



**La Santé des hommes**  
**Les connaître pour mieux intervenir**

par  
Dominic BIZOT

Avec la collaboration de Pierre-Alexandre VIENS et Frédéric MOISAN

Département des sciences humaines  
Unité d'enseignement en travail social

Rapport final de recherche présenté  
à l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

La réalisation de cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention de l'Agence de la Santé et des Services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

**Rédaction :** Dominic Bizot, Ph. D.  
Professeur  
Université du Québec à Chicoutimi

Frédéric Moisan, Ph. D.  
Professionnel de recherche

Pierre-Alexandre Viens, MA  
Professionnel de recherche

**Collaboration :** Marie-Pier Bouchard  
Université du Québec à Chicoutimi

Mathieu Roy, BA  
Assistant de recherche  
Université du Québec à Chicoutimi

Ariane Rousseau-Dupont, BA (c)  
Assistant de recherche  
Université du Québec à Chicoutimi

Pour des informations supplémentaires concernant cette étude ou pour obtenir une copie du document, vous pouvez contacter :

- Dominic Bizot  
Unité d'enseignement en travail social  
Université du Québec à Chicoutimi  
555, boulevard de l'Université Chicoutimi (Québec) G7H 2B1  
Téléphone : (418) 545-5011, poste 4239  
Adresse courriel : [Dominic.Bizot@uqac.ca](mailto:Dominic.Bizot@uqac.ca)

© UQAC, 2013  
Dépôt légal – 4<sup>ème</sup> trimestre 2013  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISBN (en cours)

## Remerciements

La réalisation de cette recherche a bénéficié de l'appui de nombreuses personnes et de plusieurs organisations. Nous tenons tout d'abord à remercier les hommes qui ont accepté de prendre part aux groupes de discussion et qui ont partagé, sans tabou, leur expérience et leurs perceptions avec les chercheurs. Sans leur contribution, cette étude n'aurait pu voir le jour. Nous disons également merci à l'équipe des animateurs et observateurs qui a réalisé la collecte de données : Mathieu Brisson, Dominique Fortin, Cédric Girard, Jonathan Perron, Rémi Riverin et Marc St-Pierre. Leur engagement dans ce projet et leur rigueur dans sa réalisation ont fait toute la différence. Nos remerciements s'adressent aussi à l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui a financé ce projet, notamment à Claude Boudreault, qui a contribué à l'initier et collaboré à plusieurs étapes de sa réalisation, de même à Michel Côté, Emmanuelle Arth, Martine Fortin et Germain Couillard pour le soutien en continu apporté à la démarche. Depuis une demi-douzaine d'années, le souci qu'a montré l'Agence régionale pour l'avancement des connaissances sur les réalités que vivent les hommes de la région et sa volonté de produire une offre de service adaptée à leurs besoins ont fait du Saguenay–Lac-Saint-Jean une région phare dans le domaine de la promotion de la santé masculine. Nous remercions aussi l'équipe du Centre de prévention du suicide et plus particulièrement, Carol Gravel dont le soutien a été très appréciable. Nous tenons à souligner l'implication des professionnels de recherche qui ont participé au traitement, à l'analyse et à la présentation des résultats de la présente recherche. Marie-Pier Bouchard, Mathieu Roy et Ariane Rousseau-Dupont ont contribué à la réalisation de la recherche respectivement en traitant les données sociodémographiques et en peaufinant la mise en forme de la discussion et des recommandations. Relevons enfin les contributions très significatives de Frédéric Moisan (traitement et analyse des données) qui complète actuellement un doctorat à HEC Montréal en gestion des ressources humaines et de Pierre-Alexandre Viens (recension des écrits scientifiques et discussion) titulaire d'une maîtrise en sciences politiques de l'Université de Montréal. En plus de leurs importantes qualités humaines et intellectuelles, la recherche a bénéficié indéniablement de leur grande rigueur professionnelle ainsi que des échanges interpersonnels très riches qui ont nourri notre collaboration tout au long du processus.

Tables des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>9</b>
<b>Quelques faits saillants du portrait de la santé des hommes au Saguenay–Lac-Saint-Jean</b> .....	<b>12</b>
Des problèmes de santé physique.....	13
Des problèmes de santé mentale .....	13
Des habitudes de vie à améliorer.....	13
<b>État des connaissances</b> .....	<b>15</b>
Les hommes et la santé.....	15
Valeurs, croyances et préjugés des hommes .....	16
Freins et facteurs de motivation .....	20
Expériences et initiatives qui ont pour but d’accommoder les soins de santé aux impératifs de la masculinité.....	24
Divergences et consensus.....	27
Les campagnes de promotion de la santé et leur action sur les hommes .....	34
Les médias et le processus de communication.....	34
Normes sociales et médias .....	37
Le marketing social .....	40
L’importance d’évaluer la production du matériel audiovisuel en santé .....	43
La communication visant les hommes .....	48

Modèles théoriques de l'adoption d'un nouveau comportement .....	49
<b>Méthodologie .....</b>	<b>58</b>
But .....	58
Objectifs principaux : .....	58
Variables à l'étude .....	59
Source d'information.....	63
Technique et instrument de collecte de données .....	65
Analyse des données .....	67
Limites de la recherche.....	68
Considérations éthiques.....	70
<b>Résultats.....</b>	<b>72</b>
Description des résultats.....	72
Le profil des participants.....	72
Le rapport des répondants à leur santé physique et mentale.....	74
Présentation et analyse descriptive des résultats .....	75
Les obstacles à la consultation .....	84
L'appréciation des publicités de promotion de la santé .....	86
Idées et suggestions pour inciter les hommes à prendre soin de leur santé .....	89
Synthèse des résultats .....	95
<b>Discussion .....</b>	<b>98</b>
La conception de la santé ainsi que les valeurs, les croyances et les préjugés qui y sont rattachés.....	98

Les facteurs de motivation et de dissuasion à la prise en charge de la santé .....	103
L'évaluation des publicités par les participants .....	105
<b>Recommandations.....</b>	<b>107</b>
Recommandations concernant le système de santé québécois .....	107
Recommandations concernant les publicités de promotion de la santé .....	109
<b>Conclusion .....</b>	<b>114</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>116</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>125</b>
Annexe 1 : Guide de discussion pour les rencontres avec les participants .....	126
Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique.....	129

## **Introduction**

Comme dans la plupart des pays occidentaux, au Québec, la promotion de la santé masculine est un sujet qui préoccupe de plus en plus, les hommes eux-mêmes, les décideurs politiques, les gestionnaires des services de la santé et sociaux ainsi que les intervenants que l'on retrouve dans ce domaine.

Ce contexte en est un très favorable à la production de connaissances inédites sur les incidences « d'être un homme » face aux déterminants de la santé (conditions de vie ; facteurs personnels ; facteurs sociaux, économiques et environnementaux). La santé étant considérée depuis la fin des années 40 comme un « état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'incapacité » (OMS, 1948), le fait d'être et/ou de se maintenir en santé nécessite de satisfaire un ensemble de besoins fondamentaux tout au long de sa vie (Boudreault & Arth, 2010). Dans cette perspective, la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) définit la promotion de la santé de la manière suivante:

La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Ce processus beaucoup plus général offre donc une vision positive et holistique de la santé qui permet de situer cette dernière comme un déterminant de la qualité de vie des personnes.

Dès lors, plusieurs moyens sont mobilisables : l'élaboration d'une politique publique saine, le renforcement de l'action communautaire, la réorientation des services de santé, la création de milieux favorables et le développement des aptitudes personnelles.

En plus d'une introduction, d'une bibliographie et de cinq annexes, le présent document comprend sept parties. Au terme de la présentation du contexte, on expose tout d'abord quelques

faits saillants du portrait de la santé des hommes au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ensuite, les résultats d'une recherche documentaire portant sur les principaux éléments entrant en ligne de compte quand il est question de changement de comportement en regard de la santé sont abordés succinctement. La recension de la littérature savante faisant l'objet de la troisième partie se **divise** en deux sections. La première a trait aux hommes et à la santé. Tout d'abord, un bref état des connaissances sur les valeurs, croyances et préjugés des hommes quant à la santé est présenté. Plus précisément, nous voyons ensuite quels sont les freins et les facteurs qui les motivent à prendre soin d'eux. Dans un troisième temps, les principales expériences et initiatives qui ont pour but d'accommoder les soins de santé aux impératifs de la masculinité sont relatées. Pour clore cette section de la recension de la littérature scientifique relative aux hommes et à la santé, on se penche sur les consensus qui se dégagent dans ce domaine au sein de la communauté des chercheurs et des praticiens ou, au contraire, on s'attarde à leurs divergences de point de vue sur le sujet. La deuxième section de la recension porte sur les campagnes de promotion de la santé et leur action sur les hommes. Une première sous-section est consacrée aux médias et au processus de communication dans le domaine de la santé. On se penche ensuite sur la manière dont les médias de masse influent sur les normes sociales reliées à la santé. En lien avec cet aspect, le marketing social fait l'objet d'une sous-section. Pour suivre, quelques paragraphes sont consacrés à ce que les auteurs nous enseignent concernant l'importance d'évaluer la production du matériel audiovisuel en santé. Avant de conclure cette partie la recension portant sur les campagnes de promotion de la santé avec un exposé des modèles théoriques de l'adoption de nouveau comportement, sont esquissées quelques pistes de réflexion sur la communication particulière employée lorsqu'il s'agit de s'adresser à un public masculin. La quatrième partie expose le but, les principaux objectifs ainsi que la méthodologie retenue pour cette étude. Le sujet des groupes de discussion y est brièvement abordé afin de souligner que cette technique est particulièrement adaptée à l'exploration du choix des comportements de santé des individus. Dans la cinquième et dernière partie figurent les informations pertinentes ayant trait à l'échéancier et au budget prévisionnel actualisé de la recherche. La cinquième section présente les résultats de la collecte de



données et des faits saillants qui s'en dégagent. Finalement, les éléments majeurs se démarquant à la suite de cette enquête sont discutés dans un sixième temps.

## **Contexte**

Force est de constater que les résultats des recherches amorcées depuis le milieu des années 90 au Québec (Deslauriers, Tremblay, Genest Dufault, Blanchette, & Desgagnés, 2010) convergent vers la reconnaissance qu'il est nécessaire de mieux comprendre les réalités masculines pour mieux intervenir auprès de cette clientèle. En outre, dans bon nombre de domaines (famille, violence, suicide), les intervenants qui les soutiennent reconnaissent eux aussi l'intérêt de prendre en considération les hommes, leurs réalités et leurs besoins afin d'améliorer leur santé, celle de leurs proches (femmes, enfants) et des personnes qui les entourent ainsi que la qualité de leur environnement.

C'est en partie pour combler la lacune relative à la compréhension de ce que vivent les hommes en regard des services sociaux et de la santé que le Gouvernement du Québec a formé le « Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes ». Ce dernier a vu le jour en janvier 2002 et a été placé sous l'égide de Gilles Rondeau. Il réunissait plusieurs experts issus de différentes régions administratives du Québec. En 2004, le comité a déposé auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) un rapport intitulé *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins* (Comité provincial de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Dans ce document, après avoir dressé le constat que l'on connaissait mal les réalités masculines et que l'on répondait insuffisamment aux besoins des hommes, les experts ont émis plusieurs recommandations visant, dans ces conditions, à y répondre plus adéquatement. Ils ont interpellé notamment les pouvoirs publics à trois niveaux afin que ces derniers :

1. soutiennent plus efficacement les hommes vivant de la détresse (crise, perte d'emploi, rupture) en adaptant les services existants et en créant de nouvelles ressources qui répondent à leurs besoins ;
2. promeuvent de saines habitudes de vie au sein de la population masculine ;
3. contribuent avec les acteurs du secteur de la recherche à la production de connaissances

sur les réalités masculines pour mieux intervenir auprès de cette clientèle.

En 2009-2010, le MSSS a mis en œuvre une politique sociale au niveau du Québec qui s'articule autour de ces trois axes et est appuyée financièrement par un budget récurrent de plus de 600 000 dollars. La mise en œuvre de cette politique varie d'une région à l'autre. Toutefois, chacune a le devoir de : 1) réaliser un portrait de la santé des hommes et un inventaire des ressources disponibles et des besoins de ce type de clientèle ; 2) soutenir les initiatives afin d'adapter les services en conséquence et ; 3) promouvoir la santé masculine auprès des hommes.

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, un comité régional sur la santé et le bien-être des hommes a été créé en 2006. Il est composé de représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean<sup>1</sup>, des établissements publics et des organismes communautaires, des partenaires sectoriels (justice, éducation, emploi et solidarité sociale) ainsi que des chercheurs de l'Unité d'enseignement en travail social de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Dans le cadre d'un plan d'action régional, les membres du comité ont contribué d'ores et déjà à la réalisation de trois projets importants :

- 1) Un portrait de la situation vécue par les hommes en regard des principaux indicateurs de la santé et de leur utilisation des services a été dressé par le Service recherche, connaissance et surveillance de l'Agence. « L'objectif de ce bilan est de servir de point de repère à la mobilisation régionale vers la santé des hommes, mais pas au détriment des interventions auprès des femmes » (Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2009<sup>2</sup>) ;
- 2) Une collecte d'informations auprès des partenaires régionaux qui interviennent dans les champs sanitaire et social pour identifier les activités, programmes, ressources et services offerts aux hommes dans la région a été réalisé par l'Université du Québec à Chicoutimi ;

---

<sup>1</sup> À partir de maintenant, l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean est dénommée l'Agence dans le corps du texte.

<sup>2</sup> « La santé au masculin : une réalité à améliorer ? » Saguenay, vendredi 27 mars 2009.

3) Des formations ont été offertes par l'Agence pour favoriser l'intégration des préoccupations reliées à la santé des hommes dans les projets cliniques.

Or, le *Portrait de la santé des hommes au Saguenay–Lac-Saint-Jean* (Arth *et al.*, 2009) met en évidence que si la santé des hommes adultes de la région<sup>3</sup> s'est améliorée depuis quelques années, beaucoup reste encore à faire. Les résultats de cette étude épidémiologique révèlent que ceux-ci doivent améliorer leurs habitudes de vie.

Dans le cadre de son plan d'action régional pour le bien-être et la santé des hommes, l'Agence prévoit donc d'organiser une campagne de promotion orientée vers les saines habitudes de vie de la population masculine. Or, même si les stratégies de communication gagnante auprès des hommes font l'objet de peu de recherche, on constate que généralement les campagnes de promotion en santé publique les rejoignent difficilement.

Il en va ainsi des campagnes qui incitent la population à adopter de sains comportements alimentaires. L'Institut national de santé publique (INSPQ) révèle que 60 % des adultes en général portent toujours ou souvent attention aux messages qui incitent à bien manger. Moins de la moitié des hommes (48 %) y portent rarement ou jamais attention comparativement à 33 % des femmes. Pour expliquer que les Québécois y portent moins attention que les Québécoises, plusieurs explications sont avancées par l'INSPQ. La première a trait au niveau de préoccupation moindre des hommes pour leur santé ou leur poids. Ces derniers semblent manifester moins d'intérêt pour les messages sur la saine alimentation et, finalement, ils écoutent moins les médias.

Dans ces conditions, pour satisfaire à la double exigence du MSSS en matière de promotion de la santé masculine, à savoir promouvoir de saines habitudes de vie auprès des hommes et contribuer avec les acteurs du secteur de la recherche à la production de connaissances sur les réalités masculines pour mieux intervenir auprès de cette clientèle, l'Agence souhaite réaliser une étude sur les stratégies de communication en direction des hommes. Elle lance cet appel car, pour cette dernière, il est « primordial que les hommes de la région prennent conscience de l'importance de

---

<sup>3</sup> En 2010, la région compte 271 250 personnes, dont la moitié d'hommes, soit 135 798 hommes.

prendre leur santé en main autant sur le plan physique que psychologique » (Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2009).

Les intentions de recherche présentées dans ce document répondent à cet appel. La recherche a pour but de mieux comprendre la relation que certains hommes du Saguenay–Lac-Saint-Jean entretiennent avec leur santé et à adapter en conséquence les messages de promotion de saines habitudes de vie aux besoins et spécificités de cette population.

### **Quelques faits saillants du portrait de la santé des hommes au Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Plusieurs constats ressortent clairement du *Portrait sur la santé des hommes au Saguenay–Lac-Saint-Jean* (Arth *et al.*, 2009) quant à la santé physique et mentale des hommes de la région et orientent les changements à apporter.

Le rapport met en évidence qu'à l'instar de l'ensemble de la population, la santé des hommes s'améliore globalement. Par exemple, le nombre de fumeurs a diminué considérablement. En 2007, les consommateurs de tabac ne représentaient plus que 25 % de la population masculine. Une telle baisse a déjà eu mais devrait avoir dans le futur une incidence encore plus grande sur la réduction du nombre de cancers du poumon qui demeurent une des premières causes de décès chez les hommes de la région.

Pourtant, il existe des différences notables entre la santé des hommes et celle des femmes. Ainsi, l'espérance de vie des hommes est de 76,3 ans comparée à celle des femmes qui s'élève à 81,2 ans. Des gains d'espérance de vie sont toutefois possibles.

Notons que 77 % des hommes de la région prétendent avoir un médecin de famille comparativement à 91 % des femmes. Parmi ceux qui déclarent ne pas en avoir, une large majorité (60 %) argue qu'ils n'en ressentent pas le besoin. Par ailleurs, d'un point de vue social et économique, les hommes sont moins enclins à suivre des études et 17% n'ont aucun diplôme, mais ils sont plus actifs sur le marché du travail puisque 67% d'entre eux y sont présents tandis que c'est le cas d'un peu plus de 50% chez les femmes.

La mortalité est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. On relève notamment une surmortalité par cancer, accident/traumatisme et suicide.

### **Des problèmes de santé physique**

Les cancers<sup>4</sup>, les accidents et les traumatismes sont plus fréquents chez les hommes de 25 et plus que chez les femmes appartenant à la même tranche d'âge. Ceux-ci sont le plus souvent hospitalisés pour des maladies de l'appareil circulatoire, les autres causes étant les maladies de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, les tumeurs malignes ainsi que les traumatismes et les empoisonnements.

### **Des problèmes de santé mentale**

Le taux de détresse psychologique des hommes est faible mais le nombre de suicides demeure à surveiller. En effet, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, les hommes (5%) sont moins nombreux que les femmes (9%) à manifester des symptômes importants de détresse psychologique. Pourtant, ils représentent environ 80% des personnes qui décèdent par suicide chaque année dans la région.

### **Des habitudes de vie à améliorer**

Les hommes ont en général une bonne perception de leur santé physique et de leur bien-être psychologique. Ainsi, deux tiers des hommes de la région perçoivent leur santé comme excellente et seulement 11% se disent en mauvaise condition. Or, pratiquement deux tiers de ceux-ci (61%) sont en surpoids comparativement à 40% des femmes. Quasiment dans la même proportion (64%), les hommes du Saguenay–Lac-Saint-Jean consomment moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour alors que 39% des femmes correspondent à ce profil. Presque un tiers des hommes (32%) pratique une activité physique dans le cadre de leurs loisirs moins d'une fois par

---

<sup>4</sup> Incidence du cancer plus élevée dans la région qu'au Québec (ensemble des cancers, poumon et colorectal).

semaine. De façon significative, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (87% comparativement à 77%).

## **État des connaissances**

L'état des connaissances se divise en deux sections. La première a trait à la santé des hommes vue sous différents angles (valeurs, motivation à se soigner, adaptation des services de santé). La deuxième traite de la promotion de la santé masculine, de l'influence des médias sur les normes relatives à cette dernière et sur les modèles théoriques du changement apportant un éclairage sur l'adoption de nouveaux comportements en matière de santé.

### **Les hommes et la santé**

Une foule d'indicateurs de santé révèlent l'existence d'un déséquilibre entre l'état de santé des hommes et des femmes dans les sociétés occidentales. La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean ne fait pas exception (voir la section *Quelques faits saillants du portrait de la santé des hommes de la région* dans le présent devis). Courtenay (2011) relève 31 facteurs qui sont associés à la mauvaise santé relative des hommes. Ces déterminants sont reliés à leurs comportements, à leurs croyances, à des facteurs sous-jacents qui influencent leurs comportements et croyances en santé ainsi qu'à l'organisation du système de santé lui-même. On pointe souvent du doigt la socialisation masculine traditionnelle pour expliquer cet état de fait préoccupant. La masculinité traditionnelle, telle qu'apprise, vécue et exprimée dans nos sociétés, aurait pour effet de favoriser les comportements à risques et de faire obstacle à la demande d'aide chez les hommes qui adhèrent à ses préceptes. Cette affirmation – qui ne fait pas l'unanimité comme on le verra – restera en toile de fond tout au long de la première partie de la recension (voir Bizot, Maltais, Pilote, & Savard, 2010a, b sur l'impact de la socialisation masculine sur la santé et la demande d'aide des hommes). Celle-ci se penche sur la littérature savante récente pour examiner les avancées, précisions, confirmations et infirmations de ce qu'on sait ou pense savoir sur le comportement des hommes relativement à leur santé.

### *Valeurs, croyances et préjugés des hommes*

Un thème récurrent dans la littérature étudiée est celui de l'intérêt que les hommes portent aux questions de santé. Alors qu'on croyait les hommes ignorants et désintéressés lorsqu'il s'agit de se préoccuper de leur santé, plusieurs travaux tendent à démontrer que cela n'est pas, ou que cela n'est plus le cas pour la majorité des hommes. Dans leur étude sur les questions liées au genre et à la santé chez des cols bleus australiens, Kolmet, Marino et Plummer (2006) concluent que les hommes qu'ils ont étudiés s'intéressent à leur santé et qu'ils sont bien informés sur le sujet et sur les transformations qui se produisent dans leur corps. Selon les auteurs, les intervenants en santé feraient fausse route s'ils basaient leurs interventions sur l'idée que les hommes sont tout simplement désintéressés de leur santé. Noone et Stephens (2008) en arrivent à une conclusion similaire dans leur étude traitant de l'identité masculine et de son impact sur la demande d'aide médicale. La popularité des groupes d'entraide et de soutien, où se rassemblent pour discuter et échanger des hommes atteints d'une maladie commune comme le cancer de la prostate, sont aussi des preuves selon Oliffe, Gerbrandt, Bottorff et Hislop (2010) que le désintérêt à l'égard des questions de santé, le stoïcisme et même le déni des hommes face à la maladie sont des idées à reconsidérer. Robertson (2006), dans ses travaux sur l'*embodiment*, parle quant à lui d'un sentiment de responsabilité que les hommes ont envers leur corps qui les pousse à agir lorsque son bon fonctionnement est mis en péril. Les hommes ne conceptualiseraient pas la santé seulement en termes de fonctions corporelles selon lui, ils se préoccuperaient aussi de l'apparence de leur corps, c'est-à-dire de leur poids et de leur « ligne ».

En discutant avec les participants de leur étude, Kolmet et ses collègues (2006) ont aussi constaté que ceux-ci ne considéraient pas la santé comme un sujet tabou qui irait à l'encontre de leur identité masculine. Plusieurs participants de l'étude reconnaissaient d'ailleurs les méfaits sur leur santé que peut avoir une conduite qui se base sur le modèle orthodoxe de masculinité. Ce serait donc maintenant acceptable pour les hommes de se préoccuper de leur santé. Il s'agit là d'une évolution qui survient parallèlement à une reconnaissance du changement de leur rôle dans la société et dans leur famille. Plusieurs hommes désirent maintenant prendre une plus grande part



dans les questions familiales (Kolmet *et al.*, 2006) et avoir des relations plus proches et plus chaleureuses avec leurs enfants (Smith, 2007) comparativement aux hommes des générations précédentes.

Lorsqu'on les compare aux femmes, les hommes n'auraient pas une représentation subjective de la santé différente d'elles selon Falteirmaier (année inconnue). La seule différence significative a trait au fait que les hommes accordent plus d'importance à la dimension physique et à la performance comparativement au bien-être psychique. Dans leur étude portant sur la vision du monde (*worldview*) et les comportements de promotion de la santé, Kagee et Dixon (2000) ont pour leur part perçu une légère différence entre les sexes à ce sujet. Ces auteurs ont repris la typologie de Pepper (1942) qui classe les personnes selon quatre catégories de vision du monde (formiste, mécaniste, contextualiste et organiciste) et l'ont combinée à la théorie de la promotion des comportements en santé pour étudier 259 sujets. Selon la théorie de Pepper, la vision du monde joue un rôle important dans la création du cadre avec lequel les individus construisent la réalité, se perçoivent eux-mêmes et réagissent avec le monde qui les entoure. La vision du monde mécaniste peut se conceptualiser selon la métaphore de la machine. Les gens qui l'utilisent ont tendance à réduire le système global à ses parties composantes pour les examiner. Ils cherchent à découvrir une relation linéaire entre les causes et leurs effets. Pour sa part, la vision du monde organiciste utilise la métaphore de l'organisme vivant, synthèse de toutes ses sous-composantes et constamment en mouvement et en interaction dynamique avec son environnement. Les résultats de l'étude de Kagee et Dixon vont dans le sens de ceux de Pepper en soulignant que les femmes ont davantage tendance à adopter une vision du monde organiciste tandis que les hommes seraient plus mécanistes. L'étude indique aussi l'existence d'une relation modeste entre la vision du monde et les comportements de promotion de santé, les personnes organicistes seraient en effet plus susceptibles que les mécanistes d'adopter des comportements qui font la promotion de la santé.

Un autre constat qui se dégage de la littérature passée en revue est que les hommes désirent demeurer en contrôle de leurs décisions lorsqu'il est question de leur santé. Des participants à

deux études portant sur des initiatives locales de promotion de la santé visant spécifiquement les hommes ont beaucoup insisté sur cet élément de l'intervention (Robinson, Robinson, McCullagh, & Hacking, 2010 ; Lomas & McLuskey, 2005). Les hommes interrogés ont dit vouloir retenir le contrôle sur leurs choix, avoir le sentiment que ce sont eux qui prennent la décision de faire des démarches pour leur santé et de changer ou non leur comportement. Cette volonté de demeurer en contrôle s'est aussi retrouvée dans le discours d'hommes interrogés sur leur opinion concernant les messages médiatiques de promotion d'une alimentation saine. Gough et Conner (2005), les auteurs de l'étude, ont trouvé qu'une part de la résistance des hommes vis-à-vis des messages gouvernementaux faisant la promotion de l'alimentation saine pourrait s'expliquer par leur désir de prendre des décisions autonomes plutôt que d'obéir aveuglément à l'autorité et serait en lien avec la masculinité traditionnelle.

Plusieurs auteurs ont d'ailleurs constaté que cette masculinité traditionnelle est toujours bien vivante chez les hommes (Noone & Stephens, 2008 ; Kolmet *et al.*, 2006) et ce, malgré les nombreux changements qui sont venus bouleverser la société dans les dernières décennies. Dans une analyse du discours de personnes des deux sexes qui sont dans un groupe d'entraide et de soutien, Seymour-Smith (2008) a montré que les hommes sont mal à l'aise de se considérer comme participants à de tels groupes. Alors que les femmes perçoivent leur groupe comme un lieu où elles peuvent recevoir de l'aide, les hommes sont plus troublés par les stéréotypes associés à ces groupes et ont peur d'être à leur tour associés à ces stéréotypes. Contrairement aux femmes, les hommes sont aussi réticents à reconnaître qu'ils reçoivent de l'aide par leur participation au groupe. Ils concentrent plutôt leur discours à tenter de justifier leur participation par le fait qu'ils donnent de l'aide et du soutien aux autres membres du groupe. D'après l'auteur, les hommes de l'étude ont travaillé fort pour construire leur identité de groupe d'une manière conforme aux caractéristiques de la masculinité hégémonique. L'auteure suggère donc que les campagnes de promotion pour ce type d'intervention devraient cibler les hommes d'une manière qui est conforme aux idéaux masculins traditionnels comme la force, l'humour et la discrétion.

Dans une autre étude qui analyse le discours en matière de santé, Noone et Stephens (2008) ont mis en lumière les réticences qu'ont les hommes envers l'utilisation des services de santé mis à leur disposition. Les hommes de l'étude ont reconnu avoir fait appel aux services de santé, mais ils se sont placés dans la position discursive d'utilisateurs occasionnels et *légitimes* des services de santé, en contraste avec les utilisateurs *excessifs* que sont selon eux les femmes. Cette négociation discursive de la part des hommes étudiés a été nécessaire afin de résoudre le dilemme entre d'une part les idéaux de la masculinité hégémonique qui découragent la demande d'aide et considèrent le système de santé comme un espace féminin, et d'autre part leur besoin inévitable de prendre soin de leur santé. Pour le résoudre, les participants de l'étude ont dû puiser dans le bagage normatif de la masculinité hégémonique pour se positionner comme des utilisateurs réfléchis, rationnels et autonomes du système de santé. Ainsi, ils pouvaient légitimer leur comportement de santé, qui aurait pu autrement paraître inadéquat, en s'opposant à l'utilisation triviale et excessive que les femmes font des services de santé. Selon les auteurs, ceci suggère qu'il serait faux de croire que les hommes sont réticents à demander de l'aide en raison de leur peur de paraître efféminés. Ils croient au contraire que les hommes disposent des ressources nécessaires pour négocier leur utilisation du système de santé de manière qui serait acceptable pour un homme et conforme avec la masculinité hégémonique.

La manière souvent complexe dont les hommes négocient leur position vis-à-vis de la masculinité a aussi été scrutée par De Visser, Smith et McDonnell (2009). Ceux-ci ont voulu voir si les hommes pouvaient se constituer une identité masculine viable en utilisant des compétences dans un domaine de la masculinité pour compenser leurs lacunes dans d'autres domaines. Pour ce faire, les auteurs ont mis sur pied des groupes de discussion où l'on présentait aux participants des images de personnalités connues et on les interrogeait sur le niveau de masculinité qu'ils accordaient à ces images selon quatre critères de masculinité traditionnelle : les prouesses physiques, l'absence de vanité, l'hétérosexualité et la consommation d'alcool excessive. Reprenant la notion de capital symbolique de Bourdieu, l'étude a conclu que les compétences dans des domaines de masculinité hégémonique peuvent servir de « capital masculin » que les

hommes peuvent accumuler et ensuite échanger pour compenser leurs comportements jugés non masculins. Cependant, la capacité de transiger ce capital est limitée puisque les différents comportements masculins et non masculins n'ont pas tous la même valeur aux yeux des hommes. C'est ainsi que les participants ont jugé moins problématique l'abstinence de boire de l'alcool d'un joueur de rugby célèbre que la vanité métrosexuelle du joueur de soccer David Beckham, qui à son tour était mieux acceptée que l'homosexualité déclarée d'un autre joueur de rugby. Tous ces comportements paraissent cependant plus masculins aux yeux des participants que l'homosexualité d'une vedette pop britannique puisqu'ils étaient le fait d'hommes qui prouvaient leur masculinité par leurs compétences sportives. Ce constat fait dire à De Visser et ses collègues qu'encourager des comportements « masculins » sains comme le sport pourrait, en plus de favoriser la santé des hommes, réduire la possibilité que ceux-ci se sentent forcés de démontrer leurs compétences masculines par des comportements à risque ou par la consommation excessive d'alcool.

### *Freins et facteurs de motivation*

Une bonne compréhension des valeurs et des croyances des hommes nous est utile pour réaliser l'ampleur des freins et des difficultés que cette population rencontre lorsqu'il est temps pour elle de prendre soin de sa santé. Ces freins et les pistes de solutions qui ont été proposées pour les contrecarrer sont ici abordés, tout comme le sont les facteurs qui, au contraire, motivent les hommes à se préoccuper de leur santé.

Selon plusieurs auteurs, le comportement problématique des hommes vis-à-vis de la santé est relié au contexte social. Selon la théorie de la norme sociale perçue, la perception de la normativité du comportement du groupe de référence guide le comportement de l'individu en l'informant du comportement « normal » et en contraignant les comportements qui seraient déviants. Mahalik, Burns et Syzdek (2007) ont voulu tester cette hypothèse pour voir si la perception que les hommes ont des comportements en santé des autres hommes influence leurs propres comportements de santé. Les résultats montrent que le comportement des répondants est

bel et bien influencé par la perception qu'ils ont de la normativité du comportement en santé de leurs congénères. Les auteurs croient que la perception du comportement des autres pourrait être utilisée par les hommes comme « preuve sociale » pour guider leurs propres comportements de santé.

Ces normes sociales dont il est ici question, ce sont les normes dictées par la masculinité traditionnelle telle que « la santé c'est une affaire de femmes » ou « seules les femmes se préoccupent de leur santé » (Courtenay, 2004). Selon Courtenay, il n'est donc pas étonnant que dans nos sociétés occidentales, ce sont souvent les femmes qui prennent les responsabilités en matière de santé dans la famille puisqu'il y a une forte prohibition pour les hommes de faire ce que ferait une femme (l'étude de Mahalik *et al.* n'a toutefois pas trouvé de lien entre la perception de la normativité du comportement de santé des femmes et le comportement des hommes). Courtenay (2004) mentionne que les hommes auraient tendance à surestimer la proportion d'hommes ayant des comportements malsains. Il donne l'exemple d'une étude ayant démontré que les étudiants d'un campus croyaient que la plupart (55 %) de leurs collègues étudiants se préoccupaient peu ou pas de leur santé, alors qu'en réalité leur nombre était bien inférieur (35%). Courtenay croit que pour changer ce genre de perception, le déploiement de campagnes de marketing social ayant pour but de faire connaître la vraie norme plutôt que la norme perçue erronée serait une voie à privilégier. Mahalik et ses collègues (2007) citent aussi d'autres travaux qui ont démontré le succès d'une telle approche. Un autre moyen de modifier les normes sociales, selon Courtenay (2004), est d'utiliser le témoignage de membres influents d'un groupe particulier. Des recherches montrent en effet que les gens sont susceptibles d'agir d'une manière proposée par une personne qu'ils jugent crédible et influente comme une vedette ou une personnalité sportive.

Le tabou associé à la maladie mentale constitue un autre obstacle lié aux normes sociales que les hommes rencontrent souvent (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010). Il existerait un tabou public pour les hommes, associé au fait de demander de l'aide pour des troubles psychologiques mineurs. Il en existe aussi un autre, personnel celui-là, qui rend la demande d'aide

professionnelle psychologique difficile en raison de la menace que cela peut représenter pour leur estime de soi. L'étude de Doherty et Kartalova-O'Doherty trace une comparaison entre les sexes en matière de demande d'aide pour des troubles psychologiques. L'étude vient confirmer l'existence du tabou en montrant que le facteur qui explique le plus la demande d'aide est le sentiment d'embarras envers la demande d'aide : les hommes qui affirment ne pas ressentir d'embarras sont près de sept fois plus susceptibles de demander de l'aide à leur médecin que ceux qui se disent embarrassés. Le tabou lié à la demande d'aide psychologique est encore plus fort pour les hommes moins nantis et moins éduqués. Pour contrer ce phénomène, les auteurs proposent d'élaborer des campagnes d'éducation qui favoriseraient la normalisation du sentiment de détresse afin que les hommes ne se sentent pas embarrassés à l'idée de demander de l'aide pour leurs problèmes psychologiques.

Plusieurs autres facteurs expliquent la réticence des hommes à contacter leur médecin lorsqu'ils ont des problèmes de santé. Peate (2004) en mentionne quelques-uns : la méconnaissance de la manière de prendre rendez-vous et leur inconfort de parler avec les réceptionnistes, les heures d'ouverture restreintes, la réticence à attendre pour leur rendez-vous, leur sentiment d'inconfort dans un environnement qu'ils jugent dédié aux femmes, un manque de confiance dans la confidentialité du système de santé, la peur d'être jugé par les employés et finalement leur manque de vocabulaire pour discuter de sujets délicats. Dans la même veine, Bonhomme (2007) énumère les facteurs qui freinent les hommes dans leur demande d'aide : le fait de vouloir régler leurs problèmes eux-mêmes, la méfiance envers le système de santé et le manque d'information concernant son fonctionnement, le fatalisme (une attitude telle que : « qu'est-ce que je peux y faire », ou « tout le monde va mourir un jour, c'est la vie ») et la structure du système de santé (conflits d'horaire, absence de regroupement sous un même lieu des spécialités médicales masculines comme c'est le cas pour les femmes). Ce même auteur se penche aussi sur les facteurs qui favorisent la consultation des hommes lorsqu'ils en ont besoin : l'engagement de toute la famille pour aider les hommes dans leur démarche de santé, prendre le temps de leur expliquer le processus propre à la maladie et à sa gestion, et traiter les hommes comme des individus, non pas

juste comme des « prostates ». La meilleure approche selon lui est de faire preuve de tact avec eux, de ne pas les blâmer, de se baser sur leur personnalité pour intervenir par exemple en faisant appel à leur sens de la responsabilité et leur désir de performer.

Pour Bonhomme (2007), les femmes, en tant que « police de la santé » dans la famille, pourraient potentiellement jouer un rôle important pour accroître la participation des hommes au système de santé. Cette idée est partagée par plusieurs autres auteurs. Selon Courtenay (2011), le mariage est un facteur important de santé et de longévité pour les hommes. Les hommes mariés ont des comportements plus sains, mangent plus de fruits, ont moins de comportements à risque, consultent leur médecin plus souvent et se suicident moins que les hommes non mariés. Dans l'étude de Doherty et Kartalova-O'Doherty (2010), les hommes mariés ou en couple étaient presque trois fois plus susceptibles de contacter leur médecin pour des troubles mentaux ou émotionnels que les hommes seuls. Une autre étude qui s'est penchée sur divers moyens de communication pour faire la promotion d'examens de dépistage auprès des hommes **montre** que les sujets de l'étude pour qui l'on avait envoyé une carte postale de rappel adressée à « un être cher » de sexe féminin étaient plus susceptibles d'avoir consulté leur médecin pour des tests de dépistage du cancer de la prostate, du cholestérol et de santé générale que les autres hommes de l'étude (Holland, Bradley, & Khoury, 2005). Les auteurs associent ce résultat au fait que ce sont souvent les épouses, copines ou mères des hommes qui surveillent leur santé. L'importance de la relation de couple – et du soutien familial en général – sur la santé des hommes provient du fait que cela procure aux hommes un soutien affectif, les motive à changer leurs comportements, les presse d'adopter un mode de vie sain et leur rappelle constamment leurs devoirs en ce sens (Faltermajer, a ; Ratner, Bottorff, Johnson, & Hayduk, 1994 ; Robinson *et al.*, 2010 ; Courtenay, 2011).

Comme le mariage et la famille, le travail se situe au cœur de l'existence des hommes et leur situation d'emploi est souvent pour eux un facteur de mauvaise santé. Ces risques pour leur santé découlent par exemple de l'exposition à des nuisances sur les lieux de travail traditionnellement masculins (produits toxiques, bruit), le développement de problèmes de dos ou de stress

psychosocial. Les hommes sont bien conscients de ces risques, mais ils ont tendance soit à les minimiser, soit à les considérer comme incontrôlables (Faltermaler, a). Le fait que les hommes accordent souvent une grande importance à leurs activités professionnelles accroît ces tendances. Les risques de blessures au travail sont aussi favorisés par le conditionnement des rôles de genre. Par exemple, on apprend aux garçons à ignorer ou minimiser les signaux de leurs corps pour les préparer aux tâches physiques ardues qui les attendent une fois qu'ils sont sur le marché du travail (Bohnomme, 2007).

Certaines barrières à la bonne nutrition ont aussi été identifiées chez plusieurs hommes. Une étude sur la manière dont l'alimentation est incorporée dans l'identité des hommes et interagit avec le concept de masculinité a été réalisée par Gough et Conner (2005). Les hommes interrogés ont fait part de leur résistance à l'égard des messages gouvernementaux, des études scientifiques et des publicités vantant la saine alimentation. Ils considèrent que ces messages sont extrêmes et inefficaces. Ils les jugent trompeurs, trop idéologiques et portant à confusion. En contraste avec l'« extrémisme » des messages gouvernementaux, les hommes de l'étude adoptent une position rationnelle et modérée qui met de l'avant le choix personnel et la responsabilité des individus face à leur alimentation. Les auteurs remarquent que cette position fait ressortir les vertus masculines traditionnelles d'autonomie, de raison ou rationalité et de contrôle. Le goût des aliments est une deuxième raison expliquant leur résistance à une saine alimentation que les auteurs de l'étude ont identifiée chez les participants. Ces derniers ont en effet affirmé leur désintérêt à l'égard de la nourriture saine qu'ils jugent sans goût, non rassasiante et pas faite pour des vrais hommes « normaux ».

### *Expériences et initiatives qui ont pour but d'accommoder les soins de santé aux impératifs de la masculinité*

Les sections précédentes ont fait la lumière sur plusieurs éléments qui ont trait aux caractères et aux comportements propres à plusieurs hommes et qui ont pour effet de les rendre réticents à prendre soin de leur santé, à demander de l'aide et à utiliser les services de santé. La solution à ce



problème réside pour plusieurs dans la rééducation des hommes par la transformation de la masculinité afin qu'ils adoptent des comportements plus sains. D'autres, au contraire, comme Macdonald (2006 ; 2010) trouvent contre-productive cette tendance à « blâmer les hommes » et proposent une approche qui viserait plutôt à modifier la manière dont les services de santé sont offerts aux hommes afin de les rendre plus attrayants pour cette clientèle. Cette section présente quelques exemples de propositions et de mesures instaurées dans le but de rendre les soins de santé plus acceptables pour les hommes en les rendant plus conformes aux valeurs masculines traditionnelles.

L'étude de Noone et Stephens (2008) dont il a déjà été question plus haut suggère qu'il serait possible de rendre la demande d'aide et les soins de santé conformes aux idéaux masculins. Selon les auteurs, ce n'est pas qu'en étant imperturbable devant la douleur et la maladie que les hommes peuvent faire preuve de puissance et de contrôle, ils pourraient tout aussi bien le faire en utilisant de façon avertie le système de santé et en maîtrisant mieux les services médicaux. Noone et Stephens sont d'avis qu'il s'agit là d'un possible filon à exploiter pour les campagnes de promotion des soins de santé visant les hommes. Dans le même ordre d'idée, Bonhomme (2007) propose d'utiliser le désir de performance des hommes pour les inciter à voir leur médecin et ainsi préserver leurs capacités physiques. Selon lui, il faut inverser le paradigme existant : parler de la consultation médicale comme d'un acte de force au lieu de la voir comme un signe de faiblesse, considérer le système de santé comme l'allié de la masculinité et faire de la maladie le véritable ennemi de la virilité.

Un autre moyen utilisé pour intéresser plus encore les hommes à leur santé consiste à faire l'analogie entre les besoins d'entretien de leur corps et ceux d'une voiture. En se basant sur le fait que plusieurs hommes ont une manière mécaniste (Kagee et Dixon, 2000) ou pragmatique et fonctionnelle (Robinson *et al.*, 2010 ; Robertson 2006) de percevoir leur corps, plusieurs croient que cette méthode pourrait être plus attrayante et mieux adaptée à la clientèle masculine (Banks, 2004 ; Peate 2004). Un exemple d'intervention de ce type au Québec est le programme de saine gestion de poids en milieu de travail (le Rallye) élaboré par le groupe Équilibre et qui

visé spécifiquement les hommes. Dans un de ses documents publicitaires, on y parle du corps des hommes comme d'un « véhicule », on associe leur état de santé et son évolution dans le temps à « l'itinéraire et état des routes » et on parle de consultation médicale comme d'une « vérification périodique » (Équilibre, 2011).

Dans la littérature, il est aussi souvent question de mesures dont le but est l'instauration d'un climat favorable pour minimiser l'inconfort des hommes envers le système de santé et ainsi maximiser la demande d'aide. Il est entre autres proposé de favoriser la confidentialité, notamment en utilisant Internet et les lignes d'aide téléphonique, d'allonger les heures d'ouverture des services de santé pour les rendre plus accessibles aux travailleurs ainsi que de rendre les lieux où l'on prodigue des soins plus adaptés à la clientèle masculine en y mettant par exemple des affiches, dépliants et magazines qui intéressent spécifiquement les hommes (Banks 2004 ; Peate 2004). Concernant les groupes d'entraide et de soutien, Oliffe *et al.* (2009) croient qu'un bon moyen d'attirer les hommes dans de tels groupes et de susciter leur attention est de bien doser l'information qui y est fournie en donnant une importance égale à l'information sur le problème de santé dont il est question dans le groupe et l'information générale sur la santé et le bien-être physique. L'humour, les discussions animées et l'utilisation de données scientifiques et statistiques sont aussi d'autres moyens d'interventions de groupe qui semblent être mieux appréciés de la clientèle masculine (Oliffe *et al.*, 2009 ; Seymour-Smith, 2008). Pour sa part, Watson (2009) croit que la prédominance du personnel féminin dans le réseau de la santé favorise la perception que cette dernière est un domaine réservé aux femmes et que cela décourage les hommes à utiliser les services de santé. Il affirme qu'en augmentant le nombre d'hommes qui travaillent en santé et qui offrent les activités de formation et de promotion, on comblerait mieux les besoins de santé des hommes, notamment en offrant aux jeunes des modèles masculins. Cette conclusion ne fait cependant pas l'unanimité. Par exemple, une recherche portant sur un programme qui offre des soins en milieu de travail montre que pour tous les participants, le sexe de la personne qui leur prodigue les soins ne leur importe pas et qu'en certaines circonstances ou pour certains sujets, certains participants seraient même plus

confortables s'ils avaient affaire à un professionnel de la santé de sexe féminin (Lomas & McLuskey, 2005).

Une autre suggestion qui revient souvent dans la littérature consiste à aller offrir les services directement aux hommes dans les endroits où ils se réunissent et se sentent à l'aise comme dans les lieux de rassemblements masculins, les événements sportifs ou sur les lieux de travail (Banks 2004 ; Courtenay, 2011 ; Lomas & McLuskey, 2005 ; Peate 2004). Une étude sur le *Sefton men's health project* en Grande-Bretagne apporte des arguments en faveur de ce dernier point (Robinson *et al.*, 2010). Le programme qui y est évalué consiste en des sessions qui offrent des mesures de promotion d'un mode de vie sain auprès des hommes. Ces sessions sont prodiguées en différents endroits où les hommes se sentent à l'aise comme à leur travail, dans des centres d'emploi, des centres communautaires, etc. Les auteurs concluent que l'environnement social où est donnée la formation a une grande influence sur la décision des hommes de participer au programme. Selon eux, le fait de tenir les sessions dans des endroits que les hommes visitent de façon routinière apporte davantage de légitimité au programme aux yeux des usagers en plus de rendre la participation moins stressante pour eux. Les participants de l'étude ont d'ailleurs affirmé que les facteurs de motivation les plus importants pour eux ont été la familiarité des lieux et la confiance envers les autres participants.

Toutes ces mesures visant à concilier les soins de santé et certaines caractéristiques de la masculinité traditionnelle n'auront cependant pas un effet positif pour tous les hommes. Certains ne se reconnaissent pas dans le modèle traditionnel et hégémonique de masculinité et les services de santé devraient prendre en compte cette diversité des hommes et de leurs conditions s'ils veulent réussir à apporter des soins appropriés à chacun.

### *Divergences et consensus*

Les mesures visant à rendre les soins de santé plus acceptables aux yeux des hommes ne font pas l'unanimité parmi les auteurs recensés. Pour Gough (2006) le message implicite qui est véhiculé est que les hommes sont incapables de changement et qu'ils ne sont que les victimes passives de

forces au-delà de leur contrôle. Par ces mesures, on reconnaît aux hommes une identité masculine stable et immuable, c'est donc sur les services sociaux que repose l'obligation de s'adapter afin de rejoindre les hommes. En arborant une telle attitude, les masculinités conventionnelles ne sont aucunement remises en question. Selon Gough, le problème avec ce scénario est que l'on néglige les variations qui existent entre les hommes et les complexités et contradictions inhérentes aux identités masculines. On devrait plutôt se pencher sur les différences entre les divers groupes d'hommes (selon la classe, la race, l'origine ethnique, l'âge, l'orientation sexuelle, etc.) et entre les hommes individuellement pour mettre en lumière les diversités et les points de convergence. Gough n'est pas contre les mesures pour rendre les soins de santé plus adaptés à la clientèle masculine, il croit cependant qu'il faut étendre le répertoire de mesures afin de rejoindre les hommes qui ne se conforment pas à la même masculinité que ceux qui associent santé et mécanique automobile. Williamson et Robertson (2006) exposent des critiques semblables et croient eux aussi qu'une approche uniforme pour tous (*one size fits all*) n'est pas appropriée pour travailler avec les hommes en santé.

Smith (2007) non plus ne s'oppose pas à ce type de mesures, il a même été l'instigateur d'un de ces programmes en Australie. Par contre, il souligne que ce qui constitue un service adapté aux hommes (*male friendly*) n'a pas vraiment été défini et que l'efficacité de ces mesures n'a pas encore été prouvée scientifiquement. De plus, il souligne que malgré les bonnes intentions d'une telle approche, il existe un risque que ces mesures qui mettent l'accent sur les valeurs masculines hégémoniques favorisent le renforcement des comportements négatifs en santé chez certains hommes. Pour Smith, il est essentiel de faire attention à la manière dont les stéréotypes de genre se perpétuent et éviter que le système de santé ne participe involontairement au renforcement des comportements malsains. Selon lui, de plus en plus d'hommes désirent adopter une masculinité différente, par exemple en entretenant des relations plus proches avec leurs enfants. Il est donc nécessaire de développer des stratégies pour les aider à se délivrer des contraintes qui viennent avec l'adoption d'une identité de genre traditionnelle. C'est pourquoi, selon lui, les professionnels de la santé devraient éviter les notions stéréotypées dans leurs politiques et

interventions. Courtenay (2011) va même plus loin et croit que les professionnels de la santé ont un rôle actif à jouer dans la déconstruction des stéréotypes. Ils devraient faire prendre conscience à leurs patients masculins de la manière dont leurs croyances sur ce que doit et ne doit pas faire un homme peut leur causer des dommages physiques ou psychologiques.

Williamson et Robertson (2006) vont dans le même sens en proposant aux intervenants en santé de travailler avec les hommes pour les aider à développer des formes positives de masculinités. Un document sur la santé reproductive dans les pays en développement soutient même qu'il faut aussi que les parents, amis et enseignants modifient leur définition de la masculinité pour qu'il y ait un réel changement dans la société (Drennan, 1998). Par ailleurs, à ceux qui voient dans l'utilisation du concept de masculinité une tendance à blâmer les hommes pour leurs mauvais comportements (par exemple MacDonald), Sanders et Peerson (2009) répondent qu'il ne s'agit pas de « blâmer les victimes », mais plutôt de reconnaître que le genre est un déterminant social de la santé. Reconnaître, donc, que la façon dont les hommes se conçoivent en tant qu'hommes a des répercussions sur la manière dont ils réfléchissent à leur santé, entretient en relation avec le système de santé et s'engagent dans des comportements de prévention en santé. Selon les auteures, en niant l'influence que peut avoir la masculinité hégémonique et les autres masculinités sur la santé des hommes, on court le risque que les changements d'attitude des hommes à l'égard de leur santé continuent d'être extrêmement limités.

Mais qu'ils soient pour la conciliation avec la masculinité traditionnelle ou au contraire qu'ils prônent une approche intransigeante à son égard, tous s'entendent pour dire qu'il faut s'intéresser davantage aux différences entre les hommes et sur ce que cela implique sur leur santé. C'est ainsi que les premiers s'attardent aux déterminants sociaux de la santé et les seconds mettent de l'avant le concept de multiplicité des masculinités. Concernant ce dernier point, Smith (2007) fait remarquer qu'il s'agit d'un concept relativement récent qui nous permet de comprendre la construction du genre sous un angle nouveau. L'idée de la multiplicité des masculinités implique que les hommes adoptent une gamme de masculinités, parfois simultanément, qui sont fluides et dépendent du contexte. Selon Smith, il est important de comprendre que les masculinités sont les

reflets de positions sociales diverses, soit marginalisées, soit dominantes. Il faut donc reconnaître cette diversité des contextes sociaux et politiques (par exemple les différences de classe, race, groupe ethnique, âge, orientation sexuelle, culture, etc.) qui affectent la vie des hommes et aussi leurs comportements de santé. Il ajoute qu'une attention particulière des intervenants en promotion de la santé devrait être portée aux groupes d'hommes les plus marginalisés parce que ce sont aussi souvent eux qui ont les plus mauvais indicateurs de santé. Pour Smith, la compréhension de ces différences et l'appréciation de la diversité parmi les hommes sont des facteurs cruciaux pour la promotion de la santé auprès de cette clientèle. La reconnaissance de ces différences doit se refléter dans la planification, le développement, l'implantation et l'évaluation des activités de promotion de la santé de manière à ce qu'elles soient adaptées aux besoins spécifiques de chaque catégorie d'hommes.

À l'opposé, John J. Macdonald rejette la pertinence du concept de masculinité pour remédier aux problèmes de santé propres aux hommes. Selon lui, cette approche ne se base pas sur des preuves tangibles mais plutôt sur des présupposés négatifs envers les hommes. Pour cet auteur, il ne faut pas réduire la santé des hommes aux fonctionnements biologiques et aux comportements personnels (Macdonald, 2006). Il croit aussi, comme plusieurs autres d'ailleurs, que la masculinité n'est pas automatiquement malsaine ; certains comportements propres aux hommes sont propices à leur bonne santé et il faut donc encourager l'expression de ces éléments positifs de la masculinité. Au lieu d'une conception de la santé basée sur la pathologie, il propose l'approche salutogène qui cherche plutôt à comprendre les facteurs qui expliquent pourquoi les gens se situent différemment sur le continuum de la bonne et la mauvaise santé. Pour arriver à comprendre les facteurs qui influent sur la santé des hommes, Macdonald insiste beaucoup sur l'importance de prendre en considération leur contexte de vie (Macdonald, 2010). En ce sens, il rejoint les tenants du concept de masculinités multiples qui eux aussi reconnaissent le rôle clé joué par le contexte social dans la santé des hommes. Macdonald propose donc une approche en termes de déterminants sociaux de la santé qu'il explique dans un article et qui est reprise en grande partie dans la *National Male Health Policy* du gouvernement australien (Australie, 2008 ;

Macdonald, 2006). Cette approche constitue selon lui la base sur laquelle devraient se fonder les politiques et programmes qui visent la santé des hommes. Le statut socio-économique, le stress, les conditions d'emploi, le soutien social et l'éducation font partie des déterminants sociaux que les autorités devraient prendre en compte dans l'élaboration des politiques afin d'arriver à cibler les besoins spécifiques des hommes et de réduire les inégalités en santé.

Les déterminants sociaux de la santé se manifestent d'une multitude de manière dans le contexte de vie des hommes. Par exemple un mariage sain et stable apporte de nombreux bénéfices de santé qui échappent aux hommes seuls et inversement les problèmes de couples sont associés à la détresse émotionnelle et à de nombreux problèmes personnels et familiaux ; les hommes qui ont un réseau social développé en retirent des bénéfices pour leur santé mentale et physique similaires aux hommes mariés ; une bonne relation des pères avec leurs enfants a des impacts positifs sur le bien-être des hommes en plus d'avoir des répercussions positives sur la communauté dans son ensemble et sur le développement des enfants ; les personnes sans emploi ou en situation de précarité d'emploi tendent à avoir une santé mentale et physique moins bonne et un taux de mortalité supérieur à celui des hommes ayant un emploi et cette situation empire pour les chômeurs de longue durée (Australie, 2008). Plusieurs études montrent aussi que les hommes en situation de pauvreté et d'exclusion ont des résultats plus mauvais que la moyenne des hommes vis-à-vis d'une foule d'indicateurs de santé (Kolmet *et al.*, 2006). Le tabou associé à la maladie mentale dont il a déjà été question plus haut est aussi plus présent chez les hommes pauvres (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010) et ceux-ci sont moins susceptibles d'adopter des comportements de promotion de la santé (Arras, Ogletree, & Welshimer, 2006). Souvent, ils tentent de remédier aux pressions qu'ils ressentent de par leur situation qui ne correspond pas aux normes traditionnelles de la socialisation masculine en adoptant des comportements masculins exacerbés, destructeurs et malsains, comme l'abus d'alcool et de drogue (Kolmet *et al.*, 2006 ; Passeportsante.net 2010). Des études montrent aussi que cette masculinité exacerbée tend à être plus présente chez les hommes ruraux qui courent plus de risque que les autres hommes d'avoir de problèmes de santé dus au tabagisme, aux blessures non intentionnelles (reliées à la conduite

dangereuse par exemple) et à la réticence à demander de l'aide ou à consulter les services de santé (Courtenay, 2011).

Pour conclure cette section sur la santé des hommes, nous présentons les suggestions de Courtenay (2011) qui consacre un chapitre de son ouvrage à exposer les lignes directrices qui décrivent les bonnes pratiques d'intervention en santé auprès de la clientèle masculine. Courtenay a conçu ce guide en se basant sur une recension extensive des recherches biopsychosociales sur le sujet. Dans ses propositions, il met l'accent sur les croyances masculines traditionnelles parce qu'il reconnaît que les hommes partageant ces croyances sont ceux qui sont les plus à risque. Il reconnaît aussi que l'attitude et les sentiments des hommes à l'égard de leur santé sont autant influencés par la manière dont on leur communique l'information que par l'information elle-même. Le guide de conduite qu'il propose se divise en six points qui forment les premières lettres de l'acronyme anglais HEALTH : humaniser, éduquer, assumer le pire, trouver le soutien social, élaborer un plan et utiliser les forces des hommes. Ce guide s'adresse en premier lieu aux professionnels de la santé pour les aider dans leurs interactions avec les hommes, mais il pourrait tout aussi bien servir à guider les campagnes de communication de promotion de la santé en direction de ces derniers.

La première étape de l'intervention auprès des patients masculins devrait consister selon Courtenay à l'humanisation de leur condition, c'est-à-dire valider, légitimer, normaliser leur problème de santé afin de réduire les prohibitions sociales reliées à tout ce qui est perçu comme féminin – dont le fait de se préoccuper de sa santé – et favoriser la mise en confiance des hommes. Il faut donc humaniser la demande d'aide, la maladie et la vulnérabilité, la douleur et la peur, la sexualité.

Le deuxième point de Courtenay est l'éducation. Les hommes ont moins de connaissances en santé que les femmes et cela doit changer. Ne pas les éduquer pourrait déboucher sur une situation de prophétie qui s'auto-réalise alors qu'on renforcerait leur irresponsabilité et leur désintérêt envers les questions de santé. L'éducation devrait tenir compte du peu d'expérience



que plusieurs hommes ont avec leur système de santé et donc fournir de l'information de base comme la manière de demander de l'aide, comment prendre rendez-vous, quoi demander au médecin lors de la rencontre et qui appeler pour recevoir un suivi après.

Le troisième point du guide de Courtenay est un rappel pour les praticiens d'assumer le pire lorsqu'ils ont affaire à un homme. Nos sociétés entretiennent le stéréotype que les hommes sont plus forts, plus résistants et plus en santé que les femmes en dépit d'évidences qui prouvent le contraire. Les patients qui adhèrent à ce stéréotype culturel sont plus à risque puisqu'ils ont tendance à apparaître fort, à se sentir invulnérable, à minimiser leur douleur, nier leurs signes de faiblesse et donc à rapporter inadéquatement leur état de santé à leur médecin ou même éviter de le consulter.

Le quatrième point est de trouver le soutien social dont disposent les hommes. Les hommes ont en effet tendance à avoir moins d'amis intimes et un réseau social moins développé que les femmes. Mais les études montrent que le soutien social est un facteur essentiel dans l'adoption de comportements plus sains et de comportements préventifs. Courtenay croit donc que pour améliorer la santé des patients masculins, il est essentiel d'impliquer leurs amis et leur famille.

Le point suivant est la conception d'un plan. C'est une étape importante selon l'auteur puisque les hommes sont moins susceptibles que les femmes de persister dans les soins à prendre pour réguler un problème de santé. Pour être couronné de succès, le plan doit être réaliste, être divisé en étapes atteignables, le patient doit être capable de le suivre et doit avoir la volonté de le faire.

Pour finir, Courtenay propose d'identifier et d'utiliser certaines caractéristiques des hommes considérées comme traditionnellement masculines pour les aider à atteindre une meilleure santé. Notamment, il propose d'utiliser la propension de certains hommes à travailler en équipe pour faire de la relation patient-médecin un partenariat visant à réaliser des objectifs en santé. De cette manière, on arrive à combattre la perception que plusieurs hommes ont de « subir » le système de santé plutôt que d'y participer. La tendance des hommes à être logiques et rationnels (donner l'occasion aux hommes de peser le pour et le contre entre le maintien d'un comportement malsain

et le changement de comportement), orientés vers l'action (aider le patient à concevoir un plan d'action pour être plus « futé » que la maladie) et la volonté d'être en contrôle (encourager le patient à prendre ses responsabilités et à prendre en charge sa santé) sont d'autres caractéristiques masculines que les professionnels de la santé devraient chercher à utiliser dans leur intervention auprès des hommes selon Courtenay.

### **Les campagnes de promotion de la santé et leur action sur les hommes**

Dans cette deuxième partie de la revue de littérature, nous abordons les questions touchant les campagnes de communication qui font la promotion de la santé. Le rôle des médias, le processus de diffusion des normes sociales, le marketing social, la communication visant les hommes et les modèles d'adoption d'un nouveau comportement seront tour à tour abordés.

#### *Les médias et le processus de communication*

Lagacé, Elissalde et Renaud (2010) ont utilisé la méthode du sondage téléphonique pour tracer le portrait de l'utilisation que la population québécoise fait des médias francophones et leur perception des messages sur la santé, l'alimentation et l'activité physique. Leur étude conclut que la télévision demeure le médium dominant pour la majorité des répondants, surtout pour les individus moins scolarisés, moins nantis, sans travail et pour les personnes plus âgées. Les hommes consomment en moyenne plus de médias que les femmes mais celles-ci utilisent davantage les médias traditionnels, c'est-à-dire la presse, la radio et la télévision, lorsqu'il est question de la santé. Étant donné que la plupart des gens consomment plusieurs médias différents chaque jour, les auteurs croient que des campagnes de promotion multimédias seraient une voie à privilégier. L'étude de Lagacé et ses collègues montre aussi que les hommes sont plus nombreux que les femmes à considérer l'information sur la santé, l'alimentation et l'activité physique dans les médias peu ou pas utile et sont moins intéressés que les femmes par ces sujets. L'intérêt pour ces questions est généralement limité : environ un cinquième des répondants ne s'en préoccupe pas et près de 40% se disent moyennement intéressés par le sujet. L'activité physique est le sujet

auquel les répondants s'intéressent le moins. Paradoxalement, ce sont les personnes qui se considèrent en moins bonne santé qui sont les moins susceptibles de s'intéresser aux informations médiatiques sur la santé. Les personnes moins scolarisées sont pour leur part plus nombreuses à avoir de la difficulté à comprendre l'information véhiculée par les médias. Ces données font dire aux auteurs que les campagnes publicitaires de promotion de la santé devraient être conçues pour cibler précisément les personnes qui en ont le plus besoin au lieu de s'adresser à des publics conquis d'avance. Ils proposent aussi une approche combinée qui offrirait de l'information sur la santé, l'alimentation et l'activité physique pour mieux arriver à capter l'attention de la population sur cette dernière thématique.

Dans une étude complémentaire qui porte spécifiquement sur Internet, Lagacé et Renaud (2010) apportent des résultats qui montrent que les hommes sont plus nombreux à utiliser ce média, surtout les plus jeunes et ceux qui ont un statut socioéconomique plus élevé. Le fait que ce soit un média interactif et/ou qu'ils puissent rapidement y trouver une réponse à la question précise qu'ils se posent pourrait expliquer sa popularité chez les hommes. Les auteures croient que pour rejoindre ces derniers, notamment les plus jeunes d'entre eux, l'utilisation d'Internet pourrait donc constituer une stratégie de communication à privilégier pour la promotion de la santé. C'est aussi l'avis du *Men's help forum* (2011) qui voit dans l'intérêt marqué des hommes pour les nouvelles technologies un potentiel à exploiter pour leur présenter de l'information et les rendre plus proactifs en matière de santé.

Ayant établi la popularité des médias – et de la télévision en particulier – auprès de la population québécoise, l'étape suivante est de connaître les attentes des Québécois et des Québécoises envers les mass-médias relativement aux questions de santé. C'est ce que Caron-Bouchard et Noiseux (2010) ont cherché à faire au moyen de groupes de discussions. De ces discussions, il ressort que les téléspectateurs sont à la recherche d'une information nouvelle et d'actualité, mais surtout, qui soit proche des gens. Ils désirent en effet qu'on leur présente des solutions réalistes qu'ils peuvent intégrer à leur quotidien et qui permettent de déboucher sur une action concrète. Ils apprécient les trucs pratiques et les petits coups de pouce qui les motivent à passer à l'action.

Ils apprécient aussi le fait qu'on leur présente plusieurs points de vue sur une même problématique. Les répondants sont aussi à la recherche d'information honnête, indépendante et non sensationnaliste. Les personnes interrogées se sont aussi montrées réfractaires aux images de perfection propagées par les médias qu'ils jugent culpabilisantes et décourageantes. Ils préfèrent que les thématiques soient abordées sous un angle positif et encourageant plutôt que prescriptif, alarmiste et dramatique. Ils acceptent moins bien les jugements de valeur trop appuyés et les discours trop répétitifs qui prennent des allures de matraquage.

Un autre constat qui est ressorti de l'étude est que les hommes semblent moins intéressés par les émissions de service en raison des thématiques abordées qui les concernent moins selon eux et du fait que ce sont surtout des femmes qui sont présentées à l'écran dans de telles émissions. Ils sont davantage attirés par les émissions sur les recherches médicales et à caractère scientifique. Pour les auteurs, les hommes adoptent une attitude plus réactive alors que les femmes seraient plutôt préventives : les messages devraient donc être conçus en conséquence. Intégrer l'information sur la santé dans les émissions populaires auprès des hommes serait selon eux une autre manière de rejoindre cette clientèle particulière.

Des travaux portant sur la perception qu'ont les gens de l'information sur l'alimentation qui est véhiculée dans les médias suggèrent que celle-ci est loin de satisfaire à leurs attentes (Renaud, Caron-Bouchard, Lagacé, Maisonneuve, Mongeau *et al.*, 2007a). En entrevues de groupe, les répondants ont affirmé que l'information sur l'alimentation était abondante mais peu variée, peu approfondie et trop souvent abordée sous le même angle. Les médias offrent selon eux seulement un survol du sujet, livrent des généralités, une information fragmentaire qui leur permettent de développer un vocabulaire sans pour autant leur donner une compréhension réelle du sujet. Ce type d'information a deux conséquences selon les auteures. La première est de provoquer la saturation chez le consommateur qui dès lors ne s'approprie pas l'information ou s'en dissocie. La deuxième est que les répondants auraient tendance à censurer certaines informations de manière à préserver une cohérence interne lorsque cette information vient s'opposer à leur style de vie.

Les textes passés en revue ont fait ressortir d'autres informations utiles concernant les médias et leur fonctionnement. Notons par exemple Maisonneuve et Renaud (2007) qui ont interrogé une variété de professionnels des médias sur la façon dont se réalise le choix des thèmes qui sont abordés. Leur étude a montré que le choix des contenus en santé dans les médias québécois se fait généralement d'une manière collégiale qui découle d'échanges et de négociations au sein des équipes de travail. Une autre étude qui porte sur la transmission par les médias d'un message de santé publique émis par un organisme gouvernemental a montré que dans ce cas précis (avertissement à l'égard des produits, services et moyens amaigrissants), les médias ont traité du sujet de manière plus partielle que le communiqué officiel ne l'avait fait (Renaud, Bouchard, Mongeau, Maisonneuve, Caron-Bouchard *et al.*, 2007b). L'étude conclut que si les médias ont rapporté de manière assez fidèle le message d'origine, ils l'ont aussi accentué et ont traité du sujet d'une manière plus défavorable en mettant davantage l'emphase sur la nocivité et la dangerosité des produits en question.

### *Normes sociales et médias*

Afin de mieux comprendre comment un comportement peut être intégré par les individus par l'entremise d'une campagne publicitaire, il importe de comprendre le fonctionnement des normes sociales sur la santé ainsi que le rôle joué par les médias dans leur propagation. La norme se distingue de la valeur dans le fait qu'elle se manifeste dans l'action et peut être motivée par une ou plusieurs valeurs. La norme est donc un comportement intériorisé par l'individu et elle a pour fonction de maintenir une cohérence dans la société. Elle dicte la façon d'agir dans une situation spécifique et doit être suivie de sanctions externes pour être efficace. Les normes peuvent être descriptives (liées à la perception qu'ont les gens de la prévalence d'un comportement) ou prescriptives (qui contraignent les individus à s'y conformer par le biais de la pression sociale) (Renaud, Caron-Bouchard, Beaulieu, Vianou, & Lortie, 2007c ; Renaud, Bouchard, Caron-Bouchard, Dubé, Maisonneuve *et al.*, 2007d).

Les médias peuvent servir de canal de transmission de ces normes vers leurs destinataires. Leur cycle de vie se divise en trois étapes. Lors de la première étape, celle de l'émergence, quelques spécialistes tentent de convaincre un nombre critique de leaders d'opinion (dont les médias font partie) d'adopter une nouvelle norme. Au cours de la deuxième étape dite de la cascade, les leaders d'opinion vont à leur tour communiquer avec d'autres acteurs sociaux afin de les convaincre d'adopter la nouvelle norme. À cette étape, l'adoption d'une norme se fait pour des raisons d'appartenance à un groupe, de légitimation, de conformité ou d'estime. La troisième étape est celle de la légitimation. À cette étape, la norme est acceptée et assimilée pleinement par les acteurs sociaux. Toutes les normes ne compléteront pas nécessairement ce cycle de vie. L'internalisation de la norme dépend beaucoup du rôle des différents acteurs, notamment des médias, qui peuvent aussi influencer la rapidité du processus. Mais les médias ne sont pas le seul véhicule de transmission de la norme ; la communication interpersonnelle au sein d'un même milieu joue aussi un rôle essentiel (Renaud *et al.*, 2007d).

En reprenant les travaux de Yanovitzky et Stryker (2001) sur la manière dont les médias arrivent à faire modifier les comportements à risque parmi la population, Renaud *et al.* (2007d) identifient quatre voies par lesquelles les normes sociales sur les comportements de santé peuvent être propagées par les médias. La première voie est directe et concerne l'apprentissage social qui se produit par l'exposition à un message médiatique. La deuxième voie est indirecte et est reliée au processus des influences sociales des groupes et des réseaux sociaux. La troisième est directe et est reliée à la perception du risque alors que les individus exposés à un message cherchent à s'informer sur les risques associés à un certain comportement. La dernière voie est également reliée à la perception du risque mais elle agit de manière indirecte lorsque les médias influencent la mise à l'agenda d'une problématique et l'action des institutions sociales pour la régler. Dans leur étude, les auteurs n'ont pas perçu d'effet associé à la troisième voie de leur modèle. Renaud et ses collègues exposent aussi les écrits de Holder (1998) sur l'influence des médias sur la norme sociale. Selon ce dernier, les médias entrent en jeu dans ce qu'il appelle le « sous-système des normes sociales ». Dans un système de communauté, les normes sont soumises à des pressions

tant positives que négatives. Le positionnement positif favorise l'adoption d'un comportement sain par l'entremise de l'acceptation sociale. Pour sa part, le positionnement négatif décourage les comportements malsains en faisant appel à la prise de conscience de la communauté au sujet des conséquences négatives associées au comportement en question. Renaud et ses collègues proposent un modèle du rôle des médias dans la transmission de la norme sociale qui combine le positionnement positif/négatif et les trois voies identifiées (directe/indirecte par le biais des interactions sociales/indirectes par la mise à l'agenda) qui donnent en tout six possibilités d'action des médias sur la norme sociale.

Caron-Bouchard et Renaud (2007 ; 2010) ont développé un modèle dynamique interactif écosocial afin de mieux comprendre le rôle des médias dans le façonnement des normes sociales en santé. Leur modèle rend compte de la diversité des acteurs sociaux en cause durant tout le cycle de vie de la norme ainsi que de la multiplicité des relations qu'ils entretiennent entre eux. Il nous est utile car il permet aux intervenants de comprendre la manière dont ils peuvent influencer le processus de façonnement de la norme par les médias. Dans leur modèle, l'espace public est conçu en termes d'écologie sociale et est divisé en divers sous-systèmes. Il est habité par plusieurs sphères, c'est-à-dire un territoire ou plusieurs entités interagissent et partagent des caractéristiques communes (école, famille, gouvernement, syndicat, médias sont des exemples de sphère). Ces sphères sont en constante interaction dynamique entre elles et chacune possède ses intérêts, objectifs, normes et moyens propres. Dans le domaine de la santé, certaines sphères ont plus de moyens et d'influence que d'autres comme les sphères agroalimentaire et médiatique par exemple. L'accès à la sphère des médias n'est donc pas égal pour toutes les autres sphères. Une norme maîtresse peut s'imposer dans une sphère et se propager dans les autres ; plus cette norme est partagée par un grand nombre de sphères, plus elle gagne en influence. Lorsqu'elles ont des objectifs communs, les sphères se regroupent entre elles et forment des réseaux. Les normes de santé ne sont donc pas le résultat du travail d'un seul acteur isolé, mais plutôt le fait de l'influence d'une multitude de sphères qui se sont regroupées pour faire avancer leurs objectifs communs. Dans ce processus, les médias jouent le rôle de relais entre les différentes sphères qui

composent la société, notamment entre la sphère santé, la sphère agroalimentaire et la sphère famille. Ils le font d'une part en participant à la création de nouveaux réseaux, et d'autre part, en transformant, traduisant et distordant l'information qu'ils se sont donnés le mandat de distribuer (Caron-Bouchard & Renaud, 2010). Selon les auteures, leur modèle dynamique interactif écosocial démontre que l'instauration ou la consolidation des normes se fait en présence de plusieurs acteurs qui s'influencent mutuellement. Coordonner cette interaction entre les acteurs prend du temps, l'instauration d'une nouvelle norme sociale survient donc après un long processus. C'est pour cela qu'il est nécessaire que le nouveau message à transmettre soit diffusé de façon régulière dans les médias et pendant un laps de temps suffisant. Les auteures reconnaissent finalement que l'influence des médias est relative et limitée. Selon elles, les relations interpersonnelles sont déterminantes dans le processus décisionnel et elles croient qu'il faut donc déléguer le message aux acteurs de terrain (Caron-Bouchard & Renaud, 2007).

### *Le marketing social*

Un moyen utilisé par les décideurs pour changer les normes sociales est le marketing social. Dérivé du marketing traditionnel de produits et services, le marketing social constitue un processus planifié qui vise à susciter des changements de comportements individuels bénéfiques pour l'ensemble de la société. Il repose sur les avancées en recherches commerciales, sur la consommation et sur la publicité (Santé Canada, 2005).

Un document français qui traite du sujet offre quelques éclairages sur la manière dont les développements en recherches scientifiques et commerciales peuvent être appliqués à la communication en santé (Oullier & Sauneron, 2010). Dans cet ouvrage, Oullier et Sauneron exposent tout d'abord la contribution des neurosciences du consommateur qui mettent en lumière la manière dont les processus mentaux jouent un rôle dans les décisions économiques et financières des consommateurs. Les recherches sur le cerveau humain ont entre autres permis de comprendre que la dichotomie émotion/rationalité n'est pas aussi tranchée au niveau neurobiologique qu'on pourrait le croire. En effet, les parties cérébrales concernées fonctionnent



de manière largement interdépendante. Le cerveau agit donc plutôt en mode hybride, raison et émotion ont besoin l'une de l'autre pour fonctionner. Par exemple, plusieurs études montrent que les informations contenues dans les publicités peuvent modifier l'appréciation du goût du produit dont il est question. Selon les auteurs, ces découvertes peuvent être utiles en matière de prévention, de lutte contre l'obésité ou pour la promotion de nourriture équilibrée.

Dans le même document, Rieu (2010) se penche sur les apports des sciences cognitives qui permettent de mieux comprendre les réactions d'une personne face à un message publicitaire afin d'en arriver à améliorer leurs effets. Lorsqu'un individu est exposé à un message, une multitude de processus cognitifs sont impliqués. Une fois que les organes sensoriels (yeux, oreilles) captent le message, différentes composantes cérébrales entrent en jeu : tout d'abord la perception, ensuite l'attention. Les éléments du message sont ensuite stockés en mémoire. Enfin, une émotion peut être suscitée ou ressentie. D'après l'auteure, ce schéma montre que pour améliorer l'efficacité et l'impact d'une campagne, il est essentiel de considérer la perception visuelle/auditive, la capture de l'attention, la compréhension, la mémorisation et l'émotion suscitée. Les recherches montrent que les images qui comportent une composante émotionnelle forte sont souvent mieux mémorisées. Cependant, pour les campagnes de prévention, il importe que le message soit retenu et compris, et non pas seulement l'émotion véhiculée et la mise en scène utilisée pour le faire. Il faut donc trouver l'équilibre idéal entre l'impact mnésique et l'impact émotionnel. Sur ce sujet, deux théories s'opposent : une qui croit qu'une haute teneur émotionnelle dans le message est associée à l'attention et à la mémorisation ; l'autre qui avance que l'intensité émotionnelle entre en compétition avec le message à mémoriser. Pour l'auteure, ces hypothèses pourraient être toutes les deux valides. Elle suggère donc de chercher à trouver un juste milieu entre des images et des termes-chocs et un contenu du message adapté à la population cible afin que celle-ci puisse s'y reconnaître.

Dans le dossier de presse du rapport, on expose quelques idées reçues en matière de communication en santé et on tente de faire la part des choses entre celles qui sont vraies et celles qui sont inexacts. On y indique entre autres qu'il ne suffit pas de décourager les comportements

malsains et d'informer sur leurs dangers potentiels, il faut aussi que les actions de communication fassent la promotion de la santé et des comportements sains. Il est aussi mentionné qu'il est bénéfique de s'adresser au plus grand nombre de gens dans les campagnes, mais les campagnes non spécifiques comportent le danger de n'atteindre que les populations déjà sensibilisées au problème. Les campagnes ciblées ont aussi souvent un meilleur rapport coût/bénéfices que les actions universelles. Il est donc nécessaire de combiner les actions qui ciblent les groupes à risque avec les campagnes universelles. Une idée reçue qui est généralement fautive est que plus on est touché par un problème, plus on est attentif à un message sur le sujet. Au contraire, ce sont souvent les populations les plus concernées qui sont les moins touchées par les campagnes publicitaires. Certains sont dans l'incapacité physique ou financière d'adopter le comportement recommandé, et d'autres peuvent avoir des réactions de déni ou de défense à l'égard du message, surtout lorsqu'ils ont le sentiment d'être stigmatisés. Finalement, on y rappelle que l'adoption de comportements sains n'est pas qu'une question de responsabilité individuelle ; celle-ci peut en effet seulement s'exercer lorsque l'environnement s'y prête.

Renaud *et al.* (2007e) ont réalisé une étude sur l'impact d'une campagne de sensibilisation pour la saine alimentation et l'activité physique (Défi santé 5/30). Elles ont pu constater l'efficacité de la campagne par la plus forte proportion des répondants inscrits au Défi qui se disent plus actifs et qui prétendent manger mieux mais depuis moins de six mois. Leur étude montre que les gens ont peu remarqué les encarts publicitaires publiés dans les revues populaires et ceux présents dans les supermarchés. Ce sont surtout les publicités télévisées qui ont été efficaces. Plusieurs personnes se sont inscrites au programme après avoir été conseillées par un proche de leur famille, ce qui laisse à penser que les relations empreintes d'une valeur affective jouent un rôle important. Les répondants de l'étude ont mentionné que le début du processus avait été critique pour leur détermination à persister dans leur cheminement, ce qui suggère de porter une attention particulière au début du parcours dans les campagnes de manière à bien asseoir les nouvelles habitudes de vie. Les répondants ont aussi dit avoir apprécié les capsules télévisées diffusées durant la campagne. Elles étaient courtes et directes et ont permis de susciter la curiosité, capter

l'attention et fidéliser l'auditoire. C'est là un format à conserver selon les auteures. Les répondants ont aussi apprécié recevoir régulièrement par courriel des trucs et conseils pour entretenir leur motivation. Suite à leur évaluation de la campagne Défi 5-30, Renaud et ses collègues concluent que la promotion multiple qui emprunte plusieurs modes de communication et qui favorise l'effet de répétition est une approche qui est efficace et qui devrait être privilégiée à l'avenir.

Par ailleurs, une étude américaine s'est penchée sur la manière dont les messages sur la prévention du cancer sont compris par la population. Les sujets de l'étude à qui on a présenté des vidéos ont compris l'essentiel du message tel que les facteurs de risque, les comportements protecteurs, l'importance du dépistage. Toutefois, plusieurs participants ont surestimé la fréquence des cancers, les risques qui y sont associés, l'ampleur des changements alimentaires à réaliser et l'influence des comportements protecteurs. En plus de poser un enjeu éthique, la perception erronée du risque qui a été mise à jour par l'étude peut nuire au bien-être des individus et entraîner un sentiment d'impuissance et de scepticisme parmi la population. Ce sont des éléments qui devraient être pris en compte lors de l'élaboration des campagnes d'information qui portent sur des sujets complexes comme le cancer (Bureau de soutien à la communication en santé publique, 2010a).

### *L'importance d'évaluer la production du matériel audiovisuel en santé<sup>5</sup>*

Il y a déjà plus de vingt ans qu'aux États-Unis, les porte-parole des *National Institutes of Health* (1989) ont démontré que la communication jouait un rôle essentiel dans la prévention et la promotion de la santé. Une communication réussie s'effectue par le choix et l'utilisation du meilleur média et l'emploi des moyens d'information les plus pertinents, les plus adéquats et les plus efficaces. Bien qu'on sache que l'efficacité de la communication en santé est une tâche complexe qui atteint difficilement l'objectif du changement de comportement, il est indispensable de la réaliser de la manière la plus complète et la plus efficace possible. Il s'ensuit qu'il importe

---

<sup>5</sup> Les sections IV et V sont extraites et adaptées d'un rapport de recherche publié en 2006 dont nous sommes le co-auteur (voir les références dans : Rondeau, Rojas-Viger & Bizot, 2006).

de tester correctement en phase de préproduction et en phase de postproduction tout matériel pédagogique et/ou promotionnel produit sur la santé. Les procédures pour ces études s'inspirent fortement des techniques de recherche qualitative en marketing (Calder, 1977). Ces milieux emploient de telles procédures afin de mieux cibler le comportement des consommateurs visés par un produit.

Les spécialistes de la prévention et de la promotion en santé ont reconnu que pour transmettre valablement un message en santé il était nécessaire de bien choisir les moyens et les médias appropriés de communication et de bien cibler aussi la population concernée. Même si cette façon de faire en santé est devenue une réalité, sa pratique ne s'est toutefois pas encore généralisée. On observe cependant qu'il s'est développé une expertise dans la production de matériel pédagogique aux fins de transmettre des messages sur les maladies et sur certains problèmes en santé, comme par exemple, celui de la violence. En dépit de ces avancées, il demeure qu'une grande partie du matériel pédagogique produit en santé prend rapidement le chemin de la remise parce qu'il ne parvient pas à rejoindre adéquatement l'utilisateur visé. Après avoir analysé quantité de documents de prévention et de promotion en santé, Rimer et Glassman (1987) concluent que le matériel pédagogique non utilisé contient en général un langage et même des images peu appropriées à la population à qui il est destiné en priorité et présente des caractéristiques culturelles éloignées de cette même population. Ces auteurs soutiennent que les messages doivent être très clairs et très spécifiques, contenir des orientations précises sur les comportements à changer. Ceux-ci doivent pouvoir être facilement compris et mis en pratique. Les auteurs réitèrent l'importance d'intégrer des tests dans les activités régulières de préproduction et de postproduction de tout matériel pédagogique. Une telle pratique permettrait, selon eux, de déterminer si les messages et les médias choisis sont appropriés pour rejoindre les différents segments de la population visée. Les tests ainsi conçus devraient, toujours selon ces mêmes auteurs, indiquer si le message est susceptible d'être bien reçu et compris par celui à qui il est destiné, donc de revêtir un caractère indicatif (informer et sensibiliser) plutôt que prédictif d'un changement de comportement. Pour Rice et Valdivia (1991), l'idéal est de pouvoir compter sur la

participation active de la population ciblée tout au long du processus allant de la préproduction à la postproduction.

En lien avec le matériel visuel, les études sur les bandes dessinées ont fourni des renseignements précieux sur l'évaluation du matériel pédagogique. Selon plusieurs auteurs (Siegel & Doner 1998 ; Gibbs 1997 ; Krueger 1988 ; Basch 1987), le groupe de discussion (*focus group*) est l'une des méthodes de recherche qualitative les plus utilisées pour tester la qualité des matériaux pédagogiques en santé. Cette méthode est privilégiée pour évaluer la validité d'un message à partir des opinions exprimées par un groupe d'individus faisant partie du secteur cible de la population. Calder (1977) signale que le groupe de discussion, en tant qu'approche de type exploratoire, permet, chez un groupe interviewé, d'interpréter à partir des réponses apportées à différentes questions, la consistance scientifique du message qui a été véhiculé. Fréquemment utilisée pour évaluer un document éducatif ou un programme de santé, cette méthode est reconnue pour sa collecte de données de qualité. La participation active de la population concernée à cette collecte constitue une garantie de son succès. Patton (1990) et Bracth (1991) ajoutent que la participation de la clientèle au processus d'évaluation de la production du matériel pédagogique et/ou promotionnel permet aux chercheurs de s'assurer que le matériel produit demeure en lien avec les valeurs, les attitudes et les symboles culturels des personnes visées. De surcroît, Bauman et Greenberg (1992) qui ont passé en revue les différents types d'entrevues qualitatives ont trouvé que l'entrevue ethnographique, qui entre autres utilisait dans la mesure du possible le langage des participants lors d'évaluations de documents produits, contribuait à reconstruire la réalité culturelle des groupes concernés. Signalons ici que le groupe de discussion focalisée, formé exclusivement d'hommes, socialisés de manière traditionnelle, intègre lui aussi la dimension culturelle décrite par ces auteurs. Les positions que nous venons d'évoquer ont guidé notre choix d'utiliser le groupe de discussion comme moyen pour évaluer scientifiquement le message de promotion de saines habitudes de vie masculines véhiculé dans les vidéos présentées.

Selon Girault (1990), l'évaluation dite «préalable» ou de préproduction, doit être en mesure d'apporter des réponses aux questions suivantes eu égard au public visé. Quelles sont les

aspirations de ce public par rapport au sujet traité ? Quelles questions se pose-t-il ? Quelle langue emploie-t-il ? Quelles sont les notions qu'on peut considérer comme étant acquises ? Tout de suite après la diffusion du message, on procède à l'évaluation « formative » ou de postproduction afin de vérifier si l'objectif a été atteint. On applique alors une grille scientifique d'évaluation auprès du public pour connaître son appréciation sur la qualité des messages. De façon analogue, lorsqu'en préproduction on veut évaluer un message pédagogique sur support vidéo, on pose différentes questions à des professionnels de ce médium relativement aux contraintes de figuration et de narration propres à ce type d'instrument. Les réponses à ces questions guident la réalisation de la vidéo. Flay (1987) propose de poursuivre l'étude avec l'évaluation de la postproduction qui, selon lui comprend deux étapes. La première précède la distribution du matériel pédagogique à un large public. La seconde accompagne la distribution de ce même matériel.

Comme l'indiquent Rice et Valdivia (1991), certaines phases sont à respecter dans la production et l'évaluation d'un document (feuillet, photo-roman, bande dessinée, matériel audiovisuel ou autre) visant à transmettre un message persuasif sur une question de santé. Pour tester la qualité de réception d'un message, plusieurs variables peuvent être prises en considération. Certaines sont plus importantes que d'autres et doivent être favorisées. Dans la présente étude, nous nous inspirons d'une recherche similaire conduite par Rondeau, Rojas-Viger et Bizot (2006), elle inspirée des travaux de Rojas-Viger et Dedobbeleer (1996), et privilégions l'étude des quatre variables suivantes afin de procéder à l'évaluation des trois campagnes.

La première est la qualité de la vidéo, en tant que médium, pour véhiculer le message. Une telle qualité signifie que les moyens techniques employés dans la confection du message, soit le langage utilisé, le son et la musique, l'ambiance créée par la dramatique, les effets spéciaux, le montage et autres permettent de faire naître chez le spectateur le désir de regarder la vidéo et de poursuivre son visionnement jusqu'à la fin pour ainsi appréhender le message véhiculé (Gouvernement du Québec, 2002). L'attrait est la seconde qualité. Elle se définit par la sensation éprouvée, par l'intérêt suscité et les idées que le document inspire dès les premiers instants (Girault 1990 ; Rice & Valdivia 1991); le spectateur est attiré par le document et son contenu.

L'appropriation, la troisième qualité, témoigne que les participants s'identifient bien au message, le font leur, parce que celui-ci répond à leurs intérêts et que les dialogues, les images et le traitement des sujets abordés reflètent leur vécu quotidien (Rice & Valdivia 1991). La compréhension, quatrième qualité, est plus complexe et comporte trois dimensions selon Rimer et Glassman (1984). Il y a d'abord la stricte compréhension du message véhiculé, accepté et retenu par le participant et qu'on peut appeler la « compréhension littérale<sup>6</sup> ». Il y a aussi la « compréhension psychologique » qui interpelle le spectateur et le motive à mettre le message en pratique. Enfin, il y a la « compréhension opérationnelle », celle qui éveille le besoin de développer et de mettre en pratique une nouvelle habileté ou un nouveau comportement.

Les variables que nous avons choisies ne présentent pas, selon la littérature, de contraintes sérieuses pour leur définition, leur mesure et leur évaluation. Habituellement, autant la qualité de la vidéo que l'attrait, l'appropriation, la compréhension littérale et la compréhension psychologique sont mesurés par des questions ouvertes. Par contre, la compréhension opérationnelle ne peut pas être mesurée de façon certaine en utilisant un questionnaire. Rimer et Glassman (1984) émettent l'hypothèse que dans la réponse au message transmis par le média, en prévention et promotion de la santé, il existe des liens non linéaires et non en cascade, entre la compréhension du message, sa rétention, l'attitude à son égard et le changement du comportement. Ces auteurs ont prêté beaucoup d'attention à la compréhension comme telle et à sa relation avec la motivation et avec l'utilisation et l'intégration de l'information dans le changement du style de vie des personnes. Selon eux, les individus qui sont touchés par un message d'information à travers un média peuvent comprendre de façon littérale et psychologique ce qui est transmis. On ne peut toutefois pas prédire qu'ils feront usage des connaissances acquises pour opérer un changement dans leur style de vie ou adopter de nouveaux comportements. Cela signifie, en pratique, que si la compréhension constitue en fait un indicateur précieux, elle s'avère toutefois insuffisante pour prédire que quelqu'un va adopter une nouvelle habitude ou un nouveau comportement. Pour arriver à un tel changement, il est nécessaire de

---

<sup>6</sup> Littéral : « qui s'attache au sens strict d'un texte" (Le petit Larousse illustré 2002 : 601) ou encore "Sens littéral, se dit par opposition à sens allégorique et à sens mystique » (XM Littré 2006).

développer des habiletés à plus long terme ce qui ne peut se réaliser qu'à travers un programme éducatif de renforcement (Godin, 2010).

### *La communication visant les hommes*

Certains auteurs ont proposé des pistes de communication particulière lorsqu'il s'agit de s'adresser à un public masculin. Par exemple, l'étude de Gough et Conner (2005) sur l'alimentation des hommes dont il est question à la section 1.2 montre que les hommes font des choix éclairés en matière d'alimentation. Selon les auteurs, les autorités pourraient se baser sur cette donnée dans leurs campagnes de promotion, par exemple en présentant l'information de manière rationnelle en évitant les émotions et la dramatisation des risques de santé associés à une mauvaise alimentation. Elles pourraient aussi mettre l'emphasis sur le choix personnel et la responsabilisation des hommes à l'égard de ce qu'ils mangent, peut-être en les encourageant par le fait même à réfléchir un peu sur leurs habitudes alimentaires et en présentant des liens vers de l'information complémentaire. Les auteurs proposent aussi de faire l'association entre la substance/satiété et la nourriture saine dans les messages pour contrer la perception que la nourriture santé est fade et peu rassasiant, par exemple en présentant un homme « masculin » classique en train de manger une portion généreuse d'un plat appétissant composé de nourriture saine. Finalement, Gough et Conner avancent l'idée que la résistance envers l'alimentation saine de la part des hommes pourrait être une forme de réactance, c'est-à-dire une résistance négative en réaction à ce qu'ils perçoivent comme des efforts répétés de la part d'autrui pour limiter leurs choix et leur liberté.

L'analyse du programme de sensibilisation des hommes sur le poids et la santé parrainé par le groupe Équilibre dont il est aussi question plus haut a également été riche d'enseignements en matière de communication envers les hommes. Lors d'une communication pendant les Journées annuelles de santé publique, la directrice de l'organisme a présenté quelques astuces à utiliser afin d'interpeller la clientèle masculine : aller vers eux, par exemple avec des interventions en milieu de travail ; opter pour une approche de groupe ; favoriser chez eux la prise de conscience ;



leur proposer de relever des défis ; adopter les mots d'ordre de plaisir et liberté ; préférer l'action à la parole ; viser des résultats tangibles et mesurables ; utiliser une approche simple et directe ; rester près de leurs préoccupations ; mettre l'accent sur la valorisation, le renforcement positif et la réussite personnelle (Bureau de soutien à la communication en santé publique, 2010b).

Un rapport sur la santé reproductive des hommes (Drennan, 1998) mentionne aussi qu'il est important de rejoindre les hommes là où ils se rencontrent spontanément où ils se sentent à l'aise comme les lieux de travail, les clubs sociaux ou les événements sportifs. Dans ces endroits, les hommes seraient plus réceptifs à une nouvelle information. Il est également proposé d'utiliser des vedettes sportives comme porte-parole d'une campagne. Finalement, l'auteur du rapport croit au pouvoir des médias d'influencer les normes sociales et les attentes à l'égard des comportements masculins. Le fait de décrire les hommes dans de nouveaux rôles positifs dans les médias de masse aurait un impact bénéfique en ce sens.

### *Modèles théoriques de l'adoption d'un nouveau comportement*

Afin de développer des campagnes de marketing social efficaces, il est important de comprendre les processus qui entrent en jeu au moment où l'individu considère d'adopter un nouveau comportement.

### Le changement de comportement au regard de la santé

Selon Gaston Godin, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les comportements et la santé (Université Laval), les motifs d'intervention des professionnels de la santé ne sont pas nécessairement similaires aux motifs d'adoption d'un comportement, d'où l'importance d'avoir une information ciblée sur ce qui soutient l'agir d'une personne afin de pouvoir changer un comportement. En fonction du manque de motivation ou non de la population cible et du degré de passage à l'action, plusieurs hypothèses peuvent être avancées afin de choisir le type de programme à mettre en place :

1. Si l'on constate une absence de motivation (aucune intention de changer) et que les membres de la population cible ne bougent pas, un programme de motivation est plus approprié pour tenter de changer les comportements. Toutefois, force est de constater que dans ce cas-ci, les comportements sont difficiles à changer.
2. Si l'on constate une absence de motivation mais que les membres de la population cible entreprennent des actions en vue de changer leurs comportements, un programme de soutien et d'encouragements à poursuivre peut être mis en place.
3. Si, au contraire, on constate que l'intention de changer est présente au sein de la population cible mais que les personnes en faisant partie ne bougent pas, un programme de motivation est approprié. Différentes approches sont préconisées. Celles qui privilégient la création de conditions environnementales favorables au changement sont particulièrement adéquates (faire tomber les barrières à l'action par exemple ou faciliter la prise d'action).
4. Dans le cas où les intentions de changer sont suivies de la mise en place d'actions visant le changement, à l'instar de ce qui est préconisé lorsque les membres de la population cible ne sont pas particulièrement motivés mais qu'ils bougent tout de même dans le sens de modifier leurs comportements, un programme pour soutenir et encourager les personnes à poursuivre leurs efforts est bon.

Selon Godin (2010), la motivation d'une personne se construit généralement autour de trois éléments : le monde des attitudes, celui des normes et la dimension du contrôle. Au niveau des attitudes, on aime ou on n'aime pas ; on a des raisons d'agir ou de ne pas le faire ; on voit des avantages ou des inconvénients à faire les choses (aspect cognitif). L'attitude comprend aussi l'affect : c'est ennuyeux ; cela n'est pas plaisant ou bien au contraire, ça l'est. La norme pour sa part fait en sorte que l'on est favorable ou pas à faire une chose. Enfin, le contrôle fait référence à la capacité de l'individu, à ses habiletés à faire quelque chose. Cette dimension réfère également à son pouvoir de faire la chose en question et d'adopter le comportement visé. Le plus souvent, l'adulte a le contrôle sur ce qu'il veut faire.

Il y a toujours un écart entre la motivation d'une personne et son *agir*. Il faut trouver comment arriver à faire le passage d'une motivation à l'action. Or, force est de constater que lorsque l'on parle de saines habitudes de vie, de la santé, souvent le plaisir n'est pas du côté de ce qu'on devrait adopter.

Toutefois, des effets qui peuvent sembler limités à l'échelle d'une personne, peuvent avoir malgré tout un impact significatif au niveau de la santé publique si l'on pense en termes de populationnels. Logiquement, une intervention étayée sur des connaissances théoriques solides risque d'être plus efficace qu'une qui ne l'est pas. Ici, le changement éducationnel est nécessaire, tout comme le changement environnemental. Chacune de ces deux stratégies va agir sur la motivation et le comportement à des moments différents et en synergie parfois. Il faut savoir cependant que s'il est vrai que la communication de masse sert à l'identification des priorités sociales, une stratégie d'intervention efficace, pour sa part, ne peut pas en être une populationnelle, et ce, parce que les individus ne sont pas semblables et égaux. C'est pourquoi il ne peut y avoir une même stratégie pour tout le monde.

Pour réaliser leurs études de marché et adapter leurs messages publicitaires aux attentes des consommateurs visés par les produits qu'ils promeuvent, les professionnels du marketing utilisent fréquemment la segmentation, basée le plus souvent sur des facteurs sociodémographiques. On va cibler un homme ou une femme d'une tranche d'âge donnée, ayant un niveau de revenu de tant, vivant dans une région plutôt qu'une autre, identifiée avec des besoins de telle ou telle nature, etc. À partir de ces données, on crée un profil type, l'image d'un modèle. En considérant les caractéristiques de ces « spécimens », les professionnels du marketing élaborent une stratégie de communication adaptée afin de vendre un produit. En santé publique, les stratégies d'intervention visant le changement de comportement, s'inspirent de ces études et actions qui concourent à créer des produits satisfaisant les besoins et les désirs des consommateurs et à assurer leur commercialisation dans les meilleures conditions de profit. Les « promoteurs » de la santé publique opèrent fréquemment leur campagne de promotion en suivant le même processus. Toutefois, le modèle sera construit à partir de valeurs cognitives plutôt que de facteurs sociodémographiques. Ce qui est beaucoup plus instable et moins concret (Godin, 2010).

En santé publique, l'un des défis importants que doivent relever ceux et celles qui mettent en communication les messages faisant la promotion de saines habitudes de vie, est celui consistant à mener progressivement des personnes à abandonner des habitudes jugées malsaines, pour en adopter d'autres pour lesquelles ils n'ont pas nécessairement d'intérêt.

Plusieurs modèles de communication persuasive ont été élaborés qui nous permettent de mieux comprendre comment des campagnes peuvent atteindre un tel objectif de changement. Marchioli (2006) a réalisé une revue des derniers développements dans ce domaine. Nous reprenons ici les présentations qu'elle a faites des modèles duaux de la persuasion, des modèles d'appel à la peur et du modèle de la communication engageante.

### Les modèles duaux de la persuasion

Les deux modèles des doubles processus de la persuasion (le *Elaboration Likelihood Model*, ELM, Petty & Cacioppo, 1986 ; Petty & Wegener, 1999 et le *Heuristic-Systematic Model*, HSM, Chaiken, Liberman, & Eagly, 1989 ; Chen & Chaiken, 1999) adoptent une approche cognitive de la persuasion qui considère le récepteur comme étant actif dans le traitement du message. Le changement de comportement provient donc de la production de réponses cognitives (pensées favorables ou défavorables) envers le message. Pour ces modèles, le récepteur peut traiter le message persuasif en empruntant soit la voie centrale, soit la voie périphérique (pour le modèle ELM, le HSM parle plutôt de voie systématique ou heuristique). Le choix d'une voie de la part du récepteur dépend de sa motivation, son implication et sa capacité à traiter les arguments. Le modèle HSM ajoute aussi l'équilibre entre un minimum d'effort cognitif et la satisfaction de ses motivations. Lorsqu'un individu dispose d'une motivation et d'une capacité à traiter l'information importante ou lorsque l'équilibre est faible entre les risques et les recommandations, il emprunte la voie centrale (systématique). Il formera son jugement à l'égard du message persuasif sur la qualité de l'argumentation et l'attitude ainsi formée sera stable, résistante et fortement prédictive de son comportement. Si en revanche le récepteur dispose d'une motivation et d'une capacité de traiter l'information inadéquate, ou que l'équilibre est important,

il empruntera la voie périphérique (heuristique) et basera son jugement sur des indices périphériques comme le contenu du message ou sa source. L'attitude qui en découle est instable, peu résistante à une tentative de contre persuasion et aussi peu prédictive du comportement. Selon l'auteure, ces modèles montrent l'importance de prendre en compte la motivation, l'implication et la capacité de traitement des récepteurs dans la confection des messages persuasifs. Le modèle HSM divise la motivation en trois types : motivation à la défense, motivation à l'exactitude et motivation d'impression. C'est la motivation à la défense (désir de maintenir ses attitudes et croyances) qui joue le rôle le plus important dans le processus de persuasion des campagnes de promotion de la santé. Lorsque la campagne vient à menacer l'identité et les valeurs du récepteur, celui-ci, s'il se sent impliqué, va chercher à se protéger de la menace en favorisant une contre argumentation et en résistant à la persuasion. Marchioli (2006) souligne donc l'importance de connaître les valeurs et les croyances de la population cible afin de concevoir une campagne qui ne les remettrait pas en question, sous peine d'échec.

### Les modèles d'appel à la peur

Marchioli (2006) présente ensuite les modèles qui expliquent les processus cognitifs en jeu lorsqu'un message fait appel à la peur. La *Protection Motivation Theory* (PMT) de Rogers (1983) fait office de précurseur en la matière. Ce modèle postule que lorsqu'un individu est exposé à un message persuasif, il fait un choix conscient et délibéré d'un comportement en se basant sur une logique de coût/bénéfice. Le comportement choisi peut être soit adapté à la menace, soit mal adapté, suivant l'éveil (ou non) de la motivation à la protection. Lorsque le message fait appel à la peur, l'individu évalue donc, d'une part, la menace générée en examinant la sévérité de la menace et la vulnérabilité perçue. D'autre part, il évalue les moyens mis à sa disposition pour contrer la menace (*coping*). Il le fait en examinant l'efficacité des recommandations proposées par le message ainsi que sa propre capacité à réaliser ces recommandations (auto-efficacité). Le coût de l'adoption des recommandations ainsi que les bénéfices associés à la persistance du comportement mal adapté influent négativement sur la motivation à la protection. En revanche, le

PMT prévoit un éveil de la motivation à la protection si la menace est jugée forte et le *coping* valable.

Le *Extended parallel process model* (EPPM) de Witte (1992 ; 1998) a cependant pris la place du PMT comme modèle dominant. Ce modèle distingue deux voies de traitement du message : le contrôle du danger et le contrôle de la peur. L'emprunt d'une voie ou de l'autre est fonction de l'évaluation de la menace perçue et de l'efficacité perçue. Si le récepteur juge l'efficacité perçue plus forte que la menace perçue, il va s'engager dans la voie de contrôle du danger et acceptera les recommandations du message. Au contraire, si la menace perçue est jugée supérieure à l'efficacité, le récepteur s'engagera dans la voie de contrôle de la peur. Il ne rejettera pas le fait même les recommandations du message et tentera de développer des stratégies de résistance à la persuasion, comme le déni ou la remise en cause de la crédibilité de la source.

Les modèles duaux de la persuasion apportent aussi leur contribution pour expliquer les réactions des individus face aux appels à la peur. C'est avec l'ajout du mode de traitement du message central biaisé (ou systématique défensif) que ces modèles y parviennent (Chaiken, Giner-Sorolla, & Chen, 1996). Lorsque le récepteur exposé à un message d'appel à la peur est fortement impliqué et qu'il cherche à contenir sa peur, il peut traiter l'information de manière biaisée. Par l'utilisation de réponses défensives telles que l'évitement ou le déni, le récepteur en arrivera à un traitement qui conforte sa vision initiale. Le message sera donc un échec. Si au contraire le récepteur a une évaluation réaliste de la menace et de la manière de s'en protéger, il aura recours au traitement systématique/central objectif.

Marchioli (2006) croit qu'en sélectionnant une population cible motivée, impliquée et réaliste vis-à-vis de la menace, les campagnes de marketing social qui font appel à la peur peuvent être des stratégies de communication en santé valides. Pour réussir, elles doivent être accompagnées de recommandations efficaces et faisables afin de diminuer la vulnérabilité de la cible et augmenter son sentiment d'auto-efficacité.

### Le modèle de communication engageante

Marchioli (2006) termine son texte en présentant le modèle de communication engageante introduit par Joule, Py et Bernard (2004). Les campagnes de marketing social parviennent souvent à modifier les attitudes des gens, mais modifier leurs comportements est une tâche plus difficile. C'est à ce décalage entre les idées et les actions que la communication engageante s'attaque. Le modèle affirme que pour réussir, la requête finale (le changement de comportement) doit être précédée par la réalisation d'un acte préparatoire allant dans le même sens. Ce n'est donc pas parce qu'ils ont été persuadés que les gens modifient leur comportement, mais plutôt parce qu'ils s'y sont engagés. Le changement de comportement découle donc d'une libre décision de leur part. Le principe du pied dans la porte est un exemple de comportement engageant : pour amener une personne à se comporter d'une certaine manière, il faut lui faire réaliser un comportement anodin du même type qui prépare le terrain. Pour Joule (1987), une campagne persuasive a plus de chance d'être acceptée si elle est précédée d'un acte préparatoire en lien avec les arguments qu'elle développe. L'acte préparatoire peut être de nature problématique (contraire aux attitudes de la cible) ou non problématique (conforme aux attitudes). En santé publique, on cherche à faire adopter des comportements contraires aux attitudes des gens. L'acte préparatoire devrait donc être problématique, ce qui créerait chez l'individu un état de contradiction entre ses motivations (par exemple « j'aime fumer ») et l'acte qu'il vient de réaliser (s'abstenir de fumer pour quelques heures). Pour diminuer cet état de dissonance, l'individu va ajuster *a posteriori* ses attitudes et ses comportements avec l'acte préparatoire. Ce changement d'attitudes favorisera la réalisation d'autres actes qui sont en accord avec le comportement préparatoire. Le comportement préparatoire sert donc à optimiser l'acceptation de la campagne persuasive. Cette méthode est particulièrement adaptée à une campagne qui allie communication médiatique et hors médias, comme des événements de marketing direct sur le terrain dont l'objectif est d'initier le comportement préparatoire engageant.

La théorie du comportement planifié est un autre modèle qui tente d'expliquer l'adoption d'un nouveau comportement chez un individu. Selon ce modèle, des variables externes comme l'âge,

le sexe et les habitudes actuelles influencent les attitudes, les normes subjectives et la perception du contrôle (auto-efficacité). Ces trois derniers facteurs se canalisent dans l'intention d'adopter un comportement, qui est un passage préalable à l'adoption du comportement (Bureau de soutien à la communication en santé publique, 2010c).

Le modèle transthéorique proposé par Prochaska et DiClemente (1983, 1992, 2002) décrit pour sa part les six étapes par lesquelles un individu passe pour adopter un changement d'attitude et de comportement durable. Ces étapes sont : 1. la *précontemplation*, alors que la personne n'a pas l'intention de modifier ses habitudes. 2. L'étape de la *contemplation* alors que la personne est sensibilisée et amorce un processus de recherche d'informations et discute du problème avec d'autres gens. 3. L'étape de la *préparation/décision* est celle où la personne s'engage à modifier ses habitudes parce qu'elle est convaincue qu'elle en est capable. Elle conçoit un plan d'action pour y arriver. 4. L'étape suivante est celle de *l'action* où la personne s'engage à adopter le changement de comportement. 5. Lors de l'étape du *maintien*, la personne maintient l'adoption des changements et évite les rechutes. 6. À la dernière étape de *l'intégration*, le nouveau comportement est complètement et définitivement intégré. Les individus ne suivent cependant pas tous ce parcours de la même manière et de façon linéaire ; ils peuvent sauter des étapes, faire des rechutes et rebondir. Selon Irène Langis, qui présente ce compte-rendu, cette théorie suggère l'importance de savoir à quelle étape du changement se situe le public cible d'une campagne afin de pouvoir leur offrir des arguments, des motivations et des astuces qui peuvent les aider à franchir les étapes. Elle présente aussi des exemples d'éléments de communication associée à chaque étape qui pourrait être utilisés dans des campagnes de promotion de la santé (pour les détails, voir : Bureau de soutien à la communication en santé publique, 2010d). Mais de manière générale, les campagnes devraient viser le soutien et l'information sur les risques du comportement et les bénéfices associés à son changement à l'étape 1. Ensuite, à l'étape 2, il s'agit de nommer, renforcer et valoriser les bénéfices et d'identifier les obstacles potentiels au changement. À l'étape 3, en plus de revenir sur les obstacles, il faut identifier les solutions pour les surmonter et établir les modalités concrètes du changement. À l'étape 4, les interventions



devraient viser à valoriser les succès et aider à surmonter les obstacles. À l'étape 5, on offre soutien et encouragement et on réévalue les succès afin de prévenir les rechutes (Sommer, Gache, & Golay, 2005).

Le rapport sur la santé reproductive des hommes mentionné plus haut propose lui aussi un modèle du changement comportemental en étapes (Drennan, 1998). Face à un message en santé publique, les individus passent par cinq étapes. 1. *La connaissance* : les individus se rappellent des messages et comprennent leur signification. 2. *L'approbation* : ils répondent favorablement aux messages, discutent de ces messages avec les membres de leur réseau personnel et approuvent la pratique proposée s'ils pensent que leur réseau l'approuve aussi. 3. *L'intention* : ils reconnaissent que des pratiques de santé spécifiques peuvent répondre à un besoin personnel et ont l'intention de consulter un professionnel de la santé et d'adopter la pratique. 4. *La pratique* : Ils se rendent chez un prestataire de service de santé et adoptent la pratique. 5. *Le plaidoyer* : Ils font l'expérience de la pratique, reconnaissent leurs bénéfices, la recommande à d'autres et approuvent la campagne.

## **Méthodologie**

La présente recherche est de type qualitatif et descriptif. Nous avons utilisé des groupes de discussion en profondeur avec des hommes âgés entre 25 et 44 ans. L'équipe de recherche aspirait à obtenir les pensées personnelles et les points de vue des hommes sur leurs processus de prise de décisions par rapport à la santé. Les groupes de discussion sont pertinents parce qu'ils encouragent les participants à partager leurs opinions dans un environnement qui n'est pas menaçant. Ce type de groupe a le potentiel d'apporter un éclairage inédit sur les divers facteurs qui influencent la prise de décisions à un niveau individuel (Litosseliti, 2003 ; Popay & Groves, 2000) et permet d'obtenir plusieurs points de vue sur un même sujet, ce que l'on ne parvient pas à faire avec d'autres méthodes (Gibbs, 1997).

## **But**

Cette étude a été réalisée afin d'identifier les facteurs communs qui déterminent l'adoption de saines habitudes de vie chez des hommes dits « traditionnels » en vue d'aider à l'élaboration d'une stratégie de promotion de la santé adaptée aux besoins spécifiques de cette clientèle.

## **Objectifs principaux :**

Eu égard à leur santé, les groupes de discussion ont été organisés avec des habitants du Saguenay–Lac-Saint-Jean dans l'objectif de :

1. Identifier :
  - a. leurs croyances, leurs préjugés et leurs mythes
  - b. leurs valeurs
  - c. leurs motivations profondes et leurs freins
2. Déterminer l'écart existant entre la manière dont les hommes se perçoivent et la manière dont nous les percevons.

## **Variables à l'étude**

Trois types de variables ont été utilisés. Le premier type comprenait les variables sociodémographiques. Celles-ci ont été employées afin de dresser le portrait de l'ensemble des participants. Le second type de variables incluait celles retenues pour saisir la définition que les hommes donnent de la santé et explorer leurs perceptions des processus qui les conduisent à prendre en considération les questions reliées à la santé, la leur comme celle des autres, du même ou de l'autre genre. Le troisième type de variables comprenait celles permettant d'évaluer explicitement l'efficacité de publicités vidéo, d'affiches ou autres outils servant de matériels de promotion destinés à sensibiliser les hommes aux saines habitudes de vie.

Parmi les **variables sociodémographiques** retenues, on retrouvait : l'âge, l'état civil, le nombre d'enfants, la scolarité, le travail, le revenu familial et la religion. Ces variables ont été présentées sous forme de questions ouvertes et fermées (voir Annexe 1). Chaque participant a répondu sur un formulaire anonyme.

Pour comprendre les différentes définitions et perceptions de la santé que les hommes ont fournies, nous nous sommes basé d'une part sur la définition de l'OMS (1948) qui définit la santé comme un « état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'incapacité », et d'autre part, sur les éléments clés mis à jour dans la recherche documentaire. Notamment, pour explorer **les valeurs, croyances et préjugés**, nous voyions à comprendre dans quelle mesure la masculinité traditionnelle, telle qu'apprise, vécue et exprimée dans nos sociétés, influence la perception que les hommes ont de la santé et de quelle manière l'adhésion des hommes aux préceptes de ce type de masculinité influent sur leurs comportements eu égard à leur santé, notamment vis-à-vis des comportements à risque et de la demande d'aide

Nous portions attention au niveau d'intérêt et de connaissance des hommes lorsqu'il s'agit de se préoccuper de sa santé. Les questions auxquelles nous avons tenté de répondre étaient : les hommes s'intéressent-ils à la santé ? Comment la conceptualisent-ils ? La voient-ils seulement en termes de fonctions corporelles ? Ou bien les hommes se préoccupent-ils aussi de l'apparence de

leur corps, de leur poids et de leur « ligne » ? Les hommes rencontrés accordent-ils plus d'importance à la dimension physique et à la performance comparativement au bien-être psychique ? Pour eux, la santé mentale est-elle un sujet tabou qui irait à l'encontre de leur identité masculine ? Et de façon plus générale, la santé en est-il un qu'ils perçoivent comme une menace pour cette identité ? Est-ce que se préoccuper de sa santé est acceptable pour les hommes de l'échantillon ?

Les résultats de la recension de la littérature indiquent que certains hommes ont tendance à considérer que la santé est une affaire de femmes ou que seules les femmes s'en préoccupent. Dans ce sens, ils surestiment la proportion d'hommes ayant des comportements malsains. Nous voulions voir si tel était le cas des participants aux groupes de discussion focalisée : se font-ils une idée juste de la situation sanitaire de leurs congénères ou, au contraire, la norme qu'ils perçoivent dans ce domaine est-elle erronée ?

Au regard des quatre catégories des visions du monde qui conditionnent le rapport au corps des hommes, nous tentions de saisir si les participants sont plutôt mécanistes comme semblent l'indiquer certaines études.

Étant donné que les hommes veulent avoir le contrôle sur leurs choix, avoir le sentiment que ce sont eux qui prennent la décision de faire des démarches pour leur santé et de changer ou non leur comportement, l'impact du désir de demeurer en contrôle de leur décision lorsqu'il est question de leur santé était aussi examiné.

Une autre question à laquelle nous avons tenté d'apporter des éléments de réponses est reliée à la situation discursive dans laquelle les répondants se placent lorsqu'ils utilisent les services. Quel est leur état d'esprit vis-à-vis des services de santé ? Comment les hommes négocient leur utilisation du système de santé de manière qui soit acceptable pour un homme et conforme avec la masculinité hégémonique ? Comme des études semblent le démontrer, se placent-ils dans la position discursive d'utilisateurs occasionnels et *légitimes* des services de santé, en contraste avec les utilisateurs *excessifs* que sont les femmes selon eux.

Nous avons vu que la perception de la normativité du comportement du groupe de référence guide le comportement de l'individu en l'informant du comportement « normal » et en contraignant les comportements qui seraient déviants. Les groupes de discussion focalisée devaient nous permettre de voir dans quelle mesure et en quoi le comportement des répondants est bel et bien influencé par la perception qu'ils ont de la normativité du comportement en santé de leurs congénères.

En ce qui concerne **les freins et les facteurs de motivation par rapport au système de santé**, nous voulions voir si les discussions corroborent ce que mentionnent plusieurs auteurs, à savoir que les principaux obstacles à l'utilisation des services de la santé sont reliés à la méconnaissance de la manière de prendre rendez-vous et à leur inconfort de parler avec les réceptionnistes ; aux heures d'ouverture restreintes, à leur réticence à attendre pour leur rendez-vous ; à leur sentiment d'inconfort dans un environnement qu'ils jugent dédié aux femmes ; à un manque de confiance dans la confidentialité du système de santé ; à la peur d'être jugés par les employés et/ou, finalement, à leur manque de vocabulaire pour discuter de sujets délicats.

Nous avons exploré aussi les perceptions que les hommes ont de l'impact sur leur santé de leur conjoint, de leur famille et de leur situation d'emploi (accessoirement de leur travail). Au nombre des facteurs défavorables, on compte le fait que les hommes sont souvent bien conscients des risques, mais qu'ils ont tendance soit à les minimiser, soit à les considérer comme incontrôlables. Nous avons vu comment les répondants se positionnent par rapport à ce point.

Une autre variable avait trait au soutien social dont disposent les hommes. Les hommes ont en effet tendance à avoir moins d'amis intimes et un réseau social moins développé que les femmes. Mais les études montrent que le soutien social est un facteur essentiel dans l'adoption de comportements plus sains et de comportements préventifs.

Les résultats de la recension mettent de l'avant que face aux messages gouvernementaux faisant la promotion de l'adoption de saines habitudes alimentaires, les hommes sont sensibles au fait de pouvoir tenir une position rationnelle et modérée qui met de l'avant le choix personnel et la

responsabilité des individus face à leur alimentation. Les auteurs remarquent que cette position fait ressortir les vertus masculines traditionnelles d'autonomie, de raison ou rationalité et de contrôle. Nous avons tenté de voir en quoi ces différents aspects ont une influence sur l'intérêt des hommes de l'échantillon pour les messages publicitaires très brefs qui leur ont été présentés.

Les quatre **variables** mesurées pour évaluer l'efficacité de ces spots en tant que moyen de communication, d'information et de sensibilisation aux saines habitudes de vie sont :

- a) Leur **qualité** en tant que médium utilisé pour transmettre le message sur les saines habitudes de vie chez les hommes. Cette variable désigne les opinions exprimées par les hommes rencontrés sur les spots présentés, sur les moyens techniques utilisés soit le langage et les images utilisés, les effets de lumière, le son, le mixage et le montage des scènes dramatiques des messages publicitaires en question.
- b) L'**attrait** suscité, alors que cette variable renvoie aux sensations et à l'intérêt que les spots inspirent dès les premiers moments et qui font naître chez les hommes le désir de regarder la publicité jusqu'à la fin (Girault 1990 ; Rice & Valdivia 1991).
- c) L'**appropriation**. Cette qualité indique que la personne ciblée s'identifie au message transmis parce que celui-ci répond à ses besoins ou à ses intérêts et que les dialogues, les différentes scènes, de même que le traitement du ou des sujets abordés sont en grande partie le reflet de son vécu quotidien (Rice & Valdivia, 1991).
- d) La **compréhension**. Cette qualité comporte, selon Rimer et Glassman (1984), trois dimensions. La première est la compréhension stricte du message retenu par le spectateur et qu'il a été convenu d'appeler « littérale ». La seconde est la compréhension « psychologique », laquelle indique si le spectateur est motivé à mettre le message en pratique. La troisième est la compréhension « opérationnelle ». Elle éveille chez le spectateur le besoin de développer et de mettre en pratique une nouvelle habileté ou un nouveau comportement.

Ces variables ont été mesurées à partir des réponses obtenues à des questions ouvertes. Celles-ci ont été élaborées par les chercheurs, et posées durant les groupes de discussion. À ce matériel s'ajoutent les constatations, remarques et réflexions recueillies au moyen de l'observation participante des assistants lors du visionnement des vidéos et de la tenue des groupes de discussion d'hommes.

Pour terminer, un groupe de variables a permis d'interpréter la manière dont les répondants perçoivent **ce qui pourrait changer afin que les hommes prennent soin de leur santé**. En effet, les participants tenteront de partager avec les enquêteurs leurs idées et suggestions sur ce qui pourrait être fait, sur qui pourrait le faire et comment il faudrait s'y prendre. Les réponses à ces questions ont été comparées aux défis que devront relever les hommes et les professionnels de la santé selon les auteurs dont les écrits ont été recensés pour les besoins de cette étude. Par exemple, les hommes voient-ils un intérêt à humaniser la demande d'aide, la maladie et la vulnérabilité, la douleur et la peur, la sexualité ? Pour améliorer la santé des patients masculins, considèrent-ils que l'implication de leurs amis et de leurs familles représente un élément essentiel ? Un autre moyen de modifier les normes sociales est d'utiliser le témoignage de membres influents d'un groupe particulier. Est-ce que cela fait une différence à leurs yeux ? Croient-ils, comme plusieurs auteurs, que la masculinité n'est pas automatiquement malsaine ? Que certains comportements propres aux hommes sont propices à leur bonne santé ? Et qu'il faut donc encourager l'expression de ces éléments positifs de la masculinité.

### **Source d'information**

Plus d'une cinquantaine d'hommes (n=51) ont participé à la recherche à l'occasion de sept groupes de discussion focalisée qui se sont déroulés dans quatre zones d'exécution.

Le recrutement des participants à ces groupes a été effectué par l'équipe de recherche, en lien avec les organisateurs communautaires de trois centres locaux de services communautaires (CLSC de Chicoutimi, Lac-Saint-Jean-Est et Maria-Chapdelaine) et deux organismes

communautaires (Centre de prévention du suicide 02 et Le Cran... D'arrêt) dans chaque zone visée. En lien avec ces partenaires, chaque équipe d'enquêteurs composée d'un animateur et d'un observateur a utilisé une stratégie adaptée à sa réalité pour mener de façon optimale le travail de collecte de données.

Concernant les participants aux groupes de discussion focalisée, le choix a satisfait à plusieurs exigences et le scénario de recrutement final a consisté en une répartition hybride par territoire socio sanitaire de répondants et en fonction de la nature de leur milieu de vie (urbain, mixte et rural). Au total, huit (8) groupes ont été constitués, soit quatre en milieu urbain de 30 000 habitants et plus (deux à Chicoutimi, un à Jonquière et un à Alma) et trois en milieu mixte de 6 000 à 29 999 habitants (Roberval, La Baie et Dolbeau-Mistassini) et un en milieu rural (Albanel). Contrairement à ce qui était prévu dans le devis initial, nous avons préféré regrouper les hommes faisant partie des milieux mixtes et ruraux, et ce, pour se donner une chance de réunir au moins six participants par groupe de discussion focalisée. Par exemple, des résidents de Saint-Prime ont participé à la rencontre de Roberval. Par ailleurs, le groupe de discussion focalisée prévu à Saint-Fulgence n'a pas eu lieu faute de participants en nombre suffisant. Pratiquement, trois hommes avaient manifesté leur intérêt or nous étions convenus de ne rien entreprendre à moins que six (6) hommes aient confirmé leur participation.

Les résultats du groupe test qui s'est tenu à Chicoutimi sont entrés en ligne de compte car pratiquement aucun changement n'a été effectué dans le guide d'entretien suite à la réalisation de cette rencontre. On a essayé le plus possible d'avoir dans l'échantillon final autant de pères que d'hommes qui ne le sont pas, autant de travailleurs que d'hommes sans emploi, autant de célibataires que d'hommes vivant en couple et des répondants qui soient représentatifs de la diversité de la tranche d'âge 25-44 ans. Cette approche pour constituer l'échantillon devait, conformément au but de l'étude, permettre de cerner les points communs ainsi que les spécificités de la clientèle d'hommes dits « traditionnels ». Concrètement, la tâche a été ardue et nous avons finalement privilégié de pouvoir rencontrer des hommes appartenant à la tranche d'âge 25-44 ans sans égard pour leur état civil, leur situation dans la famille et dans la société.



## **Technique et instrument de collecte de données**

La technique retenue pour la cueillette de l'information a été celle du groupe de discussion focalisée d'une durée d'environ deux heures trente. Le but principal des groupes de discussion est de comprendre les sens, croyances et cultures qui influencent les sentiments, attitudes et comportements des individus. Cette une technique qui est donc particulièrement adaptée à l'exploration du choix des comportements de santé des individus (Kitzinger, 1995 ; Rabiee, 2004). Si le but explicite des groupes de discussion est de sonder les attitudes et les opinions des participants, l'analyse plus en profondeur des échanges et conversations qui ont lieu dans les groupes permet aussi d'en apprendre davantage sur des réalités implicites comme les normes sociales, les attentes et la compréhension culturelle des participants (Massey, 2010). Cette technique peut être utile pour examiner non seulement ce que les participants pensent et ce qui leur tient à cœur, mais aussi les raisons qui les poussent à penser ainsi et à accorder de l'importance à une question particulière (Gibbs, 1997 ; Kitzinger, 1995 ; Redmond & Curtis, 2009). Selon Kitzinger, les enquêtes statistiques peuvent seulement mettre à jour les écarts qui existent entre les connaissances en santé des gens et leurs comportements de santé. Ce n'est qu'en utilisant des méthodes qualitatives telles que les groupes de discussion qu'on arrive à trouver des pistes d'explication pour ces écarts (Kitzinger, 1995).

Les groupes de discussion permettent de générer des données provenant à la fois des individus et des individus en tant que composantes du groupe (Massey, 2010). Ils capitalisent sur la communication entre les participants pour générer des données (Kitzinger, 1995). Les attitudes, croyances et sentiments des participants sont plus susceptibles d'être révélés dans le contexte de groupe en raison des interactions interpersonnelles qui s'y produisent (Gibbs, 1997). La dynamique de groupe est en effet un élément clé de l'efficacité des groupes de discussion. Ceux-ci permettent souvent de générer une gamme de données plus riche et plus en profondeur que les entrevues individuelles (Rabiee, 2004). Un aspect important de la dynamique de groupe est qu'elle permet aux participants d'exprimer leur opinion sur un sujet, et, après avoir **entendu** celle d'autres membres du groupe, de décider de changer d'avis (Redmond & Curtis, 2009). La

dynamique du groupe peut aussi mener les discussions vers des directions originales et inattendues. Par ailleurs, les groupes permettent aux chercheurs de se pencher sur des formes de communications interpersonnelles de tous les jours comme les blagues, les anecdotes et les discordes qui sont souvent aussi révélatrices que les réponses rationnelles à une question et qui sont particulièrement utiles pour mettre en lumière les valeurs et les normes du groupe (Kitzinger, 1995).

Dans le cadre des huit (8) groupes de discussion focalisée qui ont eu lieu, les enquêteurs ont utilisé le guide d'entretien conçu par l'équipe de recherche et validé par les membres du comité de suivi et d'orientation (voir Annexe 1). Un questionnaire sociodémographique a aussi été auto administré avec des questions dont certaines étaient ouvertes et d'autres fermées (voir Annexe 2).

#### Le guide d'entretien

Un ensemble de sept (7) questions ont été posées au cours de la période d'échange. Le contenu était assez souple pour permettre aux participants de progresser dans la discussion à leur rythme mais assez structuré pour maintenir la discussion près du thème étudié et s'assurer que tous les enquêteurs posent des questions similaires. L'entretien collectif semi-dirigé commençait avec une question initiale et se déroulait en deux périodes de 75 minutes. Une pause de 15 à 20 minutes est prévue à l'issue de la première période. La question initiale était générale et accessible à tous afin de stimuler la prise de parole de chacun. Elle faisait l'objet d'un tour de table pour permettre à tous les participants de répondre et donc de créer un climat de confiance et d'égalité entre eux. La première partie de l'entretien traitait des perceptions que les hommes avaient de la santé, la leur comme celles des autres hommes. Après une pause de 15 minutes, la deuxième partie de l'entretien avait trait aux perceptions que les hommes ont des campagnes de promotion de la santé actuelles. On demandait d'abord aux participants s'ils se souvenaient d'une campagne de promotion de la santé vue ou entendue dans les médias de masse qui les avait marqués. Et si tel est le cas, pourquoi celle-ci les avait marqués. Dans un deuxième temps, on leur montrait deux messages publicitaires très brefs (une vidéo de sensibilisation du RHQ pour prévenir les drames

familiaux et une vidéo de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord faisant la promotion de saines habitudes alimentaires) et on tentait de voir avec eux si ces campagnes de promotion possédaient l'efficacité requise pour informer et sensibiliser aux saines habitudes de vie dans le contexte culturel de la masculinité traditionnelle. À travers une série de trois ou quatre questions, on regardait avec les hommes la qualité des images comme médium d'information, leur attrait pour eux, l'appropriation qu'ils en faisaient et la compréhension qu'ils avaient du message promotionnel. Dans le cadre de cette recherche, l'évaluation de ce type de matériel était utilisée comme élément déclencheur des discussions au sein des groupes. Les échanges entre les participants au sujet de ces spots publicitaires ont permis de colliger des informations sur leurs croyances et valeurs de manière indirecte.

### **Analyse des données**

L'analyse qualitative a pour but de donner un sens à une situation plutôt que la recherche de la vérité. Pour y arriver lorsque l'objet d'analyse est un groupe de discussion, Rabiee (2004) propose d'utiliser le cadre d'analyse développé par Krueger (1994). Cette méthode divise le processus d'analyse en une série d'étapes qui permettent de faciliter la tâche aux chercheurs. Elle permet aux thèmes de se développer à la fois à partir des questions de recherche et des récits des participants. Les cinq étapes sont : 1) la *familiarisation* qui consiste à écouter les enregistrements pour constater les données d'entrevues dans leur ensemble avant de les diviser en parties ; 2) *l'identification*, c'est-à-dire identifier le cadre thématique, par encodage et par le développement de catégorie ; 3) *l'indexation* qui consiste à jouer avec les données, faire des comparaisons, trier des citations ; 4) la *cartographie (charting)* qui implique de faire la collecte des citations et de les réarranger selon la nouvelle organisation thématique ; 5) La dernière étape est *l'interprétation*. À cette étape, le chercheur doit être capable de percevoir les relations entre les citations et faire le lien avec les données globales de l'étude. Krueger identifie sept critères qui peuvent servir pour encoder les données lors de l'interprétation : les mots utilisés et leur signification, le contexte dans lequel les commentaires sont exprimés, la consistance interne (les

changements d'opinions), la fréquence des commentaires et le nombre de participants qui les font, l'intensité émotionnelle des commentaires, la spécificité des commentaires (ceux qui ont trait à une expérience personnelle plutôt qu'à une situation hypothétique), et les grandes idées, c'est-à-dire les tendances et concepts plus larges qui émergent à la suite d'une accumulation de données découlant de discussions diverses.

### **Limites de la recherche**

Plusieurs facteurs limitent les conclusions de cette recherche. L'étude est circonscrite à l'examen des expériences et des perceptions d'une cinquantaine d'hommes et l'homogénéité de l'échantillon en matière de race, de classe et d'orientation sexuelle (blancs, de classe moyenne, hétérosexuels) limitent la possibilité de généralisation des résultats de la recherche à des groupes plus larges.

Une limite a trait à ce que Mezirow (2001) souligne comme étant un des obstacles majeurs au dialogue de type réflexif critique en groupe. Il en voit un principalement dans le *penser-groupe*, un néologisme forgé par Irving Janis (1983, cité dans Mezirow, 2001) pour « désigner un mode de penser propres aux gens si profondément attachés à la cohésion d'un groupe que le désir d'unanimité exclut toute évaluation objective de lignes de conduite alternatives » (Mezirow, 2001 : 206). Dans le cadre de notre étude, cet aspect revêt une importance particulière dans la mesure où dans les groupes de discussion focalisée organisés, on a pu sentir que les hommes s'influençaient mutuellement dans leurs réponses et que, à la lumière de ce phénomène de groupe particulier, les rapports d'entretien remplis par les enquêteurs font état que les répondants ont eu parfois tendance à vouloir se présenter sous un jour favorable eu égard au thème de la santé. Cet effet de désirabilité sociale chez les répondants représente un biais qu'il nous faut considérer dans les limites de la présente étude.

Le phénomène à l'étude a été exploré avec une majorité d'hommes qui résidaient dans des milieux urbains ou mixtes. Une sous-représentation des habitants de zones rurales ne permet pas

de dire que les constats établis par les répondants sont représentatifs de ce qui se passe pour ce type d'homme. Il serait intéressant de voir si ce qui est mis de l'avant par les hommes rencontrés en ville caractérise aussi ceux qui habitent la campagne et dont on peut faire raisonnablement l'hypothèse qu'ils ont une idéologie de la masculinité différente.

L'approche méthodologique et les techniques de collecte de données utilisées limitent la portée de nos résultats. En effet, les données, exclusivement qualitatives, n'ont été collectées qu'à une seule reprise, c'est-à-dire lors des rencontres collectives avec les répondants. Aussi, nous aurions pu élargir notre collecte à d'autres sources d'information (familles, collègues de travail, médecins de famille, thérapeutes individuels, etc.) et combiner les méthodologies qualitatives et quantitatives (administration d'un questionnaire à plus grande échelle). Or, un tel devis d'étude aurait nécessité plus de temps. De surcroît, le croisement des approches méthodologiques est une démarche qui peut être lourde et, par conséquent, difficile à mener à bien. Par exemple, elle était difficilement conciliable avec les impératifs budget-temps de la présente recherche.

Pratiquement, la collecte des données a été opérée plutôt auprès d'une majorité d'hommes qui avaient entrepris une réflexion au sujet de la santé, la leur comme celle des autres, et sur la manière de la maintenir ou de l'améliorer. Plusieurs répondants ont d'ailleurs mis en doute la validité de leur témoignage en tant que représentation de ce que vivent les hommes en général. Tout en reconnaissant la diversité des expériences masculines, ils ont mis une espèce de bémol à la portée de leur réflexion et ont demandé que l'on fasse attention à ne pas les considérer comme forcément représentatifs de la gente masculine car, tantôt ils occupaient une profession qui les faisait évoluer dans le réseau de la santé et des services sociaux, tantôt c'est leur conjointe qui était une professionnelle de ce réseau.

Hormis le groupe qui s'est tenu à Alma, le recrutement s'est effectué en dehors du réseau de la santé et des services sociaux. Concrètement, les hommes rencontrés ne devaient pas avoir été recrutés en fonction de leur participation à une activité, un service, un programme ou une ressource (ASPR) dudit réseau. Un des critères d'inclusion dans l'échantillon était que les

participants aux groupes de discussion focalisée ne soient pas identifiés comme étant des utilisateurs d'ASPR, voire des grands utilisateurs de ce type d'offre de soin. Or, le groupe qui devait avoir lieu à Alma a failli être annulé, la plupart des hommes ayant confirmé leur présence s'étant désistés au dernier moment. Dans ces conditions, l'un des enquêteurs, un Almatois, a sollicité sur place son réseau qui en était un issu de l'organisation des Alcooliques Anonymes (AA). Sans conteste, cela a créé une dynamique particulière parmi les sept (7) hommes qui ont pris part à la discussion. Si nous y voyons une limite à considérer du fait de leur appartenance à un groupe d'entraide constitué, les échanges ont cependant été fructueux et le fait que quatre hommes sur huit aient eu un parcours de vie jonché d'obstacles reliés à leur dépendance à l'alcool ou à d'autres substances ne disqualifient en rien les résultats de la discussion focalisée qui s'est tenue dans le groupe d'Alma.

Enfin, les propres expériences de l'équipe de recherche constituée d'hommes exclusivement en regard de la santé masculine, la compréhension qu'ils en ont, ainsi que leur relation privilégiée avec l'objet de la recherche ont également pu influencer l'interprétation et l'analyse des données colligées.

### **Considérations éthiques**

L'approbation éthique exigée par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CÉR) a été obtenue en septembre 2011. L'équipe de recherche a considéré toutes les questions éthiques soigneusement et la recherche a été conduite conformément aux directives éthiques établies par le CÉR. Les groupes de discussion ont été conduits par des enquêteurs formés et expérimentés dans l'utilisation des techniques de facilitation de discussion dans des groupes. Avant le début des discussions, les participants ont eu le temps pour considérer leur participation. Trois dimensions ont été prises en compte afin de respecter les principes et les devoirs éthiques liés à la recherche scientifique : 1) le respect de l'intégrité des personnes ; 2) le respect de la vie privée et ; 3) le souci de minimiser les inconvénients.

Des mesures ont été prises afin d'assurer la confidentialité et l'intégrité des répondants. Les objectifs de recherche ont été énoncés clairement aux participants lors des rencontres. