aux nouvelles générations; c'est ainsi que chez les 15 à 29 ans, le taux d'emploi des jeunes hommes est maintenant inférieur, quoique légèrement, à celui des jeunes femmes. Ajoutons à ce trait évolutif que, entre 1990 et 2007, le nombre d'emplois nécessitant des études postsecondaires a augmenté moins rapidement que celui des emplois requérant un diplôme d'études universitaires.

Un troisième constat révèle l'existence d'une **vulnérabilité plus importante sur le plan du développement chez les jeunes garçons** comparativement aux jeunes filles. L'importante enquête conduite par l'Institut de la statistique du Québec sur le développement des enfants dans les maternelles au Québec (Simard *et al.*, 2013) a permis d'identifier des facteurs de vulnérabilités davantage répandus chez les

garçons sur le plan de leur développement. Notamment, les garçons en général, par rapport aux filles, accusent un retard quant au développement cognitif et langagier ainsi qu'aux habiletés de communication et aux connaissances générales, des domaines de développement directement associés au monde scolaire.

En complément à ces informations, il a également été rapporté dans d'autres études que les troubles de déficits de l'attention et d'hyperactivité sont, en proportion, davantage présents chez les garçons que chez les filles avec un sommet à l'âge de 9-10 ans. Aussi, les données sur la clientèle en CLSC ont permis de constater l'existence d'un lien étroit entre les constats de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012* concernant les retards de développement et la proportion significative de garçons inscrits dans les services des CLSC.

Un quatrième constat concerne le phénomène de **sous-consultation des hommes sur le plan des services**. D'une manière générale, et tant dans le secteur de la santé que dans celui des services sociaux, les données publiques rapportent que, d'une part, les hommes sont moins présents que les femmes à figurer parmi la clientèle des services et que, d'autre part, ils expriment moins de besoins non comblés que les femmes. C'est le cas pour les services en médecine spécialisée, en santé mentale et en matière de services sociaux.

L'examen des données publiques sur les hommes québécois a également conduit à l'identification d'un certain nombre de cibles d'intervention qui se posent en défi pour le milieu des services. Huit cibles d'intervention ont été retenues. Ces cibles s'adressent parfois spécifiquement à certaines générations d'hommes. L'une d'entre elles se situe dans le prolongement immédiat de deux préoccupations centrales de la méta-synthèse, soit le phénomène de sous-consultation des hommes aux services et la nécessité pour ces derniers de développer des stratégies pour mieux rejoindre les hommes. Voici la liste de ces cibles :

- 1) La scolarisation des garçons et des jeunes hommes
- 2) Les hommes en difficultés socioéconomiques
- 3) Les hommes vivant seuls, avec peu ou pas de réseau social
- 4) La violence au masculin
- 5) Des problèmes de santé physique chez les hommes et leur prévention
- 6) Le suicide chez les hommes adultes
- 7) Le soutien aux hommes âgés
- 8) Des stratégies de rapprochement entre les services et les hommes

Les cibles d'intervention proposées s'appuient sur des convergences significatives qui, à l'analyse, ressortent de diverses sources de données publiques pour mieux traduire la réalité des hommes québécois. Elles suggèrent donc une lecture à partir du point de vue offert par les données publiques, mais aussi en complémentarité avec les conclusions que l'on retrouve dans la méta-synthèse (Roy *et al.*, 2014). Les passerelles existantes entre le présent rapport et celui de la méta-synthèse renforcent la portée des constats mis en évidence. Cela contribue à présenter des assises plus solides sur lesquelles repose l'analyse des hommes au Québec et des enjeux soulevés à l'endroit du milieu des services.

Ce rapport espère donc s'avérer utile au milieu des pratiques, aux instances gouvernementales et à la communauté scientifique comme document de référence général sur des données publiques concernant la situation sociale et de santé des hommes québécois. Il souhaite contribuer ainsi à un meilleur rapprochement entre les hommes et les services. Enfin, ce rapport, en complément avec les autres phases du programme de recherche dont la méta-synthèse, offre une opportunité à saisir afin d'enrichir les interventions actuelles des milieux de pratiques de stratégies prometteuses et efficaces, de moyens concrets et de leviers pour relever les défis envisagés.

6- RÉFÉRENCES

Agence de santé publique du Canada (2008). *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Akoun, A. (1999). Lien social. Dans *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Le Robert/ Le Seuil, p. 307.

Antil, T. (2005a). La santé des hommes : une mise en contexte. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-E. Bergeron et R. Lapointe-Goupil (dir.), *La santé des hommes au Québec* (pp. 13-20). Québec : Publications du Québec.

Antil, T. (2005b). Recours aux services sociaux et de santé. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-E. Bergeron et R. Lapointe-Goupil (dir.), *La santé des hommes au Québec* (pp. 143-151). Québec : Publications du Québec.

Antil, T., Bergeron, M.-E. et Cloutier, R., (2005). État de santé physique et de bien-être des hommes québécois. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-E. Bergeron et R. Lapointe-Goupil (dir.), *La santé des hommes au Québec* (pp. 115-142). Québec : Publications du Québec.

Babin, J. (2008). *Les effets d'un groupe de soutien pour personnes endeuillées par le suicide d'un proche : qu'en pensent les participants masculins?* Mémoire de maîtrise, École de service social, Université Laval.

Belleau, H., Bayard, C. et Péarron, D. (2002). *Portrait des jeunes de 12-18 ans de Bordeaux- Cartiervill*. Montréal : CHSLD et CLSC Bordeaux-Cartierville.

Bergeron, M.-E. et Cloutier, R. (2005). Qui sont les hommes québécois et quelles sont leurs conditions de vie. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-E. Bergeron et R. Lapointe-Goupil (dir.), *La santé des hommes au Québec* (p. 31-69). Québec : Publications du Québec.

Bizot, D., Viens, P.-A. et Moisan, F (2013). *La santé des hommes. Les connaître pour mieux intervenir*. Saguenay : Université du Québec à Chicoutimi.

Bizot, D. et Dessureault-Pelletier, M. (2013). *Étude sur la perception des services psychosociaux offerts aux travailleurs suite à la fermeture d'une usine de pâte à papier dans un milieu mono industriel au Saguenay-Lac-Saint-Jean*. Saguenay : Université du Québec à Chicoutimi.

Boccanfuso, D. (2013). Égalité des genres : Un bilan pour le Québec. Dans M. Joanis, L. Godbout et J.-Y. Duclos (dir.), *Le Québec économique 2012 : Le point sur le revenu des Québécois* (pp. 351-382). Québec : Presses de l'Université Laval.

Bonin, J. P., Fournier, L., Blais, R. et Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 4 (2), 211-248.

Bordeleau, M., Dumitru, V. et Plante, N. (2010). *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Portrait chiffré*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

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

Boudon, R. (2002). *Déclin de la morale? Déclin des valeurs?* Québec : Éditions Nota Bene.

Camirand, H. (2013). Qui sont les victimes de blessures en milieu de travail ? Ce que nous révèlent les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008. *Zoom santé*. (40). 1-7.

Camirand, H. (2014). Jeux de hasard et d'argent. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années* (p. 149-182). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Camirand, H. et Nanhou, V. (2008). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom santé*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200809.pdf>

Camirand, H., Bernèche, F., Cazale, L., Dufour, R., Baulne, J. et autres (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Castells, M. (2001). *La société en réseaux*. Paris : Fayard.

Cazale, L. (2014). Consommation d'alcool. Dans *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années* (pp. 79-107). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Cazale, L. et Leclerc, P. (2010). Comportements sexuels et usage de la contraception. Dans H. Camirand, F. Bernèche, L. Cazale, R. Dufour, J. Baulne, et coll. (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois* (pp. 173-187). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Cazale, L., Poirier, L.-R., et Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 3). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Centre d'études sur la pauvreté et l'exclusion (2014). *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2013*. Québec : Gouvernement du Québec.

Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouke, A., et De Pierrepont, C., (2011). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec – Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Montréal : UQAM et Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine.

Chéné, B. (2013). *Analyse prospective de la population carcérale adulte des établissements de détention du Québec de 2010-2011 à 2020-2021*. Québec : Services correctionnels, ministère de la Sécurité publique.

Chesnais, J.-C. (1981). *Histoire de la violence*. Paris : Robert Laffont.

Clément, M.-E., Bernèche, F., Chamberland, C. et Fontaine, C. (2013). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012. Les attitudes parentales et les pratiques familiales*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Cloutier, R. et Bouchard, M. (2012). *Les clients référés au communautaire: une étude empirique de complémentarité entre les services publics et les services communautaires*. Québec : AutonHomme et Centre de prévention du suicide de Québec.

Cloutier-Villeneuve, L. (2014). *Différences de rémunération horaire entre les Québécoises et les Québécois : que nous disent les données statistiques depuis les 15 dernières années?* Présentation. Québec: Institut de la recherche sur la statistique (non publié).

Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (sous la présidence de G. Tremblay), (2012). *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Conseil de la famille et de l'enfance (2008). *L'engagement des pères*. (Rapport 2007-2008 sur la situation et les besoins des familles et des enfants). Québec : Gouvernement du Québec.

Conseil supérieur de l'éducation (1999). *Pour une meilleure réussite scolaire des garçons et des filles*. Avis au ministre de l'Éducation. Sainte-Foy : Conseil supérieur de l'éducation.

Conseil supérieur de l'éducation (2001). *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire : Comprendre, prévenir, intervenir*. Québec : Gouvernement du Québec.

Courtenay, W. H. (2011). *Dying to be men*. New York: Routledge.

Crespo, S., et Rheault, S. (2013). Le revenu des ménages et des individus au Québec. Dans M. Joanis, L. Godbout et J.-Y. Duclos (dir.), *Le Québec économique 2012 : Le point sur le revenu des Québécois* (pp. 139-162). Québec : Presses Université Laval.

Dagenais, H. (2006). *Les ménages d'une seule personne et le logement au Québec*. Québec : Société d'habitation du Québec.

Daigle, J.-M. (2006). *Les maladies du cœur et les maladies vasculaires cérébrales : Prévalence, morbidité et mortalité au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

De Singly, F. (2000). *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune*. Paris : Nathan.

Deslauriers, J.-M. (2014). *Le point de vue des pères ayant des difficultés d'accès à leur enfant suite à une rupture d'union – Évaluation des services de l'organisme Pères séparés Inc.* Rapport de recherche présenté dans le cadre du Projet d'action concertée du FQRSC-Pères en contexte de vulnérabilité. Ottawa : Université d'Ottawa.

Dubé, G., Sirois, C. et Tremblay, M.-E. (2013). *Tests de laboratoire, examens radiologiques et médicaments d'ordonnance : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 6). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Lévesque, J.-F., Lecours, C. et Tremblay, M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 2). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Dubé-Linteau, A., Lecours, C., Levesque, J.-F., Pineault, R. et Tremblay, M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation d'un médecin spécialiste : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 5). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Dubeau, D., de Montigny, F., Devaut, A et Lacharité, C. (2013). *L'effet des services préventifs auprès des pères en difficulté et leurs enfants : Résultats préliminaires*. Montréal : La SU-PÈRE conférence, 7^e édition.

Duchesne, L. (2002). *La situation démographique au Québec : Bilan 2001*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Duclos, J.-Y. (2013). Conclusion : Constats et perspectives. Dans M. Joanis, L. Godbout et J.-Y. Duclos (dir.). *Le Québec économique 2012 : Le point sur le revenu des Québécois* (pp. 411-420). Québec : Presses Université Laval.

Dugal, N., Guay, S., Boyer, R., Lesage, A., Bleau, P. et Séguin, M. (2012). Consommer pour oublier : Une étude de la consommation d'alcool et de drogues des étudiants suite à la fusillade de Dawson. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57 (4) 245-253.

Dulac, G. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines : Théories et pratiques québécoises*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes (AIDRAH), Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (ARIHV), Association québécoise de suicidologie (AQS) et Fédération des organismes bénévoles et communautaires d'aide et de soutien aux toxicomanes (FOBAST).

Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal : VLB éditeur.

Dulac, G. (2005, mai). *L'engagement paternel*. Communication présentée au Colloque Regards sur la diversité des familles : Mieux comprendre pour mieux soutenir, Montréal.

Dupéré, S. (2011). *Rouge, jaune, vert et noir: expériences de pauvreté et rôle des ressources sociosanitaires selon des hommes en situation de pauvreté à Montréal*. Thèse de doctorat, Faculté de sciences infirmières, Université Laval.

Fédération des cégeps (2010). *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans*. Montréal : Fédération des cégeps, MELS et MSSS.

Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité* (vol. 2). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Gauthier, M.-A., Labrie, M.-P. (2013). Conciliation études-travail : les étudiants québécois s'investissent davantage dans un emploi rémunéré pendant leurs études que l'ensemble de leurs homologues canadiens. *Données sociodémographiques en bref*, 17 (2) 1-5. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Genest-Dufault, S. (2013). *Les hommes nus d'amour, l'expérience masculine de la rupture amoureuse : perspectives sur le deuil, le genre et le sens dans l'hypermodernité*. Thèse de doctorat. Québec : École de service social, Université Laval.

Gervais, C., de Montigny, F., Azaroual, S. et Courtois, A. (2009). La paternité en contexte migratoire: étude comparative de l'expérience d'engagement paternel et de la construction de l'identité paternelle d'immigrants magrébins de première et de deuxième génération. *Enfances, Familles, Générations*, (11), 25-43.

Girard, C. et Payeur, F. F. (2009). Population, ménages et familles. Dans *Données sociales du Québec. Édition 2009*. (pp. 19-44). Québec, Institut de la statistique du Québec (Conditions de vie).

Houle, J., Beaulieu, M.-D., Lespérance, F., Frasure-Smith, N. & Lambert, J. (2010). Inequities in Medical Follow-up for Depression: a population-based study in Montreal. *Psychiatric Services*, 61 (3) 258-263.

Houle, J. et Guillou-Ouellette, C. (2012). *Profil des personnes décédées par suicide dans la région de Montréal, 2007-2009*. Montréal : Suicide action Montréal et Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.

Institut de la statistique du Québec (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Gouvernement du Québec (La santé et le bien-être).

Institut de la statistique du Québec (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*. Québec : Gouvernement du Québec

http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/population/pop_grage_sexe_09_a.htm

Institut de la statistique du Québec (2012). *Taux de faible revenu, MPC, particuliers, Québec, 2000-2010*. Québec : Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec (2013a). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2013*. Québec : Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec (2013b). *Analyse différenciée selon les sexes*. Québec : Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec (2014a). *Regard statistique sur la jeunesse. État et évolution de la situation des Québécois âgés de 15 à 29 ans, 1996 à 2012*. Québec : Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec (2014b). *Statistiques et publications*. Québec : Gouvernement du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html>

Institut national de santé publique du Québec (2012). *Surveillance du statut pondéral chez les adultes québécois. Portrait et évolution de 1987 à 2010*. Québec : Gouvernement du Québec.

Joanis, M., Godbout, L., et Duclos, J.-Y. (2013). *Le Québec économique 2012 : Le point sur le revenu des Québécois*. Québec : Presses Université Laval.

Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Kaufmann, J.-C. (1999). *La femme seule et le prince charmant*. Paris : Éditions Nathan.

Lajeunesse, S.-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. et Camus, F. (2013). *Les hommes de la région de Montréal. Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts*. Montréal : ROHIM.

Lecours, C., Murphy, M., Dubé, G. et Godbout, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes de 65 ans et plus (vol. 3)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Lecours, C., Pomey, M.-P., et Tremblay M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 4). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Légaré, G., Gagné, M., Saint-Laurent, D. et Perron, P.-A. (2013). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Légaré, G., Gagné, M., Perron, P.-A., Tessier, M. et Gamache, P. (2015). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2012 – Mise à jour 2015*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Lesage, A. et Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Surveillance des maladies chroniques* (6) 1-15.

Lopez Arellano, J.L., Tremblay, G., Allard, F. et Bergeron, M. (2009). *Jeunes pères : portrait sociodémographique, moments charnières et pistes d'intervention visant le soutien de l'engagement paternel chez les jeunes pères des quartiers centraux de la ville de Québec*. Québec : 1,2,3 go.

Luy, M. (2003). Causes of male excess mortality: insights from cloistered populations. *Population and Development Review*, 29 (4) 647-676.

Ménard, J. et al. (2009). *Savoir pour pouvoir : Entreprendre un chantier national pour la persévérance scolaire. Rapport du Groupe d'action sur la persévérance et la réussite scolaires au Québec*. Québec : GAPRSQ.

Ministère de la Famille et des Aînés (2011). *Portrait statistique des familles au Québec. 2011*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec. [En ligne <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/>, consulté le 15 octobre 2014].

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Sécurité publique (2012). *Criminalité dans un contexte conjugal au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Sécurité publique (2013). *Statistiques sur la criminalité au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Sécurité publique (2014). *Statistiques 2012 sur la criminalité au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2004). *L'abandon des études à la formation technique : résultats d'une enquête*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). *Décrochage et retard scolaires. Caractéristiques des élèves à l'âge de 15 ans. Analyse des données québécoises recueillies dans le cadre du projet PISA/EJET. Rapport d'étude*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2008). *Statistiques de l'éducation. Enseignement primaire, secondaire, collégial et universitaire-Édition 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2011). *Statistiques détaillées sur l'éducation*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2013). *Indicateurs de l'éducation-Édition 2012*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2010). *Les chiffres clés de l'emploi au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Payeur, F.-F. (2013). La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2012. *Coup d'œil sociodémographique*, (26) 1-5. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Pica, L.-A., Traoré, I., Bernèche, F., Laprise, P., Cazale, L., Camirand, H., Berthelot, M. et Plante, N. (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale (tome 1)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Pica, L.-A., Traoré, I., Camirand, H., Laprise, P., Bernèche, F. et Berthelot, M. (2013). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale* (tome 2). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Pronovost, G. (2008). Le temps parental à l'horizon 2020. Dans G. Pronovost, C. Dumont et I. Bitaudeau (dir.). *La famille à l'horizon 2020* (pp. 195-210). Québec : Presses Université du Québec.

Quéniart, A. et Imbeault, J.-S. (2003). La construction d'espaces d'intimité chez les jeunes pères. *Sociologie et Sociétés*, 35 (2) 183-201.

Roberge, J. (2007). *Les stratégies de coping utilisées par les militaires ou ex-militaires masculins atteints d'un stress post-traumatique suite au retour d'une mission de paix*. Mémoire de maîtrise. Québec : École de service social, Université Laval.

Rosanvallon, P. (1981). *La crise de l'État-providence*. Paris : Seuil.

Roy, J. (2011). *Quête identitaire et réussite au cégep. Une étude de cas : la pratique d'activités parascolaires dans le réseau collégial*. Québec : Presses Université du Québec.

Roy, B., De Koninck, M., Clément, M. et Couto, É. (2012). Inégalités de santé et parcours de vie : réflexion sur quelques déterminants sociaux de l'expérience d'hommes considérés comme vulnérables. *Service social*, 58 (1) 32-54.

Roy, J., G. Tremblay, D. Guilmette, D. Bizot, S. Dupéré et Houle, J. (2014). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé – Méta-synthèse*. Québec : Masculinités et Société.

Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Sauvé, L., Debeurme, G., Fournier, J., Fontaine, É. et Wright, A. (2006). Comprendre le phénomène de l'abandon et de la persévérance pour mieux intervenir. *Revue des sciences de l'éducation*, 32 (3) 783-805.

Shabsigh, R. (2009). *Sexual Health : The Portal to Men's Health*. Papier présenté lors du 18e Congrès de la World Association for Sexual Health, Goteborg, 21 au 25 juin 2009.

Simard, M., Tremblay, M.-E., Lavoie, A. et Audet, N. (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec

Société de l'assurance automobile du Québec (2012). *Données et statistiques 2011*. Québec : Gouvernement du Québec.

Statistique Canada (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Ottawa* : Gouvernement du Canada.

Statistique Canada (2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Statistique Canada (2013). *Scolarité au Canada : niveau de scolarité, domaine d'études et lieu des études. Enquête nationale auprès des ménages (no 99-012-X2011001)*. Ottawa : Gouvernement du Canada.

Traoré, I., Pica, L.A., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M. et Plante, N. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Tremblay, G., Bonnelly, H., Larose, S., Audet, S. et Voyer, C. et coll. (2006). *Recherche pour développer un modèle d'intervention favorisant l'intégration, la persévérance et la réussite des garçons aux études collégiales, rapport de recherche*. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron M.-E. et Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Publications du Québec.

Tremblay, G., Fonséca, F. et Lapointe-Goupil, R. (2004). *Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux*. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (Études et Analyses 31). Université Laval et Université de Montréal.

Tremblay, G. et Lapointe-Goupil, R. (2005). Habitudes de vie et comportements liés à la santé chez les hommes québécois. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-E. Bergeron et R. Lapointe-Goupil (dir.) *La santé des hommes au Québec* (pp. 71-114). Québec : Publications du Québec.

Tremblay, G. et L'Heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergent d'intervention clinique. *Intervention* (116) 13-25.

Tremblay, G. et L'Heureux, P. (2010a). La genèse de la construction de l'identité masculine. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (dir.). *Regards sur les hommes et les masculinités : Comprendre et intervenir* (pp. 91-123). Québec : Presses de l'Université Laval.

Tremblay, G. et L'Heureux, P. (2010b). 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 (dir.). *Regards sur les hommes et les masculinités : Comprendre et intervenir* (pp. 125-151). Québec : Presses de l'Université Laval.

Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V. et Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Québec : CRIVIFF (Études et Analyses, 36).

Tremblay, G., Roy, J., de Montigny, F., Séguin, M., Villeneuve, P., Roy, B. et Sirois-Marcil, J. (2015). *Où en sont les hommes québécois en 2014. ? Sondage sur les rôles sociaux, les valeurs et sur le rapport des hommes québécois aux services – Rapport préliminaire*. Québec : Masculinités et Société.

Turchetto, E. L. (2012). *Les hommes sans domicile fixe et leur rapport aux services de santé et services sociaux*. Mémoire de maîtrise. Québec : École de service social, Université Laval.

Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É. et coll. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.

Vincent, C. (2013). *Pourquoi les femmes gagnent-elles moins que les hommes ? Synthèse de connaissances tirées de micro-données canadiennes*. Série Synthèses du RCCDR. septembre 2013.

Vultur, M. (2009). Les jeunes qui abandonnent les études secondaires ou collégiales : rapport à l'école et aux programmes d'aide à l'insertion socioprofessionnelle. *Revue des sciences de l'éducation*, 35 (1) 55-67.

ANNEXE 1

DOCUMENTATION SUR LES DONNÉES PUBLIQUES CONCERNANT LES HOMMES QUÉBÉCOIS

SECTION 1- PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE ET DES LIENS SOCIAUX

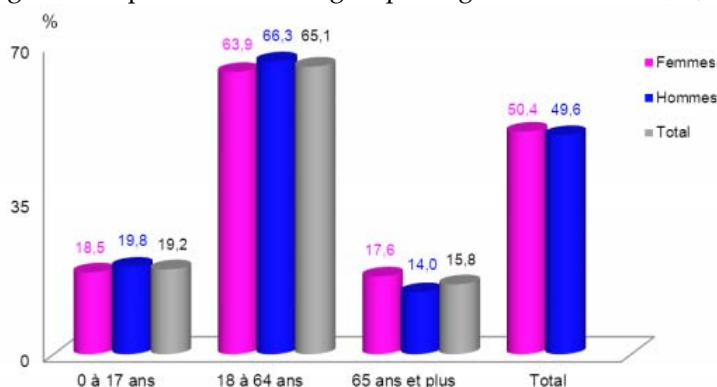
Cette section trace un portrait des hommes québécois sur les plans démographique, socioéconomique et social ainsi que sur leurs liens sociaux.

1.1 Portrait démographique

En 2013, 49,7 % de la population québécoise était composée d'hommes, soit 4 050 535 hommes et de 4 104 799 femmes (50,3 %) pour un total de 8 155 334 personnes. L'âge moyen des hommes était de 40,3 ans et celui des femmes, 42,2 ans (Institut de la statistique du Québec, 2013a).

Comme l'illustre la figure 1 qui rapporte des données de 2011, les hommes sont légèrement plus nombreux, en proportion, que les femmes dans les groupes d'âge de 0 à 17 ans et de 18 à 64 ans. L'écart selon le sexe est inversé; ainsi, chez les personnes de 65 ans et plus, la proportion des hommes est environ 1,3 fois moins élevée que celle des femmes (MSSS, 2011).

Figure 1- Population selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2011⁵



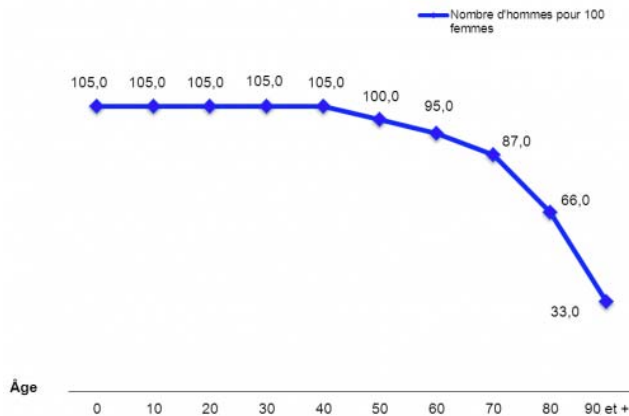
Source: Service du développement de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux. Tiré du rapport de l'onglet *Portrait de santé* (2011) produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 20 septembre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 18 juin 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec.

À la naissance, on compte 105 garçons pour 100 filles (MSSS, 2011). Progressivement, l'avance numérique des hommes s'amenuise jusqu'à 50 ans pour s'inverser en faveur

⁵ Cette donnée constitue une projection.

des femmes, surtout après 65 ans (voir figure 2). C'est l'espérance de vie plus longue des femmes qui explique cette situation.

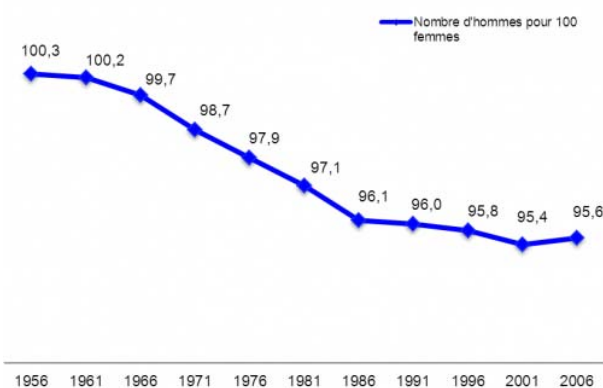
Figure 2- Rapport de masculinité ⁽⁶⁾ selon l'âge, Québec, 2007



Source : Estimations démographiques, novembre 2007, Statistique Canada. Tiré de *Données sociales du Québec, Édition 2009*, Institut de la statistique du Québec, figure 1.3 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

La figure 3 illustre le rapport du nombre d'hommes pour 100 femmes pour la période de 1956 à 2006, au Québec. Sur cette période, ce rapport a diminué de 4,7 points de pourcentage (100,3, en 1956 c. 95,6, en 2006). La diminution s'est principalement opérée de 1966 à 1986, le rapport étant demeuré relativement stable depuis.

Figure 3- Rapport du nombre d'hommes pour 100 femmes ⁽⁷⁾, Québec, 1956 à 2006



Source : Recensements de la population, 1956 à 2006, Statistique Canada. Tiré de *Recensement de 2006 : Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe : tableaux de données, figures, cartes et animations*, Statistique Canada, tableau 4 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

⁶ Proportion de la population totale d'hommes pour 100 femmes.

⁷ Proportion de la population totale d'hommes pour 100 femmes.

DISCUSSION

De manière générale, les hommes et les femmes sont répartis d'une manière relativement égale selon les différents groupes d'âge. Cependant, chez les plus jeunes, on compte un peu plus de garçons en raison du fait, qu'à la naissance, on enregistre 5 % de plus de garçons que de filles. À l'inverse, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le nombre de femmes dépasse celui des hommes du quart des effectifs âgés (+25,6 %) (Institut de la statistique du Québec, 2013a) s'expliquant principalement par une espérance de vie plus longue à la naissance chez celles-ci (Institut de la statistique du Québec, 2013b). C'est à compter de 50 ans que l'on retrouve une égalité du nombre d'hommes et de femmes.

Ces données s'apparentent à ce que rapportait le rapport sur la santé des hommes en 2005 (Bergeron et Cloutier, 2005), si ce n'est que la proportion de personnes âgées, tant chez les hommes que chez les femmes, a nettement progressé depuis l'*Enquête sociale et de santé 1998* de l'Institut de la statistique du Québec, à laquelle réfère le rapport.

1.2 Portrait socioéconomique

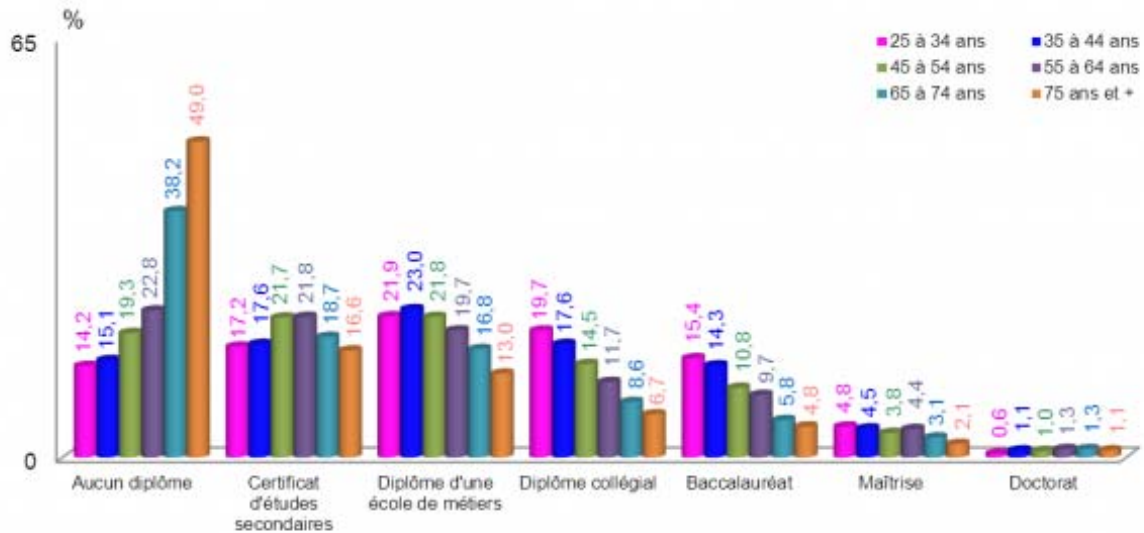
Cette partie comprend des informations sur la scolarité, sur l'emploi et le taux d'activité et sur le niveau de revenus des hommes québécois.

1.2.1 Scolarité

Sur le plan de la scolarité, en 2006, les hommes de 25 à 54 ans sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à avoir obtenu un diplôme, quel que soit le niveau de scolarité. À partir de 55 ans, la situation est inversée : la proportion d'hommes sans diplôme est moindre que celle des femmes dans la même situation. Un effet générationnel semble s'observer à ce titre (MSSS, 2011).

Toujours dans le groupe des 25 à 54 ans, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir obtenu un diplôme d'une école de métiers tandis que les femmes sont plus nombreuses à avoir obtenu un diplôme d'études collégiales ou un baccalauréat (MSSS, 2011).

Figure 4- Proportion de la population masculine âgée de 25 ans et plus, selon le niveau de scolarité atteint le plus élevé⁽⁸⁾ et selon le groupe d'âge, Québec, 2006



Source : Recensement de la population de 2006, Statistique Canada. Données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, 16 février 2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Toujours en 2006, les hommes sont moins nombreux, en proportion, que les femmes (20,7 % c. 22,0%) à avoir obtenu un diplôme universitaire. Les domaines d'études dans lesquels les hommes sont davantage présents sont celui du commerce et de la gestion et celui de l'architecture et du génie.

Par ailleurs, les garçons, en proportion, sont moins nombreux à s'inscrire au cégep que les filles, tous programmes confondus. À cet égard, il faut souligner que cela n'a pas toujours été le cas; ainsi, en 1975-1976, l'écart selon le sexe sur le plan des effectifs étudiants dans les cégeps n'était que de 1 % alors qu'il se situait à 19,8 % en 2009-2010, les filles étant proportionnellement plus nombreuses que les garçons à poursuivre des études collégiales (MELS, 2013).

À l'instar du milieu universitaire, on enregistre dans le secteur de l'enseignement technique un clivage selon le sexe des étudiants quant aux champs d'intérêt. Ainsi, en 2006-2007, les garçons sont fortement concentrés dans des programmes tels que les techniques physiques (82,8 % des effectifs), l'électrotechnique (95,1 %), la fabrication mécanique (94,5 %) ou la foresterie et le papier (84,7%). À l'inverse, les filles se retrouvent davantage dans des programmes tels que la santé (85,7 %), l'éducation, les

⁸ Les données des catégories « Diplôme universitaire inférieur au baccalauréat », « Diplôme universitaire supérieur au baccalauréat » et « Diplôme en médecine, art dentaire, médecine vétérinaire ou optométrie » ne sont pas présentées.

services sociaux et juridiques (79,1 %), les techniques biologiques (83,1 %), les techniques des arts (70,7 %) ou celles du cuir, du textile et de l'habillement (93,2 %) (MELS, 2008).

Au Québec, en 2011, dans l'ensemble de la population, le taux de décrochage scolaire s'élevait à 13,1 % chez les garçons et à 6,9 % chez les filles (Joanis, Godbout et Duclos, 2013). Les différences enregistrées selon le genre sur ce plan au Québec constituent une tendance lourde observée également à l'échelle de l'Occident. Toutefois, au Québec, le contraste selon les genres est l'un des plus importants des pays de l'OCDE (MELS, 2013). Au Canada, l'écart entre les filles et les garçons est moins accentué qu'au Québec. Ainsi, en 2011, le rapport entre le taux de décrochage des garçons comparativement à celui des filles au Canada était de 1,64 supérieur chez les garçons comparativement à 1,90 au Québec. Cependant, la situation en Ontario était similaire à celle du Québec, soit un rapport de 1,82.

Sur le plan du taux de décrochage, la situation globale des garçons tend à s'améliorer. Selon les données du MSSS (2011), de 1999-2000 à 2008-2009, au Québec, le taux de décrochage au secondaire du réseau public chez les garçons a diminué de 5,2 points de pourcentage, passant de 31,3 % en 1999-2000 à 26,1 % en 2008-2009 ; pendant la même période, il a diminué de 1,3% chez les filles, passant de 17,8 % à 16,5 %. Plus récemment, pour l'année 2010-2011, le quart des garçons (24,4 %) comparativement à 15,6 % des filles, avaient abandonné leurs études secondaires (Pica *et al.*, 2013). Soulignons qu'en 2010-2011, 20,1 % des garçons comparativement à 12,6 % des filles, ayant quitté le système scolaire québécois, ne possédaient pas de préparation professionnelle ou technique spécifique pour leur intégration au marché du travail (MELS, 2013).

Parallèlement, si l'on considère les jeunes de 15 à 29 ans n'étant ni aux études, ni en emploi et ni en formation en 2012, les jeunes hommes sont, en proportion, plus nombreux que les jeunes femmes à appartenir à cette catégorie (15 % c. 12 %). En 1996, c'était la situation inverse qui était observée : 18 % des jeunes hommes comparativement à 21 % des jeunes filles n'étaient ni aux études, ni en emploi et ni en formation (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

Enfin, dès la maternelle, les garçons sont plus nombreux, en proportion, à présenter des indices de vulnérabilité que les filles sur le plan de leur développement. Ainsi, selon l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle*, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec auprès de 64 989 enfants et 3 969 enseignants dans toutes les régions du Québec (Simard, Tremblay, Lavoie et Audet, 2013), le tiers

des garçons (32,6 %) sont qualifiés de « vulnérables » selon un instrument de mesure⁹ pour au moins un des cinq domaines de développement considérés dans l'enquête comparativement à 18,5 % des filles. Les écarts les plus manifestes entre les garçons et les filles se retrouvent sur le plan de la maturité affective et des compétences sociales, tel que l'illustre le tableau 1.

Tableau 1- Proportion d'enfants à la maternelle vulnérables par domaine et dans au moins un domaine de développement, selon le sexe, Québec, 2012

DOMAINES	Total %	GARÇONS %	FILLES %
Santé physique et bien-être	9,5	11,8	7,2
Compétences sociales	9,0	13,0	5,0
Maturité affective	9,7	15,1	4,2
Développement cognitif et langagier	10,0	11,9	8,0
Habiletés de communication et connaissances générales	10,8	13,5	8,1
Au moins un domaine de développement	25,6	32,6	18,5

Source : Simard, M., Tremblay, M.-E., Lavoie, A. et Audet, N. (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 63, tableau C.4.1. Compilation spéciale.

DISCUSSION

En ce qui a trait à l'enseignement post-secondaire, la tendance est à un élargissement du fossé entre les hommes et les femmes, ces dernières étant, en proportion, plus nombreuses à obtenir un diplôme. Une récente étude de Statistique Canada (2013) mentionne que, pour une première fois, en 2011, autant de femmes que d'hommes au Canada obtiennent un diplôme post-secondaire (63,8 % pour les hommes comparativement à 64,8 % pour les femmes).

Mais, plus significatif encore, l'écart chez les jeunes âgés de 25 à 34 ans est nettement plus important. Ainsi 40,9 % des hommes ont atteint le baccalauréat comparativement à 59,1 % des femmes (Statistique Canada, 2013). Sur le plan générationnel, il est intéressant de souligner qu'à l'extrémité de la pyramide des âges, soit chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on observe plutôt la situation inverse, la proportion des hommes ayant un diplôme d'études universitaires en 2010-2011 est plus élevée que celle des femmes du même groupe d'âge (21,6 % c. 13,8 %) (Lecours, Murphy, Dubé et Godbout, 2013). La tendance observée quant à la plus grande proportion de femmes obtenant un diplôme universitaire pourrait se

⁹ Instrument de mesure du développement de la petite enfance. Cet instrument a été conçu par M. Janus et D.R. Offord du Offord Centre for Child Studies (OCCS) de l'Université McMaster.

poursuivre, voire s'accroître dans le temps si l'on prête une attention à ce qui s'observe en amont. Ainsi, au collégial, le taux d'accès aux études préuniversitaires en 2010-2011 était de 36,7 % chez les garçons comparativement à 52,0 % chez les filles (MELS, 2013). Sur un plan évolutif, de 1984-1985 à 2010-2011, l'accès à l'université pour un baccalauréat a progressé près de trois fois moins rapidement chez les garçons, soit une augmentation de 7,7 % au cours de cette période comparativement à une majoration de 20,7 % chez les filles (MELS, 2013).

Même si, récemment, il est observé une diminution du taux de décrochage des garçons au secondaire (MSSS, 2011), l'écart entre les filles et les garçons quant au taux de diplomation au niveau collégial, tendrait à progresser dans le temps, les filles présentant un taux de diplomation plus élevé (MELS, 2013). En comparant les données du présent rapport avec celles présentées dans le rapport sur la santé des hommes au Québec de 2005, on observe des tendances similaires qui ont simplement progressé dans le temps, à l'exception de la réduction de l'écart au secondaire entre les garçons et les filles quant au taux de décrochage scolaire (MSSS, 2011). Enfin, il est à noter que, dès la maternelle, les garçons sont plus vulnérables par rapport aux filles quant à différents domaines de développement.

