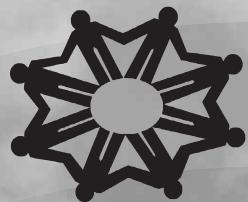




RHQ RÉSEAU
HOMMES
QUÉBEC
Nord-du-Québec • Baie-James

Les réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec : Portrait et facteurs d'adaptation





RHQ RÉSEAU
HOMMES
QUÉBEC
Nord-du-Québec • Baie-James

Les réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec : Portrait et facteurs d'adaptation



**Réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec :
Portrait et facteurs d'adaptation**

Auteure :

Fanny Hayes

Production :

Réseau Hommes Québec Baie-James

Coordination des travaux :

Jean Hayes, consultant externe pour le Réseau Hommes Québec Baie-James

Comité de lecture :

Marie-Claude McNicoll, agente de planification, de programmation et de recherche au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Sandra Cantin, agente de planification, de programmation et de recherche au Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Révision linguistique :

Andrée Lanctôt

Citation suggérée : HAYES, Fanny, *Réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec : Portrait et facteurs d'adaptation*, Réseau Hommes Québec Baie-James, Chibougamau, 2012, 48 p.

Le présent document a été produit par le Réseau Hommes Québec Baie-James grâce à une subvention provenant du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans le cadre d'un programme émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux, visant le soutien des initiatives régionales sur la réflexion et le développement de services répondant aux besoins de la population masculine dans la perspective d'une approche globale de la santé et du bien-être.

Impression par :

Imprimerie Nord Graphique

Table des matières

Liste des acronymes	5
Mise en contexte	7
Note au lecteur	9
Portrait de la région	11
1-Portrait des réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec	13
1.1 Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé	15
1.2 La santé mentale	16
1.3 Le suicide	17
1.4 La situation familiale, maritale et parentale	18
1.5 L'emploi et le revenu	19
1.6 L'éducation	20
1.7 La consommation d'alcool et de drogue et la dépendance	21
1.8 La criminalité et la violence	22
Références	25
2- Facteurs de risque et de protection liés à l'adaptation des hommes	27
2.1 Quelques notions	29
2.2 L'adaptation face à un facteur de stress	29
2.3 Les facteurs de risque et de protection	31
2.3.1 Les caractéristiques et les ressources individuelles	31
Les facteurs biologiques	31
Les habitudes de vie et la santé physique	31
La consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues	32
Les problèmes de santé mentale	32
Le statut socioéconomique	32
Les habiletés personnelles	33
L'orientation sexuelle	33
2.3.2 Les caractéristiques et les ressources environnementales	33
Les relations conjugales et familiales	33
Le soutien social	34
Les facteurs liés au milieu de travail	34
La socialisation masculine et l'adhésion au rôle masculin traditionnel	35
La demande d'aide des hommes	35
L'offre de services	36
Conclusion	37
Références	39
Sources	41

Liste des acronymes

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mise en contexte

On a constaté, depuis une cinquantaine d'années, une évolution rapide et radicale des modèles sociaux et familiaux au Québec¹. 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 persévérence de clichés sociaux, tenaces dans la société, attachant à l'homme un statut de force, d'invulnérabilité et d'indépendance.

C'est de cette réalité contemporaine, que prend source le présent document. *Les réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec : Portrait et facteurs d'adaptation* 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. Il ne serait pas pertinent de comparer ici les hommes avec les femmes de la région. 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.

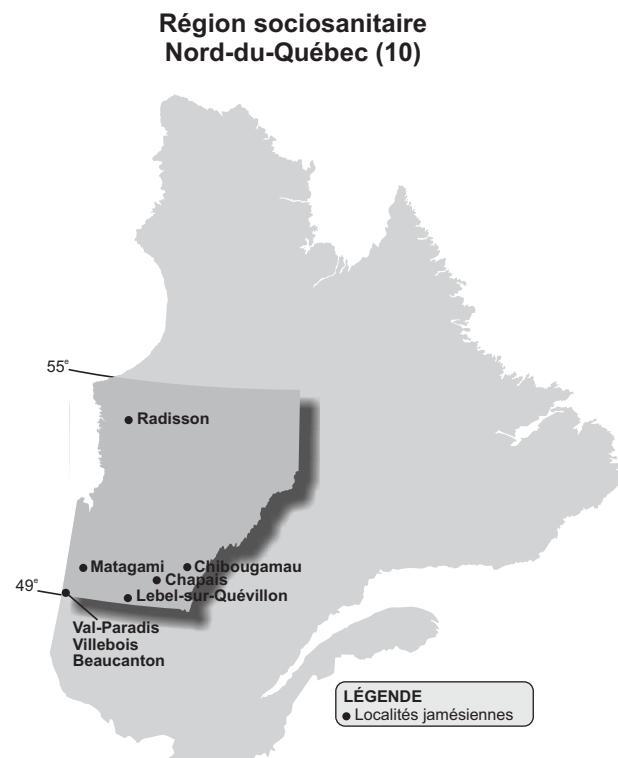
Note au lecteur

Il nous importe de préciser d'entrée de jeu le territoire couvert ainsi que la population concernée par ce portrait. Il s'agit des hommes qui habitent la région sociosanitaire du Nord-du-Québec dans laquelle nous retrouvons les Jamésiens. Au Québec, le découpage territorial administratif (Carte A) diffère de celui du réseau de la santé et des services sociaux (Carte B). La région **sociosanitaire** Nord-du-Québec (10) et la région **administrative** du Nord-du-Québec (10), bien que portant le même nom, ne désignent pas le même territoire ni les mêmes populations. Les deux cartes ci-après illustrent ces différences.

Carte A



Carte B



Source :
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10)*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2012.

Source :
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10)*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2012.

Trois groupes de citoyens cohabitent dans la région administrative du Nord-du-Québec : les Jamésiens, les Inuits et les Cris. Chacun de ces groupes s'est construit une identité inspirée de son histoire, de sa culture et de son appartenance à un territoire. Dans le contexte actuel, l'appellation « Jamésien » désigne les résidants de la région sociosanitaire (10) du Nord-du-Québec. Les données présentées dans le portrait qui suit concernent spécifiquement les Jamésiens. C'est aussi à la région sociosanitaire que les termes région et Nord-du-Québec feront référence dans ce document.

Portrait de la région

La démographie, la situation géographique, la structure d'emploi et les contextes social et économique sont tous des éléments qui façonnent, à leur manière, la réalité du Nord-du-Québec et peuvent avoir un impact sur le type ou la gravité des problématiques rencontrées chez la population.

- En 2006, la province de Québec comptait 7 546 130 habitants représentés à près de 49 % par des hommes². De son côté, la population du Nord-du-Québec se chiffrait à 14 870 en 2006. Contrairement à ce que l'on retrouve sur le plan provincial, les hommes sont plus nombreux que les femmes en Jamésie³. La population est répartie entre les différentes localités de la façon suivante :

Localité	Population en 2006	Nombre d'hommes	Pourcentage d'hommes
Chapais	1 630	845	51.8 %
Chibougamau	7 565	3 895	51.5 %
Lebel-sur-Quévillon	2 730	1 415	51.8 %
Matagami	1 555	815	52.4 %
Municipalité de la Baie-James	1 390	740	53.2 %
Nord-du-Québec	14 870	7 710	51.8 %

- On constate une diminution significative de la population entre 1996 et 2006. Plus de 3 640 personnes auraient quitté la région pour diverses raisons comprenant entre autres la fin des travaux à la Baie-James, la fermeture d'entreprises minières et forestières et la création, à l'extérieur du territoire, de villages autochtones⁴.
- En comparaison aux statistiques provinciales, la population du Nord-du-Québec est plus jeune, la proportion d'hommes âgés de moins de 65 ans était de 92,3 % en 2006 contre 87,6 % au Québec⁵.
- La proportion d'hommes dans le Nord-du-Québec qui affirment avoir un fort sentiment d'appartenance à l'égard de leur communauté locale est de 74,1 % alors qu'elle est de 57,6 % au Québec⁶.
- L'espérance de vie à la naissance des hommes de la région, selon les données de 2003 à 2007, est de 75,6 ans ce qui est inférieur à celle des hommes de la province qui est de 77,7 ans. Par ailleurs, on ne note pas de différence entre l'espérance de vie à la naissance des femmes dans la région par rapport à l'ensemble des Québécoises⁷.

1 Portrait des réalités masculines dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec



1.1 Les habitudes de vie et les comportements liés à la santé

La santé est un concept très large, à la fois physique, mentale et sociale, elle est sous l'influence d'une multitude de facteurs. Les habitudes de vie, le revenu, le sexe, l'âge, le développement infantile, la qualité des services reçus et la culture sont quelques exemples d'éléments ayant un impact sur la santé des individus.

- Selon les données recueillies pour l'année 2007-2008, le pourcentage d'hommes étant actifs ou modérément actifs est plus élevé dans le Nord-du-Québec (61,8 %) par rapport à la province (52,1 %). Inversement, le pourcentage d'hommes sédentaires est plus bas (38,2 % contre 47,9 %)⁸.
- Le taux d'obésité était plus élevé chez les hommes de la région (24,1 %) en 2008 que dans le reste de la province (17,1 %)⁹. On remarque que chez les hommes, il y a plus souvent une accumulation de graisse au niveau abdominal alors que, typiquement, chez les femmes c'est au niveau des fesses et des hanches. Les impacts liés à l'obésité sont souvent plus graves chez la clientèle masculine puisque l'adiposité abdominale est associée à un risque plus élevé de diabète, d'hypertension, de maladies cardiovasculaires et, par le fait même, de décès prématuré¹⁰.
- En 2007-2008, la proportion d'hommes qui ne mangeaient pas l'apport minimal quotidien recommandé en fruits et légumes était plus élevée dans la région (60,2 %) qu'ailleurs au Québec (55,3 %)¹¹.
- En 2007-2008, les statistiques concernant la présence régulière de fumeurs au domicile illustraient une plus grande proportion de fumeurs chez les hommes du Nord-du-Québec (28,6 %) qu'ailleurs au Québec (20,8 %). À noter que la proportion de femmes fumeuses était presque égale à celle des hommes dans la région alors qu'ailleurs au Québec, elle était près de 10 % moins élevée¹².
- Chez les hommes de 12 ans et plus, 77,5 % rapportent être des buveurs réguliers dans la région contre 73,9 % dans la province. On considère comme buveurs réguliers les personnes qui consomment de l'alcool au moins une fois par mois¹³.
- Les hommes sont beaucoup plus nombreux à être victimes de traumatismes routiers¹⁴. Cela peut en partie être expliqué par le fait que les hommes sont plus nombreux à conduire rapidement, à prendre le volant en état d'ébriété et à négliger le port de la ceinture de sécurité¹⁵.
- Au Québec, les hommes seraient deux fois plus nombreux à s'engager dans des conduites sexuelles à risque. La proportion d'hommes ayant plusieurs partenaires est plus élevée, particulièrement chez les 25-44 ans. De plus, près du quart de ces hommes n'utiliseraient jamais le condom comme méthode contraceptive¹⁶.
- Les consultations médicales chez les hommes sont moins fréquentes et moins régulières. De plus, ils ne consulteraient que pour les problématiques graves, ce qui entraîne des diagnostics plus lourds¹⁷. Dans la région, comme ailleurs, les hommes sont moins nombreux à utiliser les services professionnels de santé¹⁸.

L'espérance de vie des hommes est, de façon généralisée, plus faible que celle des femmes et cet écart est encore plus présent dans la région. Les habitudes de vie ont un impact flagrant sur la santé physique. La

consommation de tabac, l'alimentation inadéquate et la sédentarité seraient associées à 80 % des décès suite à une maladie chronique, à 90 % de ceux attribuables au diabète et à près du tiers de ceux qui sont liés à un cancer. Le niveau de risque augmente lorsqu'on ajoute à ces éléments la consommation excessive d'alcool.¹⁹ On remarque dans la région un taux d'activité physique plus élevé qu'ailleurs dans la province. Par contre, les Jamésiens s'exposent, par leurs habitudes de consommation, à des risques importants sur le plan de la santé physique. On remarque aussi leur tendance plus élevée quant à l'adoption de conduites à risque.

1.2 La santé mentale

- On estime à 20 % la proportion de gens qui souffriront, au cours de leur vie, d'un problème de santé mentale²⁰. Toutefois, on estime à 3 % la proportion de la population qui souffrira d'un problème de santé mentale grave, c'est-à-dire duquel découle un niveau d'incapacité affectant de façon significative les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail²¹.
- Les problèmes de santé mentale, particulièrement la dépression, représentent l'une des principales causes d'invalidité²².
- Une consultation en santé mentale sur 3 est faite par un homme²³.
- Selon les données de 2007-2008, les hommes du Nord-du-Québec sont moins nombreux (22,2 %) à percevoir un niveau de stress élevé dans leur vie quotidienne par rapport aux hommes du Québec (25,7 %)²⁴.

La littérature démontre depuis plusieurs années que la prévalence de certains troubles de santé mentale, notamment les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes²⁵. Par contre, certains auteurs américains et canadiens sont convaincus que la dépression demeure un phénomène sous-diagnostiqué chez les hommes, et ce, dans 40 % des cas²⁶. Ils considèrent qu'une partie de la réalité est occultée, tant en recherche qu'en clinique, du fait que plusieurs études utilisent comme mesures, des symptômes ou des référents davantage liés aux stéréotypes féminins comme le dévoilement de la tristesse, les pleurs, l'importance accordée à la présentation vestimentaire, etc. Les hommes auraient donc une expérience et une manifestation différentes des femmes dans l'expression de leurs symptômes dépressifs. Les éléments suivants ont été relevés²⁷:

- Surinvestissement au travail, de façon obsessive, ou commentaires sur le stress ou l'épuisement professionnel;
- Plaintes physiques, fatigue, manque d'énergie, de concentration;

- Augmentation des demandes rigides pour plus d'autonomie;
- Augmentation de l'intensité ou de la fréquence des colères soudaines;
- Autocritique sévère, centrée sur les manquements dans le rôle de pourvoyeur et de protecteur;
- Perte d'intérêts dans les activités sportives, culturelles ou sociales;
- Adoption de comportements destructifs envers soi, comme l'abus d'alcool, de drogues, la recherche de sensations fortes;
- Irritabilité, sensibilité interpersonnelle accrue pouvant s'accompagner de comportements agressifs et même violents envers les proches;
- Sentiment de vide, dévalorisation, désespoir;

Ainsi, on remarque que lorsque les tests utilisés pour dépister la dépression comprennent des éléments adaptés au genre, l'écart entre la proportion d'hommes et de femmes atteints s'amoindrit de façon considérable. La dépression chez les hommes peut être associée à la consommation d'alcool et de drogue, au jeu compulsif, à la violence et au suicide. Les conséquences peuvent s'avérer fatales. Afin de mieux dépister, de mieux prévenir et d'intervenir efficacement, il devient impératif de s'attarder aux modes d'expression de la masculinité des hommes qui, dans certains cas, peuvent accentuer les difficultés et la détresse vécues par les hommes.

1.3 Le suicide

- Les mortalités par suicide sont plus élevées au Québec, lorsqu'on compare au reste du Canada et à la majorité des pays industrialisés²⁸.
- Au Québec, comme dans la région, on comptabilise plus de décès par suicide chez les hommes que chez les femmes. Le ratio qui est de 4 hommes pour 1 femme au Québec serait de 9 hommes pour 1 femme dans la région²⁹.
- 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 province³⁰.
- Selon les données de 2003 à 2007, le taux de mortalité par suicide est de 2 pour 10 000 comparativement à 1,6 pour 10 000 pour l'ensemble du Québec. Ces données doivent être interprétées avec prudence en raison du petit nombre de cas relevés dans la région³¹.

Une proportion élevée des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de santé mentale, plus communément de la dépression³². Les difficultés précédemment décrites concernant le dépistage des troubles de l'humeur chez l'homme combinées au fait que ceux-ci font peu souvent appel à l'aide professionnelle les placent dans une situation de vulnérabilité. Plusieurs facteurs tels l'isolement social, la consommation de psychotropes, les ruptures amoureuses et les pertes d'emploi accentuent le risque suicidaire³³. Les éclatements familiaux sont de plus en plus fréquents et la structure d'emploi dans la région, principalement basée sur l'exploitation des ressources naturelles, est instable. Dans ce contexte, l'homme en crise doit être en mesure de recevoir une aide immédiate et intensive.

Sous un autre angle de vue, la littérature indique que plus de la moitié des hommes décédés par suicide auraient consulté un médecin durant l'année précédant leur mort³⁴. Nous reconnaissons aux hommes la tendance à consulter les professionnels du réseau médical et à reconnaître plus facilement leurs symptômes physiques même dans les cas où les difficultés sont de nature psychologique³⁵. Par exemple, un homme souffrant de dépression pourrait consulter un médecin pour de la fatigue, une perte d'appétit ou des douleurs physiques. Il y aurait donc lieu de sensibiliser particulièrement le personnel médical à dépister les difficultés d'ordre psychologique pour favoriser une intervention rapide et adaptée. Les membres du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes recommandent que « le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive les efforts amorcés en regard de la prévention du suicide, notamment chez les hommes qui doivent être considérés comme une clientèle prioritaire »³⁶.

1.4 La situation familiale, maritale et parentale

- Selon Statistique Canada, les proportions de couples mariés, divorcés et séparés sont relativement les mêmes lorsqu'on compare le statut civil des gens de la région par rapport à la province. On dénote par contre une plus grande proportion d'unions libres, 28 % comparativement à 19,4 % au Québec. La proportion de familles monoparentales qui est de 13 % au Québec est de 8,4 % dans la région. Fait intéressant, la proportion de familles monoparentales dirigées par le père est plus élevée dans la région. En 2006, elle se chiffrait à 42,6 % comparativement à 28,3 % dans la province (ces données comprennent les hommes ayant la garde de leur enfant au moment où l'enquête a été menée)³⁷.
- Dans la majorité des cas de séparation, c'est la femme qui demande de mettre fin à l'union. Dans les cas de divorces, elles sont à 74,7 % à la source de la demande alors que c'est le cas dans 80,6 % des séparations. L'homme bénéficierait de l'aide juridique dans moins de cas que la femme³⁸.
- Lorsqu'il y a implication du tribunal, la garde des enfants reviendrait exclusivement à la mère dans 70,1 % des cas de divorce et dans 84,5 % des séparations. La plupart du temps, la femme aurait la garde des enfants dans la période entre la rupture et le jugement de la cour³⁹.
- Lorsque la demande vient du père, c'est en majorité en vue d'une garde partagée, les hommes tiendraient plus à ce que les enfants gardent le contact avec l'autre parent, même lorsque la demande concerne une garde exclusive⁴⁰.

Contrairement aux femmes qui généralement, ont un réseau social plus étendu, on remarque que le soutien social des hommes en union repose presque uniquement sur leur conjointe⁴¹. En cas de séparation, la disparition du pilier principal de soutien vient donc s'ajouter aux difficultés déjà entraînées par une rupture amoureuse. Plus d'hommes que de femmes affirment avoir un faible soutien social, 14 % de ceux-ci déclarent n'avoir aucun confident. En dehors de la conjointe, on remarque que c'est vers la famille proche que l'homme risque de se tourner. Par contre, dans la région, les hommes sont aussi souvent éloignés de leur famille d'origine (parents, fratrie). En effet, on dénombre plusieurs hommes, non natifs de la région, venus pour le travail. Les opportunités d'obtenir ou de rechercher du soutien auprès de leur famille sont donc limitées. Dans de telles situations, l'isolement social s'ajoute à la détresse.

1.5 L'emploi et le 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 provincial⁴².
- En 2006, le taux d'activité de la population de 15 ans et plus était plus élevé qu'au Québec. Chez les hommes, il était à 76,7 % dans la région comparativement à 70,6 % à l'échelle de la province⁴³.
- Toujours en 2006, le taux d'emploi chez les hommes de plus de 15 ans au Nord-du-Québec était de 62,5 % ce qui est plus élevé que le taux provincial qui s'élevait à 55 %. Depuis 1996, le taux d'emploi est plus haut dans la région qu'ailleurs au Québec. Cela s'expliquerait en partie par la tendance des hommes inoccupés à quitter la région⁴⁴.
- En 2006, le taux de chômage était plus élevé dans le Nord-du-Québec que dans la province chez les hommes de plus de 25 ans, se chiffrant à 12,5 % contre 6,4 %⁴⁵.
- Dans la région en 2005, le revenu médian après impôt chez les hommes était plus élevé qu'ailleurs au Québec se chiffrant à 35 943 \$ comparé à 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 \$⁴⁶.
- Au sein des familles de la région, l'homme est souvent le principal voire le seul pourvoyeur⁴⁷.

L'instabilité des emplois du secteur primaire et le contexte de travail peuvent représenter des facteurs de stress importants. L'influence de ces éléments sur l'équilibre psychosocial des Jamésiens doit être prise en compte. De plus, comme mentionné précédemment, l'écart entre les revenus des hommes et des femmes dans la région est important; le père est souvent le principal ou le seul pourvoyeur. La perte de l'emploi peut donc signifier la perte de la capacité à subvenir aux besoins de base de sa famille et devenir rapidement un facteur de stress important pouvant entraîner des conséquences négatives (diminution de l'estime, conflits conjugaux, anxiété, etc.)

On remarque aussi que, malgré des revenus élevés, les engagements financiers des hommes de la région sont souvent très lourds notamment en raison des habitudes de consommation très élevée de biens matériels⁴⁸, ce qui peut contribuer au niveau de stress associé à la perte d'emploi.

Sur le plan social, on remarque une forte valorisation du travail chez les hommes, et ce, particulièrement dans la région. Cet élément aura, en cas de perte d'emploi, un impact considérable sur le sentiment de compétence ou d'efficacité de l'homme et accentuera les émotions négatives. La combinaison de ces éléments pourra amener, chez l'homme, une détresse très importante.

1.6 L'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 Québec⁴⁹.
- On remarque que, de façon généralisée, les garçons ont des résultats plus faibles en langue d'enseignement⁵⁰ ce qui peut entraîner des difficultés étendues puisque l'ensemble des matières de base requiert ces notions (lecture, compréhension et rédaction).
- Pour l'année scolaire 2008-2009, le taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification (décrocheurs) parmi les sortants est de 15 % dans la région comparativement à 18,4 % pour l'ensemble du Québec. Cependant, lorsque l'on compare cette situation selon le sexe, on remarque que les garçons de la région (20,3 %) décrochent plus que les filles (10,1 %). La même tendance s'observe pour l'ensemble du Québec⁵¹.
(À noter que le taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification est calculé selon le nombre d'élèves inscrits au 30 septembre d'une année donnée et qui ne sont pas réinscrits l'année suivante, et ce, sans avoir obtenu de diplôme de scolarité minimale ni qualification. Cet indicateur ne tient donc pas compte du taux de réussite ni de la fréquentation scolaire des élèves.)
- Comparativement à leurs homologues québécois, les hommes de la région du Nord-du-Québec affichent des taux de scolarité plus bas.

Répartition de la population selon le plus haut niveau de la scolarité en 2006⁵²

Niveau de scolarité	Nord-du-Québec	Québec
Sans diplôme	33,1 %	24,9 %
Secondaire	17,3 %	20,8 %
Collégial	12,1 %	14,6 %
Universitaire	5,7 %	16,6 %

Certaines informations recueillies auprès du personnel scolaire permettent de croire que le soutien individualisé pouvant être offert aux jeunes de la région, en raison du faible bassin de population, peut être lié à la fois à l'intégration des jeunes au secondaire à l'âge prescrit et au taux relativement faible de sortie sans diplôme dans la région. En effet, l'intégration des élèves en difficultés à des programmes de cheminement particulier, où des possibilités de qualifications sont offertes, et le soutien personnalisé offert aux élèves influencerait positivement l'expérience et le cheminement scolaire des jeunes Jamésiens.

Sous un tout autre angle de vue, la faible scolarité, qui rime bien souvent avec faible revenu, difficultés économiques et chômage, ne semble pas avoir le même impact dans la région. Cela particulièrement en raison de la structure d'emploi qui repose en grande partie sur le secteur primaire pour lequel la main-d'œuvre ne doit pas nécessairement être très scolarisée. En effet, bien qu'une plus grande proportion de la population de 15 ans et plus n'ait obtenu aucun diplôme dans la région (33,1 % contre 24,9 % au Québec), le taux d'emploi, tout comme les revenus, sont supérieurs à ceux de la province⁵³. On constate tout de même que le secteur primaire est lié à l'instabilité en emploi, qui peut devenir un facteur de stress important, particulièrement lorsqu'une personne ne dispose pas d'attestation scolaire. De plus, la faible scolarité représente un facteur de risque pour plusieurs problématiques notamment la violence, la consommation de psychotropes, le jeu pathologique et les problèmes de santé.

1.7 La consommation d'alcool et de drogue et la dépendance

- Les hommes consomment de plus grandes quantités d'alcool, s'enivrent plus, sont plus souvent impliqués dans les cas de conduites avec facultés affaiblies⁵⁴.
- La consommation excessive d'alcool et de drogue fait partie des problèmes les plus fréquemment répertoriés chez la clientèle masculine⁵⁵.
- Les hommes de la région sont significativement moins nombreux que les hommes de l'ensemble du Québec à n'avoir jamais consommé de drogues (33,6 % contre 48,2 %)⁵⁶.
- La proportion d'anciens consommateurs de drogue chez les hommes dans la région est de 45,4 % alors qu'elle est de 34,6 % chez leurs homologues québécois. On retrouve aussi plus d'hommes de la région (21,0 %) chez les consommateurs actuels que dans l'ensemble de la province (17,2 %)⁵⁷.
- Comparée à l'ensemble du Québec, la proportion de consommateurs actuels est plus élevée et ce, peu importe la tranche d'âge⁵⁸.
- La plus forte proportion de consommateurs actuels se retrouve chez les 15-24 ans (43 %) ce qui classe le Nord-du-Québec au plus haut rang sur le plan des jeunes consommateurs⁵⁹.
- Dans la région comme ailleurs dans la province, le cannabis est la drogue la plus répandue⁶⁰.
- On estime que la consommation d'alcool et de tabac est liée à 28,3 % des décès chez les hommes⁶¹.

- Le jeu compulsif est spécifiquement mentionné comme problématique par des informateurs clés de la région⁶².
- Les hommes auraient 1,5 fois plus de chances que les femmes d'éprouver des problèmes de jeu particulièrement lorsqu'ils sont sous-scolarisés ou isolés socialement⁶³.

La consommation de substances, plus présente chez les hommes, est liée de façon marquée à une multitude de problématiques. Pouvant entraîner des problèmes de santé, des conflits interpersonnels et des difficultés économiques ou encore exacerber des comportements agressifs, elle peut aussi découler d'une difficulté à exprimer un malaise ou servir de stratégie compensatoire en cas de problème. L'intervention en contexte de consommation laisse trop souvent entrevoir un cercle vicieux impliquant des difficultés dans plus d'une sphère de la vie de l'individu.

Certains auteurs affirment que la surconsommation d'alcool est soutenue par la socialisation masculine⁶⁴. Elle serait aussi socialement liée, chez les hommes, à la régulation des émotions négatives comme la colère, la tristesse et la honte. L'exemple de l'ami qui suggère de conclure une mauvaise journée autour d'une bière ou d'aller boire un coup pour faire face à une expérience difficile est pratique courante. Dans cette situation, la communication des hommes par rapport à leur vécu émotif serait-elle facilitée par la consommation d'alcool, connue pour ses effets réducteurs d'inhibition?

Sous un autre angle de vue, on estime que dans la région, la consommation excessive d'alcool et de drogues serait plus valorisée socialement qu'ailleurs dans la province. Cette réalité en elle-même peut nuire à la reconnaissance d'une situation comme étant problématique ce qui entrave le processus de demande d'aide⁶⁵. Les hommes de la région consomment donc plus qu'ailleurs et seraient moins portés à demander de l'aide, pouvons-nous donc conclure à un risque amplifié chez les Jamésiens?

1.8 La criminalité et la violence

Les données régionales existantes sur la violence et la criminalité concernent de façon non distinctive les trois régions sociosanitaires : le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres cries de la Baie-James. Par souci de représentativité, nous avons choisi de présenter ici les données provinciales, celles-ci étant plus près du portrait typique des Jamésiens.

- Les taux d'infractions subies dans un contexte de violence conjugale chez les hommes de 18 à 24 ans et de 25 à 29 ans sont respectivement de 120 et 158 pour 100 000⁶⁶.
- Les hommes sont surreprésentés tant comme victimes que comme agresseurs dans les cas de violence physique⁶⁷. Cette proportion serait encore plus élevée lorsque les actes violents augmentent en sévérité se chiffrant à 5 à 10 hommes pour 1 femme⁶⁸.

- Les hommes sont plus souvent victimes de morts violentes. Plus de deux fois plus d'hommes que de femmes sont décédés par homicides selon les moyennes annuelles de 1990 à 1999⁶⁹.
- Au cours de l'an 2000, près de 15 % des victimes de violence conjugale répertoriées par les policiers étaient des hommes. Les hommes auraient été victimes du tiers des homicides conjugaux ayant eu lieu cette même année⁷⁰.
- Les couples de 18 à 24 ans, ceux en union depuis moins de 2 ans ou ayant des enfants de moins de 7 ans sont ceux au sein desquels on retrouve le plus de violence conjugale⁷¹.
- On rapporte qu'environ 1 garçon sur 6 est susceptible d'être victime d'une agression sexuelle au cours de sa vie. Parmi ceux-ci, près de 30 % risquent de devenir à leur tour des agresseurs⁷².
- Il y aurait une tendance marquée à la minimisation de la violence chez les hommes alors qu'on retrouverait le contraire chez la clientèle féminine⁷³.

On retrouve donc un groupe d'hommes, agresseurs ou victimes, qui vivent, émettent ou subissent des actes violents, qui vivent des situations très difficiles, voire traumatisques, mais qui parlent peu, s'expriment peu au sujet de ces difficultés. Certains hommes peuvent alors se tourner vers un comportement compensatoire comme le surinvestissement dans le travail, la consommation ou plutôt vivre leur détresse en silence.

On remarque un faible taux de consultation en regard à la violence. Celui-ci pourrait en partie s'expliquer par des caractéristiques liées aux services. Les hommes agresseurs sont accueillis, souvent par une femme, pour une problématique qui peut soulever des critiques. Les hommes victimes en recherche de soutien auprès des intervenants ou des corps policiers peuvent aussi se buter à des préjugés tenaces, ce qui ajoute grandement au défi que représente la demande d'aide, particulièrement dans ce contexte. Le nombre restreint d'intervenants dans la région peut mener à des contextes d'intervention très complexe. Par exemple, il arrive qu'un même professionnel offre des services à la fois à la victime et à l'agresseur.⁷⁴ Il est nécessaire que les hommes qui vivent de la violence tout comme ceux qui la commettent puissent recevoir l'aide dont ils ont besoin, et ce, dans le respect de leur intégrité.

Références

BEAUDOIN, Carole et Dominique FORTIN. *État de santé de la population québécoise : quelques repères*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2010, 33 pages.

BERNIER, Yannick. *Cadre de référence des services psychosociaux généraux et des services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels, 2011, x, 248 pages.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Portrait des Québécoises en 8 temps*, Québec, le Conseil, 2010, 14 pages.

CONSEIL NUTRITION TV. « *L'adiposité abdominale, un facteur de risque* », [En ligne], 2008, [<http://www.conseilsnutrition.tv/f-142-ladiposite-abdominale-un-facteur-de-risque>] (Consulté le 14 novembre 2011).

DESMARAIS, Annie. *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, ii, 37 pages.

GAGNON, Lucie. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, 68 p.

HAMEL, Marthe. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, 120 pages.

ILOKO FUNDI, Maximilien. *Nous les Jamésiens*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, 44 pages.

ILOKO FUNDI, Maximilien. *Regard sur les Jamésiens : les hommes* [Document interne], Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, 18 pages.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales : recueil statistique* », [En ligne], 2010, [www.stat.gouv.qc.ca] (Consulté en novembre 2010).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. [Entrepôt de données de l'infocentre de santé publique], 2011, [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca>] (Consulté le 14 août 2011).

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification, parmi les sortants, en formation générale des jeunes, selon le sexe, par réseau d'enseignement et par commission scolaire, statistiques 2008-2009 : données officielles* (bilan 4 du système Charlemagne), Montréal, le Ministère, 2010, 2 p.

ROY, Philippe et Gilles TREMBLAY. « Recension des écrits sur les critères de dépistage de la dépression chez les hommes », *M&S Masculinité & Société*, no 3, décembre 2010, s.p.

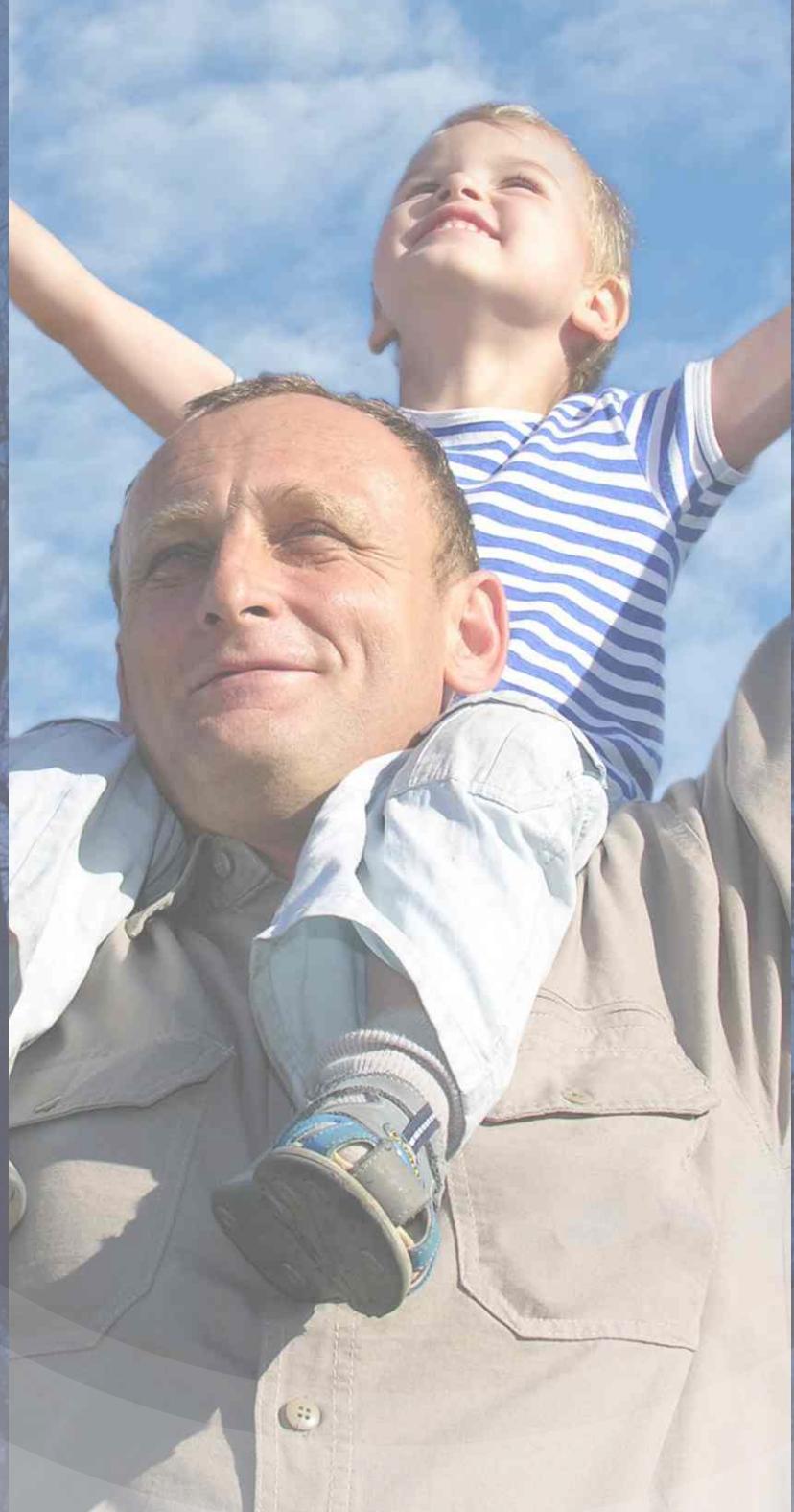
SANTÉ MÉDECINE.NET. « *Syndrome métabolique : tour de taille et risque cardiaque* », [En ligne], 2011, [http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/nutrition/05_syndrome_metabolique.php3] (Consulté le 14 novembre 2011).

STATISTIQUES CANADA. « Profil des communautés », [En ligne], 2006,
[\[http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=F\]](http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=F)
(Consulté le 14 août 2011).

TREMBLAY, Gilles et autres. *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*, Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 2007, xii, 47 pages.

TREMBLAY, Gilles. « *Les hommes et la dépression : une face cachée* », [Formation en ligne], 2011,
[\[http://www.inspq.qc.ca/pdf/evenements/PPT-DepressionASP-GTremblay_2011-09-28.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/evenements/PPT-DepressionASP-GTremblay_2011-09-28.pdf)
(Consulté le 28 sept 2011).

2 Facteurs de risque et de protection liés à l'adaptation des hommes



Dans le domaine de la santé comme dans celui de l'intervention psychosociale, on constate de plus en plus que les individus de sexe masculin sont davantage à risque de vivre des difficultés au cours de leur vie (accidents physiques, échecs scolaires, démêlés avec la justice, conduites suicidaires, etc.)⁷⁵. L'importance de se pencher sur les problématiques vécues par les hommes est maintenant bien établie. En ce sens, la présente section vise à documenter les principaux facteurs pouvant influencer positivement ou négativement le fonctionnement et l'adaptation des hommes dans la société contemporaine. Afin d'assurer une compréhension commune de certains concepts clés (facteurs de risque, facteurs de protection, résilience) ceux-ci seront préalablement définis. S'en suivra une brève présentation de la dynamique adaptative face à un facteur de stress, visant entre autres à clarifier l'influence des facteurs de risque dans ce processus.

2.1 Quelques notions

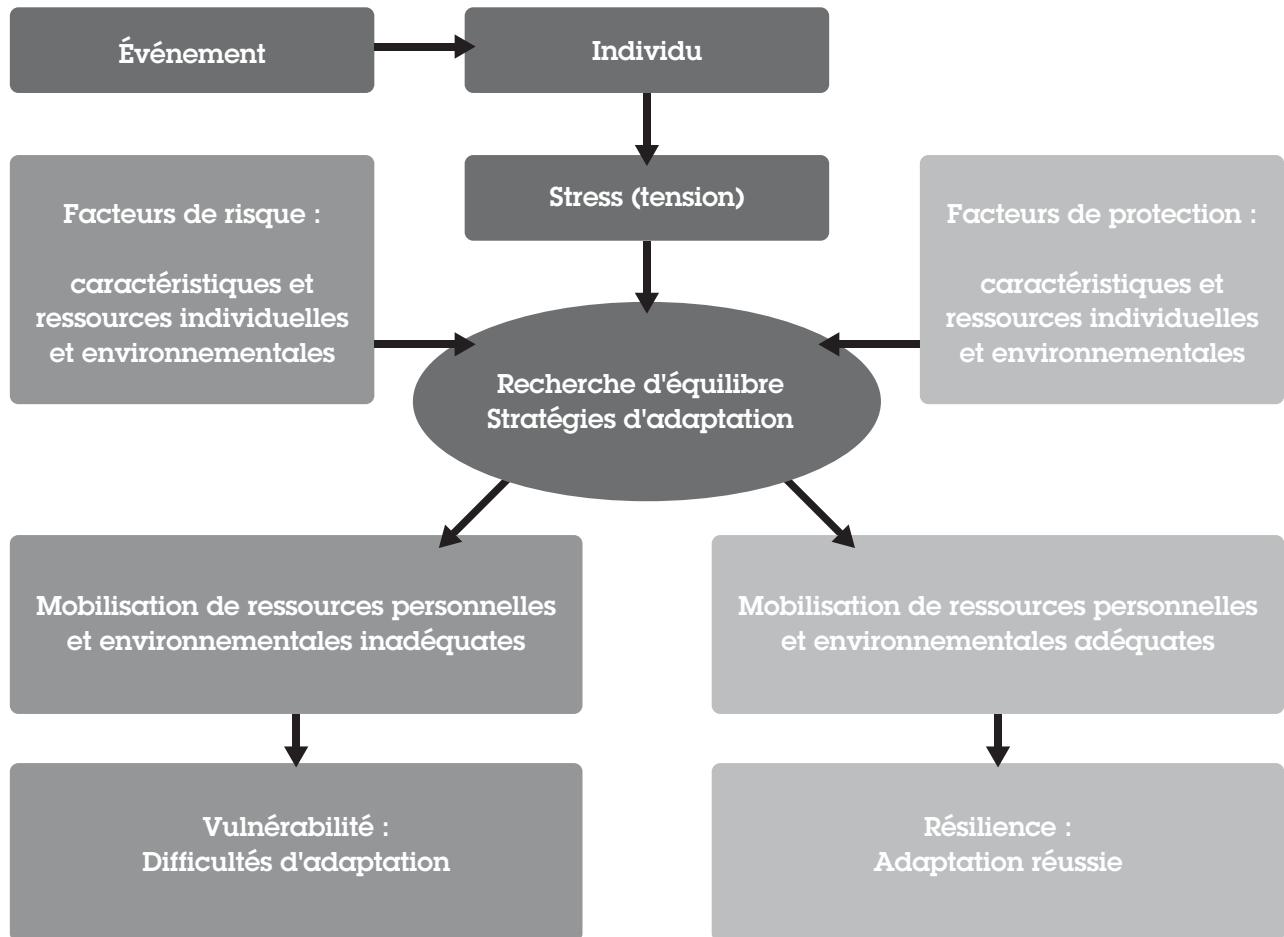
Tout individu possède des forces, des capacités et des vulnérabilités. Par ailleurs, ces individus sont en interaction constante avec les éléments extérieurs qui influencent et modulent leur expérience, leur fonctionnement et leur cheminement. L'adaptation d'une personne est donc, non seulement tributaire de ses capacités à faire face à l'adversité, mais aussi des caractéristiques des milieux dans lesquels elle évolue. Par exemple, un enfant qui détient les capacités cognitives et motrices pour apprendre à parler ne pourra le faire que si une personne dans son environnement lui fournit des opportunités d'apprentissage. De la même façon, un homme qui est en mesure d'identifier les émotions qu'il vit, les communiquera que s'il a l'occasion d'être écouté, ou que les valeurs véhiculées dans son entourage lui « permettent » de le faire.

Par définition, un **facteur de risque** est une variable de nature individuelle, familiale, sociale ou environnementale qui augmente la probabilité de développement, de maintien ou d'aggravation d'une problématique. À l'opposé, un **facteur de protection** est un élément de nature individuelle, familiale, sociale ou environnementale qui diminue cette probabilité, ou qui contribue au développement et au maintien de l'équilibre personnel⁷⁶. L'effet cumulatif des facteurs de risque et de protection doit être considéré, car la probabilité d'apparition d'une difficulté croît considérablement avec l'augmentation du nombre de facteurs de risque présents⁷⁷. Les interactions entre les facteurs de risque et de protection propres à chaque individu et à son environnement font qu'un même élément n'aura probablement pas le même impact chez une personne que chez une autre. En ce sens, la notion de résilience entre en ligne de compte. Définie comme « la capacité d'atteindre une adaptation fonctionnelle malgré des circonstances adverses ou menaçantes⁷⁸ », elle explique en partie les différences interindividuelles.

2.2 L'adaptation face à un facteur de stress

Lorsque l'individu fait face à une situation d'adversité, un stress ou une tension peut s'installer. À ce moment, la personne cherche à retrouver un certain équilibre. Par le choix de stratégies d'adaptation, l'individu est amené à mobiliser ses ressources personnelles et environnementales. Ces stratégies peuvent mener au retour à l'équilibre fonctionnel. Par ailleurs, si les ressources sont absentes ou insuffisantes et que les stratégies ne sont pas adaptées à la situation, l'état de vulnérabilité demeure et pourrait s'aggraver jusqu'à l'état de crise. La figure qui suit schématisé ce processus interactionnel.

Stress et stratégies d'adaptation



Adapté de : TERRISE, Bernard, et François LAROSE, p.10

L'exemple suivant illustre concrètement ce processus. Des difficultés conjugales et financières (événement) vécues par un homme (individu) provoquent un état de stress. Celui-ci tentera de diminuer la souffrance vécue (recherche d'équilibre) par des stratégies d'adaptation. Les stratégies d'adaptation englobent l'ensemble des tentatives de s'adapter à une situation stressante. En ce sens, certains comportements considérés comme inappropriés (le recours à la consommation ou autres) doivent aussi être considérés comme des stratégies d'adaptation. Cet homme a de faibles habiletés de communication, un emploi instable et la tendance à recourir à l'alcool pour diminuer sa souffrance (facteurs de risque). Par ailleurs, celui-ci a une bonne capacité d'introspection et un réseau social qui le soutient (facteurs de protection). Il est possible que cet homme, en réaction à cette situation, ne soit pas en mesure de discuter avec sa femme de leurs difficultés et qu'il se mette à consommer de plus en plus d'alcool (mobilisation de ressources personnelles et environnementales inadéquates). Le résultat pourrait alors être une exacerbation des difficultés conjugales et financières et le développement d'un problème de consommation (vulnérabilité, difficultés d'adaptation). Autrement, il est possible que cet homme se questionne sur la situation problématique qu'il vit et sur les actions qu'il peut poser et qu'il recherche le soutien de son réseau social pour traverser la période difficile à laquelle il fait face (mobilisation de ressources personnelles et environnementales adéquates). Le tout augmentant les chances de résolution du problème et pouvant mener vers une adaptation réussie (résilience).

Dans certains cas, il est possible que, malgré une tentative adaptée, une mobilisation personnelle et de l'aide extérieure, la personne n'arrive pas à surmonter les difficultés vécues. Un sentiment d'impuissance ou d'échec peut en découler. Parfois, le recours au réseau de services professionnels peut devenir nécessaire afin de favoriser un retour à un équilibre fonctionnel.

2.3 Les facteurs de risque et de protection

Les facteurs de risque et de protection ont été divisés en deux catégories, les facteurs individuels qui relèvent de caractéristiques personnelles à l'individu, et les facteurs environnementaux qui regroupent les variables attachées aux divers milieux qui influencent de près ou de loin le fonctionnement et l'adaptation de l'individu (milieu familial, milieu de travail, communauté, environnement social, etc.).

2.3.1 Les caractéristiques et les ressources individuelles

Les facteurs biologiques

Sur le plan physique, on remarque que dès la conception, certaines vulnérabilités sont présentes chez les individus de sexe masculin. Par exemple, les jeunes garçons seraient plus vulnérables aux infections, aux effets de la fumée secondaire et au stress psychologique que les jeunes filles. Leur croissance serait aussi plus affectée par les conditions adverses comme la malnutrition⁷⁹. À l'âge adulte, la répartition adipeuse plus présente dans la partie supérieure du cœur, le plus faible taux de bon cholestérol, la constitution du sang moins fluide et la plus grande réactivité au stress rendent les hommes plus à risque de souffrir de problèmes cardiaques et artériels. De plus, certaines études démontrent qu'ils seraient moins nombreux à survivre à de multiples cancers⁸⁰.

On remarque qu'en raison des différences génétiques et du niveau de testostérone plus élevé durant la gestation, la maturation du cerveau, tout comme le développement physique et psychologique, serait plus lente chez les garçons. De ce fait, on soulève l'hypothèse que les périodes développementales critiques, où l'exposition à des facteurs de risques a un impact plus important, pourraient être allongées⁸¹.

Les habitudes de vie et la santé physique

Les effets bénéfiques des saines habitudes de vie sur la santé sont maintenant bien connus. L'alimentation saine et la pratique d'activités physiques régulières ont des effets protecteurs déterminants sur la santé. Les méfaits reliés à la sédentarité et à la mauvaise alimentation sont aussi grandement véhiculés dans la société d'aujourd'hui. Souvent associées à la santé physique, les saines habitudes de vie procurent une panoplie de bienfaits pour les individus. Par exemple, la pratique régulière d'activités physiques serait associée à une estime personnelle plus élevée, à une meilleure perception de sa santé physique et mentale, à une incidence moins élevée de problème de santé mentale⁸². De plus, particulièrement chez les jeunes adultes, elle serait liée à un engagement plus faible dans des conduites à risque tels l'abus d'alcool et de drogue et la manifestation de comportements violents⁸³. En ce qui a trait à l'effet protecteur de l'activité physique sur la santé mentale, plusieurs hypothèses sont mises de l'avant. Premièrement, l'activité physique agirait sur les neurotransmetteurs et sur la régulation du sommeil. Deuxièmement, elle serait associée à un sentiment d'efficacité, à une estime personnelle plus élevée et à une meilleure régulation du stress. Finalement, en améliorant la condition physique, l'activité physique pourrait réduire les risques de souffrir de problèmes de santé mentale découlant de symptômes physiques comme les douleurs chroniques par exemple⁸⁴.

La consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues

La consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues et ses effets négatifs sur la santé sont largement documentés. Ceux-ci sont influencés par de multiples facteurs (âge, sexe, substance consommée, quantité et fréquence de la consommation, mode d'administration, présence de maladies chroniques, etc.). Les répercussions sur la santé physique sont probablement les plus connues (cancers, maladies cardiovasculaires, cirrhoses, transmission du VIH ou d'hépatite, surdose, etc.). Outre les impacts directs de la consommation sur la santé, ce comportement serait aussi associé à un risque plus élevé d'accident mortel sur la route, de suicide⁸⁵, de négligence, de décrochage scolaire, de comportements délinquants et criminels, de violence conjugale et familiale⁸⁶. En effet, le risque de commettre un acte violent à l'égard de leur conjointe serait plus élevé chez les hommes ayant un problème de toxicomanie⁸⁷. En ce qui concerne les jeux de hasard et d'argent, il est démontré que la consommation d'alcool augmente le temps de jeu, accentue la prise de risque et est liée à une augmentation des pertes financières⁸⁸. Comparativement à l'ensemble de la population, les personnes ayant des problématiques liées au jeu consomment 5 fois plus de drogues ou d'alcool⁸⁹. On reconnaît un lien entre le jeu pathologique, les problèmes de santé mentale, les difficultés interpersonnelles, familiales et au travail, la criminalité et le suicide⁹⁰.

Les problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale représentent un ensemble de problématiques hétérogènes, pouvant avoir des impacts sur de multiples sphères de la vie des individus qui en sont atteints. En premier lieu, les problèmes de santé mentale peuvent influer négativement sur les habitudes de vie (sédentarité, tabagisme, troubles du comportement alimentaire, pratiques sexuelles à risque, etc.)⁹¹. Il existe une relation complexe entre les problèmes de santé mentale et la consommation d'alcool et de drogues. Trois hypothèses sont mises de l'avant dans la littérature pour expliquer ce lien à savoir l'existence de causes communes ou corrélées à la source des deux problématiques, l'effet causal de la consommation d'alcool ou de drogues sur la manifestation ultérieure d'un trouble mental et l'automédication qui se résume par la consommation de substances afin de faire face aux symptômes d'un problème de santé mentale. L'importance, ici, étant de noter la relation existante, on remarque par exemple que selon une enquête effectuée en 2002, 15 % des personnes dépendantes de l'alcool avaient vécu un épisode dépressif majeur dans l'année précédant l'enquête alors que c'était le cas pour 4,4 % des personnes n'ayant pas abusé de l'alcool durant cette période. Ce lien semble encore plus prononcé chez les personnes ayant une dépendance à une drogue illicite. En effet, 26,1 % des personnes dépendantes avaient vécu un épisode dépressif majeur durant l'année précédant l'enquête comparativement à 4,1 % des personnes n'ayant jamais consommé. Même lorsque comparée aux personnes consommant des substances illicites moins d'une fois par mois, la prévalence de la dépression est de 15 % plus élevée chez les personnes dépendantes. On note aussi l'existence d'une relation étroite entre la santé mentale et la santé physique des individus. Les résultats de méta-analyses récentes illustrent qu'entre trois mois et 2 ans après une dépression, le risque de mortalité cardiaque est doublé. La dépression serait aussi liée à une hausse de 50 % du risque de souffrir d'une maladie coronarienne chez des patients n'ayant pas d'antécédents problématiques sur ce plan⁹². Les problèmes de santé mentale peuvent aussi affecter le fonctionnement relationnel et social et la capacité à occuper un emploi à court ou à long terme. Finalement, les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, particulièrement d'un trouble de l'humeur comme la dépression ou d'un trouble de la personnalité, font partie des clientèles plus à risque de vivre un épisode suicidaire⁹³.

Le statut socioéconomique

Les facteurs de stress financiers auraient une influence très importante sur le niveau de stress global des hommes⁹⁴. Plusieurs hommes se reconnaissent dans le statut de pourvoyeur pour leur famille, les difficultés financières peuvent donc atteindre certains d'entre eux dans leur identité personnelle et leur sentiment de compétence par rapport au rôle social qu'ils s'attribuent. De façon générale la pauvreté peut être liée à un sentiment de dévalorisation, au manque de soutien voire à l'exclusion sociale, à la perception d'occuper une faible place dans la hiérarchie sociale, à un sentiment d'inutilité sociale et à

celui de ne pas exercer une maîtrise suffisante sur sa propre vie⁹⁵. On remarque aussi une plus grande prévalence d'idées suicidaires sérieuses chez les personnes ayant un faible revenu que chez celles ayant un revenu moyen ou élevé⁹⁶. Sur le plan des habitudes de vie, on retrouve un pourcentage plus élevé de personnes ne pratiquant aucune activité physique et ayant une moins bonne perception de la qualité de leurs habitudes alimentaires chez celles qui ont un revenu moyen à inférieur⁹⁷. Enfin, on remarque que la proportion de fumeurs réguliers est plus élevée chez les personnes peu scolarisées et ayant un revenu faible.

Les habiletés personnelles

Les habiletés de gestion des émotions, les habiletés sociales ainsi que la capacité d'analyse seront abordées ici. Sur le plan émotionnel, le seul fait d'identifier clairement l'émotion vécue représente un défi pour plusieurs hommes. Cette étape est préalable à la régulation de l'émotion qui demande, en plus d'un certain niveau d'autocontrôle, la connaissance de stratégies et la capacité à les mettre en place. L'autorégulation serait plus souvent en déficit chez les individus de sexe masculin, ce qui handicaperait de façon considérable leur ajustement psychosocial dans certaines circonstances⁹⁸. Cela pourrait s'expliquer, en partie, par une plus grande tendance à l'action et un plus haut niveau d'impulsivité⁹⁹. Les habiletés sociales et de communication englobent, par exemple, les capacités à entrer en relation, à maintenir des contacts sociaux, à exprimer ses besoins ou à se montrer à l'écoute. Des difficultés sur ce plan peuvent nuire au fonctionnement social général (relations avec les autres, employabilité, etc.) et complexifier le processus de demande d'aide en cas de besoin. Influencées par des facteurs multiples, les capacités à analyser une situation problématique, à s'engager dans une démarche de résolution de problèmes et à mettre en place des stratégies efficaces varient entre les individus et selon les contextes. En bref, on constate que le développement des habiletés personnelles et sociales a un effet protecteur pour les individus, tant sur le plan préventif qu'en situation d'adversité¹⁰⁰.

L'orientation sexuelle

L'orientation sexuelle ne représente pas en soi un facteur de risque ou de protection. Par ailleurs, certaines difficultés pouvant être liées au fait d'être homosexuel ou bisexuel peuvent augmenter la détresse psychologique, particulièrement chez les individus déjà vulnérables en raison d'autres facteurs¹⁰¹. Sur le plan environnemental, les préjugés véhiculés, la discrimination vécue¹⁰² ou la détérioration du réseau social suite à l'annonce de son orientation¹⁰³ font partie des situations adverses qui peuvent être rencontrées. Sur le plan personnel, les répercussions peuvent toucher l'identité et l'estime personnelle.

2.3.2 Les caractéristiques et les ressources environnementales

Les relations conjugales et familiales

Le noyau familial est souvent un facteur très positif, tant par le soutien qu'il peut représenter que par les rôles sociaux que les hommes y adoptent (conjoint, mari, père). On remarque, par exemple, que les hommes en union sont moins nombreux à rapporter des idées suicidaires¹⁰⁴. Les impacts positifs de l'implication des pères auprès des enfants sont aujourd'hui bien documentés. La valorisation du rôle de père est aussi très importante pour les hommes et peut représenter un levier d'intervention majeur auprès des hommes en difficulté¹⁰⁵. Par ailleurs, les difficultés conjugales et les séparations représentent des facteurs de stress importants. Les ruptures sont souvent caractérisées par des difficultés affectives, des difficultés de communication et des divergences de perceptions sur le problème et les pistes de solutions à mettre en place. Le niveau de vie de chacun est habituellement réduit et des décisions majeures concernant, par exemple, le partage des biens et la garde des enfants doivent être prises dans un climat qui peut être tendu. Selon le cas, il est aussi possible que les tensions dans le couple

dégénèrent en affrontement¹⁰⁶. De plus, encore aujourd'hui, l'expérience du système légal en cas de rupture d'union laisserait bien souvent les hommes face à un sentiment d'injustice, principalement lié à la garde des enfants¹⁰⁷.

Le soutien social

Il existe un lien important entre la relation conjugale et le niveau de soutien social. Comme abordé dans la première section de ce document, le réseau des hommes en union repose en grande partie sur la conjointe contrairement aux femmes qui auraient un réseau plus étendu¹⁰⁸. Bien que celle-ci puisse effectivement apporter un soutien important, le développement d'un réseau social à l'extérieur de la relation de couple est à privilégier afin que, par exemple, en situation de difficultés conjugales ou de séparation, d'autres sources de soutien demeurent (amis, familles, collègues, etc.)¹⁰⁹.

Le soutien social est associé à une meilleure santé physique et mentale. Certaines études tendent à démontrer l'effet protecteur du soutien social chez les hommes. En effet, les écarts sur le plan de la santé physique et mentale entre les personnes bénéficiant ou non de soutien social seraient plus élevés chez les hommes¹¹⁰. Cela prend une grande importance chez les hommes souffrant ou ayant souffert d'un problème de santé. L'isolement ou l'absence de soutien serait lié à une aggravation des problèmes de santé et, par le fait même à un taux de mortalité plus élevé chez les hommes¹¹¹. Selon une enquête menée en 1998, les gens ayant un faible soutien social étaient deux fois plus nombreux à avoir un indice de détresse psychologique élevé¹¹². On remarque chez les hommes en difficulté une tendance à tolérer la souffrance très longtemps avant de recourir à l'aide professionnelle. Cette longue attente, ponctuée de difficultés parfois majeures, est très difficile pour l'homme lui-même, et peut aussi entraîner un épuisement du réseau social et mener à sa détérioration¹¹³.

Les facteurs liés au milieu de travail

Il est démontré que le travail peut procurer plusieurs effets bénéfiques. En plus d'assurer une source de revenus, il peut être source d'accomplissement, d'actualisation et de satisfaction personnelle. Le statut de travailleur fait souvent partie de la définition identitaire d'un homme, qui se reconnaît comme pourvoyeur de sa famille. Être au travail peut contribuer à une bonne santé mentale par l'apprentissage de nouvelles compétences et la création d'un réseau social¹¹⁴.

D'autre part, l'emploi peut constituer la source de facteurs de stress pour l'individu et contribuer au développement ou à l'aggravation de certaines difficultés personnelles. On remarque que les caractéristiques de l'emploi et les stress d'ordre financier seraient particulièrement corrélés à la santé physique et mentale des individus, et particulièrement des hommes. Les facteurs de stress en milieu de travail peuvent découler tant des caractéristiques de l'emploi, des caractéristiques de l'environnement de travail, des relations humaines en emploi que de l'interaction entre le travail et les autres sphères de la vie d'une personne. Ils sont donc nombreux et diversifiés.

Parmi ceux-ci on retrouve :

- le niveau de contrôle (autonomie, participation, etc.)
- la charge de travail (quantité, complexité, etc.)
- les horaires de travail (quarts de travail, 7/7, 14/7 et autres,)
- les rôles (ambiguïté, conflits, etc.)
- les relations avec les autres (soutien, reconnaissance, etc.)
- les perspectives de carrière (précarité, promotion, etc.)
- le climat et la culture organisationnelle (structure hiérarchique, communication, etc.)
- l'interaction entre le travail et la vie privée.

La socialisation masculine et l'adhésion au rôle masculin traditionnel

Le rôle masculin traditionnel et l'adhésion aux valeurs s'y rattachant seraient encore très présents au sein de la communauté masculine. Souvent associé à l'invulnérabilité et l'indépendance, le rôle masculin traditionnel est caractérisé par plusieurs exigences qui seront prochainement exposées. Ce rôle social influence la manière dont les hommes interprètent les situations auxquelles ils font face ainsi que les choix des stratégies d'adaptation qu'ils adopteront¹¹⁵. Par exemple, les hommes adhérant au rôle traditionnel masculin seraient moins portés à demander de l'aide. De plus, on note un impact négatif sur le soutien social et sur l'état mental ainsi qu'un risque accru de commettre une tentative de suicide¹¹⁶. En ce qui a trait au recours à l'aide professionnelle, plusieurs contradictions ont été relevées entre les exigences du rôle masculin traditionnel et celles de la psychothérapie.

Exigences du rôle traditionnel masculin	Exigences de la psychothérapie
Cacher la vie privée	Dévoiler la vie privée
Maintenir le contrôle	Renoncer au contrôle
Sexualisation de l'intimité	Intimité non sexuelle
Montrer sa force	Montrer ses faiblesses
Exprimer sa fierté	Expérimenter la honte
Être invincible	Être vulnérable
Être stoïque	Exprimer les émotions
Agir/faire	Être introspectif
Nier sa douleur	Confronter sa douleur
Persister indéfiniment	Reconnaitre ses échecs
Feindre l'omniscience	Admettre son ignorance

Source : Brooks (1998) cité dans Houle et Dufour (2010)

Tous les hommes n'adhèrent pas à la totalité de ces valeurs de la même façon que toutes les formes d'aide professionnelle ne requièrent pas l'ensemble de ces capacités. L'objectif est de souligner que l'adhésion à ces valeurs d'invulnérabilité et d'indépendance peut entrer en contradiction avec la demande d'aide elle-même. Dans des situations de souffrance intense, l'adhésion au modèle traditionnel peut entraîner un sentiment d'échec ou de honte qui ajoute à la détresse et complexifie le recours à l'entourage ou au réseau de services professionnels. Des modifications devraient être apportées à l'intervention pour favoriser une meilleure adéquation entre les besoins des hommes et les réponses apportées.

La demande d'aide des hommes

L'étude des problématiques touchant les hommes, l'émergence de groupes de soutien et le développement des premières interventions spécifiques à la clientèle masculine laissent entrevoir la hauteur de la détresse parfois vécue. Celle-ci peut être exacerbée par l'inadéquation entre les attentes sociales envers les hommes et les étapes à franchir pour demander de l'aide. On reconnaît trois étapes au processus de demande d'aide : 1) la perception d'une situation comme étant problématique, c'est-à-dire la reconnaissance du problème 2) la prise de décision par rapport à la problématique qui se

résume par les choix suivants : normaliser le problème et de ne pas agir, tenter de résoudre le problème par soi-même et 3) la recherche d'aide en elle-même¹¹⁷.

Comme mentionné précédemment, le processus de reconnaissance d'une situation problématique est nécessaire à l'enclenchement d'une démarche de demande d'aide. Vient ensuite la prise de décision, l'homme peut donc tenter de résoudre par lui-même ses difficultés ou tenter de soulager sa douleur par le biais de comportements compensatoires comme la consommation ou le surinvestissement dans le travail¹¹⁸. Les hommes auraient tendance à demander de l'aide formelle uniquement lorsque le réseau proximal est épuisé ou incapable d'apporter le soutien requis. On retrouve, parmi les motifs de consultation, les pressions du milieu familial, notamment de la conjointe, la pression de l'employeur et les recommandations légales. L'état de crise est souvent à la source de la demande d'aide. On remarque que les demandes d'aide sont souvent adressées en premier lieu sous le couvert de difficultés d'ordre physique parce que ce type de difficultés serait plus facile à exprimer pour les hommes, ou encore, parce que les incapacités physiques nuisent au fonctionnement au travail et forcent les hommes à faire de telles démarches. Caractéristique plus spécifiquement reliée à la région, certains déplorent une plus faible croyance en l'anonymat. Les villes sont peu peuplées et petites. La seule crainte d'être reconnus ou d'être vus dans un milieu d'aide freinerait plusieurs hommes¹¹⁹. De plus, vu l'isolement géographique, la possibilité de consulter dans une municipalité voisine pour plus de discrétion est peu envisageable.

L'offre de services

Peu de services ciblent uniquement ou principalement les hommes. En général, les intervenants ne sont pas spécifiquement formés à reconnaître et à décoder les besoins des hommes en difficulté, en raison du vocabulaire ou des attitudes utilisées pour les exprimer¹²⁰. Il peut s'en suivre une difficulté à fournir une réponse appropriée aux besoins et aux caractéristiques du client. Par exemple, un homme en souffrance pourrait tenter de demander de l'aide de façon agressive et se voir refuser l'accès aux services ou être accueilli de manière répressive¹²¹. Considérant l'effort qui a pu être nécessaire à cet homme pour demander de l'aide, et la probabilité qu'il le fasse parce qu'il est arrivé au bout de ses ressources, il est primordial de cibler l'individu en détresse derrière le comportement et de lui offrir un service d'aide rapide et approprié à ses besoins. Il en va de même pour les services offerts par les organismes sociaux ou communautaires de la région. Les intervenants se doivent de rester vigilants et perspicaces face à un homme qui se présente à eux avec une demande vague et peu ou mal ciblée, demande qui cache peut-être une difficulté beaucoup plus grave ayant un caractère urgent. La présence des services d'aide professionnelle et leur adéquation par rapport à la clientèle, tout comme la perception que les hommes ont des services, demeurent des conditions de base à la demande d'aide.

L'adéquation des services professionnels ou communautaires doit aussi faire l'objet de questionnements face aux réalités actuelles. Nous assistons depuis plus d'une vingtaine d'années à l'émergence dans plusieurs régions, de l'hébergement communautaire pour des hommes en difficulté. En effet, la problématique des hommes en difficulté, parfois avec de jeunes enfants à charge peut nécessiter un « soutien intensif » afin que l'homme ou la famille retrouve un équilibre fonctionnel sécuritaire. Nous voyons là un bel exemple de l'adaptation des services à des problématiques nouvelles et majeures pour la clientèle masculine.

Conclusion

Nous avons, au cours de ce document, passé en revue un certain nombre d'éléments statistiques qui brossent le portrait des hommes dans la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Nous avons maintenant une meilleure connaissance de qui est le « Jamésien moyen » en comparaison avec le « Québécois moyen ». Les chiffres étant ce qu'ils sont, nous avons choisi d'insérer dans le texte des éléments de précision et de réflexion, afin de mieux saisir la portée des chiffres bruts. Riches de ces informations, nous nous sommes penchés, en seconde partie sur des éléments explicatifs, qui font et feront la différence entre un homme qui vit des difficultés et qui s'en sort bien, et un autre qui vit des difficultés et qui aura peine à s'en sortir ou n'y parviendra pas.

Les deux sections de ce document se complètent et peuvent servir d'assise à une réflexion partagée. Réflexion sur le constat face à la clientèle masculine, ses caractéristiques et ses besoins; réflexion sur 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; réflexion sur les services nécessaires sur le territoire afin de soutenir les hommes en difficulté dans leurs démarches de prise en charge.

Nous souhaitons que ces réflexions soient source d'inspiration et d'actions créatives.

À nous d'y voir.

Références

CENTRE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE ET L'EUTHANASIE. « *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide* ». [En ligne], 2008, [http://www.criseapplication.uqam.ca/index.asp] (Consulté le 30 mars 2012).

CLOUTIER, Richard. *Les vulnérabilités masculines : une approche biopsychosociale*. Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 2004, 115 p.

DESJARDINS, Nicole, et autres. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 150 p.

DESMARAIS, Annie. *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, ii, 37 pages.

GAGNON, Lucie. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, 68 p.

HAMEL, Marthe. *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, 120 pages.

HOULE, Jannie, et Marc-André DUFOUR. « *Intervenir auprès des hommes suicidaires* ». Dans *Psychologie Québec*, volume 27, no 01, janvier 2010, 27-29.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Tabac, alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent : à l'heure de l'intégration des pratiques*, Montréal, Les Presses de l'Université Laval, 2009, xxii, [316 p].

ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES D'ORIENTATION ET DES PSYCHOÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES DU QUÉBEC. *Guide d'évaluation psychoéducative*, Montréal, l'Ordre, 2008, 48 p.

TERRISE, Bernard, et François LAROSE. « *La résilience : facteurs de risque et facteurs de protection dans l'environnement social et scolaire du jeune enfant* », *Cahiers du Centre de recherche sur les formes d'éducation et d'enseignement*, numéro thématique : *École/Famille : Quelle médiation?*, no 14, 2001, 129-172.

THIFFAULT, Josée. *Risques suicidaires et intervention*, Montréal, Université de Montréal, 2011. [Cours donné à l'automne 2011 dans le cadre du programme Maîtrise en psychoéducation].

Sources

1 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 2.

2 STATISTIQUES CANADA. « Profil des communautés », [En ligne], 2006, [<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=F>] (Consulté le 14 août 2011).

3 Maximilien ILOKO FUNDI, *Regard sur les Jamésiens : les hommes* [Document interne], Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, p. 1.

4 Yannick BERNIER, *Cadre de référence des services psychosociaux généraux et des services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels, 2011, p. 19.

5 STATISTIQUES CANADA. « Profil des communautés », [En ligne], 2006, [<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-591/index.cfm?Lang=F>] (Consulté le 14 août 2011).

6 Maximilien ILOKO FUNDI, *Regard sur les Jamésiens : les hommes* [Document interne], Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, p. 9.

7 *Ibid.*, p. 15.

8 *Ibid.*, p. 10.

9 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales : recueil statistique* », [En ligne], 2010, [www.stat.gouv.qc.ca] (Consulté en novembre 2010).

10 CONSEIL NUTRITION TV. « *L'adiposité abdominale, un facteur de risque* », [En ligne], 2008, [<http://www.conseilsnutrition.tv/f-142-ladiposite-abdominale-un-facteur-de-risque>] (Consulté le 14 novembre 2011).

SANTÉ MÉDECINE.NET. « *Syndrome métabolique : tour de taille et risque cardiaque* », [En ligne], 2011, [http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/nutrition/05_syndrome_metabolique.php3] (Consulté le 14 novembre 2011).

11 Maximilien ILOKO FUNDI, *Regard sur les Jamésiens : les hommes* [Document interne], Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, p. 10.

12 *op. cit.*

13 *Ibid.*, p. 11.

14 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 1, p. 47.

15 Maximilien ILOKO FUNDI, *Regard sur les Jamésiens : les hommes* [Document interne], Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, p. 13.

16 HAMEL, Marthe, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 38.

17 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 13.

18 *Ibid* p. 12.

19 HAMEL, Marthe, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 8.

20 Yannick BERNIER, *Cadre de référence des services psychosociaux généraux et des services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels, 2011, p. 31.

21 *Ibid* p. 2.

22 op.cit.

23 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 6.

24 Maximilien ILOKO FUNDI, *Regard sur les Jamésiens : les hommes* [Document interne], Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, p. 14.

25 Yannick BERNIER, *Cadre de référence des services psychosociaux généraux et des services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels, 2011, p. 33.

26 Gilles TREMBLAY, « *Les hommes et la dépression : une face cachée* », [Formation en ligne], 2011, [http://www.inspq.qc.ca/pdf/evenements/PPT-DepressionASP-GTremblay_2011-09-28.pdf] (Consulté le 28 sept 2011).

27 Gilles TREMBLAY et autres. *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*, Montréal, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 2007, xii, 47 pages. p. 4-5.

28 Carole BEAUDOIN et Dominique FORTIN, *État de santé de la population québécoise : quelques repères*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2010, p. 29.

29 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 4.

30 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales : recueil statistique* », [En ligne], 2010, [www.stat.gouv.qc.ca] (Consulté en novembre 2010).

31 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. [Entrepôt de données de l'infocentre de santé publique], 2011, [<https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca>] (Consulté le 14 août 2011).

32 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 9.

33 *op. cit.*

34 *Ibid* p. 18.

35 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 14.

36 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 32.

37 Yannick BERNIER, *Cadre de référence des services psychosociaux généraux et des services en santé mentale du CRSSS de la Baie-James*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction des affaires médicales, sociales et des services professionnels, 2011, p. 23.

38 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 16.

39 *op. cit.*

40 *op. cit.*

41 *Ibid* annexe 2, p. 43.

42 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 5.

43 Maximilien ILOKO FUNDI, *Nous les Jamésiens*, Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, p. 16.

44 *op.cit.*

45 *Ibid.*, p. 17.

46 *Ibid.*, p. 18.

47 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 5.

48 *op.cit.*

49 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification, parmi les sortants, en formation générale des jeunes, selon le sexe, par réseau d'enseignement et par commission scolaire, statistiques 2008-2009 : données officielles* (bilan 4 du système Charlemagne), Montréal, le Ministère, 2010, p. 1.

50 Marthe HAMEL, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 45.

51 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification, parmi les sortants, en formation générale des jeunes, selon le sexe, par réseau d'enseignement et par commission scolaire, statistiques 2008-2009 : données officielles* (bilan 4 du système Charlemagne), Montréal, le Ministère, 2010, p. 1.

52 Maximilien ILOKO FUNDI, *Regard sur les Jamésiens : les hommes* [Document interne], Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2010, p. 4.

53 *op. cit.*

54 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 12.

55 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 4.

56 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales : recueil statistique* », [En ligne], 2010, [www.stat.gouv.qc.ca] (Consulté en novembre 2010).

57 *op. cit.*

58 *op. cit.*

59 *op. cit.*

60 *op. cit.*

61 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 38.

62 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 4.

63 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 39.

64 *Ibid.*, annexe 2, p. 36.

65 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 8.

66 CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Portrait des Québécoises en 8 temps*, Québec, le Conseil, 2010, p. 8.

67 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 13.

68 *Ibid.*, annexe 2, p. 41.

69 *Ibid.*, p. 13.

70 *op. cit.*

71 *Ibid.*, annexe 2, p. 41.

72 *Ibid.*, p. 14.

73 *Ibid.*, annexe 2, p. 41.

74 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 22.

75 Richard CLOUTIER, *Les vulnérabilités masculines : une approche biopsychosociale*. Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 2004, p. 5.

76 ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES D'ORIENTATION ET DES PSYCHOÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES DU QUÉBEC. *Guide d'évaluation psychoéducative*, Montréal, l'Ordre, 2008, p.18.

77 Bernard TERRISE et François LAROSE, « La résilience : Facteurs de risque et facteurs de protection dans l'environnement social et scolaire du jeune enfant », *Cahiers du Centre de recherche sur les formes d'éducation et d'enseignement*, numéro thématique : École/Famille : Quelle médication?, no 14, 2001, p.9.

78 *Ibid.*, p.11.

79 Richard CLOUTIER, *Les vulnérabilités masculines : une approche biopsychosociale*. Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 2004, p. 49.

80 *Ibid.*, p. 51.

81 *Ibid.*, p. 50.

82 Nicole DESJARDINS, et autres. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p.105.

83 *op.cit.*

84 *op.cit.*

85 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la santé et des Services Sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 35.

86 *op.cit.*

87 *Ibid.* annexe 2, p. 13.

88 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Tabac, alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent : à l'heure de l'intégration des pratiques*, Montréal, Les presses de l'Université Laval, 2009, p. 281.

89 *op. cit.*

90 *op. cit.*

91 Nicole DESJARDINS, et autres, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p.5.

92 *op.cit.*

93 Josée, THIFFAULT, *Risques suicidaires et intervention*, Montréal, Université de Montréal, 2011, [Cours donné à l'automne 2011 dans le cadre du programme Maîtrise en psychoéducation].

94 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 93.

95 Marthe HAMEL, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : produire la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p. 74.

96 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 16.

97 *Ibid.*, annexe 2, p. 33.

98 Richard CLOUTIER, *Les vulnérabilités masculines : une approche biopsychosociale*. Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 2004, p. 63.

99 *Ibid.*, p. 99.

100 Nicole DESJARDINS, et autres, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p.119.

101 CENTRE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE ET L'EUTHANASIE. « *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide* ». [En ligne], 2008, [<http://www.criseapplication.ugcm.ca/index.asp>] (Consulté le 30 mars 2012).

102 *op.cit.*

103 *op.cit.*

104 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 16.

105 Josée, THIFFAULT, *Risques suicidaires et intervention*, Montréal, Université de Montréal, 2011, [Cours donné à l'automne 2011 dans le cadre du programme Maîtrise en psychoéducation].

106 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la santé et des Services Sociaux, Direction des communications, 2005, p. 14.

107 *Ibid.*, p. 18.

108 *Ibid.*, annexe 2, p. 43.

109 Josée, THIFFAULT, *Risques suicidaires et intervention*, Montréal, Université de Montréal, 2011, [Cours donné à l'automne 2011 dans le cadre du programme Maîtrise en psychoéducation].

110 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 42.

111 Richard CLOUTIER, *Les vulnérabilités masculines : une approche biopsychosociale*. Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 2004, p. 72.

112 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, annexe 2, p. 42.

113 Josée, THIFFAULT, *Risques suicidaires et intervention*, Montréal, Université de Montréal, 2011, [Cours donné à l'automne 2011 dans le cadre du programme Maîtrise en psychoéducation].

114 Nicole DESJARDINS, et autres, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p.93.

115 Jannie HOULE, et Marc-André DUFOUR, « Intervenir auprès des hommes suicidaires ». Dans *Psychologie Québec*, vol. 27, no 1, 2010, p. 27.

116 *op.cit.*

117 Annie DESMARAIS, *Pour sortir de l'impasse : la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec*. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2002, p. 8.

118 *Ibid.*, p. 10.

119 *Ibid.*, p. 11.

120 Lucie GAGNON, *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2005, p.33.

121 *Ibid.*, annexe 2, p. 48.



RÉSEAU
HOMMES
QUÉBEC
Nord-du-Québec • Baie-James

200, rue Des Oblats, suite 1
Chibougamau (Québec) G8P 1G8
Téléphone : 418 **748-8005** - Télécopieur : 418 **748-8116**