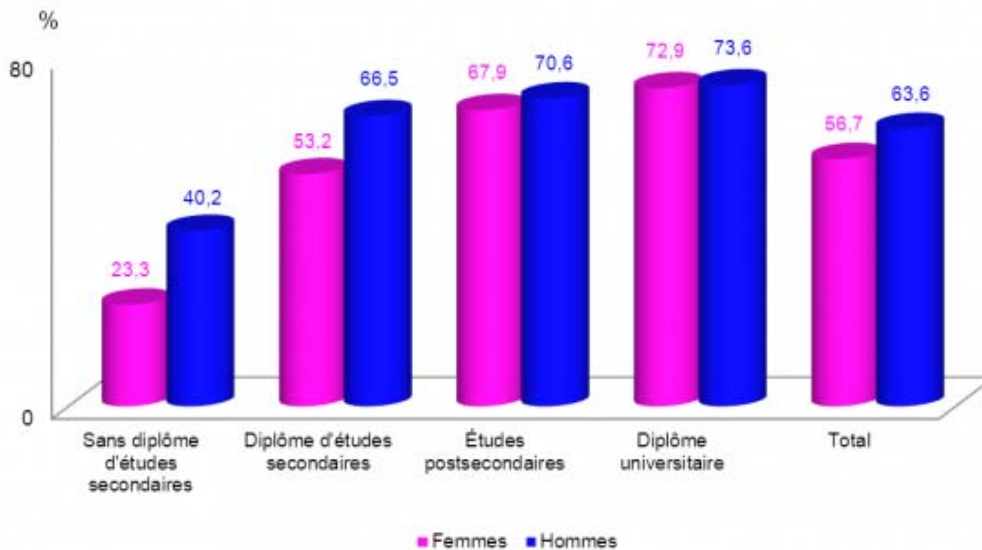
1.2.2 Taux d'emploi, d'activité et de chômage

Abordons d'entrée de jeu la situation globale des hommes en comparaison avec celles des femmes sur trois indicateurs relatifs à l'emploi et au taux d'activité tel que le font Joanis *et al.* (2013). Au Québec, en 2011 :

- Le taux d'emploi était de 56,7 % pour les femmes et de 63,6 % chez les hommes.
- Le taux d'activité était de 61,0 % pour les femmes et de 69,5 % pour les hommes.
- Le taux de chômage était de 7,6 % pour les femmes et de 8,0 % pour les hommes.

En 2011, les hommes présentent un taux d'emploi supérieur à celui des femmes, tous niveaux d'études confondus. L'écart le plus important entre les sexes lorsqu'on examine le taux d'emploi relativement au niveau de scolarité atteint, touche les personnes sans diplôme d'études secondaires, pour qui le taux affiché par les hommes est 1,7 fois supérieur à celui des femmes (40,2 % c. 23,3 %). Par ailleurs, les hommes et les femmes ayant un diplôme universitaire ont un taux d'emploi quasi similaire (73,6 % c. 72,9 %) (MSSS, 2011).

Figure 5- Taux d'emploi selon le niveau d'études atteint et selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2011



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la population active 2011*. Tiré de *l'Annuaire québécois des statistiques du travail – Portrait des principaux indicateurs du marché et des conditions de travail, 2001-2011*, 8 (1), Institut de la statistique du Québec, p. 125 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec.

Par ailleurs, si, globalement, les hommes enregistrent un taux d'emploi supérieur à celui des femmes, la tendance semble s'inverser chez les jeunes de 15 à 29 ans depuis la récession de 2009 (Institut de la statistique du Québec, 2014a). C'est ainsi qu'en 2012, le taux d'emploi des jeunes hommes de ce groupe d'âge était de 64 % comparativement à 66 % chez les jeunes femmes du même groupe d'âge (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

En distinguant les emplois à temps plein et à temps partiel, les données révèlent qu'en 2011, les hommes occupaient en plus grand nombre que les femmes des emplois à temps plein (écart de 10,3%). A contrario, la proportion des emplois à temps partiel occupés par des femmes était plus élevée que celle des hommes, soit le double (MSSS, 2011).

Pour sa part, le taux d'activité suit, pour l'essentiel, la même tendance que celle du taux d'emploi. C'est ainsi que, sur une période de 34 ans, le taux d'activité des femmes a progressé considérablement passant de 41,4 % en 1976 à 61,0 % en 2010 alors que, chez les hommes, on assiste pour la même période à une légère diminution, soit un taux de 76,7 % en 1976 et un taux de 69,5 % en 2010 (Joanis *et al.*, 2013).

Tableau 2- Taux d'activité ⁽¹⁰⁾ selon le sexe et l'âge, 1976 et 2011, Québec

Groupe d'âge	1976		2011	
	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)
15 à 24 ans	54,5	65,0	67,1	66,1
25 à 44 ans	48,4	94,6	84,8	90,5
45 à 64 ans	32,9	83,7	68,3	77,1
65 ans et plus	4,1	13,4	5,1	13,6
Taux global	41,4	76,7	61,0	69,5

Source : Joanis, M., Godbout, L., et Duclos, J.-Y. (2013). *Le Québec économique 2012 : Le point sur le revenu des Québécois*. Québec : Presses Université Laval., tableau t/2012-f9-5.

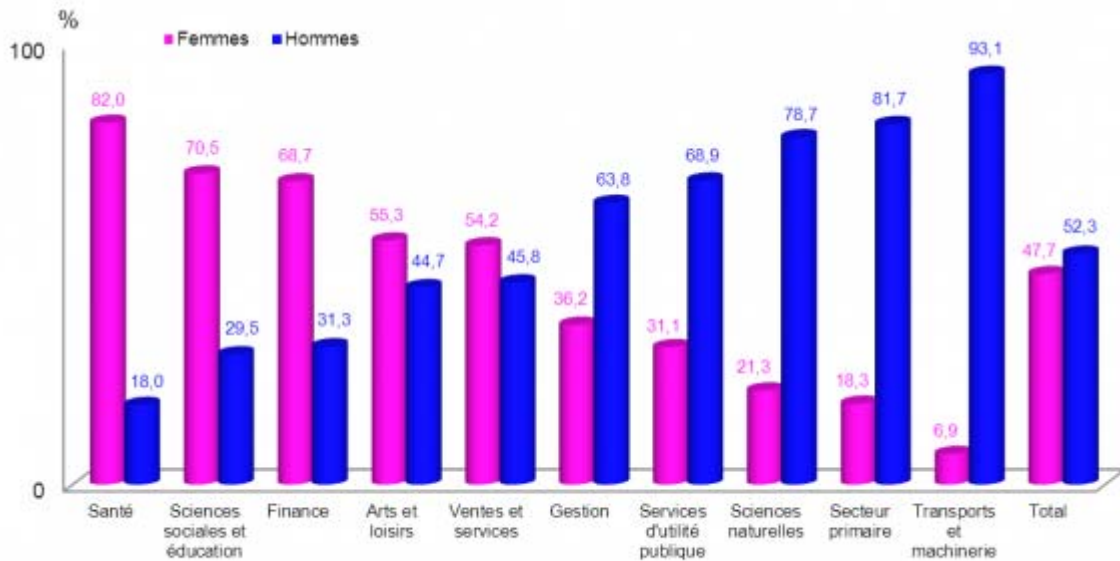
À la lecture du tableau 2, on peut constater une véritable métamorphose générationnelle tendant vers une forme d'égalité du taux d'activité selon le sexe. Surtout parmi la population adulte pour qui le taux d'activité des femmes a progressé 1,5 fois en 34 ans alors qu'il a légèrement fléchi chez les hommes pour la même période.

Dernier élément : le taux de chômage. Entre 2001 et 2011, à l'exception du groupe des 55 ans et plus, on constate une augmentation de l'écart du taux de chômage entre les sexes, celui des femmes étant progressivement inférieur à celui des hommes (MSSS, 2011). Chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, en 2012, le taux de chômage était de 13,1 % chez les jeunes hommes et de 9,5 % chez les jeunes femmes, soit une fois et demie plus élevé chez les garçons (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

Avant d'examiner la question du revenu selon le sexe, portons notre attention sur les caractéristiques de l'emploi ainsi que sur le ratio temps plein/temps partiel selon le sexe.

¹⁰ Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui fait partie de la population active. Le taux d'activité d'un groupe en particulier (ex. : femmes de 25 ans et plus) est exprimé en pourcentage de la population totale du groupe en question. La population active est la population de 15 ans et plus, à l'exception des pensionnaires d'établissement, qui est présente sur le marché du travail la semaine du 15e jour du mois précédant le jour du recensement. On classe les répondants en tant que personnes occupées (en emploi) ou en chômage. Le reste de la population en âge de travailler est alors considérée comme inactive.

Figure 6- Proportion des emplois occupés ⁽¹¹⁾, selon la catégorie professionnelle ⁽¹²⁾ et selon le sexe, Québec, 2011



Source : Base de données CANSIM, Statistique Canada. Données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, 16 janvier 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

En 2011, au Québec, 52,3 % des emplois sont occupés par des hommes, toutes catégories professionnelles confondues. Si les femmes se trouvent en forte majorité dans les secteurs de la santé, des sciences sociales et de l'éducation, et de la finance, par ailleurs, les transports et la machinerie, le secteur primaire, les sciences naturelles, les services d'utilité publique de même que le secteur de la gestion sont des secteurs à plus fortes concentrations masculines. Notamment, celui des transports et de la machinerie, la proportion des hommes y est 13 fois plus élevée que celle des femmes. Il serait intéressant d'examiner l'évolution structurelle des emplois selon le sexe et de la comparer à celle de la scolarité, notamment à l'enseignement supérieur, afin de dégager des tendances quant à la réalité de l'emploi selon le sexe. Les recherches récentes que nous avons consultées n'offrent pas de telles comparaisons.

Au Québec, en 2011, 80,8% des emplois occupés sont des emplois à temps plein. Chez les hommes, ce taux est de 87,0 % comparativement à 73,8 % chez les femmes. Ces

¹¹ Sur la base de moyennes annuelles.

¹² Sciences sociales et éducation : Sciences sociales, enseignement, administration publique et religion. Finance : Affaires, finance et administration. Arts et loisirs : Arts, culture, sports et loisirs. Services d'utilité publique : Transformation, fabrication et services d'utilité publique. Sciences naturelles : Sciences naturelles et appliquées et professions apparentées. Transports et machinerie : Métiers, transports et machinerie.

dernières sont deux fois plus nombreuses, en proportion, à occuper des emplois à temps partiel, soit 26,2 % comparativement à 13,0 % chez les hommes¹³. Depuis, 2001, il n'y a pas eu de modifications notables à ce titre selon le sexe (MSSS, 2011).

DISCUSSION

Bien que, de manière générale, les hommes maintiennent un taux d'emploi supérieur à celui des femmes, l'écart entre les sexes s'est réduit considérablement en vingt ans. Ainsi, le taux d'emploi chez les femmes est passé de 48,6 % en 1989 pour atteindre 56,7 % en 2009. Chez les hommes, il a accusé une baisse, passant de 68,0 % en 1989 à 62,7 % en 2009. De plus, les femmes rejoignent progressivement les hommes quant au nombre d'emplois détenus sur le marché du travail; de fait, la part féminine de l'emploi total s'est accrue de 42,9 % à 48,2 %, de 1989 à 2009. Enfin, en excluant le travail autonome, le taux des femmes occupant un emploi salarié en 2009 dépasse celui des hommes (MES, 2010). Ajoutons à ces considérations que, chez les nouvelles générations (15-29 ans), le taux d'emploi est désormais légèrement supérieur chez les jeunes femmes à celui enregistré chez les jeunes hommes (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

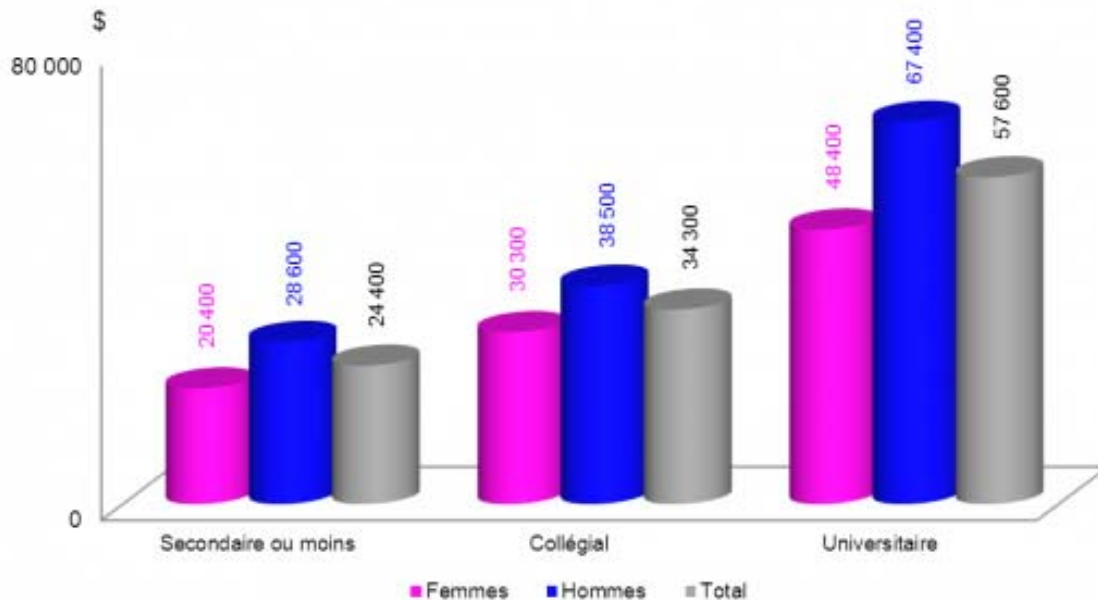
La comparaison des données du présent rapport et celles du rapport sur la santé des hommes au Québec de 2005 permet de constater que le taux d'emploi des femmes a progressé plus rapidement que celui des hommes (MES, 2010).

1.2.3 Revenu et pauvreté

Selon une enquête de Statistique Canada, le revenu disponible moyen des femmes a doublé entre 1980 et 2010 alors que celui des hommes est demeuré stable pendant la même période (Institut de la statistique du Québec, 2013b). Malgré cette progression chez les femmes, de manière générale, elles ont toujours un revenu moyen inférieur à celui des hommes en 2010. Les prochaines figures et le tableau 2 permettent de mieux mesurer l'importance de cet écart de revenu selon le sexe.

¹³ Données calculées par les auteurs à partir des deux figures sous la rubrique « Évolution du travail à temps plein et à temps partiel, selon le sexe », du MSSS (2011).

Figure 7- Revenu d'emploi, selon le niveau de scolarité et selon le sexe, personnes de 16 ans et plus ayant un emploi, Québec, 2009



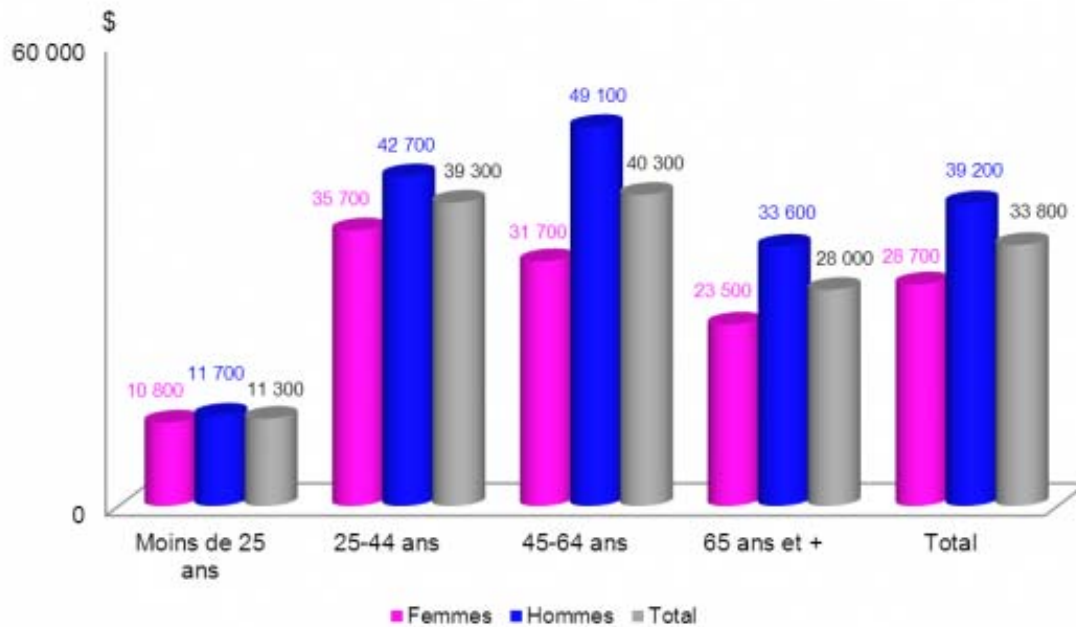
Source: *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu* et *Enquête sur les finances des consommateurs*, Statistique Canada. Données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, 20 mars 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011) *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

C'est connu dans la littérature scientifique: le niveau de scolarité a une incidence sur le revenu d'emploi des hommes et des femmes. En général, les personnes ayant complété un plus grand nombre d'années d'études ont un meilleur revenu d'emploi. Cela dit, on observe un écart important entre le revenu d'emploi des hommes qui est plus élevé que celui des femmes, quel que soit le niveau de scolarité. Cet écart entre les sexes varie très peu selon le niveau de scolarité, le revenu d'emploi des hommes étant entre 1,3 et 1,4 fois plus élevé que celui des femmes. Cependant, l'écart de revenus entre les sexes est deux fois plus élevé dans le groupe des diplômés universitaires (écart de revenus de 19,000 \$ comparativement à 8,200 \$ pour les autres niveaux de scolarité). Par ailleurs, c'est chez les diplômés universitaires que l'on retrouve le moins d'écart en 2013 sur le plan de la rémunération horaire, soit 31,68 \$ chez les hommes et 28,24 \$ chez les femmes (Cloutier-Villeneuve, 2014). C'est dans le groupe des personnes ayant une scolarité d'études secondaires partielles que l'écart est le plus manifeste entre les hommes et les femmes quant à la rémunération horaire, soit 18,7 \$ pour les hommes comparativement à 13,83 \$ chez les femmes (Cloutier-Villeneuve, 2014).

Tel que l'illustre la figure 8, les hommes ont un revenu d'emploi supérieur à celui des femmes quel que soit l'âge. Soulignons que les données de cette figure traduisent une coupure générationnelle sur le plan de l'écart de revenus entre les hommes et les

femmes. Ainsi, on observe l'écart le plus important entre les sexes dans les groupes d'âge de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus, pour qui le revenu d'emploi des hommes est plus de 1,4 fois supérieur à celui des femmes.

Figure 8- Revenu d'emploi, selon le groupe d'âge et selon le sexe, personnes de 16 ans et plus ayant un revenu d'emploi, Québec, 2009

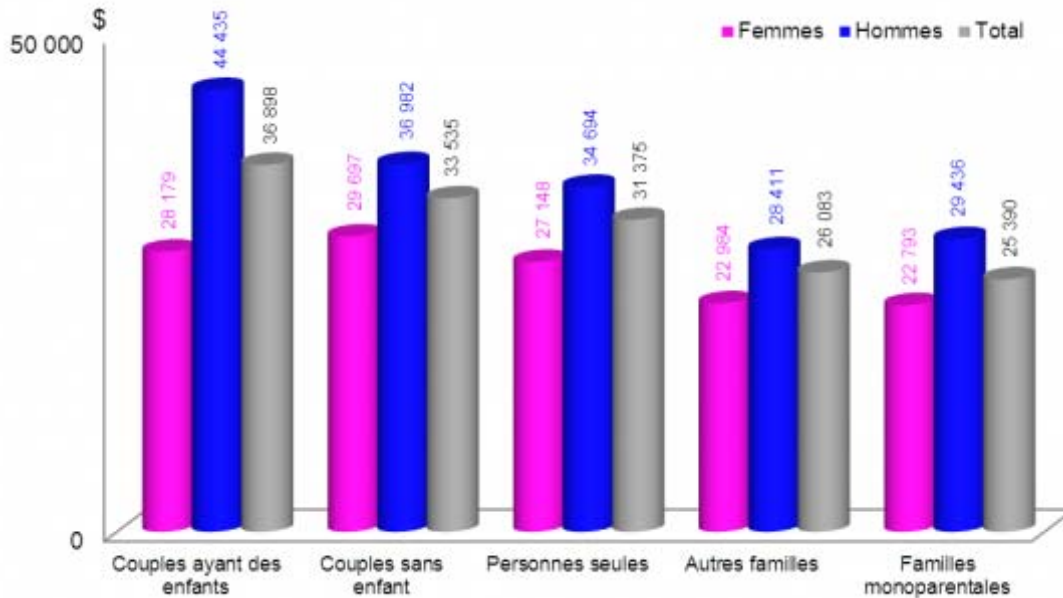


Source: *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu*, Statistique Canada. Données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, 20 mars 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

En prenant cette fois-ci la rémunération horaire, on observe le même clivage générationnel, c'est-à-dire que l'écart entre les hommes et les femmes progresse avec l'âge. Ainsi, le taux horaire est plus élevé de 1,25 \$ chez les hommes de 15 à 24 ans comparativement aux femmes du même groupe d'âge et la différence augmente à 4,55 \$ de l'heure dans le groupe des 55 ans et plus (Cloutier-Villeneuve, 2014).

La figure 9 présente les revenus d'emploi en 2007 chez les hommes et les femmes selon les types de famille. L'écart de revenu le plus marqué entre les deux sexes loge chez les couples ayant des enfants. Pour ces familles, le revenu annuel d'emploi des hommes est 44 435\$ comparativement à 28 179\$ chez les femmes (soit de 57,7 % plus élevé pour les hommes). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que dans ce type de famille, les femmes sont les plus nombreuses à réduire leurs heures de travail pour pouvoir s'occuper des enfants.

Figure 9- Revenu d'emploi, selon le type de famille et selon le sexe, Québec, personnes de 16 ans et plus ayant un revenu d'emploi, 2007



Source : *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu*, Statistique Canada.
 Données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, 4 mars 2011 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011.
Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe. Québec : Gouvernement du Québec).

En 2010, le revenu disponible moyen des hommes de 16 ans et plus était supérieur de 29,1 % de celui des femmes (Crespo et Rheault, 2013). Le prochain tableau rend compte des différences entre les sexes selon l'âge.

Tableau 3- Revenu disponible ⁽¹⁴⁾ moyen en dollars constants de 2010 selon le sexe, personnes de 16 ans et plus, Québec, 1980 et 2010

Groupe d'âge	1980		2010	
	Femmes (\$)	Hommes (\$)	Femmes (\$)	Hommes (\$)
16 à 24 ans	10 700	12 900	11 300	11 300
25 à 44 ans	16 300	38 500	32 500	35 100
45 à 64 ans	11 900	41 400	26 100	39 400
65 ans et plus	13 400	21 900	20 900	29 700
Total	13 500	31 300	25 100	32 400

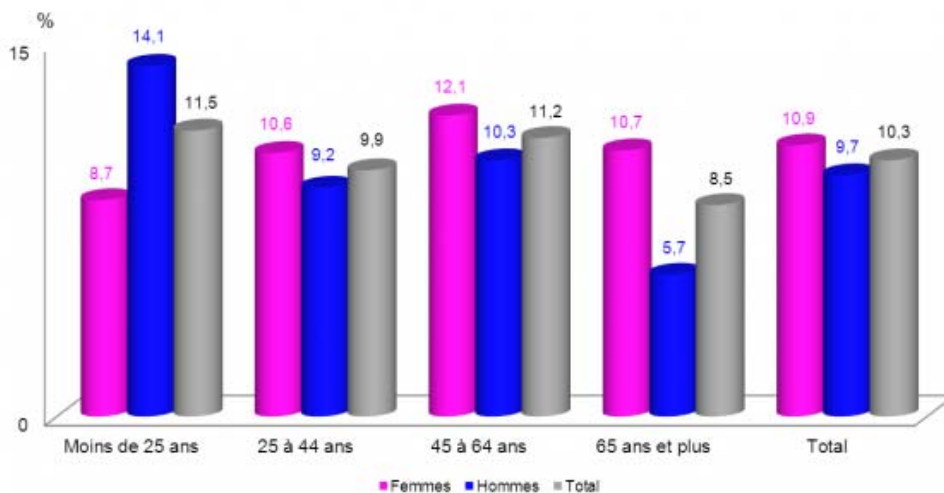
Source : Crespo, S., et Rheault, S. (2013). Le revenu des ménages et des individus au Québec. Dans M. Joanis, L. Godbout et J.-Y. Duclos (dir.). *Le Québec économique 2012 : Le point sur le revenu des Québécois* (p. 139 - 162). Québec : PU, tableau t/2012-c5-2.

¹⁴ C'est le revenu disponible après impôts.

À l’instar du taux d’activité selon le sexe (pour plus de détails, consulter le tableau 2), on enregistre sur le plan de l’évolution du revenu annuel disponible moyen des différences appréciables entre les hommes et les femmes (tableau 3). C’est ainsi qu’en trente ans, ce revenu en dollars constants chez les femmes a presque doublé (passant de 13 500\$ à 25 100\$) tandis que celui des hommes est demeuré relativement stable. Par ailleurs, l’examen du revenu annuel moyen disponible pour 2010 uniquement révèle un clivage générationnel selon le sexe. Tout d’abord, chez les hommes et les femmes de 16 à 44 ans, les données indiquent une relative égalité de ce revenu grâce au rattrapage historique chez les femmes âgées de 25 à 44 ans. Chez les personnes de 45 ans et plus, on ne peut parler d’égalité de revenu entre les hommes et les femmes. Toutefois, la situation des femmes de cet âge s’est améliorée entre 1980 et 2010 (Crespo et Rheault, 2013).

En complément, si l’on compare le revenu disponible moyen des familles monoparentales selon le sexe en 2010, il appert que, lorsque le parent est un homme, il gagne 55 200 \$ comparativement à 40 800 \$ pour une femme, soit un revenu de 1,35 supérieur (Joanis *et al.*, 2013). Depuis 1980, à l’encontre des tendances observées en général, l’écart de revenu s’est accentué entre les hommes et les femmes monoparentaux en faveur des premiers. C’est ainsi qu’en dollars constants de 2010, les hommes chefs de famille monoparentale gagnaient en 1980, 33 500 \$ comparativement aux cheffes de famille monoparentale qui totalisaient 30 100 \$ de revenus disponibles (Joanis *et al.*, 2013).

Figure 10- Taux de faible revenu ⁽¹⁵⁾, selon l’âge et selon le sexe, Québec, 2009



Source : *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu*, Statistique Canada. Données compilées par l’Institut de la statistique du Québec, 20 mars 2012 (MSSS, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

¹⁵ Revenu après impôt, basé sur la mesure de faible revenu (MFR), laquelle correspond à la demie du revenu médian au Québec.

En 2009, le dixième de la population québécoise a un revenu inférieur ou équivalent au seuil de faible revenu (figure 10). Chez les hommes, le taux de faible revenu est de 9,7 % comparativement à 10,9 % chez les femmes. Chez les moins de 25 ans, la différence entre les sexes est de taille : un taux de faible revenu de 14,1 % chez les hommes comparativement à 8,7 % chez les femmes, soit un écart de 1,6 fois supérieur. Ces derniers résultats portant chez les jeunes mériteraient un examen plus approfondi, notamment sous l'angle de la scolarité et du décrochage scolaire selon le sexe.

Le taux de faible revenu en 2009 est légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes qui vivent en région rurale (7,8 % c. 5,6 %) et chez les hommes célibataires jamais mariés (15,1 c. 13,6 %). À l'inverse, le taux de faible revenu est légèrement plus bas chez les hommes qui vivent dans des agglomérations de 30 000 à 99 999 habitants (5,1 % c. 9,8 %) et qui sont séparés (18,0 % c. 19,4 %) (Boccanfuso, 2013).

DISCUSSION

Dans le temps, on assiste à une progression significative du taux d'emploi des femmes. Aussi, depuis le début des années 2 000, la croissance annuelle du taux horaire des femmes a été supérieure à celle des hommes (Cloutier-Villeneuve, 2014). De plus, les nouvelles générations inscrivent de moins en moins d'inégalités de revenus selon le sexe (Cloutier-Villeneuve, 2014 ; MSSS, 2011). Par exemple, si le revenu moyen de travail des hommes est supérieur à celui des femmes, c'est la situation inverse qui est observée chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans (Duclos, 2013). Enfin, depuis 2011, la proportion des hommes actifs sur le marché du travail et détenant un diplôme universitaire est inférieure depuis 2011 à celle des femmes actives (Duclos, 2013).

La conjugaison de ces facteurs, en plus de certaines politiques gouvernementales, telles que l'équité salariale, l'équité en emploi et les services de garde à 7 \$, a contribué à améliorer la situation économique des femmes et, par le fait même, à les éloigner de la pauvreté si bien qu'on enregistre, à ce titre, une tendance à l'égalité selon le sexe. Ainsi, en utilisant pour 2009 le taux de faible revenu établi selon la mesure du panier à consommation (MPC), on obtient un taux de 9,4 % chez les hommes et de 9,0 % chez les femmes (Boccanfuso, 2013, p.368). Si l'on compare ces résultats avec ceux du rapport sur la santé des hommes québécois qui chiffrait à 10 % le taux de faible revenu chez les hommes comparativement à 13 % chez les femmes (Bergeron et Cloutier, 2005, p. 34), on peut constater une relative amélioration de la situation des femmes quant à la pauvreté. Par ailleurs, certaines catégories d'hommes apparaissent plus vulnérables au regard de la pauvreté : les hommes ayant été en

chômage une partie de l'année et étant inactifs le reste du temps (Boccanfuso, 2013) et les jeunes hommes de 15 à 24 ans. C'est le seul groupe d'âge chez les hommes dont la proportion ayant un faible revenu soit plus élevée que celle des femmes (MSSS, 2011).

Depuis le début des années 1980, les inégalités de revenus sont croissantes, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, au Canada, entre 1980 et 2007, le coefficient de Gini, servant à mesurer les inégalités de revenus, s'est accru de 15 % (Duclos, 2013). Certains groupes sont donc plus vulnérables au regard de la pauvreté. Chez les hommes, deux catégories méritent une attention particulière : le groupe d'hommes ayant été en chômage une partie de l'année et inactifs le reste du temps et le groupe d'hommes de moins de 25 ans. Concernant les hommes du premier groupe, ceux-ci avaient en 2009 un taux de faible revenu de 41,0 % comparativement à 15,9 % chez les femmes, soit un écart de 25,1 points de pourcentage, ce qui est appréciable, en plus d'enregistrer un taux de faible revenu quatre fois supérieur à celui des autres hommes (Boccanfuso, 2013). Concernant les jeunes hommes de moins de 25 ans, c'est le seul groupe d'âge d'hommes dont le taux de faible revenu soit plus élevé que celui des femmes (MSSS, 2011).

1.3 Liens sociaux¹⁶

Cette rubrique comprend les thèmes suivants : la composition des familles et des ménages, le soutien social et la violence.

1.3.1 Composition des familles et des ménages

Cette partie comprend l'état matrimonial et les ménages familiaux et non-familiaux. À la faveur d'études récentes, un bref portrait statistique de l'engagement des pères est également présenté ainsi qu'un profil des couples de même sexe. Dans un premier temps, l'attention est portée sur l'état matrimonial de fait.

1.3.1.1 État matrimonial

Le tableau suivant brosse un tableau de l'état matrimonial des hommes et des femmes.

¹⁶ « Les liens sociaux sont ces formes de relations qui lient l'individu à des groupes sociaux et à la société, qui lui permettent de se socialiser, de s'intégrer à la société et d'en tirer les éléments de son identité » (Akoun, 1999, p. 307). Le présent rapport se limite à la composition des familles et des ménages, au soutien social et à la violence.

Tableau 4- Répartition des hommes et des femmes selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 2011

CATEGORIES	%	%	%
	Hommes	Femmes	Total
Mariage	36,4 %	34,5 %	35,4 %
Union libre	21,6 %	20,3 %	20,9 %
Célibat	32,2 %	26,3 %	29,2 %
Séparation	1,4 %	1,7 %	1,6 %
Divorce	5,8 %	8,1 %	7,0 %
Veuvage	2,4 %	9,1 %	5,8 %
Total	100 %	100 %	100 %

Sources : Statistique Canada, Recensement de 2011, compilation de l'Institut de la statistique du Québec.
http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/recens2011_reg/index.html.

En 2011, au Québec, environ six hommes sur 10 (58 %) vivent en couple (mariage et union libre combinés). La proportion des hommes célibataires est plus élevée que celle des femmes tandis que l'on trouve une plus grande proportion de femmes en situation de séparation, de divorce ou de veuvage.

1.3.1.2 Ménages familiaux et non-familiaux

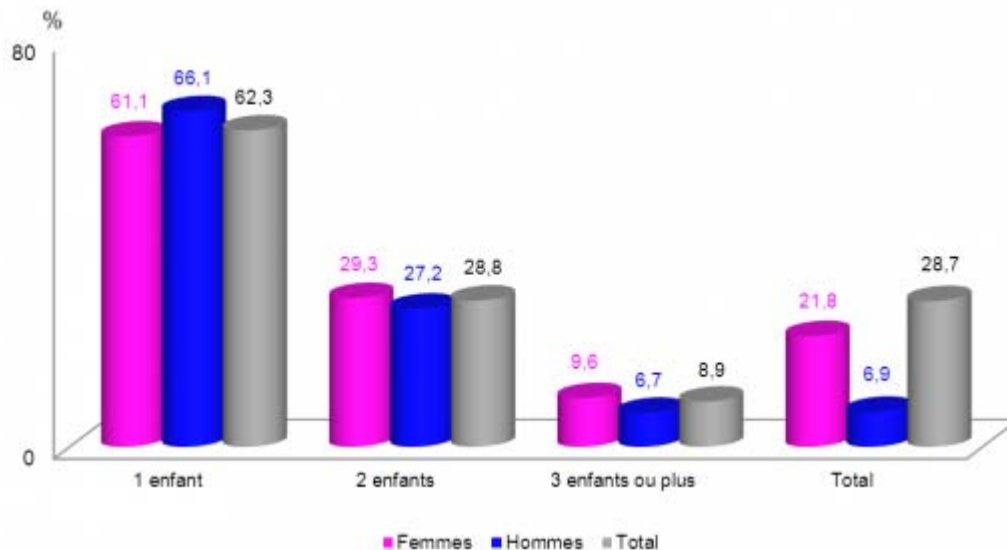
Concernant les ménages familiaux et non-familiaux, trois questions ont retenu l'attention : d'une manière plus spécifique, les hommes chefs de familles monoparentales et, plus globalement, l'engagement paternel, et les hommes vivant seuls.

En 2006, au Québec, les familles monoparentales comptent pour 16,6 % des familles de recensement¹⁷ et 27,8 % des familles ayant des enfants. Les hommes composent le cinquième (20,3 %) des familles monoparentales (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011). Par ailleurs, dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* (Pica *et al.*, 2012), il est rapporté que 14 % des élèves vivent en famille monoparentale. L'enquête mentionne également que la majorité des élèves du secondaire (62 %) habitent avec leurs deux parents biologiques ou adoptifs (famille biparentale), le dixième environ (11 %) vit en garde partagée avec chacun des parents, une proportion similaire (11%) vit habituellement avec un seul parent et son

¹⁷ Au sens du recensement, une famille de recensement fait partie des ménages privés. Elle comprend les conjoints (de sexe opposé ou de même sexe), mariés (y compris ceux de même sexe depuis le recensement de 2006) ou en union libre (de sexe opposé, ou de même sexe depuis le recensement de 2001), avec ou sans enfants, les parents seuls qui ont la charge d'enfants et les enfants (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011).

conjoint ou sa conjointe (famille reconstituée), enfin 1,6 % des jeunes se trouvent dans d'autres situations (famille ou foyer d'accueil; tutorat; colocation; seul; etc.). La figure 11 trace un portrait des familles monoparentales selon le sexe du parent et selon le nombre d'enfants.

Figure 11- Proportion de familles monoparentales, selon le nombre d'enfants à la maison et selon le sexe du parent, Québec, 2011



Source : Recensement de la population de 2011, Statistique Canada. Mise à jour de l'indicateur le 15 juin 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Selon le Conseil de la famille et de l'enfance (2008), un père de famille monoparentale sur trois n'a pas de diplôme secondaire, ce qui constitue selon la littérature scientifique un facteur de vulnérabilité sociale et économique certain.

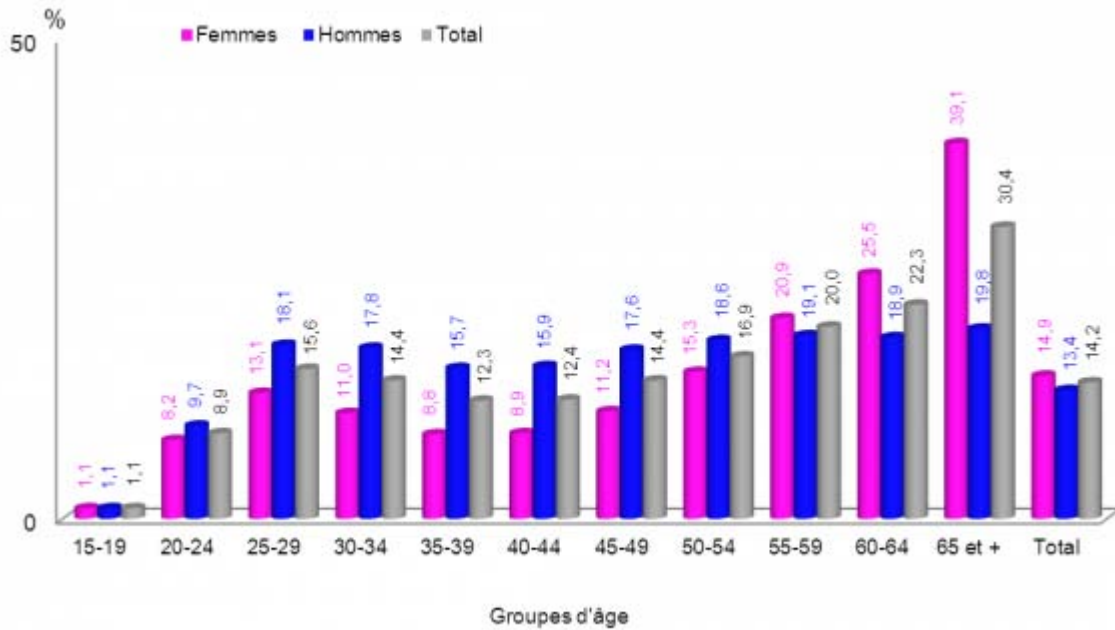
Relativement à l'engagement des pères, les travaux de Pronovost (2008) sur le temps parental révèlent que les pères, en 2005, consacrent chaque semaine un temps significatif à la plupart, sinon à l'ensemble des responsabilités familiales. Le temps interactif avec les enfants vient en tête de liste, mais autant de temps est consacré aux travaux ménagers et aux achats et aux services mis ensemble. Ces dernières activités mobilisent les trois quarts du temps total consacré aux enfants par les pères, soit 20 heures par semaine.

Au Québec, comme ailleurs en Occident, la proportion de personnes vivant seules a progressé d'une manière constante depuis 30 ans. C'est ainsi qu'au Québec, en 1981, 8,7 % de la population de 15 ans et plus vivait seule. Trente ans plus tard, en 2011, la proportion s'élève à 14,2 %. Tant chez les hommes que chez les femmes, on note une augmentation de la proportion des personnes vivant seules. Cependant, la progression semble plus prononcée chez les hommes. De fait, de 1981 à 2011, la

proportion d'hommes de 15 ans et plus, vivant seuls, a presque doublé (7,4 % c. 13,4 %) alors que chez les femmes, l'augmentation enregistrée est de 1,5 fois (9,9 % c. 14,9 % en 2011).

Comme l'illustre la figure 12, à l'âge adulte (30-49 ans), les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à vivre seuls alors qu'à compter de 55 ans, la situation s'inverse selon le sexe. C'est à compter de 65 ans que l'écart entre les hommes et les femmes est le plus significatif : la proportion d'hommes vivant seuls est la moitié de celle des femmes pour le même groupe d'âge (19,8 % c. 39,1 %).

Figure 12- Proportion de la population de 15 ans et plus vivant seule, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2011



Source : Recensement de la population de 2011, Statistique Canada. Mise à jour de l'indicateur le 15 juin 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

S'il est relativement aisé d'expliquer l'écart entre les hommes et les femmes quant aux proportions respectives de personnes vivant seules à compter de 65 ans par l'espérance de vie plus élevée chez les femmes, la tâche est plus complexe en ce qui a trait à la surreprésentation des hommes à ce titre chez les moins de 65 ans. Notons, par ailleurs, que les écarts enregistrés ne sont pas aussi importants que celui noté chez le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus. Néanmoins, les écarts varient de 1,5 % chez les 20-24 ans pour atteindre 7,0 % parmi les 40 à 44 ans.

1.3.1.3 Couples de même sexe

La moitié des couples de même sexe (56,5%) sont masculins et la majorité d'entre eux vit en union libre, soit 79,8 % (MSSS, 2011).

La très grande majorité des couples masculins de même sexe (97,0 %) n'ont pas d'enfant. Ils sont proportionnellement moins nombreux que les couples féminins de même sexe à avoir des enfants tant chez les couples mariés (4,5 % c.18,7 %) que chez les couples en union libre (2,6 % c. 12,4 %) (MSSS, 2011).

La recherche de Chamberland, Beaulieu-Prévost, Julien, N'Bouke, A. et De Pierrepont (2011) dresse un portrait sociodémographique et de santé différencié selon les sexes des populations lesbiennes, gaies et bisexuelles au Québec¹⁸. Signalons les constats empiriques suivants de l'étude sur le plan sociodémographique en limitant la comparaison à celle des hommes hétérosexuels et des hommes homosexuels.

Tableau 5- Répartition des hommes se déclarant hétérosexuels ou homosexuels selon diverses caractéristiques sociodémographiques, hommes âgés de 18 à 59 ans, Québec, 2005 à 2009

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	Hommes se déclarant hétérosexuel (%)	Hommes se déclarant homosexuel (%)
Groupe d'âge	100,0	100,0
18-24 ans	15,4	9,1
25-34 ans	23,2	21,9
35-44 ans	24,2	26,2
45-59 ans	37,3	42,9
État matrimonial	100,0	100,0
Marié/union libre	61,7	37,0
Veuf/séparé/divorcé	7,3	4,3
Célibataire	31,0	58,6
Présence du conjoint	100,0	100,0
Pas de conjoint dans le ménage	42,3	66,4
Avec conjoint ou partenaire	57,7	33,6
Présence d'enfants (- 12 ans)	100,0	100,0
Au moins un enfant	25,7	2,0
Aucun enfant	74,3	98,0

Source : Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouke, A., et De Pierrepont, C., (2011). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGBT au Québec – Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Montréal : UQAM, Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, p.56, extraits du tableau 7

¹⁸ L'étude a été réalisée à partir d'analyses secondaires des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une enquête de Statistique Canada qui vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de santé de la population canadienne.

L'examen du tableau 5 permet de constater que, sur le plan matrimonial, les hommes hétérosexuels et les gais accusent des différences parfois appréciables. Pour l'essentiel, les gais sont davantage inscrits dans une logique « célibataire » (six gais sur 10), vivant majoritairement sans conjoint (les deux tiers) et ayant rarement des enfants de moins de douze ans (à peine 2 % comparativement au quart des hétérosexuels masculins).

DISCUSSION

Trois dimensions du portrait des hommes à partir de la composition des familles et des ménages méritent un bref examen : l'engagement paternel, les hommes vivant seuls et les couples de même sexe.

Sur la question de l'engagement paternel, l'étude de Pronovost (2008) met en évidence certains traits évolutifs qui annoncent un engagement paternel plus marqué dans le temps. C'est ainsi que, de 1986 à 2005, le temps accordé par les pères aux soins aux enfants a augmenté de 41 % au cours de la période, tout comme celui consacré aux travaux ménagers qui a progressé de 66 % pendant la même période (Pronovost, 2008).

À ce titre, l'égalité entre les hommes et les femmes n'est pas atteinte, même si l'on constate un progrès dans le temps qui va dans le sens d'un partage des tâches de plus en plus équilibré au regard des enfants. Ainsi, par exemple, le temps consacré aux soins aux enfants par les hommes représentait en 2005, 60 % de celui accordé par les femmes (MSSS, 2011). Cependant, la réalité du soutien parental est possiblement plus complexe et diversifiée que ce que traduisent les indicateurs présentés plus haut selon des écrits (Conseil de la famille et de l'enfance, 2008; Dulac, 2005; Quéniart et Imbeault, 2003). Par exemple, des aspects tenant à la qualité de la relation avec l'enfant pourraient échapper à une lecture statistique de la réalité de l'engagement paternel (Dulac, 2005).

Néanmoins, des sources invitent à considérer l'existence d'une tendance montante chez les pères relativement à leur implication auprès de leurs enfants. Notamment, l'étude de Quéniart et d'Imbeault (2003) sur les jeunes pères met en évidence, dans l'analyse de l'engagement paternel, l'existence de mutations générationnelles qui semblent s'opérer. Ainsi, dans cette dernière étude, la quête d'une autonomie plus grande des jeunes pères à l'endroit de leurs parents et des intervenants leur offrant conseils et soutien, la non spécialisation des tâches selon le genre en ce qui a trait à l'enfant et une égalité recherchée du soutien parental selon la disponibilité de chacun des parents, selon un arrangement strictement fonctionnel ou, encore, selon les goûts

personnels de l'un ou de l'autre des parents, constitueraient autant de caractéristiques de l'engagement paternel qui ont été mis en évidence (Quéniart et Imbeault, 2003).

Pour expliquer le phénomène grandissant du nombre d'hommes vivant seuls, plusieurs facteurs sont en cause. Parmi les plus connus dans les écrits, mentionnons la progression marquée de l'individualisme et de la quête d'autonomie sur le plan des valeurs, en particulier depuis les années 1980 (Boudon, 2002), le courant d'affirmation des femmes et leur entrée massive sur le marché du travail, principalement dans les années 1970 - courant qui serait source de l'autonomisation résidentielle selon Kaufmann (1999), l'évolution exponentielle du taux de divortialité depuis la Loi sur le divorce en 1968 (Dagenais, 2006) et la mise en place de régimes de protection sociale et de politiques de sécurité du revenu par l'État dans les années 1960 (Rosanvallon, 1981).

Une autre piste à considérer pourrait être la proportion plus grande de célibataires chez les hommes, telle qu'enregistrée au tableau 3, juxtaposée avec le fait que, selon Bergeron et Cloutier (2005), les hommes adoptent plus tardivement que les femmes le mode de la conjugalité (Bergeron et Cloutier, 2005). Ajoutons à ces considérations que le célibat est autant en progression chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, en 1998, 29,9 % des hommes étaient célibataires comparativement à 23,7 % des femmes (Bergeron et Cloutier, 2005) ; 13 ans plus tard, en 2011, la proportion des hommes célibataires a augmenté à 32,2 % et celle des femmes, à 26,3 % (voir le tableau 3). Des auteurs soutiennent l'hypothèse qu'on se dirige de plus en plus vers une société de célibataires (de Singly, 2000 ; Kaufmann, 1999). Soulignons que, selon les écrits, le fait de vivre seul ne serait pas sans interférer sur le degré d'autonomie et sur quelques indicateurs du bien-être personnel chez certaines catégories d'hommes présentant des facteurs de vulnérabilité sociale.

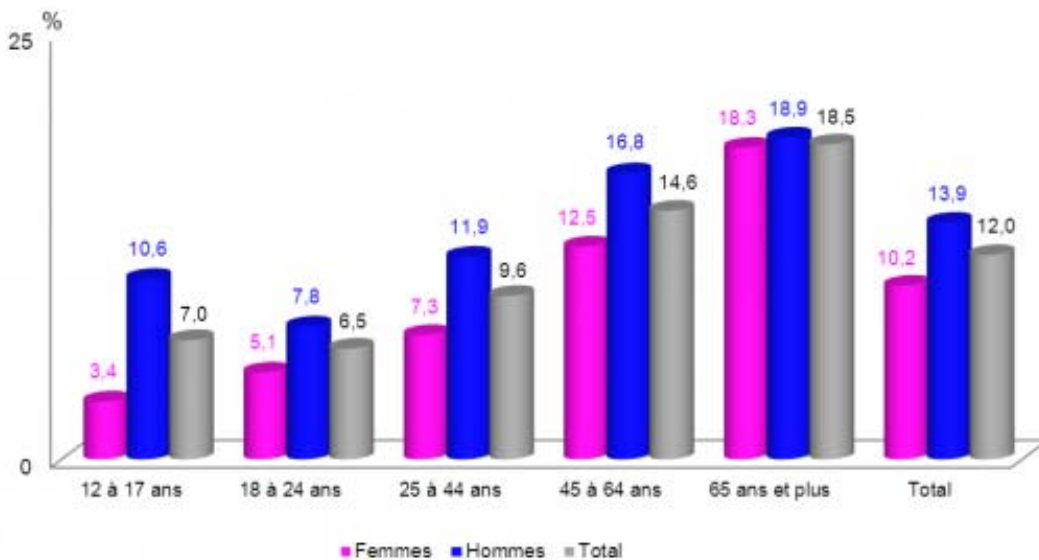
Enfin, les écarts enregistrés entre les hommes selon l'orientation sexuelle déclarée mettent en relief l'existence d'une logique « célibataire » davantage présente chez les hommes déclarant être homosexuels et, par voie de conséquence, le fait qu'ils ont moins d'enfants que les hommes se déclarant hétérosexuels.

1.3.2 Soutien social

Pouvoir bénéficier d'un niveau élevé de soutien social constitue une ressource pour toute personne. Une analyse des données de l'ESCC 2009-2010 révèle qu'un homme sur sept (13,9 %) rapporte ne pas avoir un niveau élevé de soutien social comparativement à une femme sur 10 (10,2 %). La proportion d'hommes considérant

ne pas avoir un niveau de soutien social élevé est toujours plus importante que celle des femmes, sauf chez les aînés. C'est à compter de 65 ans et plus que l'on retrouve la plus forte proportion d'hommes et de femmes estimant ne pas bénéficier d'un niveau élevé de soutien social. Ainsi, près d'une personne âgée sur cinq (18,6 %) ne considère pas avoir un niveau élevé de soutien social. Il est à remarquer cependant que c'est à cet âge que l'écart entre les hommes et les femmes est le moins prononcé comme l'indique la figure 13. C'est chez les plus jeunes (12 à 17 ans) que l'écart selon le sexe est le plus élevé. De fait, la proportion des garçons considérant ne pas bénéficier d'un niveau élevé de soutien social est 3,1 fois plus élevée que celle des filles du même âge.

Figure 13- Proportion de la population de 12 ans et plus n'ayant pas un niveau élevé de soutien social ⁽¹⁹⁾, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 25 octobre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 1^{er} mai 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Ce dernier constat relativement à l'existence de différences significatives entre les garçons et les filles quant au soutien social trouve écho dans les résultats de l'Enquête

¹⁹ L'indice de soutien social a été créé à partir d'une série de huit questions visant à connaître la fréquence d'accès de la personne répondante à certains types de soutien dans diverses circonstances. Ainsi, on lui demandait si quelqu'un pouvait l'écouter au besoin, la conseiller en temps de crise, la renseigner pour comprendre sa situation, comprendre ses problèmes ou si elle avait quelqu'un à qui se confier, de qui rechercher des conseils, à qui confier ses peurs intimes, à qui demander des suggestions. L'échelle retenue par Statistique Canada se rapporte au soutien social fonctionnel, soit le niveau auquel les relations interpersonnelles servent une fonction particulière, en l'occurrence les fonctions émotionnelle et informationnelle.

sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2012 (Pica *et al.*, 2013). Dans cette étude, près de sept élèves sur 10 (69 %) considèrent que leurs amis leur offrent un soutien social élevé; mais les garçons sont beaucoup moins nombreux que les filles, en proportion, à le considérer (57 % c. 81 %). Également, plus de la moitié des élèves (54 %) affirment qu'ils ont des amis avec un niveau élevé de comportement pro-social. À ce titre, la proportion des garçons est encore plus faible que celle des filles (44 % c. 65 %) (Pica *et al.*, 2013). Enfin, chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, en 2009-2010, deux fois plus de garçons (8,6 %) que de filles (4,3 %) considèrent avoir un soutien social qualifié de faible ou modéré (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

DISCUSSION

L'écart entre les hommes et les femmes concernant le soutien social apparaît relativement constant dans le temps en comparant les résultats de la présente étude avec ceux du rapport sur la santé des hommes (Bergeron et Cloutier, 2005). Globalement, le niveau de soutien social serait plus faible chez les hommes. Ainsi, l'écart entre les hommes et les femmes quant au taux de personnes ayant un indice faible de soutien social, serait 1,5 fois plus élevé chez les hommes de 18 à 64 ans et deux fois plus important, en proportion toujours, chez les 12 à 17 ans (MSSS, 2011). Ces derniers résultats sur les jeunes convergent avec ceux de l'étude de Pica *et al.*, (2013) dans des écoles secondaires au Québec. Ils attirent l'attention sur ce groupe d'âge, soit les 12 à 17 ans, quant aux différences de soutien social accordé selon le sexe.

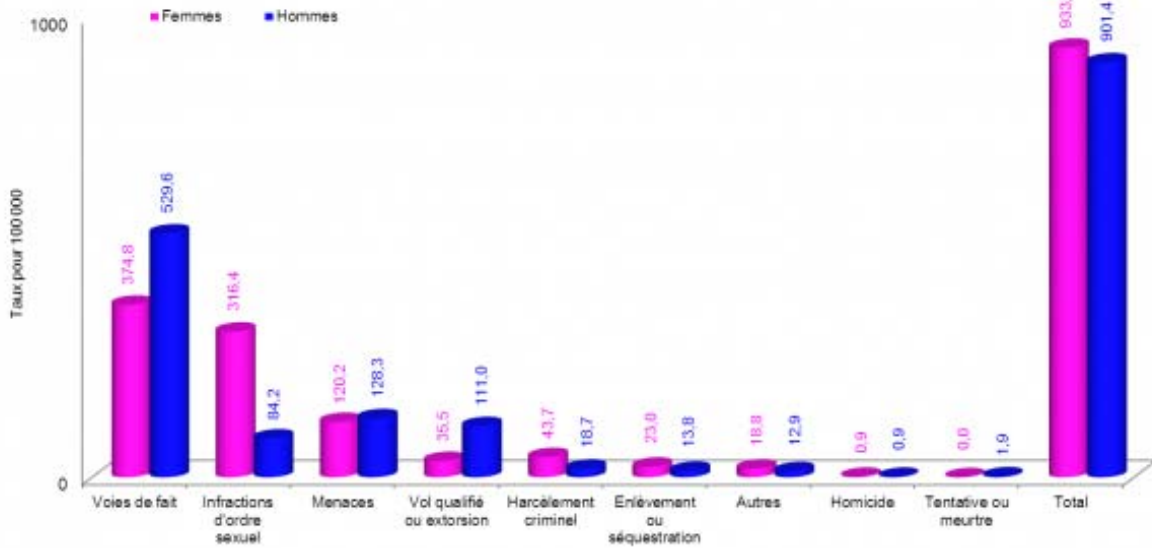
1.3.3 Violence

Concernant la violence, tant agie que subie, quatre indicateurs sont retenus : le taux d'infractions contre la personne, le taux d'infractions dans un contexte conjugal, le taux de victimisation d'infractions sexuelles et le taux d'homicides intrafamiliaux. Également, des données porteront sur le milieu scolaire au secondaire ainsi que sur la violence parentale à l'endroit des enfants.

1.3.3.1 Infractions contre la personne

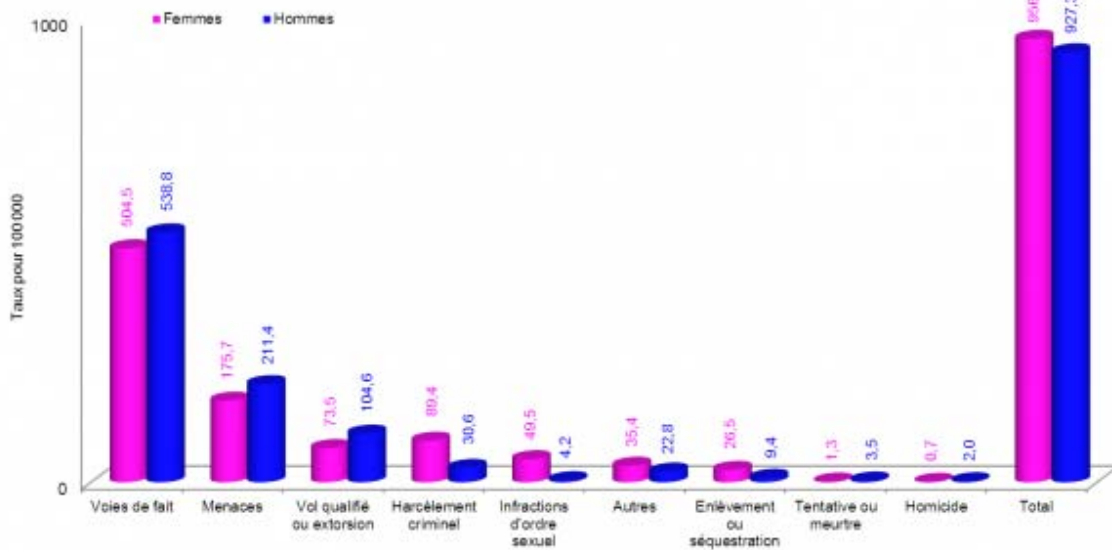
Les infractions contre la personne en 2011 au Québec sont présentées selon deux catégories d'âge : les mineurs (moins de 18 ans) et les adultes (18 ans et plus). Les deux prochaines figures présentent les types d'infractions selon différentes catégories d'infractions selon le sexe, l'une se rapportant aux personnes de moins de 18 ans (figure 14) et l'autre à celles de 18 ans et plus (figure 15).

Figure 14- Taux d'infractions ⁽²⁰⁾ contre la personne selon la catégorie d'infractions au Code criminel et selon le sexe, population de moins de 18 ans, Québec, 2011



Source : Données du Programme DUC 2, Ministère de la Sécurité publique. Tiré de *Statistiques 2011 sur la criminalité au Québec*, Ministère de la Sécurité publique, 19 juillet 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Figure 15- Taux d'infractions ⁽²¹⁾ contre la personne, selon la catégorie d'infractions au Code criminel et selon le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Québec, 2011



Source : Données du Programme DUC 2, Ministère de la Sécurité publique. Tiré de *Statistiques 2011 sur la criminalité au Québec*, Ministère de la Sécurité publique, 19 juillet 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

²⁰ C'est le taux pour 100 000 personnes. Les données présentées sont les données provisoires.

²¹ C'est le taux pour 100 000 personnes. Les données présentées sont les données provisoires.

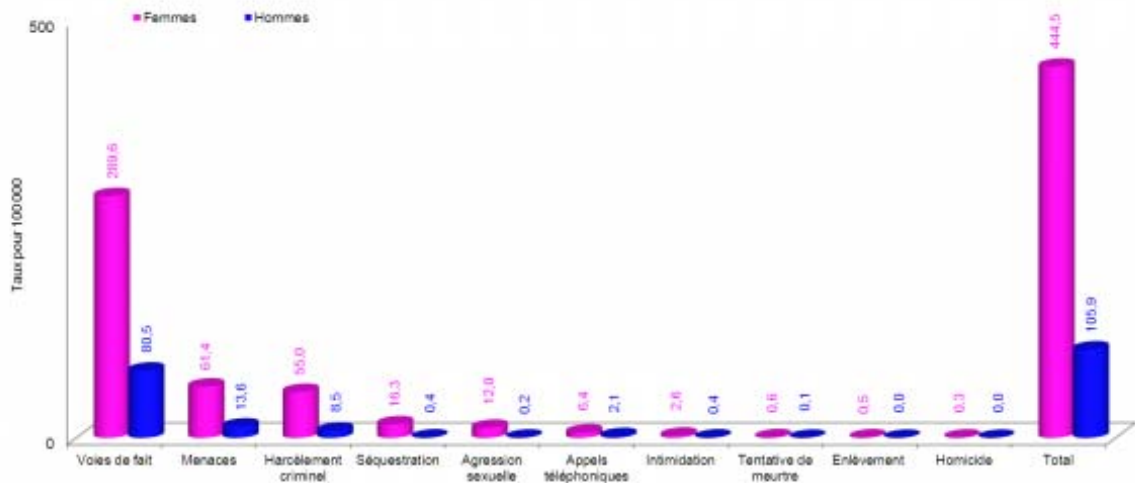
Dans la figure 14, on dénombre 901,4 actes d'infraction contre la personne par 100 000 hommes de moins de 18 ans. On note peu de différence selon le sexe quant au taux global d'infractions contre la personne. Cependant, des différences sont parfois appréciables selon le sexe en considérant les catégories d'infractions. C'est ainsi que la figure 14 rapporte un taux d'infractions d'ordre sexuel près de quatre fois plus élevé chez les filles alors que, chez les garçons, en proportion toujours, le taux de voies de fait est 1,4 fois plus élevé. Les principales catégories d'infractions commises à l'endroit des garçons sont les voies de fait (529,6 par 100 000), les menaces (128,3 par 100 000) et le vol qualifié (111,0 par 100 000) (MSSS, 2011).

Parmi la population adulte (figure 15), on enregistre 927,3 actes d'infraction contre la personne par 100 000 hommes. À l'instar des mineurs, il n'y a pas de différence selon le sexe quant au taux global d'infractions contre la personne et les principales catégories d'infractions rapportées sont les mêmes que celles des hommes de moins de 18 ans (MSSS, 2011).

1.3.3.2 Violence conjugale

En 2011, au Québec, on dénombre 19 373 infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal. Les femmes sont largement majoritaires parmi les victimes (81 %), leur nombre s'établissant à 15 720 comparativement à 3 653 pour les hommes (Ministère de la Sécurité publique, 2012). Tel que l'illustre la figure 16 qui reproduit les taux d'infractions dans un contexte conjugal, les voies de fait constituent la catégorie d'infractions la plus fréquente, tant chez les hommes que chez les femmes (MSSS, 2011).

Figure 16- Taux d'infractions dans un contexte conjugal, selon la catégorie d'infractions et selon le sexe, population de 12 ans et plus ⁽²²⁾ Québec, 2011 ⁽²³⁾



Source : Données du Programme DUC 2, Ministère de la Sécurité publique. Tiré de *Statistiques 2011 sur la criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec*, Ministère de la Sécurité publique, 26 juillet 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Le taux de victimisation d'infractions sexuelles au Québec en 2011 chez les hommes est cinq fois moins élevé que celui des femmes (20,0 c. 98,9 pour 100 000 de population). À l'instar des femmes, chez les hommes, les taux les plus élevés d'infractions sont observés parmi les jeunes âgés de 6 à 14 ans (davantage le groupe des 12 à 14 ans chez les filles). Dans ces groupes d'âge, le taux d'agressions sexuelles est six fois plus élevé que la moyenne, tant chez les hommes que chez les femmes (MSSS, 2011).

Enfin, selon le rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012), le nombre d'homicides intrafamiliaux ayant lieu au Québec varie d'une année à l'autre de 30 à 35. Les homicides intrafamiliaux représentent 35 % du total des homicides perpétrés au Québec en 2011. Ces homicides seraient commis par des hommes dans une proportion variant de 75 à 80 % sauf pour les filicides dont la proportion d'hommes par rapport aux femmes serait de 55 à 60 %. Les homicides conjugaux comptent pour près de la moitié des homicides intrafamiliaux. Le rapport signale, entre autres, que 90 % des homicides intrafamiliaux suivis d'un suicide sont commis par des hommes (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012).

²² Population basée sur les estimations de Statistique Canada.

²³ Données provisoires.

1.3.3.3 Violence chez les enfants et chez les adolescents

En complément de ces informations générales sur la violence, l'attention est maintenant portée spécifiquement en milieu scolaire. Au secondaire, en 2010-2011, 43,1 % des garçons comparativement à 31,3 % des filles ont, selon l'EQSJS, rapporté avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire. Par ailleurs, les filles davantage que les garçons rapportent avoir été victimes de cyber-intimidation (7,0% c. 3,9%). Concernant la violence psychologique, tant sur le plan de la violence infligée qu'à celui de la violence subie, 13,0 % des garçons comparativement à 21,3 % des filles rapportent en avoir infligée à d'autres jeunes alors que 16,9 % des garçons comparativement à 26,6 % des filles considèrent en avoir été victimes (Pica *et al.*, 2013).

Les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à présenter au moins un comportement d'agressivité directe (46 % c. 29 %), une conduite imprudente ou rebelle (42 % c. 30 % des filles) ou une conduite délinquante (50 % c. 31 % des filles). En revanche, les filles afficheraient une proportion plus élevée d'agressivité indirecte que les garçons (73 % c. 57 % chez les garçons). En considérant séparément les victimes et les agresseurs, il ressort que les garçons sont moins victimes de violence dans leurs relations amoureuses que les filles en proportion (25 % c. 36 %) (Pica *et al.*, 2013).

Une autre enquête récente a permis de documenter la violence familiale, cette fois-ci dans la vie des enfants (Clément, Bernèche, Chamberland et Fontaine, 2013). Les auteures constatent que les garçons, en proportion, sont davantage victimes de violence parentale que les filles. Ainsi, sur une base annuelle, en 2012, les garçons étaient plus nombreux que les filles à rapporter vivre de la part de leur mère de l'agression psychologique « répétée » (52 % c. 46 %), à rapporter subir de la violence physique mineure (36 % c. 33 %) et de la violence physique sévère (7 % c. 4,4 %). Du côté des pères, l'étude traduit un scénario analogue : les garçons ont davantage que les filles rapporté avoir vécu de l'agression psychologique à répétition (52 % c. 45 %), à avoir subi de la violence physique mineure (40 % c. 31) enfin, à avoir subi de la violence physique sévère (7 % c. 2,4 %). C'est donc au regard de la violence physique sévère que l'écart entre les garçons et les filles est le plus manifeste.

La même étude annonce un certain changement générationnel chez les pères : bien qu'ils soient à la recherche d'une plus grande fermeté dans l'éducation des enfants, ils sont, en général, moins favorables qu'auparavant aux conduites à caractère violent.

DISCUSSION

D'une manière générale, le phénomène de la violence, tant agie que subie, est plus répandu chez les hommes (MSSS, 2011; Pica *et al.*, 2013). Les résultats sur la problématique de la violence n'offrent pas de comparaisons avec le rapport sur la santé des hommes québécois de 2005 puisque ce dernier ne comportait pas de section sur le sujet. Par ailleurs, le rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012), ainsi que *l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* réalisée à l'Institut de la statistique du Québec (Pica *et al.*, 2013), enrichissent le portrait statistique sur le thème de la violence. En particulier, la recherche de Pica *et al.*, (2013) offre une mise à jour relativement exhaustive du phénomène de la violence à l'école secondaire en distinguant les formes de violence selon le sexe des étudiants.

Quant au rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux (Comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux, 2012), il met en évidence l'importance de certains facteurs associés notamment à la santé mentale chez les hommes, telle la dépression, et les antécédents de violence conjugale dans la genèse des homicides intrafamiliaux.

L'étude de Clément *et al.* (2013) note, à l'instar d'autres études, notamment celle de Dubeau, de Montigny, Devaut et Lacharité (2013), des changements d'attitudes chez les pères annonçant une diminution du recours à des conduites violentes au regard des enfants. Ces « réels changements d'attitudes chez les pères » selon l'expression des auteures seraient tributaires d'un changement de normes sociales au sein de la population quant au recours à la punition corporelle et de nouvelles modalités de soutien offertes aux parents. C'est ainsi qu'on observerait les mêmes attitudes évolutives chez les mères (Clément *et al.*, 2013).

SECTION 2- PORTRAIT DE LA SANTÉ DES HOMMES

Cette section rend compte d'un portrait de la santé physique et mentale des hommes ainsi que de la santé et sécurité au travail. Préalablement, la perception des hommes québécois de leur état de santé, leur espérance de vie, des taux de mortalité et des causes de décès ainsi que de leurs habitudes de vie et de leurs comportements préventifs sont présentés.

2.1 Perception de l'état de santé

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008, les hommes de 15 ans et plus qualifient en 2008 leur état de santé de « excellent ou très bon » dans une proportion de 56,6 %, le tiers (33,5 %) le considère « bon » et 9,9 % de « passable ou mauvais » (Camirand *et al.*, 2010). Aucune différence selon le sexe n'est observée à ce titre, si ce n'est que moins d'hommes, en proportion, estiment leur état de santé de « passable ou mauvais », soit 9,9 % comparativement à 11,7 % chez les femmes. Cette enquête constate également que la perception de l'état de santé varie selon le degré de scolarité, le niveau de revenu, le type d'occupation et le fait de vivre seul. Globalement, les résultats convergent avec ceux du rapport sur la santé des hommes québécois de 2005, à savoir qu'il existe peu de différence selon le sexe et que la perception de l'état de santé varie selon le niveau socioéconomique.

2.2 Espérance de vie

En 2012, l'espérance de vie des Québécois est de 81,8 ans. Celle des hommes est de 79,8 ans comparativement à 83,8 ans pour les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2013a). Mais, dans le temps, l'écart entre les sexes ne cesse de s'amenuiser. Par exemple, dans la période 1990-1992, les hommes avaient une espérance de vie inférieure de 7,1 ans à celle des femmes. En 2012, l'écart est maintenant de quatre ans. Cette réduction de l'écart entre les sexes est davantage observable chez les moins de 65 ans que chez les 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2013b). Depuis 1995-1997, les hommes ont gagné environ quatre mois d'espérance de vie en moyenne chaque année, tandis que les femmes ont ajouté un peu moins de deux mois à la leur (Institut de la statistique du Québec, 2013a). Le tableau 6 présente l'évolution de l'espérance de vie à la naissance et à compter de 65 ans entre 1990-1992 et 2012, selon le sexe.

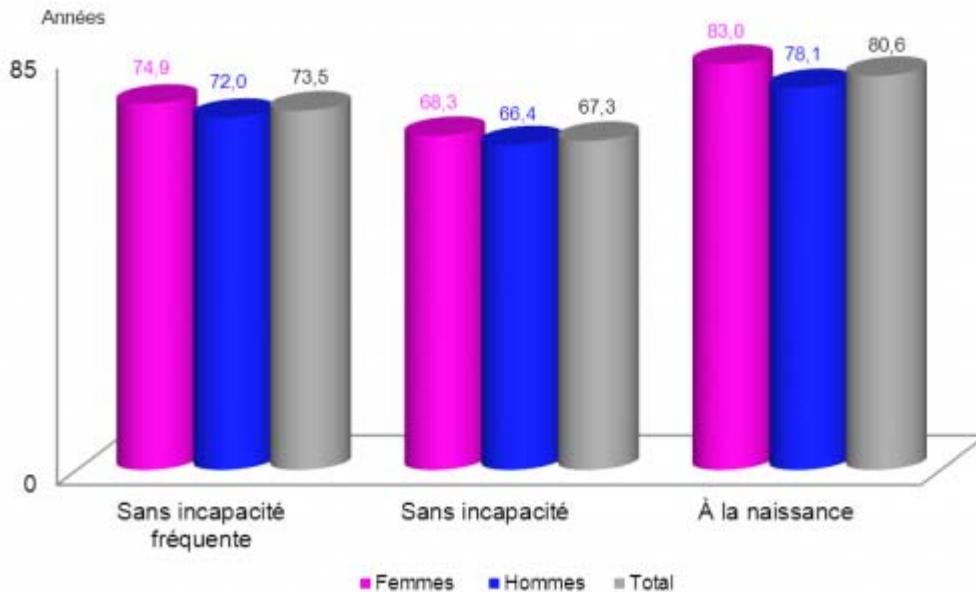
Tableau 6- Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe, Québec, 1990-1992 à 2012

INDICATEURS	Hommes	Femmes	Total
Espérance de vie à la naissance 1990-1992	73,7 ans	80,8 ans	77,3 ans
Espérance de vie à la naissance 2012	79,8 ans	83,8 ans	81,8 ans
Variation dans l'espérance de vie à la naissance 1990-92/2012	+ 6,1 ans	+ 3,0 ans	+ 4,5 ans
Espérance de vie 2012 à 65 ans	19,0 ans	21,9 ans	20,6 ans

Source : Institut de la statistique du Québec (2013a) *Le bilan démographique du Québec. Édition 2013*. Québec : Gouvernement du Québec, p.5, tableau 3.2.

En complément à l'espérance de vie, l'espérance de vie sans incapacité et sans incapacité fréquente tient compte d'une espérance de vie sans problème de santé et d'autonomie fonctionnelle. La figure qui suit rend compte des données pour l'année 2006.

Figure 17- Espérance de vie sans incapacité fréquente et sans incapacité ⁽²⁴⁾, selon le sexe, Québec, 2006



Sources : Fichier des décès (version mai 2011) et Fichier des naissances, ministère de la Santé et des Services sociaux; Recensement de la population de 2006, Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 20 septembre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 18 juin (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Les hommes présentent une espérance de vie « sans incapacité fréquente » de 72,0 années et une espérance de vie sans incapacité de 66,4 années en 2006. Pour chacune des mesures de l'espérance de vie illustrée à la figure 17, l'espérance de vie des hommes est toujours inférieure à celle des femmes (MSSS, 2011).

DISCUSSION

Certains auteurs considèrent que l'espérance de vie à la naissance plus élevée chez les femmes que chez les hommes serait, pour l'essentiel, un phénomène correspondant à l'industrialisation et à l'urbanisation des sociétés (Antil, 2005a). Par exemple, c'est

²⁴ Nombre moyen d'années qu'une personne devrait vivre en bonne santé (hors institution) si les profils actuels de mortalité et d'incapacité continuent de s'appliquer. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités.

ainsi qu'en 1931 au Québec – période de faible industrialisation –, l'écart entre hommes et femmes sur le plan de l'espérance de vie n'était que de 1,6 ans pour atteindre 6,1 ans en 1998 (Duchesne, 2002).

Les causes de la différenciation selon le sexe sont multiples. De manière générale, les argumentations pour expliquer la différence enregistrée quant à l'espérance de vie selon le sexe se classent dans deux types d'explications : l'une de nature biologique (différences génétiques et hormonales, système immunitaire), l'autre à partir de facteurs sociaux et environnementaux (mode de vie, accidents ou risques inhérents à l'activité professionnelle, habitudes de vie, rapport aux services de santé, etc.). Bien que bon nombre d'études tendent à identifier plutôt des facteurs sociaux et environnementaux comme cause principale des écarts observés – notamment, la consommation de tabac et d'alcool plus importante chez les hommes –, il serait, par ailleurs, difficile de savoir dans quelle mesure la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes résulterait de telle ou telle catégorie de causes selon Luy (2003). L'auteur conclut néanmoins, à partir d'une étude empirique qu'il a réalisée en comparant des religieux vivant en monastère et la population en général, que la surmortalité masculine et l'accentuation de la différence de mortalité liée au sexe ne seraient pas, en large partie, imputables à des causes biologiques. Dans la même veine, Shabsigh (2009) rapporte que les données probantes démontrent que les aspects socioculturels sont plus déterminants que les aspects biologiques pour expliquer l'écart de cinq à sept ans dans l'espérance de vie entre les hommes et les femmes dans les pays industrialisés; selon lui, les facteurs biologiques ne peuvent expliquer qu'une seule année d'écart entre les sexes.

Le rapport sur la santé des hommes québécois en 2005 rapportait des tendances similaires à celles observées dans le présent rapport, tant sur le plan de l'espérance de vie à la naissance qu'à celui de l'espérance de vie sans limitation fonctionnelle (Antil, 2005a).

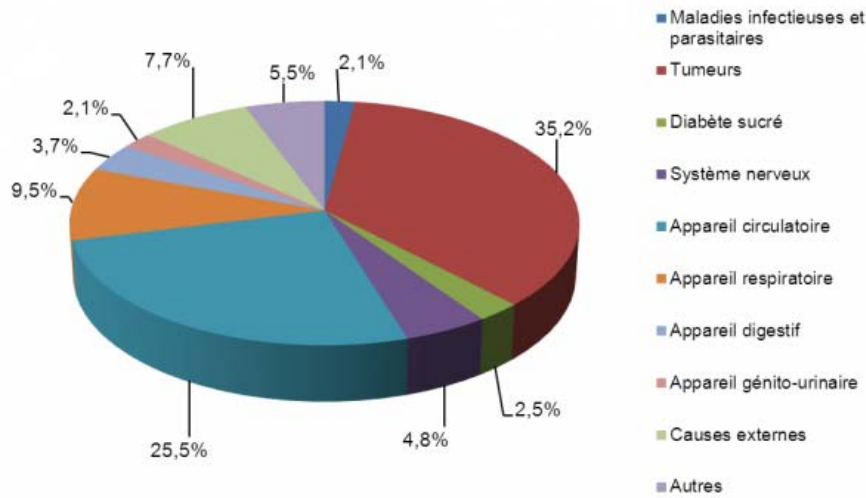
2.3 Taux de mortalité et causes de décès

En 2010-2012, les hommes présentent un taux de mortalité supérieur à celui des femmes, et ce, dans tous les groupes d'âge, sauf celui des cinq à neuf ans pour qui le taux de mortalité est semblable à celui des filles. C'est entre 15 et 30 ans que l'écart entre les sexes est le plus marqué; dans ce groupe d'âge, les hommes meurent, en proportion, 2,2 fois plus souvent que les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2013a).

En 2009, dans l'ensemble de la population québécoise, les principales causes de décès sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire. Les deux principales causes de décès chez les hommes sont les tumeurs (35,2 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (25,5 %). Les taux de mortalité pour maladies cardiovasculaires chez les hommes sont presque deux fois plus élevés que chez les femmes. Cependant, le risque de décès par maladies cardiovasculaires chez les femmes rejoint très progressivement celui des hommes, plusieurs années après la ménopause (Daigle, 2006).

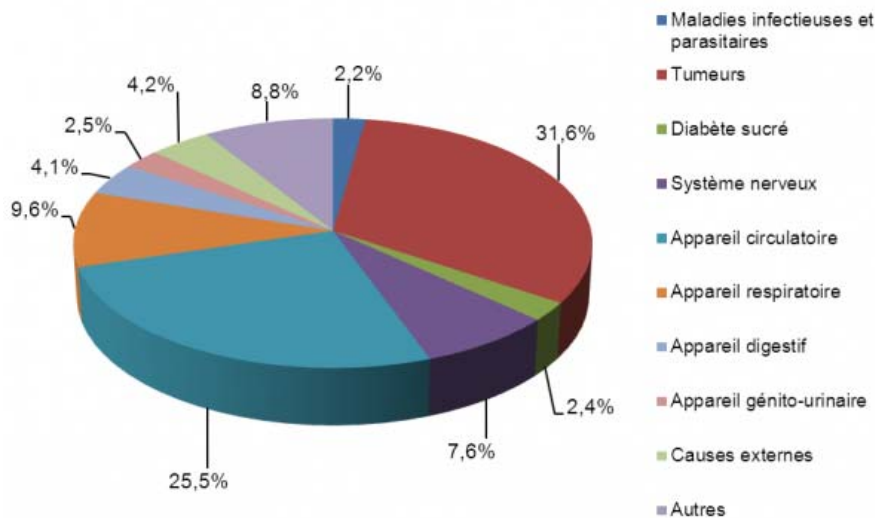
Les deux prochaines figures présentent une répartition des décès selon les principales causes et selon le sexe, en 2009.

Figure 18- Répartition des décès chez les hommes, selon les principales causes, Québec, 2009



Source : Données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, 10 juillet 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Figure 19- Répartition des décès chez les femmes, selon les principales causes, Québec, 2009



Source : Données compilées par l'Institut de la statistique du Québec, 10 juillet 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

L'écart le plus important entre les hommes et les femmes concerne les causes externes (accidents, blessures, etc.), lesquelles sont plus nombreuses, en proportion, chez les hommes que chez les femmes (7,7 % c. 4,2 %). Concernant les autres causes de décès, soit les maladies infectieuses et parasitaires, les tumeurs, le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'appareil génito-urinaire, les proportions chez les hommes et les femmes sont similaires.

2.4 Habitudes de vie et comportements préventifs

Cette partie comprend diverses thématiques telles que l'alimentation, l'activité physique, la santé buccodentaire, la consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues, la sexualité, le poids corporel. À travers cette diversité d'informations, certaines constantes différenciant les hommes et les femmes se sont imposées. Le texte en rend compte à la fin de cette section.

2.4.1 Habitudes alimentaires

Même si on observe une amélioration au cours des dernières années des habitudes alimentaires des hommes²⁵, il n'en demeure pas moins, qu'en général, moins d'hommes que de femmes, en proportion, rapportent avoir de bonnes habitudes alimentaires. C'est ainsi qu'ils sont moins nombreux que les femmes, en proportion, à consommer au moins cinq fois par jour des fruits et des légumes (43,3 % c. 60,3 % en 2009-2010), qu'ils disent consommer moins souvent des suppléments de vitamines et de minéraux (25,0 % c. 42,0 %) et que les jeunes hommes âgés de 19 à 30 ans sont, en proportion, moins nombreux que les jeunes filles de leur âge à déclarer prendre leur trois repas par jour (62,0 % c. 78,0 %) (MSSS, 2011).

2.4.2 Activité physique

Cependant, la pratique d'activité physique est plus répandue chez les hommes. C'est ainsi qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes rapportent être actifs physiquement dans leurs loisirs en 2009-2010 (41,8 % c. 36,5 %) (MSSS, 2011). Le clivage est plus marqué chez les jeunes : une étude de la Fédération des cégeps (2010) révèle que, en 2005, chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans, près du tiers (29 %) des jeunes hommes de 15 à 24 ans et près de la moitié (46 %) des jeunes femmes de cette tranche d'âge se disaient inactifs physiquement durant leurs loisirs. Dans le réseau

²⁵ Par exemple, la proportion de la population de 12 ans et plus consommant au moins cinq fois par jour des fruits et des légumes est passée de 45,1 % en 2003 à 51,9 % en 2009-2010 (MSSS, 2011).

collégial, une plus grande proportion de garçons que de filles pratiquent des activités sportives dans le cadre des activités parascolaires même si, dans les deux cas, le sport arrive en premier de la liste des activités parascolaires (Roy, 2011).

2.4.3 Santé buccodentaire

Sur un autre registre, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à considérer leur santé buccodentaire de « passable ou mauvaise » (13,3 % c. 10,1 %). De plus, ils sont moins nombreux que les femmes à rapporter se brosser les dents deux fois par jour (69,3 % c. 87,9 %) et à utiliser la soie dentaire une fois par jour (24,6% c. 41,7%) (Camirand *et al.*, 2010).

2.4.4 Tabagisme

La consommation de cigarettes a diminué dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes. C'est ainsi que, sur une période de 25 ans, la proportion des fumeurs de 12 ans et plus est passée en 1994-1995 de plus du tiers des hommes (36,9 %) au quart en 2009-2010 (25,2 %). Chez les femmes, la proportion a décliné de 31,2 % en 1994-1995 à 20,6 % en 2009-2010. En 2009, 68,7 % des hommes de 15 ans et plus et 56,3 % des femmes du même âge fumaient 11 cigarettes et plus par jour (MSSS, 2011).

C'est au sein des jeunes âgés de 20 à 24 ans que l'on enregistre le plus haut taux de tabagisme, toutes générations confondues. C'est également au Québec, parmi les provinces canadiennes, que l'on retrouve la plus forte proportion de fumeurs chez les 15 à 24 ans (Fédération des cégeps, 2010). Dans le groupe des 15 à 29 ans, à l'instar de ce qui a été observé pour la population en général, les jeunes hommes sont plus nombreux que les jeunes femmes à se considérer comme fumeurs réguliers, soit 20,7 % comparativement à 14,3 % pour les jeunes femmes du même groupe d'âge (Institut de la statistique du Québec, 2014a).

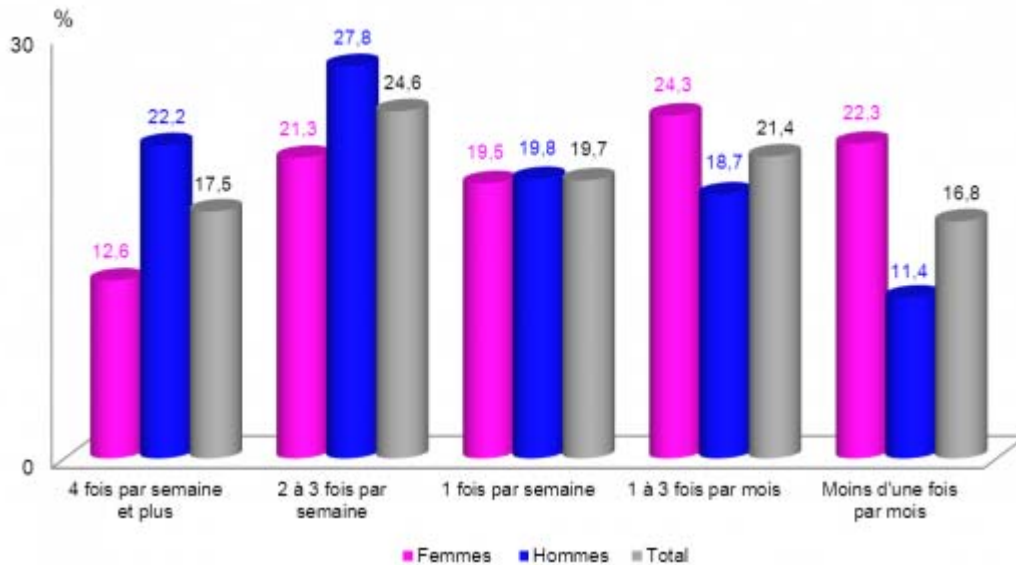
2.4.5 Consommation d'alcool et de drogues

La consommation d'alcool et de drogues affiche des différences marquées selon le sexe. De plus, elle revêt un intérêt particulier dans ce rapport compte tenu que, selon les écrits, cette consommation n'est pas sans traduire des mécanismes de socialisation différenciée selon le genre.

Selon les données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*, les trois-quarts des hommes (75,7 %) étaient des buveurs réguliers; 9,8 % buvaient

occasionnellement; enfin, 14,5 % n'avaient pas bu d'alcool au cours des douze derniers mois. Chez les femmes, pour les mêmes catégories de consommation, les proportions suivantes étaient enregistrées : 62,3 % « régulièrement » 17,9 % « occasionnellement » et 19,8 % n'ayant pas bu (MSSS, 2011). La prochaine figure détaille la fréquence de consommation d'alcool selon le sexe.

Figure 20- Fréquence de la consommation d'alcool, population de 12 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe, Québec, 2009-2010



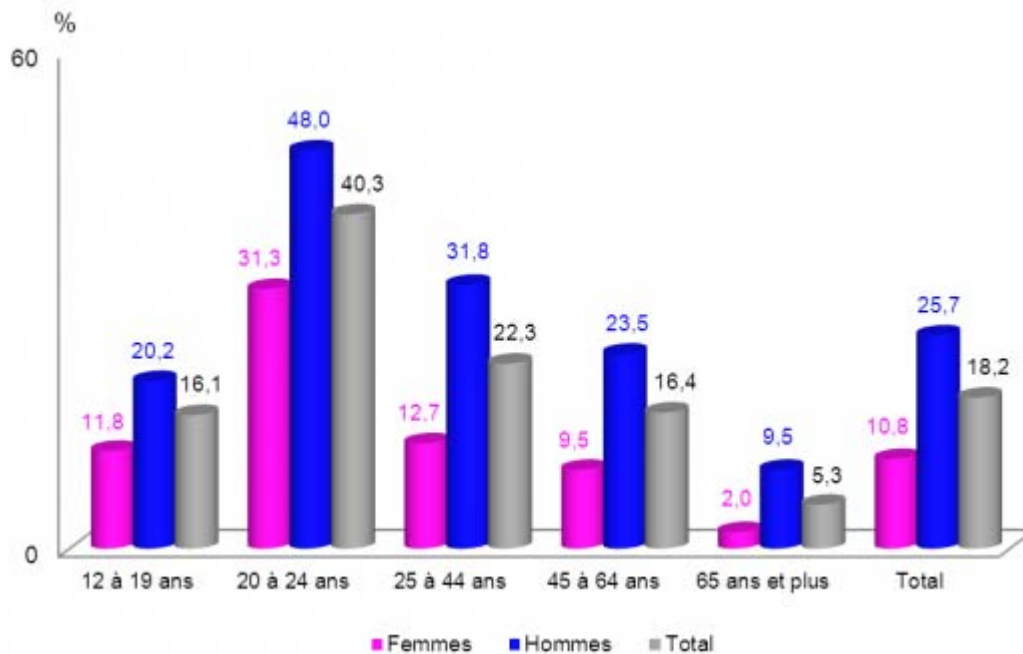
Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010*, fichier de partage, Statistique Canada. Tiré de *Zoom santé – La consommation d'alcool au Québec : évolution et portrait régional*, Institut de la statistique du Québec, numéro 32, décembre 2011, p. 4 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

En 2009-2010, au Québec, la moitié de la population des hommes de 12 ans et plus qui rapporte avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête estime en consommer au moins deux fois par semaine. Plus précisément, 27,8 % des hommes rapportent en consommer de deux à trois fois par semaine alors que 22,2 % disent en consommer quatre fois et plus par semaine. C'est du côté des personnes qui déclarent boire quatre fois et plus par semaine que la différence entre le sexe est la plus marquée, soit près du double (MSSS, 2011).

La figure 21 présente des résultats concernant la consommation abusive d'alcool. Selon la définition de Statistique Canada (2012), la consommation abusive réfère au fait de boire cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion, au moins une fois par mois au cours d'une année.

Le portrait des personnes dont la consommation d'alcool est abusive est révélateur de différences selon le sexe et selon l'âge, tel que le reproduit la figure 21.

Figure 21- Proportion des personnes de 12 ans et plus dont la consommation d'alcool est abusive (26), selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 4 octobre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 1^{er} mai 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

La proportion de personnes de 12 ans et plus affirmant avoir une consommation abusive d'alcool est environ 2,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (25,7 % c. 10,8 %). C'est chez les personnes de 65 ans que l'écart selon le sexe est le plus prononcé (9,5 % c. 2,0 %) (MSSS, 2011).

Tant chez les hommes que chez les femmes, les proportions les plus élevées de personnes rapportant une consommation abusive d'alcool sont atteintes chez les jeunes âgés entre 20 à 24 ans. Également, c'est chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on retrouve le segment de la population présentant le plus grand risque de dépendance à l'alcool (3,9 %) (Fédération des cégeps, 2010). Au secondaire, 16,7 % des garçons et 13,2 % des filles rapportent une fréquence élevée d'alcool (Pica *et al.*, 2012). Enfin, le *Regard statistique sur la jeunesse* réalisé par l'Institut de la statistique du Québec (2014a) souligne que, chez les 15 à 29 ans, presque le double des jeunes hommes par rapport aux jeunes femmes, en proportion, rapportent avoir une consommation

²⁶ Une consommation abusive d'alcool se caractérise par le fait de boire cinq verres d'alcool ou plus en une même occasion, au moins une fois par mois au cours d'une année. Consommation abusive et consommation excessive sont des synonymes.

excessive d'alcool (42,3 % c. 23,4 %). La même publication révèle que le groupe des 15 à 29 ans compte, en proportion, deux fois plus de personnes (33,1 %) dont la consommation d'alcool est qualifiée d'excessive comparativement à celles âgées de 30 ans et plus (15,1 %).

Par ailleurs, l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013* souligne que dans le temps, de 2000 à 2013, la consommation rapportée des garçons comme des filles a fléchi d'une manière importante. Chez les garçons, la proportion de ceux révélant consommer de l'alcool est passée de 71,8 % en 2000 à 57,8 % en 2013; en complément, la proportion des garçons rapportant consommer d'une manière excessive de l'alcool²⁷, a diminué d'une manière significative, passant de 47,8 % en 2000 à 34,1 % en 2013 (Cazale, 2014).

La consommation de drogues présente une tendance qui s'apparente avec celle de l'alcool selon le sexe. C'est ainsi que les hommes et les jeunes âgés entre 15 et 29 ans sont, en proportion, plus nombreux à déclarer consommer des drogues. Selon des données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, deux fois plus d'hommes que de femmes (17,2 % c. à 9,0 %) disent être des consommateurs actuels de drogues (Camirand *et al.*, 2010). Si 13,1 % de la population de 15 ans et plus rapportent consommer présentement de la drogues, cette proportion se multiplie par 2,6 chez les 15 à 24 ans, soit 34,5 % (Camirand *et al.*, 2010). Chez les jeunes hommes âgés de 15 à 29 ans, en 2008, 40,2 % ont rapporté être des consommateurs actuels de drogues comparativement à 25,4 % de jeunes femmes (Institut de la statistique du Québec, 2014a). Le tableau 7 reproduit le profil de la consommation de drogues selon l'âge et le sexe.

²⁷ Par consommation excessive, on entend le fait d'avoir pris cinq consommations ou plus d'alcool en une même occasion au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Cazale, 2014).

Tableau 7- Type de consommateurs de drogues selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 2008

CATEGORIES	Jamais consommé (%)	Anciens consommateurs (%)	Consommateurs actuels (%)
Total	54,4	32,5	13,1
15-24 ans	42,3	23,2	34,5
25-44 ans	41,7	42,0	16,2
45-64 ans	56,7	37,8	5,5
65 ans et plus	92,0	7,3	0,7
Hommes	48,2	34,6	17,2
15-24 ans	40,1	20,1	39,8
25-44 ans	36,4	41,2	22,4
45-64 ans	48,9	43,5	7,7
65 ans et plus	88,7	10,4	0,9
Femmes	60,4	30,6	9,0
15-24 ans	44,6	26,4	28,9
25-44 ans	47,3	42,8	9,9
45-64 ans	64,3	32,4	3,3
65 ans et plus	94,6	4,9	0,5

Source : Camirand, H., Bernèche, F., Cazale, L., Dufour, R., Baulne, J. et autres (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 163, tableau 8.1.

Le cannabis est de loin la drogue la plus populaire, soit 12,2 % de la population qui rapporte en avoir consommé sur une période de 12 mois. Quant aux autres drogues, telles que les amphétamines, la cocaïne, l'ecstasy ou des hallucinogènes par exemple, moins de 2 % de la population de consommateurs rapportent en faire usage. Que ce soient pour le cannabis ou pour des drogues dures, deux fois plus d'hommes que de femmes, en proportion, rapportent en faire usage; ce facteur est constant, peu importe la catégorie de drogues consommées. Enfin, deux fois plus d'hommes que de femmes, en proportion, disent avoir consommé dans leur vie trois drogues et plus (14,0 % c. 7,4 %) (Camirand *et al.*, 2010).

Dans l'EQSJS 2010-2011 (Pica *et al.*, 2012), les auteurs ont mesuré l'impact de la consommation d'alcool ou de drogues sur divers domaines de la vie des jeunes. Il appert que la différence la plus significative à cet égard entre les garçons et les filles se retrouve du côté de gestes délinquants rapportés avoir été commis plus fréquemment chez les garçons en raison de la consommation (11,3 % c. 6,6 %).

2.4.6 Sexualité

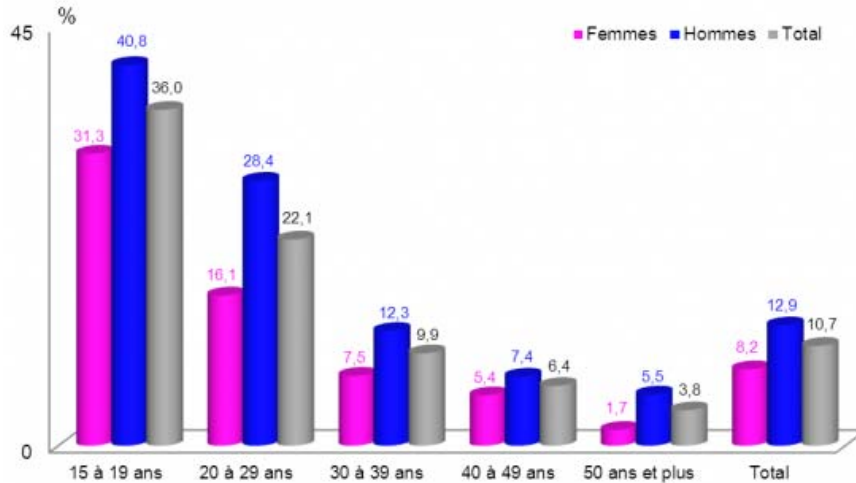
Selon l'EQSP 2008, plus d'hommes de 15 ans et plus que de femmes ((83,0 c. 73,4 %), en proportion, rapportent être actifs sexuellement (au cours de la dernière année).

C'est du côté des plus jeunes nouvelles générations, soit les 15 à 29 ans en particulier, que le port du condom est davantage adopté alors que le groupe des personnes de 55 ans et plus présente la proportion la plus élevée disant ne jamais utiliser le condom lors de relations sexuelles (Cazale et Leclerc, 2010). Selon le sexe, l'écart le plus important à ce titre s'observe dans le groupe d'âge de 30 à 40 ans pour lequel les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à déclarer ne pas se servir de condom lors d'une relation sexuelle (10,6 % c. 23,8 %) (MSSS, 2011).

Les hommes et les femmes accusent parfois des différences sensibles en matière de prévention quant aux infections transmises sexuellement (ITS). En 2009-2010, au Québec, 9,8 % de la population de 15 à 49 ans disent avoir déjà eu au moins un diagnostic une fois au cours de leur vie pour une ITS. Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes disant avoir reçu un tel diagnostic d'ITS au moins une fois dans leur vie (7,6 % c. 12,1 %) (MSSS, 2011).

Au Québec, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH chez les hommes a légèrement augmenté, passant de 183 en 2002 à 259 en 2010. Ce nombre est nettement supérieur à celui établi chez les femmes (47 en 2002 et 59 en 2010) (MSSS, 2011). La prochaine figure porte sur les personnes ayant eu des relations sexuelles avec au moins deux partenaires du sexe opposé.

Figure 22- Proportion des personnes ayant eu des relations sexuelles avec une personne de sexe opposé et ayant eu au moins deux partenaires⁽²⁸⁾, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2008



Source : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2008 – Pour en savoir plus sur la santé des Québécois, données préliminaires, 2009, Institut de la statistique du Québec. Tiré du *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2008 (et projections 2009)*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, p. 88 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec

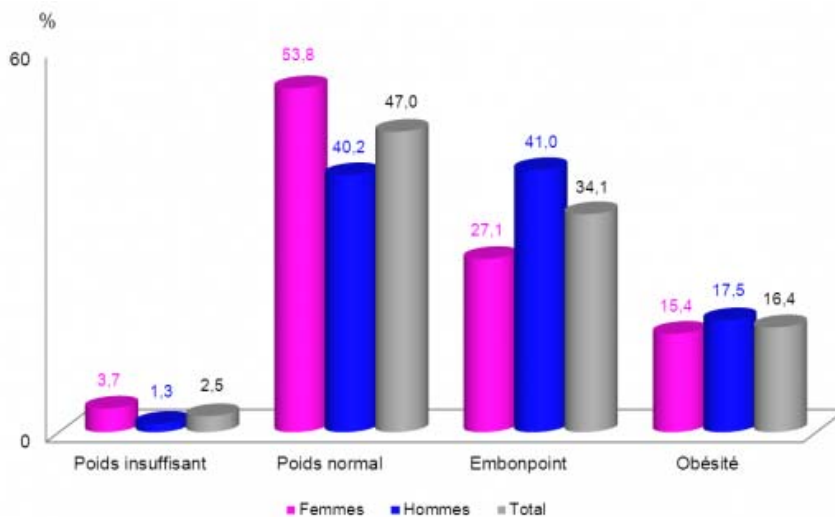
²⁸ Personne de 15 ans et plus, au cours des 12 derniers mois.

Concernant l'ensemble des personnes âgées de 15 ans et plus rapportant avoir eu des relations sexuelles avec une personne de sexe opposé au cours des 12 derniers mois, 10,7 % ont eu au moins deux partenaires. À ce titre, en proportion, les hommes sont plus nombreux que les femmes (12,9 % c. 8,2 %). Ce taux diminue avec l'âge.

2.4.7 Poids corporel

C'est connu : l'obésité²⁹ est un phénomène qui prend de l'importance depuis la fin des années 1980. Le poids est une préoccupation en santé publique, l'obésité et l'embonpoint constituant un facteur de risque pour plusieurs maladies notamment celles dites chroniques. Au Québec, la proportion de la population de 18 ans et plus touchée par l'obésité a doublé de 1987 à 2009, passant de 7,9 à 16,4 %. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, même si les hommes sont, en proportion, légèrement plus nombreux à en être touchés (17,5 c. 15,4 %). On note cependant une différence marquée concernant l'embonpoint : quatre hommes sur 10 (41,0%) en sont touchés comparativement à un peu plus du quart des femmes (27,1%) (MSSS, 2011).

Figure 23- Répartition de la population de 18 ans et plus selon les catégories de poids (³⁰) et le sexe, 2009-2010



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 23 octobre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 1^{er} mai 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

²⁹ L'obésité est une catégorie de statut pondéral calculé à partir de l'indice de masse corporelle (IMC > 30,0). Les autres catégories sont : le poids insuffisant, le poids normal et l'embonpoint.

³⁰ Indice de masse corporelle = IMC. Poids insuffisant : IMC inférieur à 18,5. Poids normal : IMC 18,5 à 24,9. Embonpoint : IMC 25,0 à 29,9. Obésité : IMC 30,0 et plus.

DISCUSSION

Deux tendances surgissent des analyses des résultats quant aux habitudes de vie et aux comportements préventifs : d'une manière générale, les bonnes habitudes de vie sur le plan de l'alimentation et de la consommation de cigarettes et d'alcool, tendent à rejoindre un plus grand segment de la population dans le temps, tant chez les hommes que chez les femmes. Aussi, globalement, sauf pour l'activité physique, les hommes sont, en proportion, moins nombreux que les femmes à rapporter avoir de bonnes habitudes de vie et adopter des comportements préventifs. Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux à faire de l'embonpoint qu'elles (MSSS, 2011). Selon Saltonstall (1993, cité dans Tremblay et Lapointe-Goupil, 2005), les femmes semblent accorder une importance plus grande à l'alimentation pour se tenir en santé, alors que l'activité physique est nettement privilégiée chez les hommes.

C'est du côté de la consommation de drogues et d'alcool en quantité élevée que les écarts entre les hommes et les femmes sont les plus prononcés, à l'instar de ce qui avait été observé dans le rapport sur la santé des hommes québécois (Tremblay et Lapointe-Goupil, 2005). Cependant, en ce qui a trait à la consommation abusive d'alcool, l'écart entre les deux sexes s'est réduit avec le temps. Ainsi, en 1981, il est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, tandis qu'en 2006, il lui est près de 2,5 fois supérieur (MSSS, 2011). Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* menée par Statistique Canada (2011), les hommes canadiens de 18 et 19 ans (39,4 %) et de 20 à 34 ans (44,0 %) étaient les plus susceptibles de déclarer une consommation abusive d'alcool, tandis que les proportions pour les femmes de ces groupes d'âge étaient respectivement de 27,6 % et de 23,5 %.

Globalement, il est intéressant de constater que, selon l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* qui rapporte des données sur la période 1998 à 2014, on assiste à une diminution dans le temps chez les jeunes du secondaire (Traoré *et al.*, 2014). Même sur le plan des jeux de hasard et d'argent, le recul est significatif : en 2002, la moitié des garçons (52,8 %) révélaient s'adonner à ces jeux comparativement à 29,7 % en 2013. En proportion, les garçons sont une fois et demie plus nombreux que les filles à mentionner participer à ces jeux (29,7 % c. 20,6 %) et ils sont deux fois plus souvent qualifiés de joueurs à risque de dépendance au jeu (3,5 % c. 1,8 %) (Camirand, 2014). Ces tendances générales enregistrées sur le plan de la consommation s'accordent avec celles observées plus haut quant à l'amélioration des habitudes de vie des hommes.

Concernant la prévention quant aux infections transmises sexuellement ou par le sang, il est à souligner que davantage d'hommes que de femmes sont affectés par l'infection de type VIH. Quant au port du condom, tant le rapport sur la santé des hommes québécois (Tremblay et Lapointe-Goupil, 2005) que les données du ministère de la Santé et des Services sociaux (2011) révèlent que c'est du côté des nouvelles générations, soit les 15 à 29 ans en particulier, que cette habitude est davantage inscrite comme mode de comportement préventif alors que le groupe des personnes de 55 ans et plus présente la proportion la plus élevée n'utilisant jamais le condom lors des relations sexuelles.

2.5 Problèmes de santé physique

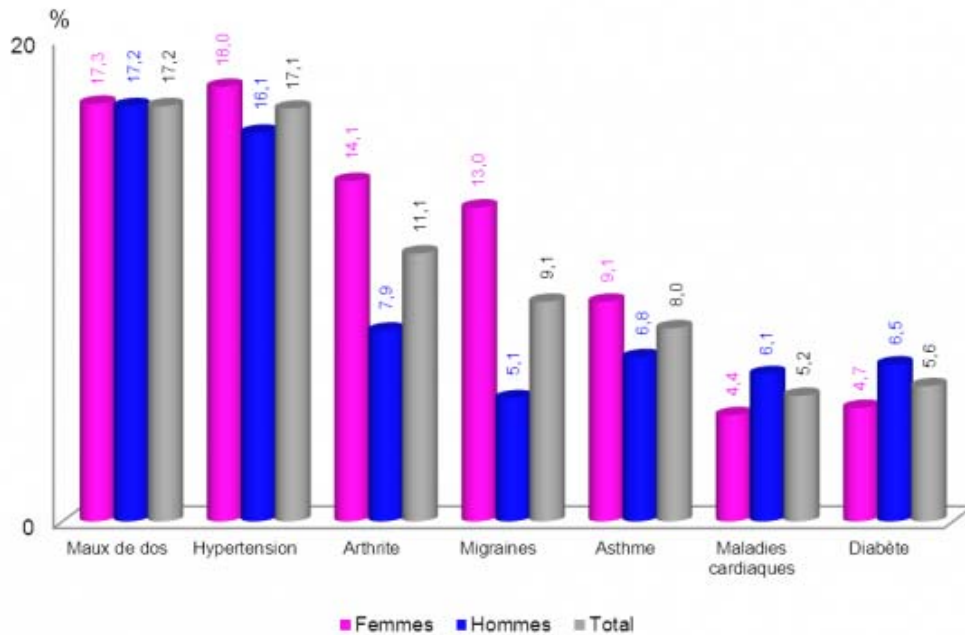
Pour les fins de ce rapport, nous avons retenu les problèmes de santé chroniques, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, les accidents et les blessures.

2.5.1 Problèmes de santé de longue durée

Nous abordons ici trois types de problèmes de santé de longue durée, les problèmes (ou maladies) de santé chroniques, l'autonomie fonctionnelle et les incapacités.

Selon l'ESCC 2009-2010, les principaux problèmes de santé chroniques affectant la population québécoise âgée de 12 ans et plus sont les suivants : maux de dos (17,2 %), hypertension (17,1 %) et arthrite (11,1 %). Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter être affectés par des problèmes de santé chroniques, à l'exception des maladies cardiaques et du diabète. Un écart important entre les hommes et les femmes existe chez les personnes souffrant d'arthrite et de migraines, les proportions des hommes étant respectivement 1,8 fois et 2,5 fois moins élevées que celles des femmes.

Figure 24- Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques ⁽³¹⁾, population de 12 ans et plus, selon le sexe, Québec, 2009-2010



Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 27 septembre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 30 octobre 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Le diabète est tributaire de différents facteurs dont l'hérédité et les habitudes alimentaires. Rappelons que, en général, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter avoir de mauvaises habitudes alimentaires, même si, dans le temps, la situation s'améliore³². En proportion, selon les données de 2009-2010, le taux de prévalence du diabète est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge, en particulier chez ceux de 65 ans et plus. Globalement, le taux de prévalence du diabète des hommes est de 6,5 % en 2009-2010 comparativement à 4,7 % chez les femmes (MSSS, 2011).

Concernant l'autonomie fonctionnelle³³, il n'y a pas de différences appréciables selon le sexe dans les proportions de personnes de 12 ans et plus affirmant être limitées « parfois » ou « souvent » dans certaines activités. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010, 19,1 % des hommes âgés

³¹ Maux de dos : Maux de dos autres que la fibromyalgie et l'arthrite.

³² Notamment, la proportion d'hommes de 12 ans et plus consommant au moins cinq fois par jour des fruits et des légumes, est passée de 36,6 % en 2003 à 43,3 % en 2009-2020 (MSSS, 2011).

³³ Les personnes ayant une limitation d'activités sont celles qui ont déclaré que leur état de santé physique ou mental ou un problème de santé réduisait parfois ou souvent la quantité ou le genre d'activités qu'elles pouvaient faire à la maison, au travail, à l'école ou dans d'autres circonstances.

de 12 ans et plus rapportent des limitations dans leurs activités comparativement à 21,7 % chez les femmes. C'est du côté du groupe des 65 ans et plus que des différences à ce titre sont apparentes (34,8 % chez les hommes c. 42,2 % chez les femmes), principalement en raison de l'espérance de vie plus longue des femmes (MSSS, 2011).

En complément à l'autonomie fonctionnelle, le prochain tableau concerne les types d'incapacités selon le sexe.

Tableau 8- Taux d'incapacité selon le type d'incapacité ⁽³⁴⁾ et le sexe, population de 15 ans et plus ⁽³⁵⁾, Québec, 2010-2011

Types d'incapacités	Hommes (%)	Femmes (%)	Ensemble de la population (%)
Audition	8,3	6,4	7,4
Vision	3,6	5,5	4,6
Parole	1,8	1,2	1,5
Mobilité	9,7	16,5	13,2
Agilité	13,5	16,9	15,2
Apprentissage	6,1	3,5	4,8
Mémoire	4,9	5,6	5,3
Déficience intellectuelle/ TED	1,4	0,6	1,0
Psychologique	3,6	4,8	4,2
Indéterminée (*)	3,5	3,7	3,6

(*) Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source: Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité* (vol.2). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 45, tableau 1.2.

L'Enquête sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) 2010-2011 (Fournier *et al.*, 2013) a examiné, entre autres, les incapacités³⁶ des personnes de 15 ans et plus. Les tendances observées sont les mêmes que celles rapportées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2011). Notamment, le taux d'incapacité globale est légèrement moins élevé chez les hommes

³⁴ Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

³⁵ Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

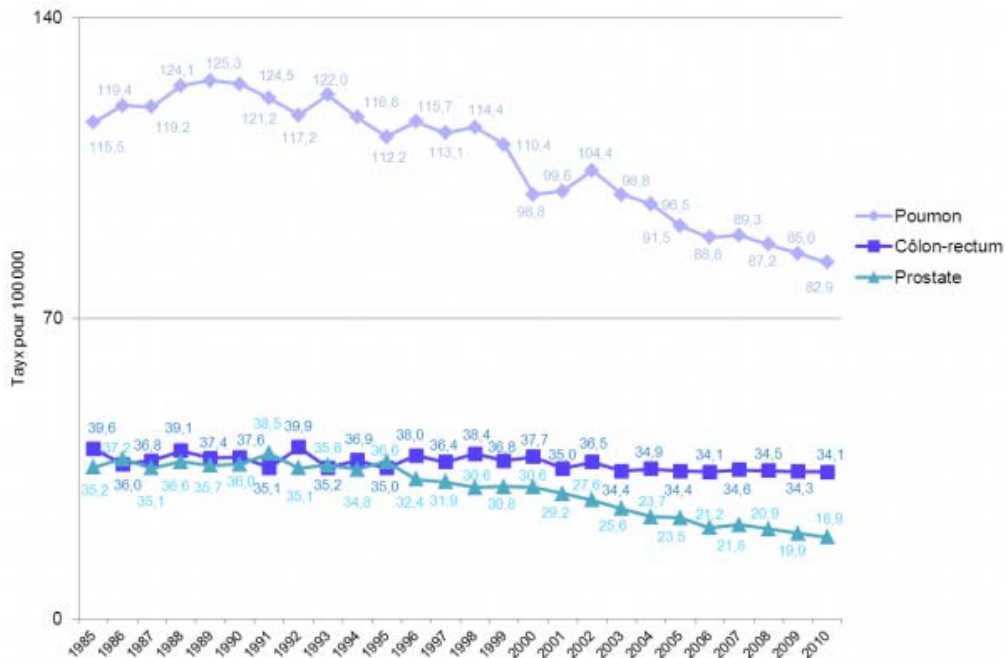
³⁶ Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

(32,2 % c. 34,3 %) et on observe des différences selon le sexe concernant des types d'incapacités. Les incapacités rapportées liées à la vision, à la mobilité, à l'agilité et à la mémoire, de même que les incapacités de nature psychologique sont moins élevées chez les hommes que chez les femmes. Par contre, la prévalence des incapacités rapportées est, en proportion, plus élevée chez les hommes lorsque celles-ci sont liées à l'audition, à la parole, à l'apprentissage, ou encore lorsqu'il s'agit de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement (Fournier *et al.*, 2013).

2.5.2 Tumeurs

Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire composent 60,7 % des causes de décès chez les hommes (voir figure 18), les autres problèmes de santé comptant chacun pour moins de 10 % des décès. Portons notre attention sur les cancers.

Figure 25- Évolution du taux ajusté⁽³⁷⁾ de mortalité des principaux sièges de cancer chez les hommes (taux pour 100 000), Québec, 1985 à 2010



Source : Fichier des décès et Fichier des tumeurs, ministère de la Santé et des Services sociaux; compilations spéciales de la Direction de la surveillance de l'état de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

³⁷ Les taux ajustés ont été obtenus par la méthode de standardisation directe. La population du Québec, sexes réunis, au recensement de 2001 est utilisée comme population de référence pour la standardisation directe (estimations de population fournies par le Service du développement de l'information du MSSS).

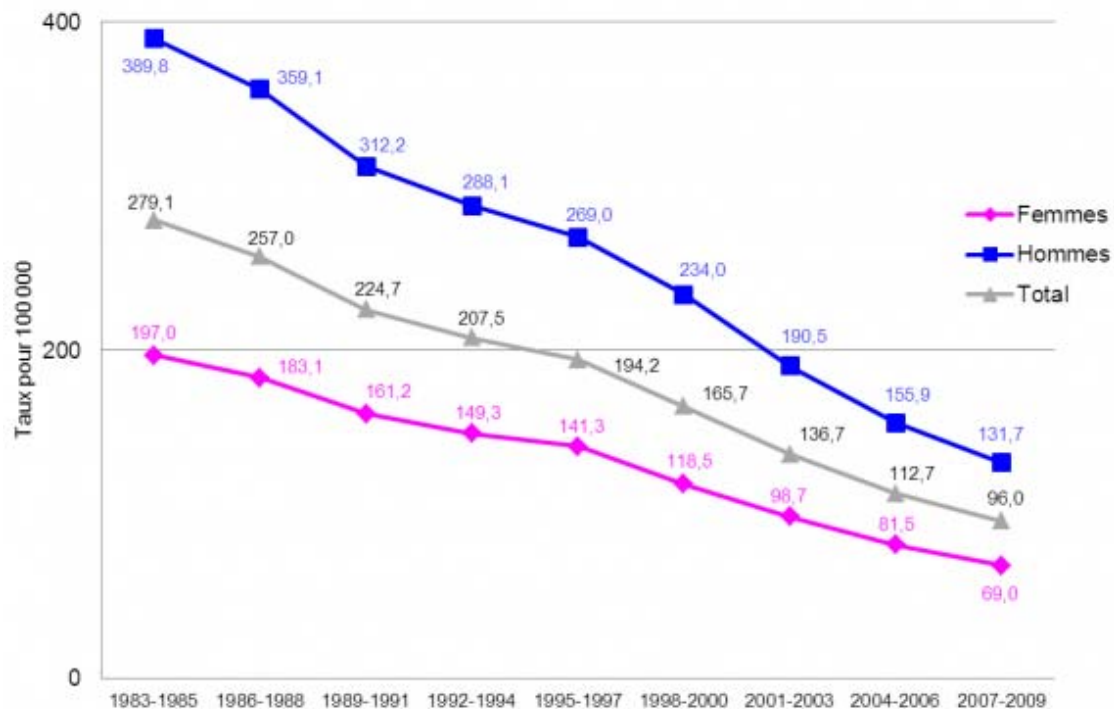
De 1985 à 2010, on observe chez les hommes une diminution des taux ajustés de mortalité par cancer du poumon, par cancer colorectal et par cancer de la prostate. Cette diminution est davantage marquée concernant le cancer du poumon, le taux ajusté de mortalité étant passé de 115,5 pour 100 000 hommes en 1985 à 82,9 en 2010 dans cette catégorie. Mentionnons que les hommes présentent des taux de mortalité par cancer du poumon ainsi que par cancer colorectal plus élevés que ceux des femmes. L'écart entre les deux sexes tend à se rétrécir au fil des années en ce qui concerne le cancer du poumon.

Les décès à la suite d'un cancer de la prostate sont en diminution depuis 1985, tout particulièrement chez les hommes âgés de 65 ans et plus chez qui le taux de mortalité pour ce type de cancer a diminué de presque la moitié depuis 1990. Toutefois l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour une période donnée, a presque doublé passant de 60,1 par 100 000 hommes en 1985-1987 à 113,7 en 2006-2008. Le taux d'incidence du cancer de la prostate augmente de manière importante avec l'avancée en âge. Le groupe des 50 à 59 ans a connu la plus importante augmentation, passant de 38,6 par 100 000 en 1985-1987 à 142,8 par 100 000 en 2006-2008.

2.5.3 Maladies de l'appareil circulatoire

De 1983-1985 à 2007-2009, au Québec, le taux ajusté de mortalité par cardiopathie ischémique (crise cardiaque) a diminué de près des deux tiers (65,6 %), passant de 279,1 décès à 96,0 décès pour 100 000 personnes. Si l'évolution à la baisse a été semblable selon le sexe, le taux ajusté de mortalité par cardiopathie ischémique est plus élevé chez les hommes (131,7 c. 69,0 par 100 000).

Figure 26- Évolution du taux ajusté (38) de mortalité (pour 100 000) par cardiopathie ischémique (39), selon le sexe, Québec, 1983-1985 à 2007-2009



Source : Fichier des décès du Registre des événements démographiques (RED) 2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Par ailleurs, si l'on considère l'ensemble des maladies cardiovasculaires, celles-ci auraient tendance à augmenter dans le temps (Daigle, 2006).

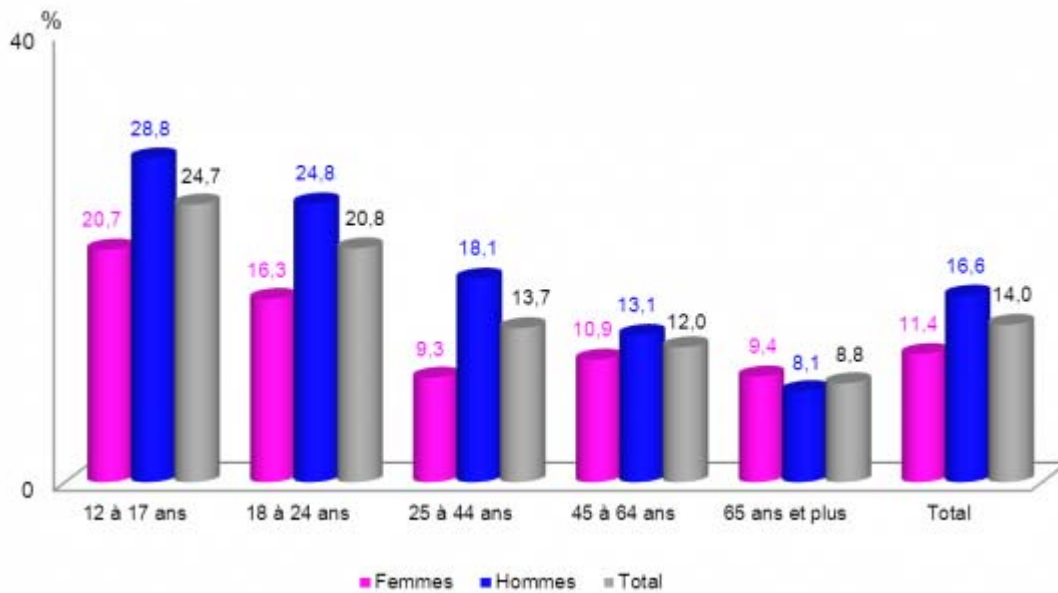
2.5.4 Accidents et blessures

En proportion, plus d'hommes de 12 ans et plus que de femmes rapportent avoir subi en 2009-2010 des traumatismes non-intentionnels (les blessures) au cours d'une période de 12 mois: (16,6% c. 11,4%). Dans le groupe de 25 à 44 ans, la proportion des hommes ayant déclaré avoir subi de telles blessures est de 18,1 % comparativement à 9,3 %, soit l'écart relatif le plus prononcé entre les sexes. C'est du côté des jeunes hommes de 12 à 24 ans que la prévalence des blessures est nettement la plus élevée (MSSS, 2011).

³⁸ Le taux a été ajusté de manière à tenir compte de la croissance démographique et du vieillissement de la population.

³⁹ Cardiopathie ischémique : terme générique regroupant tous les troubles et maladies cardiaques consécutifs à un arrêt ou à une réduction de l'irrigation sanguine du cœur, quel qu'en soit le mécanisme, mais généralement liés à l'athérosclérose coronarienne.

Figure 27- Proportion de la population de 12 ans et plus ayant subi des blessures causant la limitation de leurs activités normales au cours d'une période de 12 mois ⁽⁴⁰⁾, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010



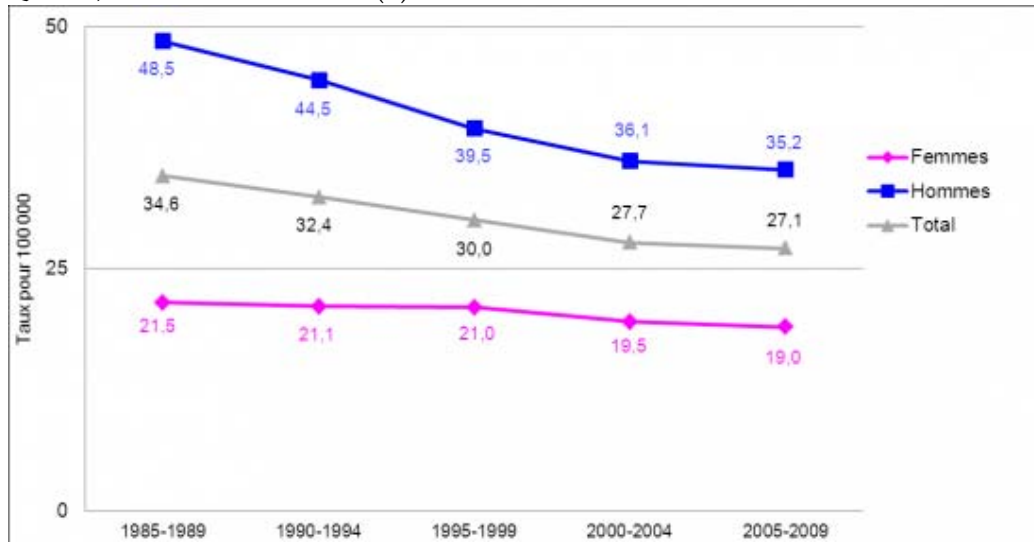
Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 27 septembre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 1^{er} mai 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Malgré que les progrès dans le temps soient manifestes quant à la réduction d'accidents par véhicules à moteur, il n'en demeure pas moins que les hommes sont plus du double que les femmes, en proportion, à décéder en raison d'un problème de conduite d'une automobile ou d'autres véhicules à moteur en 2005-2009 (11,4 c. 4,5 /100 000 de population). L'écart selon le sexe est constant dans le temps de 1985-1987 à 2005-2009. La bonne nouvelle est que, chez les hommes comme chez les femmes, le nombre de mortalité pour ce motif a diminué de moitié : ainsi, en 1985-1987, on comptait 23,7 hommes par 100 000 qui sont décédés à la suite d'un accident avec un véhicule à moteur comparativement à 11,4 par 100 000 en 2005-2009. Par ailleurs, depuis 2000-2004, ce taux de mortalité semble stable, tant chez les hommes que chez les femmes (MSSS, 2011).

⁴⁰ On s'intéresse aux blessures suffisamment graves pour limiter les activités normales, sans inclure les blessures dues à des mouvements répétitifs. Les blessures suivantes ont été énumérées à titre d'exemples : fracture, coupure profonde, brûlure grave, entorse à la cheville et empoisonnement.

Plus globalement, si l'on examine le taux de mortalité ajusté⁴¹ par traumatismes non intentionnels qui comprend, entre autres, les accidents de la route, les chutes et les intoxications accidentelles ce taux a diminué dans l'ensemble de la population en 20 ans, soit de 1985-1989 à 2005-2009. Pour cette période, le taux de mortalité est passé de 48,5 pour 100 000 décès à 35,2 décès chez les hommes ; chez les femmes, le taux a diminué de 21,5 pour 100 000 à 19,0 pendant la même période. En terme relatif, la baisse du taux de mortalité des hommes a été plus importante que celle des femmes (MSSS, 2011).

Figure 28- Évolution du taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, selon le sexe, Québec, 1985-1989 à 2005-2009 (⁴²)



Sources : Fichier des décès et Estimations et projections démographiques, ministère de la Santé et des Services sociaux. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 6 novembre 2011. Mise à jour de l'indicateur le 30 octobre 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

DISCUSSION

La mortalité par maladies cardiovasculaires, la prévalence du diabète et celle des blessures et des accidents altérant l'autonomie fonctionnelle dans la vie quotidienne représentent les principaux problèmes de santé physique dont la proportion de personnes affectées est nettement plus grande chez les hommes que chez les femmes.

⁴¹ Ce taux est ajusté selon la structure d'âge et de sexe de la population du Québec en 2006.

⁴² Taux ajusté selon la structure d'âge, sexe réunis, de la population du Québec en 2006. Les traumatismes accidentels comprennent, entre autres, les accidents de la route, les chutes et les intoxications accidentelles. Depuis 2000, le Québec applique une nouvelle classification des causes de décès. Ce changement de classification rend difficile la comparaison avec les années avant 2000.

Pour ces problèmes, la prévalence est 1,5 à deux fois supérieure à celle enregistrée chez les femmes.

Dans les décennies à venir, on s'attend à ce que les maladies cardiovasculaires prennent de plus en plus d'ampleur, tant chez les hommes que chez les femmes, étant donné le nombre grandissant de personnes âgées, parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires sont les plus répandues (Daigle, 2006). Il en serait ainsi également pour le diabète pour lequel une augmentation de 7 % annuellement du nombre de personnes en étant affectées est prévue pour les prochaines années (Agence de santé publique du Canada, 2008).

La prévalence des accidents et blessures a pour sa part tendance à plafonner, voire à diminuer. Des comportements plus sécuritaires semblent s'instaurer progressivement. Un indice : une récente compilation de la Société d'assurance automobile du Québec (2012) révèle que, de 2002 à 2011, le nombre d'accidents routiers occasionnant des blessures corporelles a diminué de 11,9 %.

En ce qui a trait au cancer de la prostate, on enregistre à la fois une baisse de la mortalité lui étant attribuable parallèlement à une augmentation de son incidence. Ce paradoxe apparent pourrait s'expliquer selon la littérature scientifique consultée par un dépistage plus précoce et par l'amélioration des traitements médicaux.

Les constats posés dans le rapport sur la santé des hommes québécois en matière de santé physique (Antil, Bergeron et Cloutier, 2005) sont relativement semblables à ceux du présent rapport, lorsque comparables. Cependant, à la différence du rapport qui mentionnait que les accidents avec blessures étaient le seul problème de santé affectant significativement davantage les hommes que les femmes, s'ajoutent dans le présent document les maladies cardiovasculaires et le diabète.

2.6 Problèmes de santé mentale

Cette partie couvre les aspects suivants de la santé mentale des hommes : la perception de l'état de santé mentale, le stress, les troubles mentaux, la détresse psychologique et le suicide.

2.6.1 Perception de l'état de santé mentale

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à leurs perceptions de l'état de leur santé mentale, à l'instar de la perception concernant l'état de santé. C'est ainsi que, selon l'ESCC 2009-2010, la proportion d'hommes de 12 ans

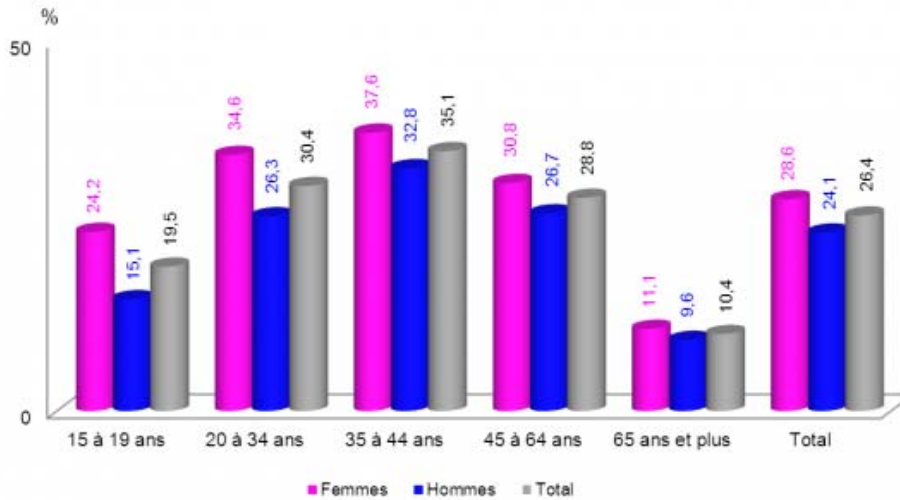
et plus considérant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé mentale est de 77,0 % comparativement à 75,5 % chez les femmes; 19,0 % des hommes qualifient de « bonne » leur santé mentale comparativement à 20,5 % chez les femmes; enfin, un pourcentage similaire selon le sexe, soit 4,0 %, estiment « ne pas avoir une bonne » santé mentale (MSSS, 2011).

2.6.2 Perception d'un stress élevé dans la vie quotidienne

En 2009-2010, la proportion des hommes de 15 ans et plus affirmant éprouver un stress élevé dans la vie⁴³ est moindre que celle des femmes (24,1% c. 28,6%). Quel que soit le groupe d'âge, moins d'hommes, en proportion, déclarent ressentir un stress élevé. Cependant, l'écart entre les sexes diminue progressivement et chez les personnes de 65 ans et plus, les proportions sont relativement similaires (9,6 % chez les hommes c. 11,1 % chez les femmes). C'est chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans que l'écart selon les sexes est le plus prononcé (15,1% c. 24,2%) (MSSS, 2011). Ces résultats s'accordent avec une étude de la Fédération des cégeps (2010) qui présente des proportions analogues chez les 15-19 ans (14%, c. 22%). Selon cette étude, la première session au cégep, une période d'examen, un premier emploi et la gestion d'un horaire chargé, seraient autant d'événements influant particulièrement sur le degré de stress des étudiants (Fédération des cégeps, 2010). Également, la recherche de l'Institut de la statistique du Québec (2014a) ayant porté sur les jeunes québécois de 15 à 29 ans rapporte des résultats analogues en 2009-2010 (21,2 % c. 30,3 %).

⁴³ La question posée dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* porte sur le fait de percevoir la plupart des journées comme étant assez ou extrêmement stressante.

Figure 29- Proportion de la population de 15 ans et plus qui affirme éprouver un stress dans la vie (44), selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010*. Tiré de *Profil de la santé*, Statistique Canada, juin 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Bien que près du quart des hommes (24,1 %) affirment éprouver un stress élevé, cette proportion a diminué depuis 2000-2001 alors qu'elle atteignait 30,1 %. Pendant la même période, soit de 2000-2001 à 2009-2010, la proportion des femmes déclarant éprouver un stress élevé est restée relativement stable, passant de 30,1 % à 28,9 % en 2009-2010 (MSSS, 2011).

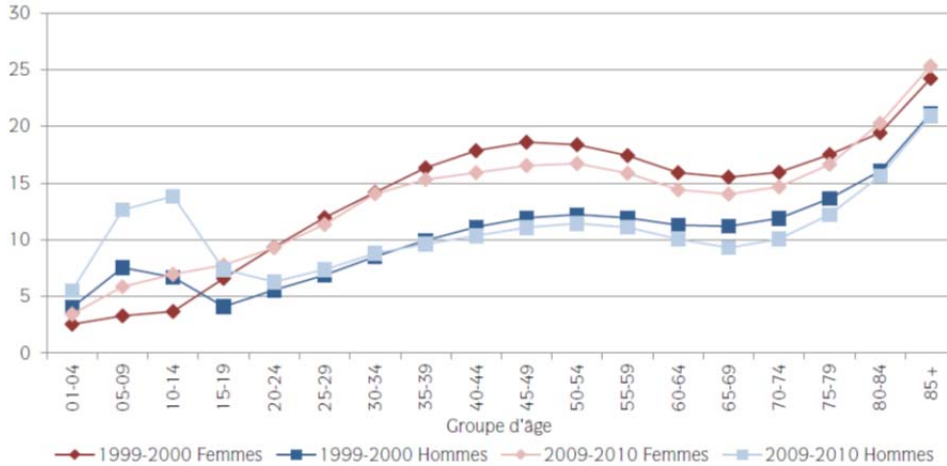
2.6.3 Troubles mentaux

Environ 12 % de la population québécoise est affectée par un trouble mental diagnostiqué⁴⁵ en 2009-2010 (Lesage et Émond, 2012). Comme l'illustre la figure 30, la prévalence est légèrement plus importante chez les femmes que chez les hommes.

⁴⁴ Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré percevoir que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes.

⁴⁵ Pour être considéré comme étant atteint d'un trouble mental, un individu âgé de 1 an ou plus devait avoir reçu au cours de l'année (du 1er avril au 31 mars) un diagnostic de trouble mental au fichier des services médicaux ou un diagnostic principal de trouble mental au fichier des hospitalisations. Les codes diagnostics associés aux troubles mentaux sont les suivants : a) Ensemble des troubles mentaux : 290-319 en CIM-9 et F00-F99 en CIM-10; b) Troubles anxio-dépressifs : 296, 300, 311 en CIM-9 et F30-F48, F68 en CIM-10; c) Troubles schizophréniques : 295 en CIM-9 et F20, F21, F23.2, F25 en CIM-10; d) Troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : 314 en CIM-9 et F90 en CIM-10 (Lesage et Émond, 2012, p. 2).

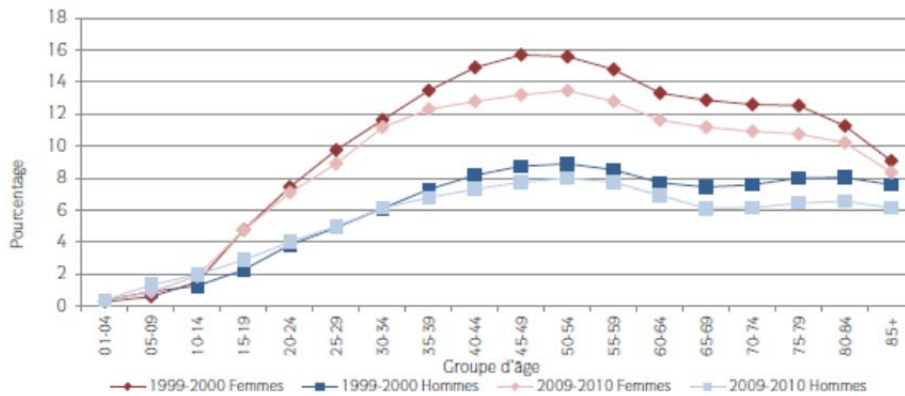
Figure 30- Prévalence annuelle de l'ensemble des troubles mentaux diagnostiqués, selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010



Source : Lesage, A., et Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Surveillance des maladies chroniques* (6), p. 4, graphique 1.

C'est du côté des troubles anxio-dépressifs que l'écart entre les hommes et les femmes est le plus marqué tel que l'illustre la figure 31.

Figure 31- Prévalence annuelle des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués ⁽⁴⁶⁾, selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010



Source : Lesage, A., et Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Surveillance des maladies chroniques* (6), p. 4, graphique 2.

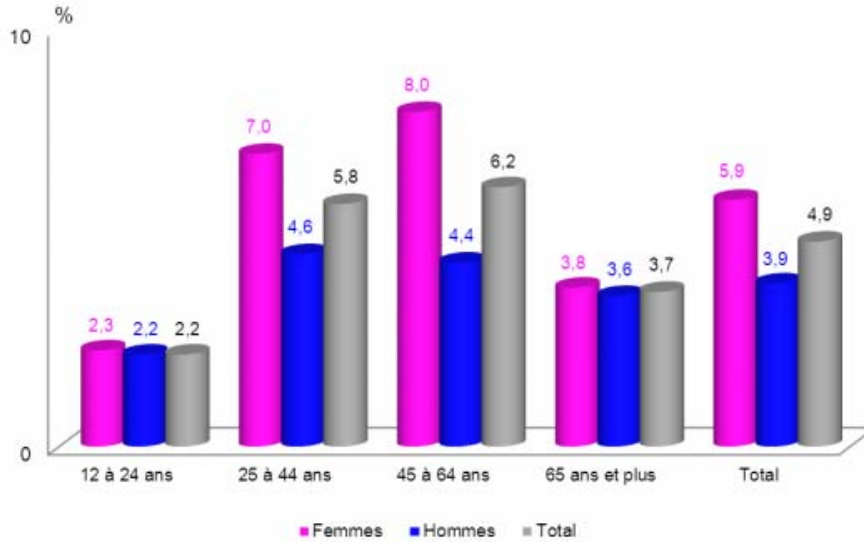
Selon l'ESCC 2009-2010, les hommes de 12 ans et plus sont moins nombreux à rapporter avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur⁴⁷ que les femmes du même âge (5,9% c. 3,9%). D'une manière générale, les hommes sont, en proportion, moins affectés par les troubles de l'humeur que les femmes. Ainsi, en 2009-2010, au Québec,

⁴⁶ Les codes diagnostics associés aux troubles anxio-dépressifs sont les suivants : 296, 300, 311 en CIM-9 et F30-F48, F68 en CIM-10.

⁴⁷ Par trouble de l'humeur, on entend une dépression majeure ou une manie.

3,9 % des hommes de 12 ans et plus, comparativement à 5,9 % chez les femmes, disent souffrir d'un trouble de l'humeur. C'est dans le groupe des 45 à 64 ans que la différence selon le sexe est la plus manifeste (4,4 % c. 8,0 %). Ce sont les hommes âgés de 25 à 44 ans (4,6 %) et de 45 à 64 ans (4,4 %) qui rapportent le plus être affectés par des troubles de l'humeur.

Figure 32- Proportion des personnes de 12 ans et plus ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur (⁴⁸), selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2009-2010

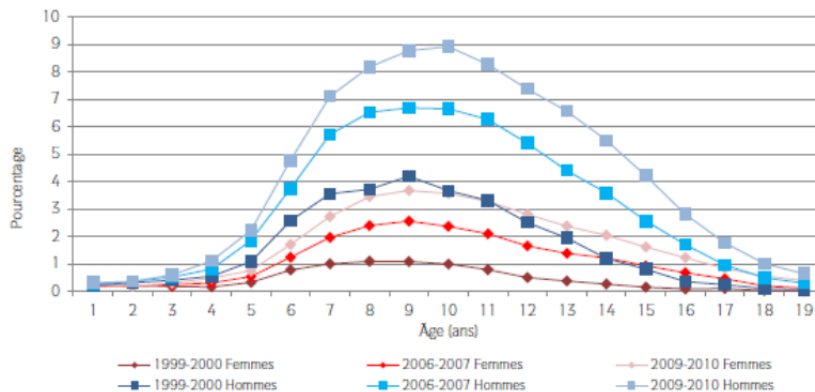


Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 27 septembre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 1^{er} mai 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

En ce qui concerne les troubles de déficits de l'attention et d'hyperactivité, ce sont les garçons qui enregistrent les proportions les plus élevées, tout particulièrement ceux entre 6 et 14 ans avec un sommet à 9-10 ans.

⁴⁸ Prévalence de trouble de l'humeur : prévalence de dépression majeure ou de manie. Prévalence de dépression majeure : période de deux semaines ou plus durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités normales, associée à au moins cinq des symptômes suivants : une réduction de l'énergie, un changement du sommeil ou de l'appétit, des difficultés à se concentrer ou un sentiment de culpabilité, de désespoir ou des idées suicidaires. Prévalence de manie : période d'au moins une semaine, ou ayant entraîné l'hospitalisation, caractérisée par des sentiments exagérés de bien-être, d'énergie et de confiance en soi qui peuvent mener la personne à perdre la notion de la réalité.

Figure 33- Prévalence annuelle des troubles de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) diagnostiqués ⁽⁴⁹⁾, selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010



Source : Lesage, A., et Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Surveillance des maladies chroniques* (6), p. 5, graphique 4.

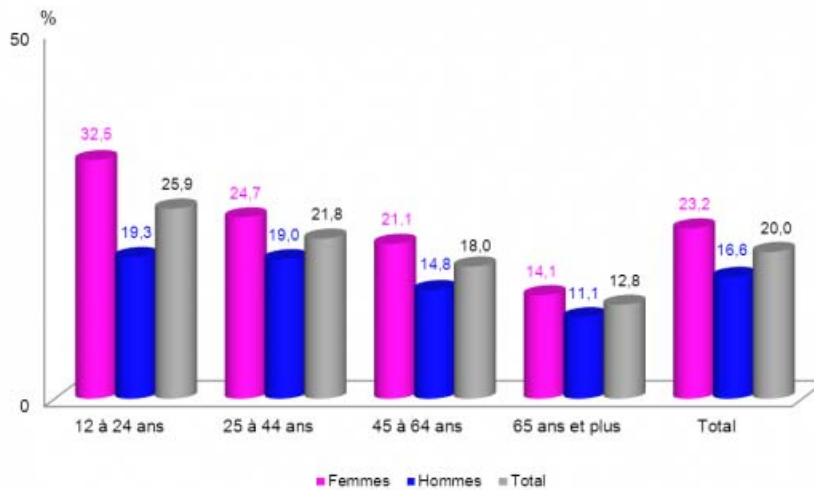
L'EQSJS 2010-2011 fait écho à ces résultats (Pica *et al.*, 2013). Certains troubles mentaux diagnostiqués par un médecin et rapportés en 2010-2011 par les jeunes ont été documentés dans cette enquête. Si les garçons sont, en proportion, plus susceptibles que les filles à avoir mentionné être affectés d'un trouble de déficit de l'attention (15,9 % c. 9,3 %), ils sont, par ailleurs, moins nombreux à avoir rapporté des problèmes d'anxiété (6,2 % c. 11,0 %), de dépression (3,9 % c. 5,9 %) et des troubles alimentaires (1,1 % c. 2,5 %).

2.6.4 Détresse psychologique

Dimension importante de la santé mentale, la détresse psychologique est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par un individu qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des troubles dépressifs et d'anxiété (Camirand et Nanhou, 2008). Le prochain tableau présente les catégories de personnes se classant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique.

⁴⁹ Les codes diagnostics associés aux troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont les suivants : 314 en CIM-9 et F90 en CIM-10.

Figure 34- Proportion de la population de 12 ans et plus se classant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique ⁽⁵⁰⁾, selon le groupe d'âge et selon le sexe, Québec, 2007-2008



Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, cycle 2007-2008, Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Portrait de santé* (2011) produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 28 septembre 2011. Mise à jour de l'indicateur le 22 novembre 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Au sein de la population de 12 ans et plus au Québec, une personne sur cinq se classait selon l'ESCC 2007-2008 à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Dans tous les groupes d'âge, les hommes sont moins nombreux que les femmes, en proportion, à se situer à ce niveau (16,6 % c. 23,2 %). C'est dans le groupe des 12 à 14 ans que l'écart selon le sexe est le plus prononcé, soit d'environ 13 points de pourcentage (19,3 % c. 32,6%). Tant chez les hommes que chez les femmes, la proportion de personnes qui se situent au niveau élevé de détresse psychologique est plus faible chez celles de 65 ans et plus (MSSS, 2011).

Cinq ans plus tôt, soit en 2002, la proportion d'hommes se classant à un niveau de détresse élevée, se situait à 20,5 % et la proportion des femmes, à 26,5 % (Lesage *et al.*, 2010). On pourrait alors conclure que la proportion de personnes affectées par un niveau de détresse psychologique élevée tendrait à diminuer dans le temps. Trois considérations invitent à la prudence quant à ce constat : en premier lieu, l'intervalle de temps est court, soit à peine cinq ans entre ces deux enquêtes. De plus, l'étude de Lesage *et al.* (2010) réfère à la population de 15 ans et plus, tandis que celle du MSSS (2011) porte sur la population de 12 ans et plus. Enfin, l'EQSP rapporte qu'en 2008,

⁵⁰ Selon l'échelle de détresse psychologique K10, qui permet d'évaluer le niveau de détresse psychologique d'une personne à partir de la fréquence à laquelle elle a éprouvé de la détresse psychologique au cours du mois précédent l'enquête.

18,2 % des hommes se situaient au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique comparativement à 26,0 % chez les femmes (Camirand *et al.*, 2010).

2.6.5 Suicides, tentatives de suicide et idées suicidaires

Trois indicateurs sont considérés dans l'analyse du phénomène du suicide, soit les suicides complétés, les idées suicidaires et les tentatives de suicide. D'entrée de jeu, il s'agit d'une problématique importante chez les hommes si l'on considère que, en 2012, avec 1 102 décès par suicide au sein de la population, ils représentent les trois quarts de l'ensemble des suicides complétés au Québec avec 856 décès (77,7 %), les femmes représentant 27,3 % du total des suicides, soit trois fois moins. Entre 1981 et 2012, le nombre de décès par suicide ainsi que le taux ajusté par 100 000 est plus élevé chez les hommes. Il s'agit d'une tendance qui est constante dans le temps (Légaré *et al.*, 2015). Le prochain tableau reproduit les taux de suicide selon le sexe et les groupes d'âge pour l'année 2012.

Tableau 9- Taux de mortalité par suicide, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2012 (données provisoires)

GROUPES D'ÂGE	HOMMES	FEMMES
	Taux par 100 000	Taux par 100 000
0-14 ans	0,8 **	0,5 **
15-19 ans	13,2*	3,4 **
20-34 ans	20,6	5,4
35-49 ans	28,6	9,3
50-64 ans	33,1	9,7
65 ans et plus	19,6	4,2
Total	20,7	6,0

(*) Coefficient de variation entre 16,6 et 33 %.

(**) Coefficient de variation supérieur à 33 %.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2007 à 2011 et Bureau du coroner du Québec pour 2012. MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006 (Légaré *et al.*, 2015, p. 5, extraits du tableau 2).

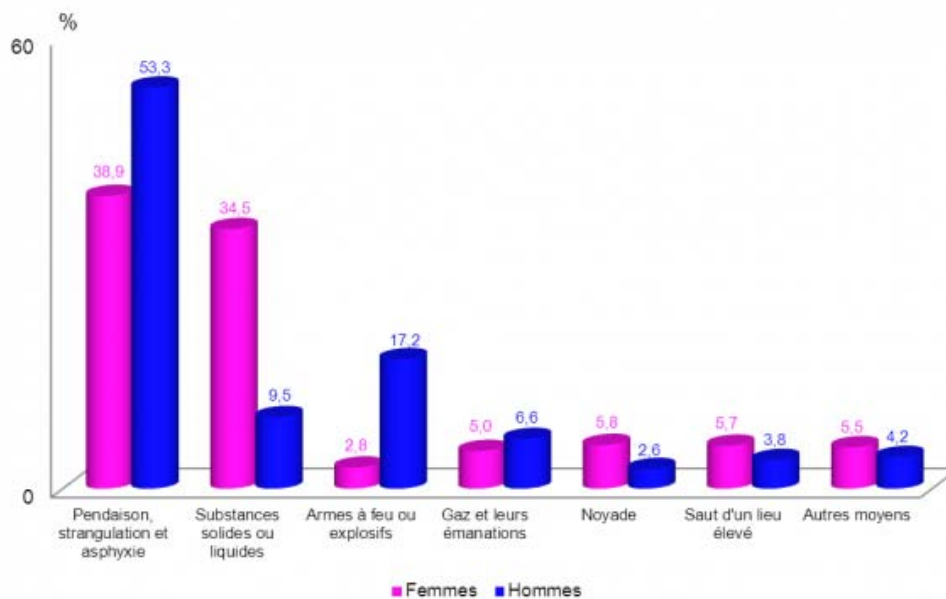
L'examen du taux de suicide selon l'âge révèle que ce sont les hommes âgés de 50 à 64 ans qui affichent le taux le plus élevé de suicide au Québec avec un taux de 33,1 par 100 000 suivi de près par le groupe des 35-49 ans (taux de 28,8 par 100 000). Chez les femmes, ce taux est plus élevé chez celles de 50 à 64 ans (9,7 /100 000) et celles de 35 à 49 ans (9,3 /100 000). Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux de suicide est plus élevé chez les adultes âgés de 35 à 64 ans (Légaré *et al.*, 2015).

Sur une période de trente ans, le taux de suicide au Québec est passé de 17,0 par 100 000 en 1981 à 13,3 par 100 000 en 2012. Chez les hommes, la diminution du taux

de suicide a suivi la même évolution avec un taux de 26,1 par 100 000 en 1981 comparativement à 20,7 par 100 000 en 2012 (Légaré *et al.*, 2015).

L'examen des moyens utilisés pour le suicide montre des ressemblances et des différences selon le sexe. Ainsi, tant chez les hommes que chez les femmes, la pendaison est le premier moyen retenu. Cependant, en proportion, six fois plus d'hommes que de femmes recourent à une arme à feu pour s'enlever la vie; à l'inverse, près de quatre fois plus de femmes que d'hommes, en proportion, consomment des médicaments pour ce faire.

Figure 35- Répartition des décès par suicide, selon le type de moyens utilisé et selon le sexe, 2005-2007



Source : Sources :

Fichier des décès de 1981 à 2006 et Extrait provisoire du Fichier des décès 2007, ministère de la Santé et des Services sociaux. Tiré de *La mortalité par suicide au Québec : tendance et données récentes – 1981 à 2008*, Institut de la santé publique du Québec, 2010, p. 10 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Les données de Légaré *et al* (2013) confirment celles du MSSS. Notamment, pour la période 2007-2009, la pendaison, la strangulation et la suffocation ont été les moyens les plus souvent utilisés chez les hommes comme chez les femmes pour s'enlever la vie. Les auteurs observent des changements concernant les moyens utilisés; ainsi, entre 1981-1983 et 2007-2009, les suicides par armes à feu ont considérablement diminué tandis que les suicides par pendaison, strangulation ou suffocation ont augmenté, tant chez les hommes que chez les femmes (Légaré *et al.*, 2013).

En amont du suicide, il y a entre autres les idéations suicidaires et les tentatives de suicide. Considérons dans un premier temps la prévalence d'idées suicidaires sérieuses selon l'âge et le sexe.

Tableau 10- Idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Québec, 2008

GROUPES D'ÂGE	HOMMES (%)	FEMMES (%)
15-24 ans	3,3 *	2,4 *
25-44 ans	2,6 *	2,3
45-64 ans	2,5	2,3
65 ans et plus	1,3 *	1,4 *
Total	2,5	2,2

(*) Doit être interprété avec prudence.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec, p.6.

Selon l'EQSP 2008, un Québécois sur 10 affirme avoir sérieusement songé au suicide au cours de sa vie sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. En 2008, 2,5 % des hommes et 2,2 % des femmes ont songé sérieusement au suicide au cours de la dernière année (Camirand *et al.*, 2010). Les hommes de 15 à 24 ans rapportent plus souvent avoir des idées suicidaires sérieuses même s'ils sont moins nombreux, en proportion, à passer à l'acte que les hommes de 35 à 49 ans (MSSS, 2012). À l'instar de la détresse psychologique, l'idéation suicidaire tend à diminuer selon l'âge.

En 2008, on estime à 0,5 % la proportion de Québécois ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, soit environ 28 000 personnes. La proportion de femmes à avoir fait une tentative est plus élevée que celle des hommes (0,7% c. 0,2%) (MSSS, 2012).

DISCUSSION

En 2009-2010, le quart des hommes (24,1 %) affirment éprouver un stress quotidien élevé comparativement à 28,6 % chez les femmes (MSSS, 2011). À partir de l'ESCC – santé mentale de 2002, Lesage, Bernèche et Bordeleau rapportent un taux de stress élevé de 22,7 % chez les hommes et de 25,8 % chez les femmes.

À l'âge adulte, on enregistre au Québec comme dans la plupart des pays industrialisés presque deux fois moins d'hommes que de femmes qui, toutes proportions gardées, mentionnent avoir connu un trouble lié à l'anxiété ou à la dépression au cours de l'année précédente. Entre autres, l'étude de Lesage et Émond (2012) indique sensiblement le même écart entre les hommes et les femmes de 25 ans et plus au Québec pour des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués en 2009-2010.

Cependant, plusieurs auteurs considèrent que la dépression demeure un trouble sous diagnostiqué chez les hommes (Cochran et Robinovitz, 2000; Lynch et Kilmartin, 1999; Kilmartin, 2005; Real, 1997; Sachs-Ericsson et Ciarlo, 2000; Tremblay, Thibault, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004), notamment parce que plusieurs études, tout comme les diagnostics cliniques, utilisent comme mesures des symptômes ou des référents davantage liés aux stéréotypes féminins comme le pleur, l'importance accordée à la présentation vestimentaire, etc. Par exemple, l'analyse des autopsies psychologiques d'hommes s'étant enlevé la vie au Nouveau-Brunswick, menée par Séguin *et al.* (2005), indique que près de 70 % de ces personnes souffraient de dépression; pourtant la grande majorité d'entre elles (76,5 %) avait été en contact avec des services spécialisés de santé mentale ou de toxicomanie au cours de l'année précédant le suicide et un peu plus de la moitié (51 %) au cours du dernier mois sans que la dépression n'ait été identifiée.

Si, à l'âge adulte, on enregistre, en proportion, moins de troubles liés à l'anxiété et à la dépression chez les hommes comparativement aux femmes, la situation s'inverse complètement chez les moins de 20 ans concernant les déficits de l'attention et l'hyperactivité. Ce dernier constat n'est pas sans lien avec les résultats de l'enquête menée auprès des enfants de maternelle qui soulignent l'existence chez les garçons d'une vulnérabilité plus grande à la maternelle que chez les filles sur le plan de leur développement (Simard, Tremblay, Lavoie et Audet, 2013).

Le taux de suicide des hommes qui est trois fois plus élevé que celui des femmes constitue une tendance relativement stable dans le temps. Entre autres, de 1981 à 2010, le nombre de suicides chez les hommes a totalisé les trois quarts de l'ensemble des suicides au Québec d'une manière constante (Légaré *et al.*, 2013). Le taux québécois de suicide demeure parmi les plus élevés des pays de l'OCDE (MSSS, 2012). Sa récente diminution au Québec a modifié sa position sur l'échiquier international. De fait, sur 22 États membres de l'OCDE, le Québec se situe maintenant au neuvième rang (Légaré *et al.*, 2013).

Dans le présent document, on rapporte, en proportion, trois fois plus de tentatives chez les femmes comparativement aux hommes sur la base d'auto-déclarations (MSSS, 2012). Ce dernier résultat s'écarte du constat de l'*Enquête sociale et de santé 1998* à l'effet qu'aucune différence importante n'avait été enregistrée entre les hommes et les femmes au chapitre des tentatives de suicide (Antil, Bergeron et Cloutier, 2005). En même temps, une étude canadienne révèle que les femmes sont hospitalisées pour des tentatives de suicide 1,5 fois plus souvent que les hommes (Santé Canada, 2002). Selon un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les idées

suicidaires et les tentatives de suicide au Québec (MSSS, 2012), une des explications tenant aux différences observées selon le sexe tiendrait au fait que les femmes, lors d'une enquête, seraient moins réticentes que les hommes à déclarer avoir fait une tentative de suicide. Ajoutons à cette hypothèse que les femmes ont tendance à prendre des moyens moins létaux que les hommes, tel le recours à des médicaments, ce qui pourrait ajouter aux différences constatées quant au nombre de tentatives selon le sexe. Le rapport du MSSS (2012) note, à l'instar de la recherche de Santé Canada (2002), que la différence entre les sexes serait nettement moins importante dans le cas des hospitalisations pour tentative de suicide (MSSS, 2012).

Une autre question se pose sur le plan interprétatif : comment se fait-il que l'on enregistre trois fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes alors que, selon les données publiques, ils seraient moins stressés et moins anxieux que les femmes, que les troubles de l'humeur et la proportion d'hommes ayant un trouble mental diagnostiqué seraient moindres chez eux, enfin, que la détresse psychologique serait moins ressentie chez les hommes que chez les femmes? Différentes hypothèses peuvent être mises de l'avant pour expliquer ce phénomène. Elles tiennent, pour l'essentiel, à des théories explicatives telles que le biais optimiste et la susceptibilité différentielle, à un mode de rapport aux services culturellement distinct et distancié chez les hommes, enfin, au recours à des moyens plus radicaux pour s'enlever la vie.

Une comparaison des résultats du présent document avec ceux du rapport sur la santé des hommes québécois de 2005 en ce qui concerne la santé mentale (Antil, Bergeron et Cloutier, 2005) permet de constater des tendances similaires, sauf en ce qui regarde les tentatives de suicide et que le rapport de 2005 constatait que, en général, les hommes avaient tendance à se percevoir en meilleur état de santé mentale que les femmes alors qu'aucune différence significative n'est rapportée à ce titre pour l'année 2009-2010 (MSSS, 2011).

2.7 Santé et sécurité au travail

Dans cette section, sont abordés les catégories professionnelles d'emplois des travailleurs et des travailleuses, les accidents de travail et certains aspects liés à la santé mentale au travail. La plupart des résultats rapportés proviennent de l'*Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (EQCOTESST) réalisé en 2007-2008 auprès d'un peu plus de 5000 travailleurs (Vézina, Cloutier, Stock, Lippel, Fortin *et al.*, 2011).

Le profil des emplois occupés peut être considéré un bon prédicteur du taux d'accidents de travail. Par exemple, les emplois manuels et mixtes présentent les plus

haut niveaux de risque d'accidents (Vézina *et al.*, 2011). Le prochain tableau ventile les catégories d'emplois selon le sexe.

Tableau 11- Catégories professionnelles selon le sexe, travailleurs ⁽⁵¹⁾ de 15 ans ou plus, Québec, 2007-2008

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	HOMMES %	FEMMES %	TOTAL %
Cadres supérieurs et intermédiaires	11,3	6,3	8,9
Professionnels	16,0	19,7	17,7
Semi-professionnels et techniciens	14,7	17,6	16,1
Contremaîtres et cadres de premier niveau	7,1	4,2	5,8
Personnel de bureau	5,6	20,9	12,8
Ouvriers qualifiés	6,2	8,4	12,5
Personnel et ouvriers non qualifiés	29,1	22,9	26,2
Total	100 (1894)	100 (1 673)	100 (3 567)

Source : Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É. *et al.* (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, p.45, tableau 1.30.

À la lumière de ce tableau, on constate une surreprésentation des hommes dans des emplois manuels et de cadres. À l'inverse, les femmes sont, en proportion, plus nombreuses dans la catégorie le « personnel de bureau ».

Selon Vézina *et al.* (2011), 28,3 % des travailleurs et 18,3 % des travailleuses rapportent être exposés souvent ou tout le temps à au moins quatre des neuf contraintes physiques⁵² composant un indice général du cumul de contraintes physiques établi par l'étude. Chez les travailleurs manuels, en proportion, 52,1 % des hommes et 38,8 % des femmes déclarent être exposés à quatre contraintes physiques

⁵¹ En emploi comme salarié ou travailleur autonome depuis au moins 8 semaines, à raison d'au moins 15 heures par semaine.

⁵² Les contraintes physiques suivantes ont été mesurées selon la question *Dans le cadre de votre emploi principal, à quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à chacune des situations suivantes...* : 1. Travail les mains au-dessus des épaules 2. Travail le dos penché en avant ou de côté ou avec une torsion du dos (dos twisté); 3. Effectuer des gestes répétitifs à l'aide des mains ou des bras (par exemple, le travail à la chaîne, la saisie de données, ou encore, un rythme imposé par une machine) Exclure le travail non soutenu ou non continu à l'ordinateur; 4. Effectuer des gestes de précision (par exemple, saisir du bout des doigts, aligner un outil ou une pièce ou contrôler finement ses mouvements) ; 5. Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement; 6. Manier sans aide des charges lourdes (par exemple, soulever, porter, transporter des personnes ou des charges comme des caisses ou des meubles); 7. Subir des vibrations provenant d'outils à main (vibrations aux mains ou aux bras); 8. Subir des vibrations provenant de grosses machines ou du sol (vibrations du corps entier). Une neuvième contrainte porte sur la posture de travail et la possibilité de s'asseoir (Vézina *et al.*, 2011).

du travail. À l'exception des gestes répétitifs, du travail prolongé à l'ordinateur et de la posture assise, contraintes physiques pour lesquelles les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à en être affectées, les hommes rapportent être davantage exposés aux contraintes physiques (Vézina *et al.*, 2011).

En 2007-2008, le taux de fréquence d'accidents de travail⁵³ à l'emploi principal, tels que rapportés par les travailleurs et les travailleuses, est légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (8,6 % c. 7,0 %). Par ailleurs, le taux de personnes rapportant des accidents de travail à l'emploi principal ayant entraîné une perte de temps de travail, est deux fois plus élevé chez les hommes (4,0 % c. 2,1 %). C'est chez les 15 à 24 ans qu'est enregistrée la plus forte proportion de personnes rapportant être affectées par un accident de travail peu importe le sexe (Vézina *et al.*, 2011).

Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008, environ deux fois plus d'hommes que de femmes en proportion (4,3 % c. 2,2 %) se disent victimes d'une blessure accidentelle au travail⁵⁴ au cours d'une période de 12 mois. L'enquête mentionne que ce constat s'observe dans tous les groupes d'âge, sauf chez les jeunes travailleurs âgés entre 15 à 24 ans pour lesquels l'enquête ne détecte pas de différence selon le sexe. Enfin, elle souligne que deux fois plus d'hommes que de femmes, en proportion, enregistrent un niveau élevé d'exposition à des contraintes physiques à l'emploi (Camirand, 2013). Ces constats s'accordent avec ceux de Vézina *et al.* (2011). Cette dernière enquête précise, entre autres, que 24 % des travailleurs manuels et 16 % des travailleuses manuelles rapportent être souvent ou tout le temps exposés au bruit et que 11 % des travailleurs et 6 % des travailleuses déclarent être exposés souvent ou tout le temps à des vapeurs de solvants (Vézina *et al.*, 2011).

La prévalence des troubles musculo-squelettiques (TMS) est moins élevée, en proportion, chez les hommes : 16 % des travailleurs et le quart des travailleuses rapportent des TMS perçus comme étant liés au travail, soit des douleurs importantes qui dérangent leurs activités, qu'ils ressentent souvent ou tout le temps, et qu'ils attribuent à leur emploi principal. Cet écart entre les sexes est particulièrement marqué dans le cas des TMS au cou (3,8 % c. 10,3 %) (Vézina *et al.*, 2011).

⁵³ Par accident de travail, on entend un événement traumatique, tel une chute, le fait de s'être cogné, d'avoir été frappé ou d'avoir été victime d'un accident de la route relié au travail. Cette définition exclut tous les efforts, les faux mouvements, les douleurs liées à des mouvements répétitifs ou à une position prolongée (Vézina *et al.*, 2011, p. 533).

⁵⁴ Victime de blessure accidentelle au travail : travailleur ayant subi au moins une blessure au travail non attribuable à des mouvements répétitifs dans les 12 derniers mois, assez grave pour limiter ses activités normales (ex. : fracture, brûlure, entorse) (Camirand, 2013, p. 2).

Sur un autre registre, proportionnellement moins d'hommes (15,0 %) que de femmes (21,7%) rapportent un niveau élevé de détresse psychologique au travail. L'enquête montre également que les hommes sont moins nombreux que les femmes, en proportion, à rapporter souffrir de symptômes dépressifs qu'ils associent à leur travail (5,4 % c. 9,6 %) (Vézina *et al.*, 2011).

Enfin, l'*Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (Vézina *et al.*, 2011) révèle que les travailleuses sont, en proportion, plus nombreuses à faire l'objet de harcèlement psychologique ou sexuel à leur emploi principal. Les données de cette enquête ne permettent pas de détecter de différences selon le sexe en ce qui concerne la violence physique. Le taux de harcèlement psychologique rapporté par les salariés est de 14 % chez les hommes et de 19 % chez les femmes.

DISCUSSION

Le taux d'accidents et de troubles musculo-squelettiques sont largement tributaires des catégories professionnelles d'emplois. À cet égard, le profil d'emplois apparaît passablement genré, notamment pour les emplois de cadres et les emplois manuels, davantage occupés par les hommes et les emplois de bureau, davantage occupés par des femmes. Une comparaison de ces résultats avec ceux du rapport sur la santé des hommes québécois de 2005 (Bergeron et Cloutier, 2005) permet de constater les mêmes tendances à ce titre.

Si les accidents liés au travail sont plus fréquents chez les hommes, par ailleurs, les troubles musculo-squelettiques le sont davantage chez les femmes. Ce constat est-il réductible à la seule nature des emplois considérés ou s'il n'y aurait pas des traits de socialisation masculine qui pourraient expliquer en partie les différences observées au chapitre des accidents de travail? D'autant qu'on a observé plus haut qu'à l'âge adulte, d'une manière générale, des blessures causant la limitation d'activités normales sont nettement plus fréquentes chez les hommes et que l'écart le plus important entre les hommes et les femmes en matière de causes de mortalité concerne précisément les causes externes (accidents, blessures, etc.).

SECTION 3- PORTRAIT DU RECOURS AUX SERVICES

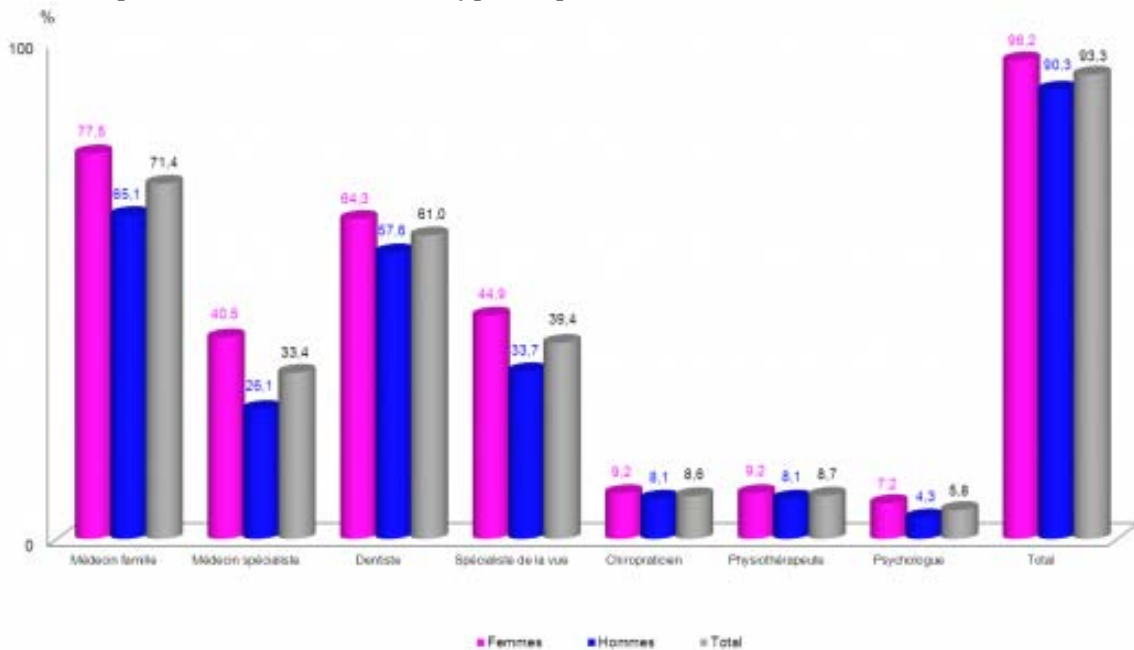
Cette section brosse un portrait du rapport entre les hommes et l'univers des services. Elle est divisée en quatre parties. Une première concerne spécifiquement les services de santé (incluant les médicaments) et une deuxième partie a trait aux services

sociaux. Une troisième partie présente un profil des utilisateurs des services en CLSC. La dernière partie porte sur les besoins des hommes en matière d'aide et de services.

3.1 Services de santé

Selon l'ESCC 2009, au Québec, 93,3 % de la population de 12 ans et plus rapporte avoir consulté au moins une ressource en santé⁵⁵ au cours d'une période de 12 mois. 90,3 % des hommes rapporte l'avoir fait comparativement à 96,2 % chez les femmes. Les écarts de consultation les plus importants entre les hommes et les femmes concernent les ressources en médecine de spécialité et les ressources en santé mentale, la proportion des hommes rapportant les avoir consultées étant respectivement 1,6 et 1,7 fois moins élevée que celle des femmes.

Figure 36- Proportion de la population de 12 ans et plus ayant consulté une ressource en santé au cours d'une période de 12 mois, selon le type de spécialité et selon le sexe, Québec, 2009-2010



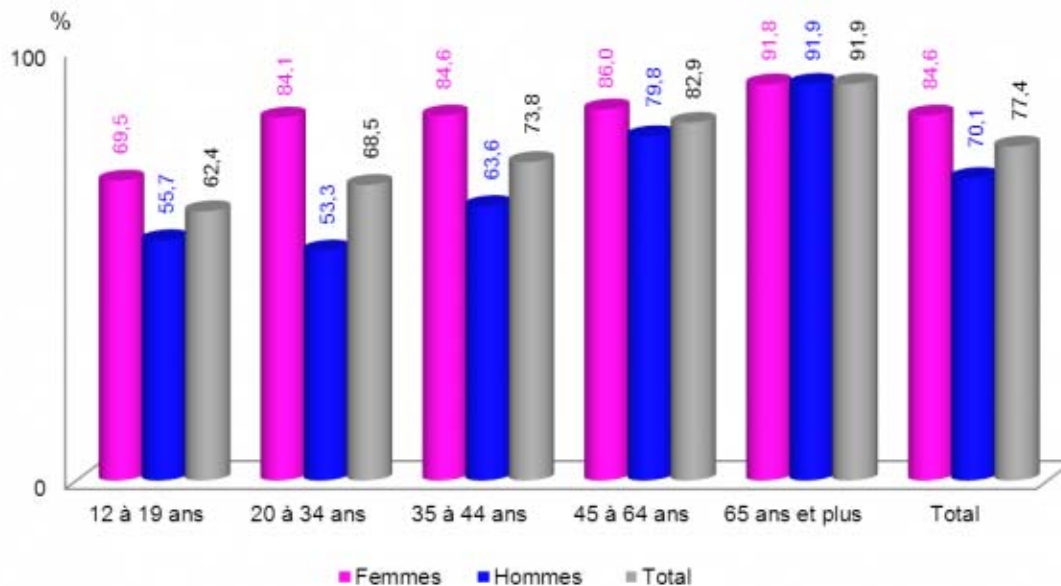
Source : Fichier de microdonnées à grande diffusion de 2009-2010 de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), Statistique Canada. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 1^{er} octobre 2012. Mise à jour de l'indicateur 1^{er} mai 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

L'examen des déclarations de consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois (tous types de médecins confondus) selon le sexe et l'âge en 2009-2010 révèle que la consultation est moins répandue chez les hommes (70,1 % c. 84,6 %). La consultation est cependant similaire chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus. Chez les personnes de 20 à 34 ans, l'écart est particulièrement marquée (53,3 % c.

⁵⁵ Médecin de famille, médecin spécialiste, dentiste, spécialiste de la vue, chiropraticien, physiothérapeute et psychologue.

84,1 %), cette situation pouvant s'expliquer en partie par les consultations touchant la contraception et la grossesse.

Figure 37- Proportion de la population de 12 ans et plus ayant consulté un médecin ⁽⁵⁶⁾ au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2009-2010

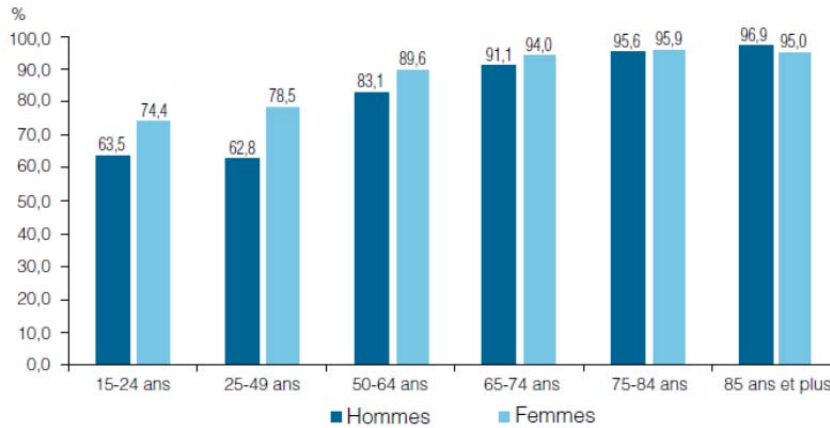


Source : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010*, Statistique Canada. Tiré de *Profil de la santé*, Statistique Canada, juin 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Concernant l'affiliation à un médecin de famille, les données de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins (EQES) 2010-2011* rapportent que 73,1 % des hommes et 84,1 % des femmes disent avoir un médecin de famille (Dubé-Linteau, Pineault, Lévesque, Lecours et Tremblay, 2013). À l'instar des femmes, la proportion des hommes rapportant avoir un médecin de famille s'accroît avec l'âge. L'écart selon le sexe s'observe pour tous les groupes d'âge sauf pour les 75 ans et plus pour qui on enregistre une relative égalité des proportions selon le sexe. L'affiliation à un médecin de famille est moindre, en proportion, chez les hommes de 15 à 24 ans (63,5 %) et de 25 à 49 ans (62,8 %).

⁵⁶ Médecin pratiquant la médecine générale ou la médecine de spécialité, dont la chirurgie, l'allergologie, l'orthopédie, la gynécologie et la psychiatrie. Concernant les personnes de 12 à 17 ans, la pédiatrie est comprise dans ce type de ressource.

Figure 38 - Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus (⁵⁷), Québec, 2010-2011



Source : Dubé-Linteau, A., Pineault, R., Lévesque, J.-F., Lecours, C. et Tremblay, M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 2). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 28, figure 1.1.

En 2010-2011, le quart des hommes (27,8 %) comparativement au tiers des femmes (33,1 %) mentionnent avoir consulté un médecin spécialiste après une référence obtenue au cours des 12 derniers mois (Dubé-Linteau, Lecours, Lévesque, Pineault et Tremblay, 2013). Cette proportion selon le sexe s'inscrit dans la même logique que pour les médecins en général. Parmi les personnes vivant avec au moins une incapacité, les données de l'EQLAV 2010-2011 révèlent que 42,8 % des hommes et 50,6 % des femmes rapportent avoir été suivis régulièrement par au moins un médecin spécialiste (Fournier *et al.*, 2013).

En matière de santé dentaire, un peu moins d'hommes que de femmes, en proportion, âgés de 12 ans et plus, rapportent avoir consulté un spécialiste en santé dentaire en 2009-2010 (57,6 % c. 64,3 %). L'écart entre les sexes est plus important dans le groupe de 25 à 44 ans (11,4 points de pourcentage), les hommes étant proportionnellement moins nombreux que les femmes à consulter ce type de ressources (MSSS, 2011).

Concernant le recours aux approches non-traditionnelles, les données d'enquête les plus récentes sont celles de l'ESCC en 2005. Cette année-là, 10,9 % des hommes âgés de 12 ans et plus rapportent avoir consulté une personne-ressource en médecine non traditionnelle⁵⁸ comparativement à 18,5 % chez les femmes. Tant chez les hommes que

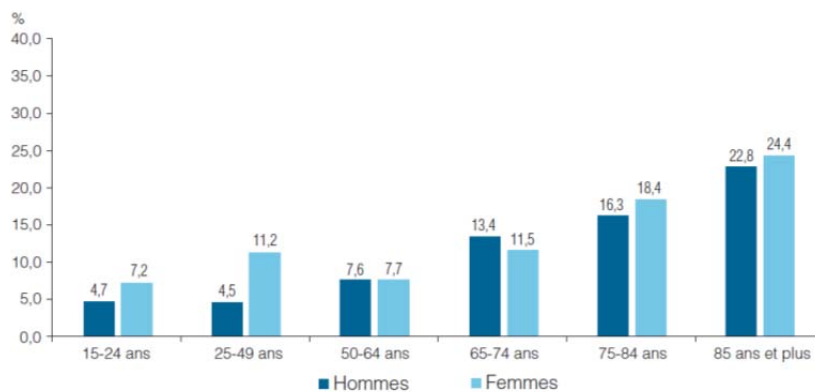
⁵⁷ Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

⁵⁸ Comprend les professionnels suivants : massothérapeute, acupuncteur, homéopathe ou naturopathe, enseignant des techniques Feldenkrais ou Alexander, relaxologue, enseignant des

chez les femmes, la consultation d'une telle personne a environ doublé depuis 1994-1995 (4,9% c. 9,5%) (MSSS, 2011).

Selon l'*EQES 2010-2011* les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à rapporter avoir été hospitalisés au moins une fois au cours d'une période de 12 mois (7 % c. 11 %). L'écart selon le sexe ne s'observe toutefois que chez les personnes de 15 à 49 ans, notamment en raison du fait que sont incluses les hospitalisations liées aux grossesses et aux accouchements. Il n'existe aucune différence significative selon le sexe pour les groupes d'âge subséquents (Lecours, Pomey et Tremblay, 2013).

Figure 39- Proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une fois ⁽⁵⁹⁾ au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ⁽⁶⁰⁾, Québec, 2010-2011



Source : Lecours, C., Pomey, M.-P., et Tremblay M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 4). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 24, figure 1.1.

Les motifs d'hospitalisation sont similaires selon le sexe (en excluant les grossesses et les accouchements). Chez les hommes, 27,4 % disent avoir été hospitalisés pour une intervention chirurgicale prévue d'avance, 65,9 % pour une autre raison liée à un problème de santé physique et 6,8 % pour des problèmes ou des troubles de santé mentale. Pour ce dernier motif, on enregistre une légère différence chez les femmes, soit 5,2 %. Un homme sur 10 (11,4 %) considère que son hospitalisation a « peu ou pas du tout » contribué à régler le problème de santé (13,7 % chez les femmes). De plus, 11,2 % des hommes comparativement à 16,3 % des femmes estiment qu'ils ont reçu des renseignements qui portent à confusion ou qui sont contradictoires (Lecours *et al.*, 2013).

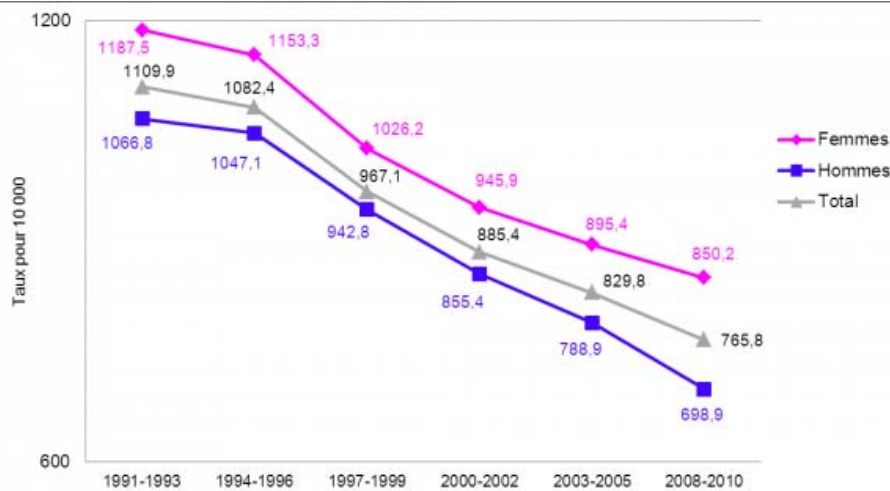
techniques de rétroaction biologique, rolfer, herboriste, réflexologiste, guérisseur spirituel, guérisseur religieux *et* autres.

⁵⁹ Hospitalisation au cours d'une période de 12 mois.

⁶⁰ Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

Des écarts entre les hommes et les femmes quant au taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée sont enregistrés (voir la figure 40). Depuis 1991-1993, ce taux a décru d'une manière importante, à l'instar de celui des femmes. Pour les périodes 1991-1993 et 2008-2010, l'écart relatif entre les hommes et les femmes s'est maintenu dans le temps.

Figure 40- Évolution du taux ajusté ⁽⁶¹⁾ d'hospitalisation en soins physiques de courte durée, selon le sexe, Québec, 1991-1993 à 2008-2010 ⁽⁶²⁾



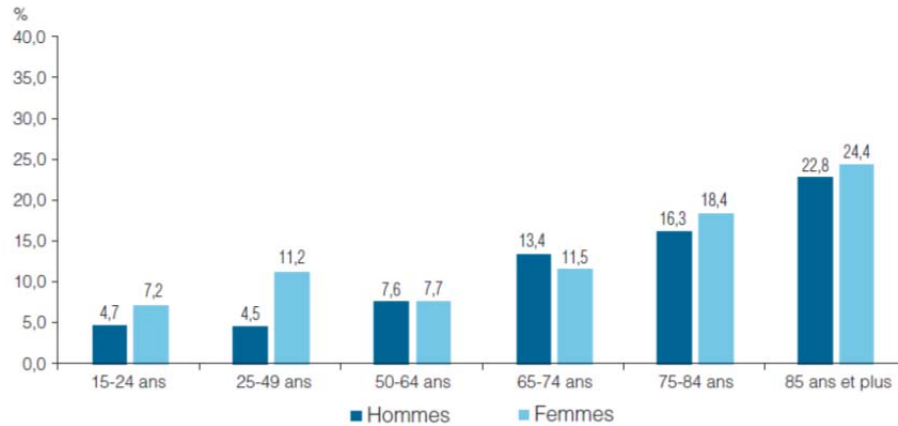
Source : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux; Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé; Estimations et projections démographiques, ministère de la Santé et des Services sociaux. Tiré du rapport de l'onglet *Plan commun de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 2 novembre 2012. Mise à jour de l'indicateur le 30 octobre 2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

Toujours selon l'*EQES 2010-2011* (Lecours, Pomey et Tremblay, 2013), le quart des hommes (25,0 %) déclarent avoir eu au moins une consultation à l'urgence au cours d'une période de 12 mois comparativement à 26,9 % pour les femmes. Les écarts les plus manifestes entre les sexes se retrouvent chez les personnes de moins de 50 ans, tout particulièrement chez les 25 à 49 ans alors que les hommes, en proportion, sont 2,5 fois moins représentés (voir la figure 41).

⁶¹ Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2006.

⁶² 1991-1993 à 2003-2005 : regroupement du diagnostic principal selon la CIM-9. 2008-2010 : regroupement du diagnostic principal selon la CIM-10 CA.

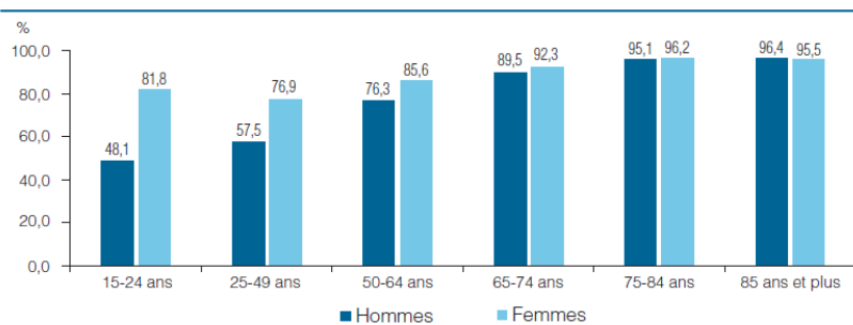
Figure 41- Proportion de personnes ayant consulté un médecin à l'urgence d'un hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ⁽⁶³⁾, Québec, 2010-2011



Source : Lecours, C., Pomey, M.-P., et Tremblay M.-E. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 4). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 38, figure 2.1.

Le prochain tableau porte sur la population ayant pris des médicaments prescrits par un médecin.

Figure 42- Proportion d'hommes et de femmes ayant pris des médicaments prescrits par un médecin au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus ⁽⁶⁴⁾, Québec, 2010-2011



Source : Dubé, G., Sirois, C. et Tremblay, M.-E. (2013). *Tests de laboratoire, examens radiologiques et médicaments d'ordonnance : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 6). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 34, figure 2.1.

D'une manière générale, et ce dans tous les groupes d'âge, sauf à compter de 65 ans, les hommes, en 2010-2011, sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à rapporter consommer peu fréquemment de médicaments prescrits par un médecin (66,5 %; c. 83,3 %). Tel que l'illustre la figure 42, c'est parmi les jeunes de 15 à 24 ans et le groupe des 25 à 49 ans que les différences selon le sexe sont les plus prononcées : chez les 15 à 24 ans, la proportion d'hommes qui rapportent avoir pris des

⁶³ Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

⁶⁴ Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

médicaments au cours de la dernière année est presque deux fois inférieure à celle des femmes (48,1 % c. 81,8 %) (Dubé, Sirois et Tremblay, 2013).

DISCUSSION

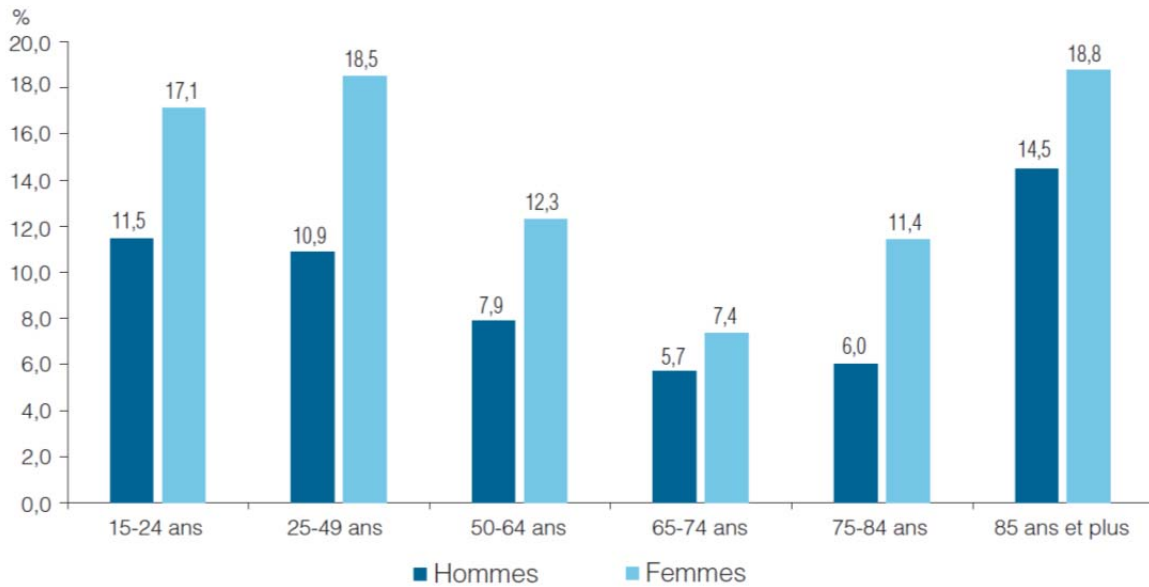
En général, une plus forte proportion de femmes que d'hommes rapporte consulter les services de santé, quelles que soient les spécialités et elles mentionnent plus fréquemment consommer des médicaments. Sur ces dimensions, les travaux de Dulac (1999, 2001) avaient déjà mis en évidence le rôle de la socialisation de genre dans le rapport aux services. L'argument de la socialisation masculine était identifié par Dulac comme facteur explicatif d'un recours moindre observé chez les hommes à l'endroit des services formels offerts. De récents travaux accréditent également l'importance de la socialisation de genre sur le plan du rapport à la santé et aux services (voir synthèse effectuée par Courtenay, 2011). Globalement, c'est chez les adolescents et les adultes que l'écart entre les hommes et les femmes est le plus prononcé, tant en matière de consultation de services de santé que de consommation de médicaments.

Le rapport sur la santé des hommes au Québec (Antil, 2005b) reproduisait des tendances analogues, tant pour les services de santé que pour la consommation de médicaments.

3.2 Services sociaux

Selon l'*EQES 2010-2011* (volet services sociaux), 9,5 % des hommes comparativement à 15,1 % des femmes rapportent avoir consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois (Cazale *et al.*, 2013). Quel que soit l'âge, les hommes consultent moins que les femmes tel que l'illustre la figure 43.

Figure 43- Proportion de personnes ayant consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ⁽⁶⁵⁾, Québec, 2010-2011



Source : Cazale, L., Poirier, L.-R., et Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 3). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 24, figure 1.1.

Les deux prochains tableaux portent sur les raisons d'intervention et les lieux d'affiliation du professionnel rencontré.

⁶⁵ Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

Tableau 12- Raisons de consultation ⁽⁶⁶⁾ selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ⁽⁶⁷⁾ ayant consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2010-2011

	Difficultés de nature psychologique	Difficultés concernant ses enfants ou ses adolescents	Difficultés concernant sa vie conjugale	Difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études	Difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie
	%				
Sexe					
Hommes	79,9	14,2	24,7	44,8	31,2
Femmes	82,4	20,9	20,8	41,4	33,4

Source : Cazale, L., Poirier, L.-R., et Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 3). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 29, tableau 1.4.

Tableau 13- Lieu d'affiliation du professionnel rencontré ⁽⁶⁸⁾, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ⁽⁶⁹⁾ ayant consulté un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2010-2011

	Centre local de services communautaires	Organisme communautaire ^a	Milieu de travail ou école ^b	Cabinet, bureau ou clinique privée ^b	Hôpital (incluant urgence psychiatrique) ^b	Centre de réadaptation ou centre jeunesse	Autre endroit ^a
	%						
Sexe							
Hommes	33,0	4,2*	10,8	34,6	17,5	6,9	5,6
Femmes	37,4	3,3	12,8	37,1	15,5	4,0	4,5

Source : Cazale, L., Poirier, L.-R., et Tremblay, M.-È. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois* (vol. 3). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 31, tableau 1.5.

Lorsque les hommes consultent un professionnel des services sociaux, ils le font principalement pour des difficultés de nature psychologique dans 79,9 % des cas, pour des difficultés liées au milieu de vie, à un emploi ou aux études (44,8 %) et des difficultés posées par la vie quotidienne à domicile ou par le maintien de l'autonomie (31,2 %), pour des difficultés conjugales (24,7%) ou encore des difficultés concernant leurs enfants ou leurs adolescents (14,2%). Lorsqu'ils consultent, le tiers (33,0 %) le fait en CLSC et 34,6% le font soit dans un cabinet, un bureau, en clinique privée. Il existe peu de différences selon le sexe pour les raisons de consultation et les lieux de consultation rapportés aux tableaux 12 et 13.

⁶⁶ Les personnes pouvaient mentionner plus d'une raison de consultation.

⁶⁷ Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

⁶⁸ Les personnes pouvaient mentionner plus d'un lieu d'affiliation.

⁶⁹ Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

DISCUSSION

En ce qui a trait aux consultations auprès de professionnels des services sociaux, les femmes sont 1,5 fois plus nombreuses que les hommes, en proportion, à rapporter consulter ces services. Cet écart entre les hommes et les femmes sur ce plan est plus important que celui observé généralement selon le sexe pour la consultation de professionnels de la santé. La différence enregistrée s'accordent avec quelques résultats d'un récent sondage réalisé dans le cadre du présent projet de recherche auprès de 2 084 hommes québécois de 18 ans et plus⁷⁰. Dans ce sondage, une plus faible proportion d'hommes se dit à l'aise de consulter une aide professionnelle en intervention psychosociale comparativement à des services en santé physique⁷¹, deux fois plus de répondants, en proportion, rapportent ne pas avoir confiance aux professionnels en intervention psychosociale comparativement aux professionnels en santé physique⁷² ; enfin, près de la moitié (48,8 %) ne solliciterait de l'aide de personne en cas de problème personnel ou émotionnel. Voilà des indications d'une distance plus grande des hommes au regard de l'aide psychosociale.

Selon l'EQES 2010-2011, la différence la plus marquée selon le genre au titre de la consultation d'un professionnel des services sociaux se situe chez les adultes de 25 à 49 ans. Du simple au double : 10,9 % des hommes de ce groupe d'âge rapportent avoir consulté une telle ressource comparativement à 18,5 % chez les femmes pour le même groupe d'âge (Cazale *et al.*, 2013). Il serait intéressant d'explorer plus à fond les raisons permettant de mieux comprendre que c'est à l'âge adulte que l'écart est le plus important selon le sexe sur ce plan.

En 2005, le rapport sur la santé des hommes au Québec faisait également état de barrières existantes relatives à la socialisation masculine pour expliquer un recours moindre aux services offerts (Antil, 2005b). Par ailleurs, le rapport n'a pas abordé comme tels les services sociaux spécifiquement, ce qui explique qu'un examen comparatif n'a pu être effectué avec nos résultats.

⁷⁰ Tremblay, G., Roy, J., de Montigny, F., Séguin, M., Villeneuve, P., Roy, B. et Sirois-Marcil, J. (2015). *Où en sont les hommes québécois en 2014. ? Sondage sur les rôles sociaux, les valeurs et sur le rapport des hommes québécois aux services – Rapport préliminaire*. Québec : Masculinités et Société.

⁷¹ 67,0 % des répondants se disent « partiellement d'accord » ou « totalement d'accord » avec l'énoncé suivant : « Je suis à l'aise de consulter une aide professionnelle en intervention psychosociale (psychologue, travailleur social, orienteur, etc.) comparativement à 87,3 % pour l'énoncé suivant : Je suis à l'aise de consulter une aide professionnelle en santé physique (médecin de famille, chiropraticien, dentiste, etc.).

⁷² 29,4 % des hommes rapportent ne pas avoir confiance aux professionnels en intervention psychosociale comparativement à 14,5 % à l'endroit des professionnels en santé physique.

3.3 Services en CLSC

Un examen de la clientèle en CLSC pour l'année 2012-2013, basé sur 2 323 740 usagers différents, révèle que le nombre de femmes qui ont reçu des services de la part des CLSC est supérieur de 35,6 % à celui des hommes. Ces derniers composent 42,5 % de la clientèle de ces services comparativement à 57,5 % pour les femmes. Ils reçoivent en moyenne 7,07 interventions sur une base annuelle comparativement à 8,14 interventions chez les femmes.

Tableau 14- Répartition procentuelle des usagers des CLSC, selon le sexe et l'âge, ayant reçu des services pour l'année 2012-2013 et moyenne d'interventions, Québec

GROUPES D'ÂGE	HOMMES		FEMMES	
	N moyen d'usagers ⁷³	N moyen d'interventions ⁷⁴	N moyen d'usagers ⁷⁵	N moyen d'interventions ⁷⁶
Moins d'un an	51,5 %	4,07	48,5 %	4,08
1-5 ans	53,0 %	3,12	47,0 %	2,46
6-11 ans	51,3 %	3,12	48,7 %	2,44
12-17 ans	38,0 %	3,69	62,0 %	4,04
18-29 ans	29,8 %	4,53	70,2 %	4,44
30-49 ans	37,4 %	5,38	62,6 %	5,22
50-64 ans	45,3 %	7,25	54,7 %	6,95
65-74 ans	47,5 %	8,40	52,5 %	9,14
75-84 ans	42,4 %	16,37	57,6 %	20,26
85 ans et plus	44,5 %	29,15	55,5 %	34,72
Total	42,5 %	7,07	57,5 %	8,14

Source : données transmises par le MSSS sur la base d'un fichier de la RAMQ à partir de la banque québécoise ICLSC.

Le quart des hommes québécois (24,4 %) ont bénéficié des services du réseau des CLSC en 2012-2013. Sur le plan évolutif, en 10 ans, soit de 2003-2004 à 2013-2014, la clientèle masculine en CLSC a progressé plus rapidement que la population démographique: 20,1% d'augmentation de la clientèle masculine comparativement à 9,5 % d'augmentation démographique de la population masculine pendant la période de référence. Parmi la clientèle masculine, c'est le groupe des hommes âgés de 65 ans et plus qui a enregistré la plus forte augmentation en 10 ans, soit 61,0 %. Le ratio

⁷³ Basé sur 986 438 hommes.

⁷⁴ Basé sur 6 976 530 interventions.

⁷⁵ Basé sur 1 337 302 femmes.

⁷⁶ Basé sur 10 879 307 interventions.

hommes/femmes est, par ailleurs, demeuré semblable en 10 ans pour l'ensemble des clientèles⁷⁷.

Parmi les distinctions les plus significatives selon le sexe que l'on peut dégager du tableau 14, notons que les femmes âgées de 12 à 49 ans se retrouvent, en proportion, 1,8 fois plus nombreuses que les hommes du même groupe d'âge dans la clientèle des CLSC. Aussi, il est à souligner que le nombre moyen d'interventions enregistré pour les garçons de 1 à 11 ans est supérieur à celui des filles du même âge. À l'inverse, chez les personnes du quatrième âge (75 ans et plus), le nombre moyen d'interventions des hommes est moins élevé que celui des femmes.

Une autre façon d'apprécier l'importance relative des hommes au sein de la clientèle des CLSC consiste à mesurer la proportion de ces derniers dans l'ensemble de la population masculine au Québec.

Tableau 15- Taux de pénétration des clientèles masculines et féminines des CLSC pour l'année 2012-2013 dans la population au Québec en 2013⁷⁸

GROUPES D'ÂGE	HOMMES % population	FEMMES % population
Moins d'un an	70,3 ⁷⁹	69,8 ⁸⁰
1-5 ans	42,4	39,3
6-11 ans	44,8	44,5
12-17 ans	27,6	47,1
18-29 ans	12,1	29,3
30-49 ans	13,2	23,0
50-64 ans	18,9	23,0
65-74 ans	35,4	36,3
75-84 ans	48,2	48,9
85 ans et plus	59,6	60,9
Total⁸¹	24,4	32,6

Source : données transmises par le MSSS sur la base d'un fichier de la RAMQ à partir de la banque québécoise ICLSC et données sur la population au Québec au 1^{er} juillet 2013 (Institut de la statistique du Québec (2013a). *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2013. Québec : Gouvernement du Québec).

⁷⁷ Données basées sur les fichiers de la RAMQ à partir de la banque québécoise ICLSC et des données sur la population au Québec en 2004 et en 2013 (Institut de la statistique du Québec, 2013a et 2014 b).

⁷⁸ Calcul des auteurs à partir des données des clientèles des CLSC pour l'année 2012-2013 transmises par le MSSS sur la base d'un fichier de la RAMQ à partir de la banque québécoise ICLSC et des données sur la population au Québec au 1^{er} juillet 2013 (Institut de la statistique du Québec, 2013a).

⁷⁹ Comme la banque de données des CLSC est d'ordre cumulatif (sur une année complète) alors que celle de l'Institut de la statistique du Québec est un instantanée de la population au 1^{er} juillet 2013, nous avons procédé à une estimation.

⁸⁰ Idem.

⁸¹ Sous réserve du groupe des moins d'un an basé sur une estimation.

Les résultats de ce tableau permettent de constater que le quart des hommes comparativement au tiers des femmes au sein de la population sont rejoints par les services des CLSC. Les tendances observées au tableau 15 sont similaires à celles du tableau précédent à l'exception du fait que la proportion des hommes de 65 ans et plus au sein de la population masculine du même groupe d'âge recevant des services des CLSC est relativement semblable à celle des femmes de 65 ans et plus. Il est à noter que, chez les hommes, c'est du côté des adultes âgés de 18 à 49 ans que le taux de pénétration des clientèles masculines des CLSC est le plus faible dans la population, soit une proportion de 12,8 % pour ce groupe d'âge comparativement à 24,1 % pour l'ensemble des hommes.

Une analyse par service en CLSC permet de mieux apprécier les différences observées selon le sexe à partir de thématiques de consultation et selon des groupes d'âge. C'est ainsi que, pour certains services, tels que les services liés aux troubles envahissants du développement par exemple, on enregistre une surreprésentation masculine. Pour d'autres services, tels que ceux en santé mentale ou encore les services psychosociaux généraux, on observe une surreprésentation des clientèles masculines en bas âge et l'inverse à compter de l'adolescence et de l'âge adulte. Le prochain tableau offre une lecture détaillée des différences selon le sexe.

Tableau 16- Répartition de catégories d'usagers en CLSC ayant reçu des services pour l'année 2012-2013 selon des services, le sexe et des groupes d'âge, Québec

SERVICES EN CLSC ET GROUPE D'ÂGE ET CODES DES SERVICES EN PARENTHESES	HOMMES		FEMMES	
	N	%	N	%
Services liés aux troubles envahissants du développement (-1 an à 29 ans) (312)	9 115	80 %	2 259	20 %
Services liés au SIDA (30 à 64 ans) (131)	163	73 %	60	27 %
Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (- de 12 ans) (410)	7 603	68 %	3 600	32 %
Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (30 ans et +) (591)	6 521	65 %	3 556	35 %
Services liés à une déficience physique (1 à 17 ans) (210)	4 279	63 %	2 486	37 %
Services liés aux enfants en difficulté (1 à 11 ans) (810)	27 611	62 %	16 719	38 %
Services liés à une déficience intellectuelle (1 à 17 ans) (311)	2 994	60 %	2 021	40 %
Services liés aux dépendances (12 à 64 ans) (610)	1 899	60 %	1 241	40 %
Services psychosociaux généraux (1 à 11 ans) (420)	2 068	59 %	1 437	41 %
Services pour les enfants, les jeunes et les familles rejoints par le programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise (1 à 11 ans) (811)	736	59 %	514	41 %
Services liés aux jeunes en difficulté (12 à 17 ans) (810)	9 202	40 %	13 654	60 %
Autres services de santé publique (12 à 64 ans) (590)	190 146	39 %	298 272	61 %
Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux (- 12 ans et +) (410)	34 810	38 %	55 754	62 %
Services psychosociaux généraux (12 ans et +) (420)	26 298	34 %	50 991	66 %
Services liés à la perte d'autonomie liée au vieillissement (65 et +) (710)	60 848	33 %	121 643	67 %
Services pour les enfants, les jeunes et les familles rejoints par le programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise (18 à 49 ans) (811)	1 663	32 %	3 487	68 %
Autres services de santé physique court terme (12 à 29 ans) (191)	54 437	29 %	133 077	71 %
Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (12 à 17 ans) (591)	520	22 %	1 806	78 %

Source : calculs de l'auteur à partir de données transmises par le MSSS sur la base d'un fichier de la RAMQ tirées de la banque québécoise ICLSC.

Notons que, pour les fins du tableau 16, les données sur les services de périnatalité, volets services aux femmes enceintes et suivi postnatal ou activité de dépistage postnatal, n'ont pas été retenues car elles concernent presque exclusivement les femmes.

En raison de l'importance du nombre d'usagers dans les services de soutien à domicile en CLSC comprenant principalement des services d'aide et de soins, mais

aussi d'autres services⁸², il est apparu intéressant de considérer les types de ressource qui initient les démarches pour l'obtention des services à domicile post-hospitaliers du CLSC des usagers selon le sexe.

Tableau 17- Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile post-hospitaliers du CLSC (⁸³) selon le sexe, population de 15 ans et plus (⁸⁴) avec incapacité ayant reçu des services post-hospitaliers, Québec, 2010-2011

RESSOURCES	HOMMES	FEMMES
LE PERSONNEL DE L'HOPITAL	66,4 %	47,9 %
LE MEDECIN DE FAMILLE	16,5 %	17,6 %
LA PERSONNE ELLE-MEME OU SES PROCHES	10,7 %	29,2 %
AUTRES PERSONNES	6,4 %	5,4 %
TOTAL	100 %	100 %

Source : Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité* (vol.2). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 168, tableau 8.7.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à compter sur le personnel de l'hôpital comme initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile post-hospitaliers du CLSC (66,4 % c. 47,9 %) alors qu'ils sont moins nombreux, en proportion, à compter sur eux-mêmes ou sur leurs proches pour obtenir les services (10,7 % c. 29,2 %), tel que l'illustre le tableau 17.

DISCUSSION

À l'instar des services de santé et des services sociaux, les hommes sont moins nombreux, en proportion, à avoir recours aux services en CLSC (42,5 % de la clientèle c. 57,5 %). Cependant, depuis 10 ans, le taux de pénétration de la population masculine au sein des services des CLSC a augmenté au sein de la population dans la même proportion que celui des femmes. Suivant la courbe du vieillissement, c'est du côté des hommes âgés de 65 ans et plus que l'augmentation de la clientèle a été la plus importante en dix ans, métamorphosant ainsi progressivement la clientèle masculine des CLSC.

⁸² Entre autres des services sociaux, de nutrition, d'inhalothérapie et de soins palliatifs.

⁸³ Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

⁸⁴ Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Il est intéressant d'observer que chez les jeunes de moins de 12 ans, on compte davantage de garçons que de filles parmi la clientèle des CLSC, alors que pour tous les autres groupes d'âge, c'est l'inverse. Comment expliquer cette différence chez les moins de 12 ans? Cinq facteurs apparaissent présents : en premier lieu, il y a 5 % de plus de garçons que de filles à la naissance. En deuxième lieu, à la maternelle, presque deux fois plus de garçons que de filles en proportion (32,6 % c. 18,5 %) présentent des facteurs de vulnérabilités sur le plan de leur développement (Simard *et al.*, 2013). Troisièmement, on retrouve, en proportion, trois fois plus de garçons que de filles ayant des troubles divers de comportements au primaire (Conseil supérieur de l'éducation, 2001). Quatrièmement, avant l'âge de quatorze ans, ce sont souvent les adultes qui choisissent de consulter pour leur enfant. Enfin, à partir de l'adolescence, les filles vont consulter pour des questions touchant la contraception. Il s'agit de pistes d'explication exploratoires.

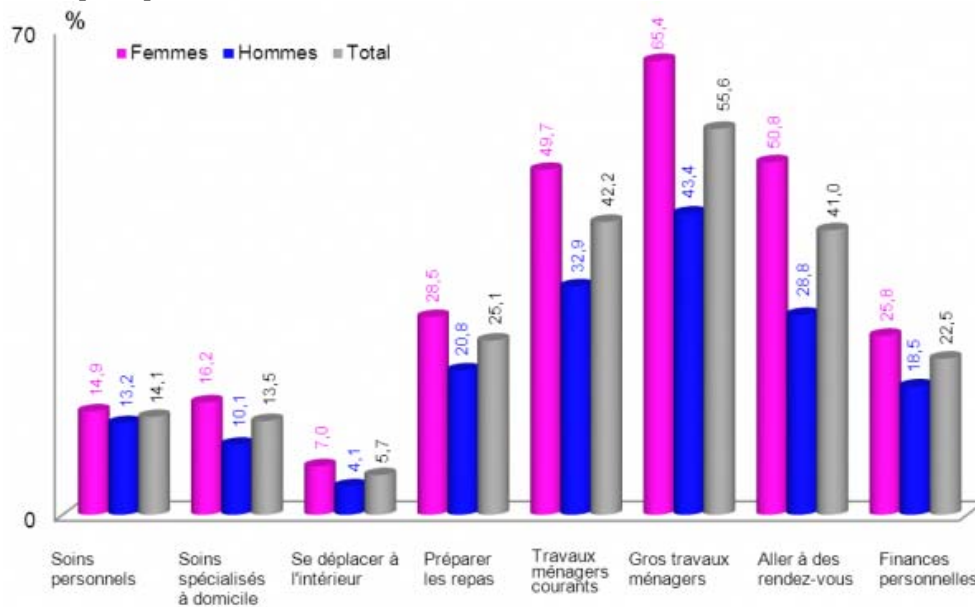
Le rapport sur la santé des hommes de 2005 concernant le recours aux services sociaux et de santé (Antil, 2005b) n'a pas abordé comme tels les services en CLSC pris globalement, ne permettant pas ainsi des comparaisons avec les présents résultats.

3.4 Besoins des hommes en matière d'aide et de services

Différents indicateurs permettent de qualifier globalement les besoins des hommes et ceux qui ne seraient pas comblés selon le point de vue de la personne. Dans cette section, seront distingués les besoins généraux des hommes, les besoins non comblés en matière de services de santé et ceux dans le domaine des services sociaux.

La prochaine figure rend compte des besoins d'aide aux activités de vie quotidienne et domestique, comblés ou non, des personnes de 15 ans et plus souffrant d'incapacité.

Figure 44- Besoin d'aide, comblé ou non ⁽⁸⁵⁾, des personnes souffrant d'incapacité, population de 15 ans et plus, par activité et selon le sexe, Québec, 2006



Source : *Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2006*, Statistique Canada. Compilation de l'Institut de la statistique du Québec. Tiré de *Vivre avec une incapacité au Québec – Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Institut de la statistique du Québec, novembre 2010, tableau 9.3 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe*. Québec : Gouvernement du Québec).

En 2006, les hommes souffrant d'incapacité sont proportionnellement moins nombreux que les femmes de même condition à considérer qu'ils ont besoin d'aide pour réaliser leurs activités de base de la vie quotidienne et de la vie domestique et, cela, dans tous les groupes d'âge. C'est du côté du transport pour se rendre à des rendez-vous et des travaux ménagers, notamment des travaux lourds, que les différences sont le plus appréciables entre les hommes et les femmes : le rapport oscille 1,5 fois à près de deux fois moins d'hommes, en proportion, jugeant ne pas avoir besoin de ces services (MSSS, 2011).

Selon l'*EQLAV 2010-2011* (Fournier, Dubé, Cazale, Godbout et Murphy, 2013) en arrive à des constats analogues. Ainsi, en 2010-2011, 21,9 % des hommes présentant des incapacités considèrent avoir un besoin d'aide (comblé ou non) pour des activités de la vie quotidienne et domestique comparativement à 34,3 % des femmes ayant des incapacités également.

⁸⁵ Besoin d'aide concernant les activités de base de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique.

Tableau 18- Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ⁽⁸⁶⁾ avec incapacité, Québec, 2010-2011

Sexe	Besoin d'aide (comblé ou non) (%)	Aide reçue* (a) (%)	Besoin d'aide supplémentaire** (a) (%)	Besoin d'aide non comblé * (a) (%)
Hommes	21,9	86,5	24,2	44,3
Femmes	34,3	86,0	23,6	45,0

* Parmi les personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non).

** Parmi les personnes recevant de l'aide.

(a) Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité* (vol.2). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 208, tableau 12.1 (partiel selon le sexe).

Fournier *et al.*, 2013, tableau 12.1 (partiel selon le sexe), p. 208.

En 2009-2010, 21,3 % de la population de 65 ans et plus vivant en ménage privé estiment avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, les hommes deux fois moins que les femmes en proportion (13,3 % c. 27,7 %).

En 2010-2011, chez les personnes présentant au moins une incapacité, il ressort que les hommes sont moins nombreux que les femmes, en proportion, à rapporter un besoin non comblé par les services à domicile post-hospitaliers des CLSC, que ce soit pour des soins (3,6 % c. 4,4 %) ou pour de l'aide à domicile (5,4 % c. 11,3 %) (Fournier *et al.*, 2013).

⁸⁶ Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Tableau 19 - Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile post-hospitaliers du CLSC ⁽⁸⁷⁾ selon le sexe, population de 15 ans et plus ⁽⁸⁸⁾ avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

Sexe	Besoin non comblé de soins (a) (%)	Besoin non comblé de soins recommandés 1 (%)	Besoin non comblé d'aide (%)	Besoin non comblé d'aide recommandée 1 (a) (%)
Hommes	3,6*	1,1*	5,4	2,0*
Femmes	4,4	1,9*	11,3	3,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1- Soins de santé ou aide à domicile post-hospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

(a) Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité* (vol. 2). Québec : Institut de la statistique du Québec, p. 170, tableau 8.9 (partiel selon le sexe).

En 2010-2011, la proportion d'hommes sans médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir est estimée à 14,5 % comparativement à 11,6 % chez les femmes (Dubé-Linteau, Pineault, Lévesque, Lecours et Tremblay, 2013). Soulignons qu'il s'agit de la seule catégorie de professionnels pour laquelle la proportion des hommes identifiant un besoin en cette matière excède celle des femmes à ce titre.

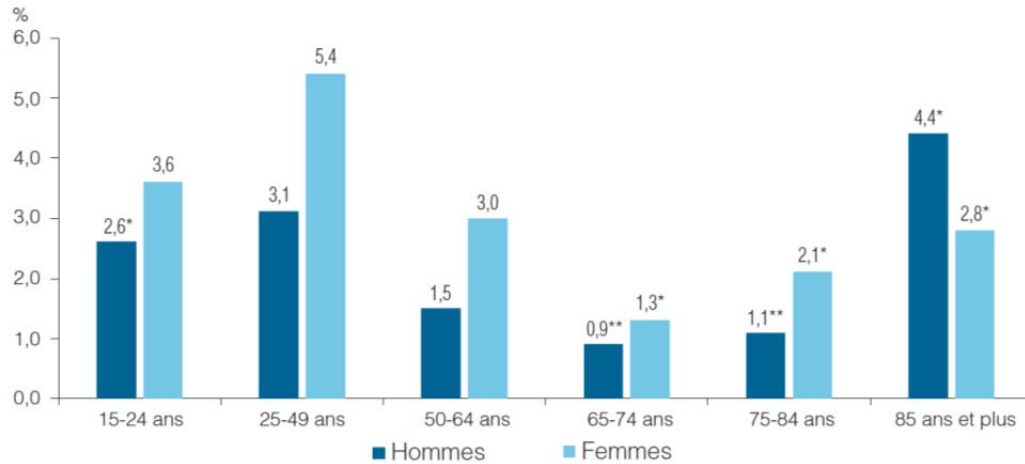
Toujours pour 2010-2011, du côté des médecins spécialistes, la proportion d'hommes sans médecin spécialiste et qui ressentent le besoin d'en avoir est évaluée à 5,4 % comparativement à 7,0 % pour les femmes (Dubé-Linteau, Lecours, Lévesque, Pineault et Tremblay, 2013).

Enfin, sur le plan des services sociaux, en 2010-2011, 2,3 % des hommes comparativement à 3,8 % des femmes rapportent avoir eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois, sans avoir pu le faire. C'est chez les personnes âgées de 25 à 64 ans que les différences selon le sexe sont les plus importantes; notamment, à ce titre, la proportion des femmes atteint le double de celle des hommes dans le groupe des 50 à 64 ans.

⁸⁷ Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

⁸⁸ Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Figure 45- Proportion de personnes ayant eu besoin de consulter un professionnel des services sociaux au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir le faire selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011



Source : Cazale, L., L.-R. Poirier et M.-È. Tremblay (2013), *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, (vol. 3), Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 35, figure 2.1.

DISCUSSION

Il est utile de préciser que cette section sur les besoins des hommes en matière d'aide et de services est basée sur la *perception* des hommes et non en fonction d'une *évaluation externe et objective* de leurs besoins. Sur le plan interprétatif, il convient alors de faire preuve de prudence, d'autant que la comparaison se fait également avec l'échelle de perception des femmes, ajoutant ainsi à l'aspect relatif des résultats obtenus.

Il existe une parenté très forte entre les résultats sur les perceptions des besoins non comblés avec ceux de la consultation rapportée sur le plan des services qui tient au fait que les hommes, d'une façon générale, ont tendance à moins estimer que les femmes que leur situation requiert des services. Une exception à ce constat: les médecins de famille. Plus d'hommes que de femmes, en proportion, n'ayant pas de médecin de famille, en ressentent le besoin (14,5 % c. 11,6 %) (Dubé-Linteau, Pineault, Lévesque, Lecours et Tremblay, 2013). Il serait intéressant d'examiner plus à fond les motifs de ce constat compte tenu de l'importance du médecin de famille dans le système de santé au Québec. Se pourrait-il que l'apport d'un médecin de famille pour les hommes compenserait en partie le fait, qu'en général, les femmes consultent davantage que les hommes la gamme variée des services dans le secteur de la santé. Dans cette hypothèse, la perception des besoins des hommes serait alimentée par le fait qu'ils auraient moins d'alternatives que les femmes à l'absence d'un médecin de famille? C'est une hypothèse à vérifier.

Sur un autre registre, comment peut-on expliquer le fait qu'en proportion, deux fois moins d'hommes âgés de 65 ans et plus que de femmes du même âge estiment avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne? Il est vrai, par ailleurs, que l'on pourrait évoquer le facteur espérance de vie plus grande chez les femmes pour, en partie, expliquer l'importance de l'écart enregistré selon le sexe à ce titre, d'autant qu'elles sont plus nombreuses à vivre seules après 65 ans. Mais, l'examen du besoin d'aide considéré selon le groupe des personnes âgées de 65 à 74 ans et celui des 75 à 84 ans, offre le même rapport, soit du simple au double. Ainsi, 7,9 % des hommes âgés de 65 à 74 ans et 15,3 % des femmes du même groupe d'âge considèrent requérir de l'aide pour les activités de la vie quotidienne alors que, dans le groupe des 75 à 84 ans, on enregistre une proportion de 16,8 % chez les hommes comparativement à 36,6 % chez les femmes (MSSS, 2011).

ANNEXE 2

FICHES-SYNTHÈSES D'ÉTUDES RÉGIONALES PORTANT SUR

L'ÉTAT DE SITUATION EN MATIÈRE DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES HOMMES

Il n'était pas possible dans le cadre de la présente étude d'établir des comparatifs selon les régions du Québec. Cependant, plusieurs Directions de la santé publique, en lien avec la table de concertation en santé et bien-être des hommes de leur région, ont dressé un portrait de l'état de situation dans leur région respective. Aussi, l'équipe a produit une fiche-synthèse de trois pages pour chacune d'elles. Pour les fins du présent exercice, seules les études portant sur les données publiques ont été retenues. Certaines régions ont également réalisé des études qualitatives à l'aide de groupes de discussion focalisée. Les deux types d'études font parfois l'objet d'une même publication. Cependant, aux fins de l'exercice actuel, elles ont été séparées de telle sorte que n'apparaissent ici que la partie relative aux données publiques. Les études qualitatives pour leur part seront utilisées lors du quatrième volet du programme d'étude en lien avec les groupes de discussion focalisée. Enfin, les fiches sont classées selon l'ordre des régions sociosanitaires du Québec. Le tableau qui suit indique l'ordre des régions et identifie celles qui ont produit un portrait régional avec le numéro de la fiche qui lui correspond. Neuf études régionales de type analyse de données publiques ont été répertoriées.

Tableau 20 – Régions sociosanitaires ayant produit des portraits régionaux⁸⁹

01	Bas-St-Laurent	Pas d'étude régionale
02	Saguenay Lac-St-Jean	Fiche #1
03	Capitale-Nationale	Pas d'étude régionale
04	Mauricie-et-Centre-du-Québec	Pas d'étude régionale
05	Estrie	Pas d'étude régionale
06	Montréal	Fiche #2
07	Outaouais	Fiche #3
08	Abitibi-Témiscamingue	Fiche #4
09	Côte-Nord	Fiche #5
10	Nord-du-Québec	Fiche #6
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Pas d'étude régionale
12	Chaudière-Appalaches	Fiche #7
13	Laval	Pas d'étude régionale
14	Lanaudière	Pas d'étude régionale
15	Laurentides	Fiche #8
16	Montérégie	Fiche #9
17	Nunavik	Pas d'étude régionale
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	Pas d'étude régionale

⁸⁹ Nous remercions particulièrement les Directions de santé publique qui ont accepté de contribuer à cette annexe.

FICHE #1 - SAGUENAY-LAC ST-JEAN

Référence

Arth, E., Bergeron, A., Lapierre, R., Clouston, M-C. et Couture, R. (2009). *L'état de santé des hommes au Saguenay-Lac-St-Jean*. Saguenay : ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Population cible

Hommes âgés de 18 ans et plus vivant dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean.

Contexte de l'étude

Ce bilan sur la santé des hommes au Saguenay–Lac-Saint-Jean (SLSJ) est un outil de soutien à l'intervention, issu d'une collaboration débutée en juin 2007, entre différents organismes du réseau de la santé et des services sociaux siégeant au Comité régional sur la santé des hommes et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La démarche du comité s'inscrit dans la continuité du rapport Rondeau (2004), déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Le plan d'action régional comprend la réalisation de projets importants dont un portrait de la situation vécue par les hommes en regard des principaux indicateurs de la santé et de leur utilisation des services.

Objectifs et hypothèses

Les objectifs visés sont de mieux comprendre les réalités masculines et contribuer à la planification de moyens pour améliorer les interventions des différents partenaires dispensateurs de services. Les pistes d'action retenues concernent l'identification des populations fragilisées et la mise en place de passerelles entre les différentes trajectoires de services, de sorte que les hommes puissent recevoir un accompagnement approprié et qu'ils développent des attitudes et des comportements sains pour leur santé et leur bien-être.

Méthodologie

Compte tenu de la diversité des sources de données, les années et les populations de référence ne sont pas toujours identiques, mais il s'agit toujours de la dernière année ou période pour laquelle les données sont disponibles. Les sources sont mentionnées dans chacune des sections du document. Pour plusieurs des indicateurs, il est possible de faire la comparaison entre la situation au SLSJ et le Québec. Toutefois, ils sont exclusifs à la région lorsque les indicateurs proviennent de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2007*.

Les données sont principalement présentées en comparaison avec la population féminine du SLSJ.

Principaux résultats

Démographie

- De manière générale, on remarque aussi qu'entre 0 et 64 ans, il y a toujours légèrement

plus d'effectifs masculins que d'effectifs féminins, alors que chez les 65 ans et plus, il y a 1,3 femme pour un homme.

- Entre 2001 et 2026, les 60-74 ans et les 75 ans et plus connaîtront une augmentation substantielle de leurs effectifs, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi en 2026, les hommes de 75 ans et plus représenteront 268 % du nombre qu'ils étaient en 2001, soit une augmentation de 168 %.

Environnement socioéconomique

- Le tiers des hommes âgés de 25 à 64 ans (33 %) détiennent un diplôme d'études postsecondaires, soit un peu moins que les femmes (39 %).
- Par contre, le taux de sous-scolarisation (aucun certificat, diplôme ou grade) est le même chez les deux sexes (17 % c. 18 %).
- Le taux d'activité des hommes du SLSJ (67,0 %) est plus élevé que celui des femmes (52,2 %), mais moins élevé que celui des hommes du Québec (70,8 %).
- 13,0 % des hommes actifs sur le marché du travail déclaraient être à la recherche d'un emploi sans pouvoir en trouver un (Québec = 7,3 %).
- En 2000, le revenu moyen des hommes du SLSJ, âgés de 15 ans et plus s'élevait à 32 105 \$ soit 1 012 \$ de moins que leurs vis-à-vis québécois, mais deux fois celui des femmes.
- Dans la région, 13 % des hommes âgés de 15 ans et plus vivent sous le seuil de faible revenu en 2000, une proportion moindre que celle qui prévaut pour le Québec (16 %).

Environnement social

- En 2006, un peu moins du quart (23 %) des familles monoparentales sont dirigées par un homme.
- En 2007, 48 % des hommes du SLSJ déclarent avoir un faible sentiment d'appartenance à leur communauté locale.
- En 2006, selon les données du ministère de la Sécurité publique, 58 hommes ont été victimes de violence commise dans un contexte conjugal, pour un taux de 48 pour 100 000.
- En 2006, selon ces données, 58 garçons de moins de 18 ans et 5 hommes de 18 ans et plus ont été victimes d'agressions sexuelles dans la région; les femmes constituent 80% des victimes.
- Les hommes sont plus souvent agresseurs que victimes. Aussi, parmi les 150 auteurs présumés d'agressions sexuelles en 2006 dans la région, la presque totalité (146) sont des hommes. Et parmi ceux-ci, 25 ont moins de 18 ans.

Habitudes de vie et comportements à risque

- En 2007, 61 % des hommes du SLSJ (femmes = 40 %) présentent un excès de poids.
- En 2007, 17 % des hommes du SLSJ ont une perception moyenne ou mauvaise de leurs habitudes alimentaires, comparativement à 11 % chez les femmes.
- En 2005, 37 % des hommes et 35 % des femmes du SLSJ sont actifs ou très actifs. 32% (femmes = 30%) sont sédentaires dans leurs loisirs.
- En 2007, 25 % des hommes de 18 ans et plus (c. 23 % des femmes) rapportent fumer et on

retrouve deux fois plus de gros fumeurs chez les hommes que chez les femmes.

- Les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes à boire 14 verres d'alcool et plus par semaine et à présenter une forte consommation en une seule séance au moins trois fois par année.
- En 2000, au SLSJ, plus d'hommes (34 %) que de femmes (15 %) rapportent avoir consommé de la drogue sans prescription à plus de cinq reprises au cours de leur vie.

Services de santé

- En 2007, 77 % des hommes du SLSJ ont un médecin de famille (femmes = 91 %).

Santé mentale

- En 2007, 46 % des hommes du SLSJ perçoivent leur santé mentale meilleure ou bien meilleure que les hommes de leur âge (femmes = 29 %).
- En 2007, 77 % des hommes du SLSJ (femmes = 63 %) se situent dans la catégorie « équilibre mental » d'après l'indice de détresse psychologique.
- Entre 2004 et 2006, les taux annuels moyens de mortalité par suicide au SLSJ sont de 30 pour 100 000 chez les hommes et 6 chez les femmes

Santé physique

- La prévalence de la maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les hommes (6 %) que chez les femmes (5 %).
- Le diabète est un peu plus fréquent chez les hommes (7 % c. 6 %).
- La prévalence de l'hypertension est moins élevée chez les hommes (18 % c. 23 %).
- Les cancers sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.
- Le taux d'hospitalisation pour les maladies de l'appareil circulatoire est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (+ 43 %). Inversement, les taux d'hospitalisation pour tumeurs et maladies de l'appareil digestif sont près de 20 % inférieurs chez les hommes. L'écart est encore plus accentué pour les maladies de l'appareil génito-urinaire, le taux masculin étant 61 % moins élevé que le taux féminin. Enfin, en ce qui a trait aux maladies de l'appareil respiratoire, aux affections ostéo-articulaires et aux hospitalisations pour les traumatismes et empoisonnements, les taux sont à peu près similaires chez les deux sexes.

Mortalité et espérance de vie

- En 2003, l'espérance de vie à la naissance au SLSJ est de 76,3 ans pour les hommes et de 81,2 ans pour les femmes.
- Le taux de mortalité pour l'ensemble des causes de décès chez les hommes est environ 50 % plus élevé que celui des femmes.

Lajeunesse, S.-L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. et Camus, F. (2013). *Les hommes de la région de Montréal. Analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts*. Montréal : ROHIM. Repéré à <http://www.simonlouislajeunesse.com/wp-content/uploads/ROHIM.pdf>

Population cible

Hommes de la région de Montréal.

Contexte de l'étude

Le Regroupement des organismes pour hommes de l'île de Montréal (ROHIM) a reçu une partie de ce financement afin de mettre en place l'*Action régionale en santé et bien-être des hommes*. Constatant le manque de données sur la situation actuelle des services destinés aux hommes à Montréal, le premier geste de cette *Action* a été de réaliser la présente analyse de l'adéquation entre les besoins psychosociaux des hommes montréalais et les services qui leur sont offerts.

Objectifs et hypothèses

Le but principal de cette recherche est d'analyser, pour la région de Montréal, l'écart entre les besoins psychosociaux des hommes et l'offre de services, afin d'identifier des pistes d'amélioration. Plus spécifiquement, l'étude poursuit quatre objectifs :

- Inventorier les ressources disponibles et les services offerts aux hommes dans la région de Montréal;
- Recueillir la perception des ressources quant à l'adéquation entre leur offre de services et les besoins des hommes;
- Identifier les défis particuliers rencontrés dans l'intervention auprès des hommes;
- Comprendre, à partir du point de vue d'hommes utilisateurs de services psychosociaux, les besoins non rencontrés et la qualité perçue des services disponibles.

Méthodologie

Cette étude est composée de trois volets. Le premier volet consiste à tracer un portrait statistique des hommes avec des données souvent inédites. Le deuxième volet consiste en une enquête mixte (quantitative et qualitative) réalisée auprès des ressources (CSSS et organismes communautaires) offrant des services psychosociaux aux hommes de la région de Montréal. Le troisième volet de l'étude permet de répondre au quatrième et dernier objectif de la démarche. Il est composé d'une étude qualitative par groupes de discussion auprès d'hommes montréalais utilisateurs de services psychosociaux.

Cette fiche ne relate que le premier volet de l'étude, soit l'analyse des données publiques relatives à la région de Montréal.

Principaux résultats

Données socioéconomiques

- Deux hommes montréalais sur cinq (41 %) sont à faible revenu après impôt, une proportion identique à celle des femmes.

Santé globale

- Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes quant à leur niveau de satisfaction à l'égard de leur vie et à leur santé perçue.
- Les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir un médecin de famille (55 % c. 73 %).
- Ils ont recours à l'urgence, dans une proportion deux fois plus élevée que les femmes, (17 % c. 9 %).

Santé mentale

- Les femmes montréalaises sont plus nombreuses à rapporter avoir déjà reçu un diagnostic de troubles de l'humeur ou de trouble anxieux que les hommes (6,3 % c. 3,9 % et 6,2 % c. 2,8 %, respectivement).
- Parmi les 30 000 personnes itinérantes de la métropole, trois sur quatre sont des hommes.
- Les hommes représentent environ le tiers (35 %) des usagers des CLSC de Montréal consultant pour des raisons reliées à la santé mentale.
- À Montréal, 75 % des suicides sont commis par des hommes.
- Très peu (3 %) d'hommes montréalais qui se sont enlevé la vie entre 2007 et 2009 avaient reçu des services de leur CLSC dans l'année précédant leur décès. Ils étaient aussi moins nombreux que les femmes à avoir utilisé au moins une ressource d'aide dans les douze mois précédant leur geste (56 % contre 72 %).
- Les hommes montréalais sont moins susceptibles d'obtenir un suivi médical, d'obtenir une continuité de suivi avec leur dispensateur de soins, d'avoir un suivi rapide et un nombre de contacts optimal que les femmes.
- Les hommes hospitalisés pour des raisons de santé mentale sont plus souvent dirigés à leur domicile après leur congé que les femmes, lesquelles sont plus nombreuses à obtenir un suivi du CLSC.

Habitudes de vie

- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à rapporter consommer de l'alcool tous les jours (16,7 % c. 10,8 %).
- Dans la région de Montréal, les hommes reçoivent en moyenne une intervention du CLSC de moins que les femmes pour des problèmes similaires (5,3 contre 6,3).

Violence et criminalité

- 83 % des auteurs présumés d'infractions au Code criminel sont des hommes.
- En 2008 à Montréal, en contexte conjugal, 83 % des infractions ont été commises envers une femme.

- Entre 2007 et 2008, on remarque un léger recul (-2 %) des infractions envers les femmes et une hausse de 4 % des infractions envers les hommes.

Situation conjugale et familiale

- La région de Montréal affiche le plus haut taux de monoparentalité de la province (33 % c. 28 % pour l'ensemble du Québec). 18 % étaient dirigées par un homme.

Besoins identifiés

La recension de l'étude a pu relever sept contextes dans lesquels les hommes sont susceptibles d'avoir des besoins de soutien : 1) précarité économique (hommes à faible revenu ou itinérants); 2) sans médecin de famille; 3) présence de problèmes de santé mentale, incluant les problèmes de toxicomanie; 4) sortie d'un établissement carcéral; 5) violence conjugale (comme agresseur ou victime); 6) rupture d'union initiée par le conjoint, principalement lorsqu'elle implique la perte du contact quotidien avec les enfants; 7) monoparentalité.

L'augmentation des services et du nombre de places d'hébergement figurent en priorité sur la liste des améliorations à apporter afin de mieux répondre aux besoins psychosociaux des hommes. Les organismes veulent recevoir plus d'utilisateurs, offrir davantage de services et d'activités, procurer des services spécifiques, faire un dépistage plus rapide, agir en prévention. L'atteinte de ces objectifs passe par un meilleur financement selon les auteurs.

Tous les organismes étudiés sont spécialisés et se limitent à un mandat précis. Les hommes présentant souvent de multiples problématiques, cette spécialisation complexifie grandement l'obtention d'une réponse adéquate à l'ensemble de leurs besoins psychosociaux. Enfin, le rapport émet des recommandations concernant l'organisation des services, l'adaptation des pratiques, le développement des connaissances et la promotion-prévention.

FICHE #3 - OUTAOUAIS

Référence

Barabé, L. (2012). *Portrait des hommes en Outaouais*. Gatineau : Table de concertation l'Outaouais au masculin et l'organisme « Donne-toi une chance ». Repéré à http://www.donnetoiunechance.org/Portrait_des_hommes_en_Outouais.pdf

Population cible

Hommes vivant dans la région de l'Outaouais.

Contexte de l'étude

Dans le cadre du projet *Portrait des hommes en Outaouais*, la Table de concertation l'Outaouais au masculin a consulté et recensé des études statistiques sur différents aspects qui touchent la santé et le bien-être des hommes en Outaouais. À travers une analyse descriptive de la population masculine en Outaouais et celle de l'ensemble du Québec, l'étude cherche à mettre en relief la spécificité des réalités et des besoins des hommes en Outaouais, en faisant ressortir notamment les éléments qui les caractérisent et ceux qui les distinguent. Seul le thème de violence conjugale est présenté sous l'angle de l'analyse différenciée entre les sexes en respect des choix d'analyse gouvernementaux concernant cette problématique sociale.

Objectifs et hypothèses

Cette démarche avait comme objectif de dégager les tendances principales identifiées au cours de l'analyse descriptive effectuée afin d'offrir des pistes de solutions et des avenues d'interventions aux professionnels et aux organismes qui viennent en aide aux hommes.

Méthodologie

Le présent portrait est constitué de cinq grandes sections et est divisé comme suit : les faits saillants; la présentation des données démographiques; les indicateurs socioéconomiques; la santé des hommes et la criminalité incluant la violence conjugale.

Les sections 1 et 2, portant sur les données démographiques et socioéconomiques, sont tirées principalement du recensement canadien de 2006. À la section 3, la majorité des données présentées proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008 et portent sur les personnes âgées de 12 ans et plus, sauf indication contraire. Seules les données sur la consommation de drogues proviennent d'une autre enquête, soit l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008. Comparativement à l'ESCC, l'EQSP portait sur les personnes âgées de 15 ans et plus.

Sauf lorsque cela est indiqué, la comparaison est faite entre les hommes de l'Outaouais avec ceux de l'ensemble du Québec. Ainsi, les indications d'une proportion « plus élevée » ou « moins élevée » fait référence à la comparaison avec les hommes de l'ensemble du Québec.

Principaux résultats

Démographie

- La population de l'Outaouais a augmenté de 12,6 % de 2001 à 2010.
- L'Outaouais occupe le quatrième rang des régions les plus dynamiques sur le plan démographique au Québec.
- Les hommes de 45 à 64 ans représentent le groupe d'âge le plus nombreux.
- La région de Gatineau présente une augmentation de 12,6 en milliers d'habitants de 2001 à 2008 et une augmentation prévue de 1,1 millier d'habitants en 2009.

Vie professionnelle et données socio-économiques

- La variation des taux entre 2008-2009 dénote, chez les hommes de l'Outaouais, un taux d'activité à la baisse, un taux d'emploi à la baisse et la part du temps partiel suit la même tendance.
- On note une augmentation des chômeurs masculins en Outaouais passant de 7,3 milliers à 8,1 milliers entre 2008-2009.
- La région de l'Outaouais semble avoir un taux de rémunération hebdomadaire plus élevé que l'ensemble du Québec.
- Le revenu personnel disponible semble être moins élevé en Outaouais.
- Le pourcentage d'hommes actuellement mariés, séparés et non remariés, divorcés et non remariés serait plus élevé en Outaouais.
- Le taux d'hommes vivant seuls avec au moins un enfant semble plus élevé en Outaouais.

Éducation

- 72 % de la population masculine de 15 ans et plus en Outaouais a obtenu au minimum un diplôme d'études secondaires.
- Le taux de titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires semble plus faible dans la région de l'Outaouais.
- Le taux de décrochage scolaire des garçons pour la période 2006-2007 semble plus élevé dans la région de l'Outaouais.

Habitudes de vie

- Les hommes de l'Outaouais semblent faire davantage d'embonpoint et d'obésité.
- Le pourcentage des hommes qui fument tous les jours ou à l'occasion est plus élevé dans la région de l'Outaouais.
- Le pourcentage d'hommes qui consomment de l'alcool semble être plus élevé chez les hommes de l'Outaouais.
- Le taux d'hommes qui consomment de la drogue est légèrement plus élevé en Outaouais.

Santé physique

- La proportion d'hommes de 12 ans et plus en Outaouais qui perçoit leur santé physique comme mauvaise ou passable est plus grande.

- La proportion d'hommes de 12 ans et plus qui est victime de blessures est plus élevée dans la région de l'Outaouais.
- Le taux ajusté de mortalité (toutes causes confondues) par 100 000 habitants semble plus élevé dans la région de l'Outaouais.
- Le cancer de la prostate semble affecter davantage d'hommes en l'Outaouais.
- Le pourcentage de consultation des hommes en Outaouais d'un médecin au cours des 12 derniers mois est légèrement moins élevé.

Santé mentale

- La projection de 2010, sur le nombre de personnes de 12 ans et plus en Outaouais, permet de supposer que 5 300 hommes auront une autoévaluation de leur santé mentale comme étant mauvaise ou passable.
- La projection de 2010, sur le nombre de personnes de 15 ans et plus en Outaouais, permet de supposer que 39 400 hommes percevront avoir un niveau élevé du stress.
- L'indice de détresse psychologique (IDP), à partir de l'estimation moyenne 2007-2008, laisse prévoir que 16 200 hommes présenteront un IDP élevé en Outaouais.

Criminalité

- La probation avec surveillance, pour la période de 2005-2006, a une variation qui est supérieure à celle qu'a connue l'ensemble du Québec (3.4% c. 1.4 %).
- Il y a eu une variation positive de libération conditionnelle en 2006-2007 par rapport à 2005-2006 en Outaouais.
- Il y a eu moins d'heures de services communautaires effectuées en Outaouais en 2006-2007.

Violence conjugale

- Les hommes de 30 à 39 ans représentent le groupe d'âge le plus touché en ce qui concerne les victimes d'infractions commises dans un contexte conjugal.
- Les hommes de 30-39 ans représentent également le groupe le plus affecté par les voies de faits ainsi que les menaces.
- Pour les voies de fait, c'est la conjointe ou ex-conjointe qui vient au premier rang des auteurs présumés d'infractions commises envers des hommes,
- Il y a un pourcentage plus élevé d'affaires classées par mise en accusation chez les femmes que chez les hommes.

Besoins identifiés

Le *Portrait des hommes en Outaouais* se veut un outil de travail pour les membres de la Table de concertation l'Outaouais au masculin afin de bien cerner les réalités des hommes et d'identifier certaines actions à prévoir à son prochain plan d'action 2013. Cet ouvrage est une première en Outaouais et s'est avéré une démarche des plus intéressante et stimulante, complétant *l'état de la situation concernant les réalités masculines en Outaouais*.

Beaulé, G. (2010). *Les hommes et la santé en Abitibi-Témiscamingue : Les conditions de vie – Document 1*. Rouyn-Noranda : ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Repéré à <http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/documents/Fascicule-Determinants1-Web.pdf>

Beaulé, G. (2010). *Les hommes et la santé en Abitibi-Témiscamingue : L'état de santé – Document 2*. Rouyn-Noranda : ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Repéré à <http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/documents/Fascicule-Determinants2-Web.pdf>

Population cible

Hommes vivant dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue

Contexte de l'étude

Ce document s'inscrit dans un contexte marqué d'un intérêt particulier pour la condition masculine, notamment depuis l'annonce du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en juillet 2009, concernant la mise en place de la mesure d'adaptation des services destinés à la clientèle masculine et d'un financement additionnel afin d'améliorer la santé et le bien-être des hommes dans la province. La rédaction d'un portrait de santé des hommes répond aussi à l'un des objectifs du *Plan d'action régional en santé publique 2009-2012*.

Objectifs et hypothèses

Ce portrait de santé des hommes de l'Abitibi-Témiscamingue constitue une mise à jour du document intitulé « *Les hommes et la santé... en Abitibi-Témiscamingue* », réalisé en 2007. La présente version est composée de deux documents.

Le premier, intitulé *Les hommes et la santé en Abitibi-Témiscamingue – Les conditions de vie, traite des déterminants de la santé* », soit des indicateurs regroupés sous les dimensions suivantes : démographie, mode de vie et environnement social, environnement socioéconomique, facteurs de risque, comportements liés à la santé, de même que soins et services. Le deuxième, « *Les hommes et la santé en Abitibi-Témiscamingue – L'état de santé* » présente des indicateurs portant sur la santé générale et le bien-être, les incapacités, la santé physique et la santé mentale. Enfin, chaque document comprend une synthèse à la fin.

Méthodologie

Comparaisons territoriales :

Les comparaisons sont basées sur des tests statistiques pour lesquels l'ensemble du Québec est le territoire de référence. Néanmoins, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), l'Infocentre de santé publique utilise le reste du Québec pour effectuer les comparaisons, soit l'ensemble de la province duquel est retranchée la population de l'Abitibi-Témiscamingue. Cette méthode a surtout des impacts lorsqu'elle est appliquée à des régions peuplées comme Montréal. Enfin, pour plusieurs indicateurs, il n'a pas été possible d'effectuer des tests statistiques, généralement pour des raisons

techniques (exemple : nombre de cas trop faible).

Sauf lorsque cela est indiqué, la comparaison est faite entre les hommes de l'Abitibi-Témiscamingue (A-T) avec ceux de l'ensemble du Québec. Ainsi, les indications d'une proportion « plus élevée » ou « moins élevée » fait référence à la comparaison avec les hommes de l'ensemble du Québec.

Principaux résultats

Démographie

- Un accroissement du nombre d'hommes est observé en A-T de 2005 à 2009.
- Le nombre de naissances de garçons est également à la hausse de 2004 à 2007.
- La population masculine régionale est vieillissante et tend à ressembler à celle du Québec : la proportion de jeunes diminue et celle des aînés augmente.
- De 2005 à 2009, la population masculine autochtone a connu une croissance démographique beaucoup plus importante que celle de l'ensemble de la population masculine régionale. Elle est aussi beaucoup plus jeune que l'ensemble de la population masculine régionale : un autochtone sur trois a moins de 15 ans et les aînés de 65 ans et plus ne forment qu'une faible proportion.

Mode de vie et environnement social

- Il y a moins de célibataires et d'hommes mariés en A-T que dans l'ensemble du Québec; les hommes de A-T sont relativement plus nombreux à vivre en union libre.
- En A-T, le taux de familles monoparentales dirigées par un homme est plus élevé.
- La proportion d'hommes vivant seuls est plus élevée dans la région, sauf chez ceux âgés de 65 ans et plus pour qui la situation est comparable à celle de la province.

Environnement socioéconomique

- Relativement plus d'hommes de l'A-T n'ont pas de diplômes d'études secondaires; de plus, ils sont moins nombreux à détenir un diplôme universitaire.
- Depuis 2001, la population active masculine a diminué en A-T.
- Le taux de chômage chez les hommes s'est légèrement accru au cours des dernières années, même si la crise économique de 2008-2009 semble avoir eu moins d'impacts négatifs en A-T qu'ailleurs au Québec.
- Le revenu annuel moyen après impôt s'avère inférieur chez les hommes d'A-T.
- Le taux d'hommes vivant sous le seuil de faible revenu a diminué de 2000 à 2005.

-

Facteurs de risques et comportements liés à la santé

- La proportion d'hommes ne consommant pas suffisamment de fruits et légumes est plus élevée en A-T.
- Moins d'hommes de l'A-T sont actifs physiquement durant leurs loisirs.
- Le taux d'hommes effectuant un travail forçant physiquement est plus élevé en A-T.
- Il y a relativement plus d'hommes qui ont un surplus de poids en A-T.

- Un peu plus d'un homme sur quatre fume régulièrement ou à l'occasion, ce qui est comparable au reste du Québec.
- Le taux d'hommes ayant une consommation d'alcool élevée est supérieur en A-T.

Soins et services

- Environ trois hommes sur cinq ont consulté un médecin dans l'année précédant l'enquête, une proportion comparable à celle du reste du Québec.
- Il y a relativement moins d'hommes qui ont consulté un dentiste en A-T.

État de santé globale

- L'espérance de vie à la naissance s'est accrue au cours des dernières années chez les hommes de l'A-T; elle demeure en deçà de celle des hommes du reste du Québec.
- De la même manière, l'espérance de vie à 65 ans demeure moins élevée en A-T, même si elle a augmenté au cours des dernières années.
- Bien que les taux aient diminué au cours des dernières années, il y a davantage de mortalité prématurée chez les hommes de la région.

Santé physique

- Toutes proportions gardées, il y a moins de nouveaux cas de cancer (ensemble des sièges) enregistrés chez les hommes de la région.
- Le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon a diminué chez les hommes de l'A-T au cours des dernières années; le taux d'incidence est désormais comparable.
- Il y a relativement moins de nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués chez les hommes de la région comparativement à ceux du Québec.
- Même si elle est à la hausse depuis quelques années, la proportion d'hommes souffrant du diabète est significativement plus faible en A-T.
- Il y a relativement plus d'hospitalisations (au total) chez les hommes de l'A-T.
- En A-T, les taux annuels moyens d'hospitalisation et les taux de décès pour maladies de l'appareil respiratoire et pour traumatismes non intentionnels sont significativement supérieurs à ceux du Québec.
- Par contre, les taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif et pour tumeurs s'avèrent statistiquement plus faibles chez les hommes de la région, mais plus de décès sont enregistrés chez les hommes de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Comme au Québec, les principales causes de décès sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire et les traumatismes non intentionnels.

Santé mentale

- Environ un homme sur quatre en A-T rapporte subir un stress quotidien élevé, soit une proportion comparable à celle des hommes du reste du Québec
- Dans la région, comme dans le reste de la province, environ un travailleur sur trois affirme éprouver quotidiennement un stress élevé dans le cadre de son travail
- Il y a relativement plus de décès par suicide chez les hommes de l'A-T, une tendance qui persiste depuis plusieurs années malgré une diminution depuis 2000.

7- FICHE #5 – CÔTE-NORD

8- RÉFÉRENCE

Tremblay, M. (2011) *Portrait de la situation des hommes sur la Côte-Nord en lien avec le travail terrain des organismes œuvrant auprès des hommes*. Baie-Comeau : ASSS de la Côte-Nord.

Repéré à

<http://www.rvpaternite.org/sites/default/files/documents/etatdesituationdeshommesdelacote-nord3.pdf>

Des Roches, M. (2004). La santé des hommes sur la Côte-Nord. *La santé recherchée*, 3 (1), numéro spécial. Baie Comeau : ASSS de la Côte-Nord.

9-

10- POPULATION CIBLE

Hommes vivant sur la Côte-Nord

Contexte de l'étude

Dans le cadre des priorités gouvernementales en matière de santé et de bien-être des hommes (2009), la Table nord-côtière sur les réalités masculines a déposé un projet concernant la mesure *Adaptation des services destinés à la clientèle masculine*. À la suite de la remise du bilan des actions implantées, l'Agence de la santé et des services sociaux (Agence) s'est permise de réaliser ce portrait global de la situation des hommes dans la région, considérant les besoins ressortis par les organismes œuvrant auprès des hommes sur la Côte-Nord et la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines.

Objectifs et hypothèses

- 1) Présentation des études réalisées par l'Agence se rapportant aux hommes (notamment Des Roches, 2004);
- 2) Portrait avec des données plus récentes;
- 3) Analyse en lien avec les statistiques et les réalités des organismes « hommes », qui se veut un outil pour ces groupes qui interviennent auprès des hommes.

11- MÉTHODOLOGIE

Méta-analyse d'études réalisées par l'Agence se rapportant aux hommes :

- le bulletin d'information sur l'état de santé de la population nord-côtière en 2004
- le portrait sur les Nord-Côtiers et leurs recours aux services en 2008

Méta-analyse des données les plus récentes des hommes sur la Côte-Nord :

- Statistique Canada, Estimation démographique, février 2010
- Enquête québécoise sur la santé de la population : analyse des données régionales, 2008
- Statistique Canada, Recensement, 2006
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2010
- Enquête sur les collectivités canadiennes, 2005
- Portail de l'infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2011

- Fichier des décès, MSSS, 2007
- Rioux, Valérie (2011) (2010) (2008). *Statistiques 2009, 2008, 2007 sur la criminalité au Québec*. Québec : ministère de la Sécurité civile, Direction de la prévention et de l'organisation policière.

Sauf lorsque cela est indiqué, la comparaison est faite entre les hommes de la Côte-Nord (C-N) avec ceux de l'ensemble du Québec. Ainsi, les indications d'une proportion « plus élevée » ou « moins élevée » fait référence à la comparaison avec les hommes de l'ensemble du Québec.

12- PRINCIPAUX RÉSULTATS

Démographie

- En 2003, on dénombre 104 hommes pour 100 femmes sur la C-N, contrairement au reste du Québec où on dénombre plus de femmes que d'hommes. Cependant, en 2000, plus d'hommes que de femmes pensaient quitter définitivement la région faute d'emploi.
- Une part non négligeable d'hommes de la C-N âgés entre 35 et 64 ans vivent seuls dans leur logement (9 %).
- Les familles monoparentales ayant pour chef de famille un homme représentent 4,1 % ce qui est également supérieur à l'ensemble de la province.
- 9% de la population de la région sont Autochtones.

Conditions socioéconomiques

- Concernant la population masculine n'ayant pas de diplôme, la C-N reste encore avec un taux plus élevé que le reste du Québec.
- De manière générale, la population masculine nord-côtière demeure moins scolarisée.
- Plus d'hommes que de femmes occupent un emploi, mais leur taux d'emploi est inférieur à celui des hommes de l'ensemble du Québec.
- Le revenu moyen d'emploi des hommes de la C-N est cependant supérieur à la moyenne québécoise et que celui des femmes de la C-N.

Santé

- Les hommes sont davantage hospitalisés pour des traumatismes non intentionnels (73 %).

Santé mentale

- Les idéations suicidaires se retrouvent chez 8,1 % de la population masculine et le taux de mortalité par suicide était de 45,8 %, ce qui est plus élevé sur la Côte-Nord que partout dans la province de Québec, surtout chez les hommes célibataires (59,3 %).
- Les hommes sur la Côte-Nord ressentent plus de soutien au travail.
- Il y aurait plus d'hommes qui vivraient de la tension au travail.
- En ce qui a trait aux hommes ayant vécu un épisode dépressif, le taux est plus élevé.

Habitudes de vie

- La consommation élevée d'alcool constitue toujours un élément très présent sur la C-N.
- Les hommes de la C-N consomment plus de drogues que l'ensemble du Québec et que les femmes de la C-N.
- Une plus forte proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels, mais comparable aux femmes de la C-N.
- La proportion d'hommes inactifs est comparable au reste du Québec.
- Ils sont proportionnellement plus nombreux à ne pas consommer cinq à 10 portions de fruits et de légumes par jour.
- Les hommes de la C-N sont davantage touchés par un excès de poids.

Violence et criminalité

- Le taux de violence conjugale est beaucoup plus élevé et augmente avec les années.

13- BESOINS IDENTIFIÉS

Dans la présente étude, trois principales pistes de solution ont été soulevées : normaliser la demande d'aide, être présent dans les milieux des hommes et faire connaître les services.

Considérant l'ampleur des besoins et des problématiques spécifiques vécues par les hommes sur la Côte-Nord, il demeure toujours des actions à accomplir puisque, même avec les années, certaines difficultés semblent stagner.

Les efforts devront être maintenus pour rejoindre les hommes dans leurs milieux de vie et travailler au changement de mentalité qui est un effort constant et de longue durée. Pour ce faire, il faudra soutenir les piliers de notre région, soit les organismes et intervenants qui offrent l'aide directe aux hommes. Leur implication est essentielle pour la population et leur travail mérite d'être souligné et appuyé par les moyens appropriés, notamment par l'octroi d'une subvention au niveau de leurs besoins.

Hayes, F. (2012). *Les réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec : Portrait et facteurs d'adaptation*. Chibougamau : Réseau Hommes Québec Baie-James. Repéré à <http://www.crsssbaiejames.gouv.qc.ca/docs/Publications/R/realites%20masculines%20web%20%28sans%20logo%29.pdf>

Population cible

Les hommes vivant dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec.

Contexte de l'étude

On a constaté, depuis une cinquantaine d'années, une évolution rapide et radicale des modèles sociaux et familiaux au Québec. Ces nombreux changements sociétaux ont modifié la réalité des hommes. L'entrée des femmes dans le monde du travail, les changements dans la structure familiale et la redéfinition du rôle de père en sont quelques exemples. On remarque tout de même la persévérance de clichés sociaux, tenaces dans la société, attachant à l'homme un statut de force, d'invulnérabilité et d'indépendance.

Objectifs et hypothèses

C'est de cette réalité contemporaine que prend source la présente étude qui se divise en deux sections répondant à deux questions principales : qui sont les hommes de la région et quels sont les facteurs de risque et de protection qui influencent leur adaptation? La première section ayant pour titre *Portrait de la réalité masculine dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec* se veut un état de situation rassemblant les connaissances actuelles concernant la situation des hommes de notre région par rapport à leurs homologues québécois. Cela dit, il s'avère intéressant de mettre le profil des hommes en perspective avec l'environnement et le contexte dans lesquels ils évoluent, de même qu'avec les problématiques qui y sont rencontrées afin de permettre une meilleure compréhension de la réalité des hommes au sein même de la région. La seconde section ayant pour titre *Facteurs de risque et de protection liés à l'adaptation des hommes* vise à documenter les principales caractéristiques et ressources individuelles et environnementales qui agissent comme facteurs de risque ou de protection pour l'adaptation et le fonctionnement des hommes. Cette section s'inscrit dans un objectif de parfaire la compréhension des réalités masculines qui pourra servir de base à une intervention plus adaptée et efficace auprès de cette clientèle.

Méthodologie

Le texte ne précise pas la méthodologie utilisée. Par ailleurs, visiblement l'étude a été menée selon le même profil que les autres études régionales en utilisant les banques de données publiques et en analysant les données spécifiques à la région sociosanitaire Nord-du-Québec.

Sauf lorsque cela est indiqué, la comparaison est faite entre les hommes Nord-du-Québec

(NduQ) avec ceux de l'ensemble du Québec. Ainsi, les indications d'une proportion « plus élevée » ou « moins élevée » fait référence à la comparaison avec les hommes de l'ensemble du Québec.

Principaux résultats

Emploi et revenu

- Le secteur primaire a une importance majeure dans la région. En effet, 21,4 % des emplois y sont liés alors que ce pourcentage n'est que de 3,7 % sur le plan provincial.
- En 2006, le taux d'activité de la population masculine du NduQ de 15 ans et plus était plus élevé (76,7 % c. 70,6 %).
- En corollaire, le taux d'emploi chez les hommes de plus de 15 ans du NduQ était plus élevé (62,5 % c. 55 %).
- On observe une tendance des hommes inoccupés à quitter la région.
- Malgré cela, en 2006, le taux de chômage était plus élevé dans le NduQ que dans la province chez les hommes de plus de 25 ans (12,5 % c. 6,4 %).
- Dans la région en 2005, le revenu médian après impôt chez les hommes était plus élevé (35 943 \$ c. 26 302 \$). Par contre, l'écart entre le revenu médian des hommes et des femmes au Québec était de 7 351 \$ alors qu'il était plus important dans la région, s'élevant à 18 159 \$.
- Au sein des familles de la région, l'homme est souvent le principal voire le seul pourvoyeur.

Éducation

- En 2008-2009, 93 % des jeunes de la région ont effectué la transition vers les études secondaires à l'âge prescrit, soit 12 ans ou moins, comparativement à 88 % pour l'ensemble du Québec.
- Pour l'année scolaire 2008-2009, le taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification (décrocheurs) parmi les sortants est inférieur dans la région (15 % c. 18,4 %) mais supérieur à celui des filles.
- Les hommes de la région du NduQ affichent des taux de scolarité plus bas.

Habitudes de vie et comportements liés à la santé.

- En 2007-2008, le pourcentage d'hommes étant actifs ou modérément actifs est plus élevé dans le NduQ (61,8 % c. 52,1 %). Inversement, le pourcentage d'hommes sédentaires est plus bas (38,2 % c. 47,9 %).
- Le taux d'obésité était plus élevé chez les hommes du NduQ en 2008 (24,1 % c. 17,1 %).
- En 2007-2008, la proportion d'hommes du NduQ qui ne mangeaient pas l'apport minimal quotidien recommandé en fruits et légumes était plus élevée (60,2 % c. 55,3 %).
- En 2007-2008, on dénombre une plus grande proportion de fumeurs chez les hommes du NduQ) mais comparable à celle des femmes du NduQ.
- Chez les hommes de 12 ans et plus du NduQ, 77,5 % rapportent être des buveurs réguliers (c. 73,9 %).

- Les hommes de la région sont moins nombreux à n'avoir jamais consommé de drogues (33,6 % c. 48,2 %), mais la proportion de consommateurs actuels est plus élevée et ce, peu importe la tranche d'âge.
- Les hommes sont beaucoup plus nombreux à être victimes de traumatismes routiers.
- Dans la région, comme ailleurs, les hommes sont moins nombreux à utiliser les services professionnels de santé.

Santé mentale

- Selon les données de 2007-2008, les hommes du NduQ sont moins nombreux à percevoir un niveau de stress élevé dans leur vie quotidienne (22,2 % c. 25,7 %).
- 2,7 % de la population de la région a songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois. Cela ne nous permet pas d'établir une différence significative avec le reste de la province.
- Selon les données de 2003 à 2007, le taux de mortalité par suicide dans le NduQ est de deux pour 10 000 comparativement à 1,6 pour 10 000 pour l'ensemble du Québec.

Situation familiale, maritale et parentale

- Les proportions de couples mariés, divorcés et séparés sont relativement les mêmes, par contre on dénombre une plus grande proportion d'unions libres (28 % c. 19,4 %).
- La proportion de familles monoparentales est moins élevée dans le NduQ (8,4 % c. 13 %), mais la proportion de familles monoparentales dirigées par le père est plus élevée (en 2006, 42,6 % c. 28,3 %).

Besoins identifiés

Engager une réflexion sur :

- le constat concernant la clientèle masculine, ses caractéristiques et ses besoins;
- les attitudes à adopter et à développer chez l'ensemble des intervenants dans notre société afin que les hommes en difficulté se sentent accueillis et compris;
- les services nécessaires sur le territoire afin de soutenir les hommes en difficulté dans leurs démarches de prise en charge.

Bourassa, A., & Paré, L. (2010). *Portrait de la santé et de bien-être des hommes – Chaudière-Appalaches*. Sainte-Marie : ASSS Chaudière-Appalaches. Repéré à http://www.agencess12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/SOM_Portrait_des_hommes_2013-05-16_IMP.pdf

Population cible

Les hommes de la région de la Chaudière-Appalaches

Contexte de l'étude

À la suite des travaux du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004), le Québec s'est engagé à examiner la situation des hommes. Dans le cadre de la mesure « Adaptation des services destinés à la clientèle masculine », une des priorités gouvernementales en matière de santé et bien-être des hommes, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a accepté un projet soumis par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Chaudière-Appalaches pour réaliser un portrait régional en santé et bien-être des hommes (SBEH). Pour l'ASSS, il s'agit d'un premier état de situation sur les réalités des hommes de Chaudière-Appalaches en matière de santé et de bien-être.

Objectifs et hypothèses

Le Portrait de santé et de bien-être des hommes de la région de la Chaudière-Appalaches (C-A) présente les différentes caractéristiques touchant la population masculine de cette région.

La première partie couvre 10 thèmes qui sont regroupés en deux grandes classes générales : les déterminants de la santé et l'état de santé (globale, physique ou mentale, psychosociale). Chacun des thèmes contient une brève mise en contexte et l'analyse des indicateurs. À la fin de l'analyse, se trouve une brève description des services. La seconde partie présente des informations portant sur les hommes selon trois groupes d'âge : les garçons âgés de moins de 18 ans, les hommes âgés de 18 à 64 ans puis les hommes âgés de 65 ans et plus. Cette fois, après la mise en contexte, l'analyse présente les écarts favorables et défavorables, puis les faits marquants. Enfin, la troisième partie se consacre à l'analyse de la santé et du bien-être des hommes selon le réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).

Méthodologie

Le choix des indicateurs repose sur une recension des portraits de santé des hommes réalisés dans les différentes régions au Québec. L'ampleur et la gravité d'un problème ainsi que la pertinence pour l'action ont aussi été tenues en considération. Une attention particulière a été portée sur ce aux particularités régionales (ex. : suicide, traumatismes non intentionnels, etc.), confirmées par les acteurs rencontrés. L'analyse des indicateurs disponibles est effectuée en comparant, par des tests statistiques, lorsque possibles, la

situation qui prévaut pour les hommes de la région à celle des hommes du Québec ainsi qu'à celle des femmes de la région. Chaque indicateur est calculé et présenté en tenant compte des règles méthodologiques propres à sa source de données respective.

Sauf lorsque cela est indiqué, la comparaison est faite entre les hommes de C-A avec ceux de l'ensemble du Québec. Ainsi, les indications d'une proportion « plus élevée » ou « moins élevée » fait référence à la comparaison avec les hommes de l'ensemble du Québec.

Principaux résultats

Conditions démographiques

- L'exode des jeunes connu dans certains territoires semble se poursuivre.
- Le nombre d'hommes de 65 ans et plus doublera d'ici 2021.

Conditions socioéconomiques et socioculturelles

- Parmi les hommes de la région, nombreux sont ceux qui occupent un emploi.
- Les hommes de C-A sont moins scolarisés, mais le taux de décrochage est plus bas..
- Le revenu moyen des hommes, bien que plus élevé que celui des femmes de la région, est inférieur à celui des Québécois.
- Une proportion plus faible d'hommes de C-A vit sous le seuil de faible revenu.
- Les hommes vivent surtout en couple.

Environnement social et adaptation sociale

- Un homme sur six de C-A n'a pas un niveau élevé de soutien social.
- C'est aussi dans cette même proportion que les hommes de C-A rapportent un sentiment d'appartenance très faible à leur communauté locale.
- Près d'un homme sur vingt de C-A se dit insatisfait de sa vie sociale.
- Les hommes de C-A connaissent plus de problèmes d'adaptation sociale que les femmes, que ce soit en ce qui a trait aux actes criminels perpétrés, aux crimes contre la personne, aux crimes contre la propriété.

Habitudes de vie et comportements

- Les hommes de C-A rapportent de moins bonnes habitudes de vie que les femmes, que ce soit en ce qui a trait à :
 - La consommation excessive d'alcool.
 - La consommation de la drogue.
 - Le brossage de dents au moins deux fois par jour.
 - L'utilisation la soie dentaire une fois par jour.
 - La consommation cinq fois ou plus par jour des fruits et des légumes.
- Cependant, les hommes de C-A se démarquent favorablement des hommes du Québec pour la consommation de tabac.

Utilisation des services de santé

- Comparativement aux femmes, les hommes de C-A disent moins consulter un

professionnel de la santé ou, plus spécifiquement, un médecin de famille.

- C'est dans une plus faible proportion que les hommes déclarent avoir consulté un professionnel ou utilisé une ligne d'aide à la suite de pensées suicidaires.

État de santé globale

- Les hommes de C-A, bien qu'ayant une espérance de vie supérieure au Québécois, peuvent espérer vivre moins longtemps que les femmes.
- Les décès chez les hommes sont principalement reliés aux cancers, aux maladies de l'appareil respiratoire et aux maladies de l'appareil circulatoire.
- Le suicide et les traumatismes non intentionnels occasionnent le plus d'années potentiellement perdues chez les hommes.

État de santé physique – Maladies chroniques

- Par rapport aux femmes, les hommes de C-A décèdent plus fréquemment de maladies chroniques, principalement du cancer (particulièrement poumons et colorectal), et des maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire.
- Les décès associés au cancer de la prostate et aux maladies de l'appareil respiratoire sont plus élevés chez les hommes de C-A que chez les hommes du Québec.
- Les hommes de C-A sont plus souvent hospitalisés que ceux de l'ensemble du Québec et que les femmes de la région pour l'ensemble des causes.
- Les hommes de la région sont plus souvent hospitalisés et meurent davantage de traumatismes non intentionnels, notamment les accidents de véhicules à moteur.

État de santé physique – Maladies ou exposition en milieu de travail

- Les lésions professionnelles sont plus fréquentes chez les hommes de C-A que chez les femmes ainsi que chez les Québécois.
- Davantage d'hommes de C-A que de femmes et que les autres hommes du Québec rapportent être exposés à certains risques physiques et chimiques en milieu de travail.

État de santé psychosociale ou mentale

- Le taux de suicide est plus élevé chez les hommes de C-A.
- Aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes de C-A :
 - quant à la déclaration des idéations suicidaires;
 - quant à différents aspects pouvant être associés à la santé mentale au travail.

Besoins identifiés

Les données suggèrent que, pour plusieurs des principaux indicateurs de santé et bien-être, les hommes sont surreprésentés. Les hommes de C-A sont davantage touchés par les problèmes de santé fonctionnelle, la propension à une forte consommation d'alcool et les fortes expositions à risque dans leur milieu de travail que les hommes de l'ensemble du Québec. Sur les autres indicateurs, leur situation est comparable.

Piquet-Gauthier, B. (2008). *Les hommes et les femmes des Laurentides : Apprécier leurs réalités pour mieux intervenir – Portrait de la santé et du bien-être des adultes de 18 à 64 ans de la région*. St-Jérôme : ASSS des Laurentides. Repéré à http://www.santelaurentides.qc.ca/fileadmin/documents/documentation/Portrait_de_sante/Portrait_adultes_version_finale_01_fevrier_2008-2.pdf

Population cible

Homme et femmes de 18 à 64 ans vivant dans les Laurentides.

Contexte de l'étude

C'est le premier portrait qui traite spécifiquement de la santé et du bien-être des adultes de 18 à 64 ans dans la région des Laurentides, de même que de leurs conditions et modalité de vie. L'analyse différenciée selon les sexes est privilégiée dans ce portrait. Elle permet de raffiner les connaissances sur des réalités vécues par les hommes et par les femmes et de mettre en lumière les différences pouvant marquer ces réalités. De plus, lorsque les données le permettent, les analyses sont faites selon les groupes d'âge et comparent la région avec le reste du Québec, de même qu'elles apprécient des tendances dans le temps.

Objectifs et hypothèses

Cette étude devrait contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes qui tiennent davantage compte des réalités vécues par les hommes et par les femmes adultes des Laurentides et rendre ainsi les actions plus efficaces et arrimées sur leurs besoins.

Ce portrait aborde un large éventail d'indicateurs pertinents à la vie des adultes de 18 à 64 ans. On retrouve, les déterminants de l'état de santé et de bien-être, soit des données démographiques et celles portant sur les modalités de vie des adultes, les conditions de vie des adultes, telles que la scolarité, la participation au marché du travail et le revenu, puis les habitudes de vie et les comportements. Un chapitre est consacré au travail et à la santé de même qu'à la conciliation travail-famille. Puis viennent les principaux indicateurs de l'état de santé mentale, de l'adaptation sociale et du suicide. La santé physique, les principales causes de décès, les problèmes de santé et les recours aux services de santé complètent ce portrait.

Méthodologie

Métasynthèse de données publiques ou de recherche (pour compléter les analyses). La donnée la plus récente a été choisie (variant entre 2001 et 2005 selon les sources), touchant généralement les 18-64 ans (lorsque cela était possible). Lorsque l'information était disponible, des tests statistiques ont été faits pour vérifier si la différence était statistiquement significative au seuil de 0,05. Ainsi, les comparaisons suivantes ont été faites :

- entre la région et le reste du Québec;

- entre les hommes et les femmes;
- entre les groupes d'âge;
- entre les périodes.

Seules les données spécifiques aux hommes sont rapportées ici.

Principaux résultats

Profil démographique

- Davantage d'hommes de 18 à 44 ans vivent seuls.
- Le nombre d'hommes vivant hors famille avec des personnes non apparentées est le plus élevé chez les 18 à 34 ans.

Conditions socioéconomiques

- Les hommes de 25 à 44 ans ont un niveau de scolarité inférieur à celui des femmes du même âge.
- Le taux d'activité des hommes est supérieur à ceux des femmes.
- Les hommes ont un revenu supérieur à celui des femmes, peu importe le groupe d'âge.
- Le revenu des hommes augmente avec l'âge.

Habitudes de vie et comportements à risque

- La consommation élevée d'alcool et la consommation de drogues sont des comportements qui touchent davantage les hommes.

Santé au travail

- Le stress intense affecte près de quatre travailleurs sur 10 dans la région des Laurentides.
- Les emplois du secteur des transports, machineries, sciences naturelles et du secteur primaire sont davantage occupés par les hommes.
- Près de la moitié des travailleurs (46 %) de la région considèrent leur travail exigeant physiquement.
- Plus de quatre hommes sur 10 (41 %) travaillent régulièrement un nombre élevé d'heures par semaine.
- Davantage de travailleurs résidents dans la région des Laurentides ont indiqué recevoir peu de soutien de leurs collègues (17 %) et de leurs supérieurs (30 %) comparativement à ceux du Québec (12 % et 23 %).

Adaptation sociale

- Depuis 2004, les taux d'infraction au Code criminel, aux autres lois fédérales et aux lois provinciales sont plus élevés dans les Laurentides qu'au Québec;
- Dans les Laurentides, 84 % des auteurs présumés d'infraction au Code criminel, aux autres lois fédérales et aux lois provinciales sont des hommes;
- Le taux de crimes contre la personne, en hausse dans les Laurentides depuis 2001, dépasse le taux du Québec en 2005. Ces crimes font autant de victimes masculines que féminines;

- Les agressions sexuelles et les crimes contre la personne commis dans un contexte conjugal sont en hausse dans la région; plus de neuf auteurs présumés sur 10 d'infraction sexuelle sont des hommes. Le taux est comparable en violence conjugale.
- On retrouve des proportions semblables d'hommes et de femmes ayant des idéations suicidaires ou ayant tenté de se suicider, mais les suicides touchent quatre hommes pour une femme.
- En 2003, le taux de décès par suicide est aussi élevé dans la région qu'au Québec. Les suicides constituent 12 % des décès chez les hommes de 18 à 64 ans dans les Laurentides.

Santé physique

- Certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang sont en progression chez les adultes de la région.
- Les maladies de l'appareil circulatoire, les suicides et les traumatismes non intentionnels sont des causes de décès particulièrement fréquentes chez les hommes.
- Les nouveaux cas de cancer les plus courants sont les cancers de la prostate et du poumon.
- Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels est plus élevé dans la région qu'au Québec.

Utilisation des services de santé

- La moitié des hommes de 18 à 64 ans n'ont pas de médecin de famille;
- Les principales causes d'hospitalisation chez les hommes de la région sont reliées aux maladies de l'appareil digestif, aux maladies de l'appareil circulatoire et aux lésions traumatiques/empoisonnements.

Besoins identifiés

Les interventions destinées à réduire les risques modifiables devraient tenir compte des différences entre hommes et femmes. À cet effet :

- Tenir compte des particularités démographiques de la région.
- Adapter les programmes en tenant compte des différentes modalités de vie.
- Poursuivent les efforts pour réduire les inégalités sociales entre les hommes et les femmes.
- Considérer l'environnement de travail comme un déterminant important de la santé des adultes.
- Considérer dans l'offre des services les problèmes de conciliation travail-famille.
- Répondre aux défis des différentes manifestations de la détresse, des troubles mentaux et d'adaptation sociale des hommes et des femmes.
- Prendre en compte une morbidité et une mortalité différenciée des hommes et des femmes.
- Mieux prévenir et dépister les maladies chroniques chez les hommes et chez les femmes afin d'en réduire les conséquences.

Le Bel, C. (2013). *Synthèse thématique : Analyse différenciée selon les sexes en soutien au comité scientifique régional For'hommes Montérégie – Pour une appréciation de l'état de santé des hommes et des femmes*. Longueuil : ASSS de la Montérégie. Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/surveillance-etat-sante/ADS-Syn.pdf>

Population cible

Hommes et femmes vivant en Montérégie.

Contexte de l'étude

Les données de surveillance de l'état de santé et de bien-être permettent d'identifier les différences affectant la santé des hommes et des femmes (H/F) à l'échelle populationnelle. Ainsi, l'étude permet notamment de soutenir les travaux réalisés dans le cadre du programme For'hommes.

Objectifs et hypothèses

Regrouper différentes informations aux fins de nourrir la réflexion sur les différences observées en Montérégie et dans ses réseaux locaux de services (RLS), tel que défini par le comité scientifique régional FOR'HOMMES. Plus précisément, mettre en lumière, selon le mandat régional confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, un ensemble de données quantitatives ayant trait à la santé afin de soutenir les établissements dans leurs efforts pour adapter leur planification aux besoins de chaque genre.

Méthodologie

Synthèse thématique regroupant les résultats observés des différences de santé entre hommes et femmes de la Montérégie. Issus du plan commun de surveillance de l'état de santé de la population, les indicateurs ont été analysés selon le sexe et, lorsque pertinent, selon l'âge. Les 29 indicateurs retenus sont présentés dans un survol produit pour la Montérégie, et pour chacun des réseaux locaux de services. L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) repose sur des informations démographiques, socioculturelles, économiques, mais également sur les habitudes de vie, l'état de santé physique ainsi que l'état de santé mentale. Ces informations proviennent, entre autres, de l'Institut de la statistique du Québec, du Recensement de 2006, de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2007-2008 et de différents fichiers administratifs tels que MEDÉCHO, RAMQ et autres.

Principaux résultats

Démographie

- L'ampleur du taux d'accroissement chez la population âgée nous conduit à vérifier quelle sera la situation chez les 75 ans et plus. Reconnu comme un phénomène féminin, le grand âge, en 2021, pourrait avoir un visage différent, car la présence masculine se

fera plus visible. En effet, alors que chez les 65 ans et plus la croissance était assez similaire chez les deux sexes, après 75 ans la croissance sera supérieure chez les hommes.

- En Montérégie, 17,0 % des familles monoparentales parmi l'ensemble des familles étaient, en 2006, des familles sous la responsabilité principale de la mère. La proportion des familles patricentriques était trois fois moins élevée que celle des familles matricentriques (5,1 %).
- En 2006, en Montérégie, 12,0 % des hommes et 14,0 % des femmes vivaient seuls.

Portrait socioéconomique

- En Montérégie, la proportion des H/F n'ayant pas de diplôme ou de grade était légèrement supérieure chez les femmes.
- En 2005, une proportion sensiblement supérieure de femmes de la Montérégie avait des revenus sous le seuil de faible revenu.

Habitudes de vie

- 51,6 % des hommes et 36,9 % des femmes ne consomment pas des fruits et légumes au moins cinq fois par jour.
- Les proportions observées chez les 18 ans et plus ne sont pas significativement différentes au plan statistique, en 2007-2008, pour les différents niveaux d'activité physique de loisir et de transport entre les H/F.
- En Montérégie, un homme sur quatre (24,6 %) et une femme sur cinq (20,9 %) âgés de 12 ans et plus fumaient.
- En 2007-2008, la proportion d'hommes consommant occasionnellement de l'alcool en grande quantité était statistiquement supérieure à celle des femmes (23,6 c. 7,0 %) chez les 12 ans et plus.
- En Montérégie, en 2007-2008, la proportion des hommes avec un surplus de poids était statistiquement supérieure à celle des femmes (55,9 c. 41,5 %).

Comportements de santé

- En Montérégie, la proportion des hommes ayant bénéficié d'une consultation médicale en 2007-2008 était significativement inférieure à celle des femmes (65,0 c. 80,4 %).
- En Montérégie, chez les 18 ans et plus, au cours des douze mois précédant l'enquête, les hommes consultaient un psychologue ou un travailleur social (6,2 c. 10,4 %) dans une proportion significativement moindre que les femmes.

Santé globale

- En Montérégie, pour la période 2003-2007, l'espérance de vie à la naissance chez les hommes était de 77,9 ans et de 82,6 ans chez les femmes, soit un écart de 4,7 ans.
- En Montérégie, le taux de mortalité est de 680 pour 100 000 chez les hommes et de 657 chez les femmes.

Santé physique

- Pour la période 2002-2006, le taux d'incidence pour *l'ensemble des cancers* chez les hommes est significativement supérieur à celui des femmes (490 c. 447) en Montérégie.
- En Montérégie, en 2008-2009, la *prévalence du diabète* est significativement plus élevée chez les hommes (9,1 c. 7,3 %).
- Les taux chez les femmes indiquent qu'elles sont plus nombreuses, en proportion, à souffrir d'incapacité que les hommes en Montérégie (11,0 c. 12,1 %).
- Les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes en Montérégie pour les maladies de l'appareil circulatoire (137 c. 90 pour 10 000), de l'appareil digestif chez les 55 ans et plus (258 c. 229 pour 10 000), de l'appareil respiratoire, et des traumatismes, sauf, dans ce cas après 70 ans (209 c. 290 pour 10 000).

Santé mentale

- En Montérégie, une proportion significativement inférieure d'hommes de 18 ans et plus déclaraient avoir un niveau de détresse psychologique élevé (13,4 c. 20,8 %).
- On note, comme ailleurs au Québec, une surmortalité par suicide..

Besoins identifiés

Malgré une amélioration observée chez les hommes comme le démontrent les gains en espérance de vie à la naissance au cours des dernières décennies, beaucoup reste à faire afin de colmater les brèches qui portent atteinte à la longévité des hommes.



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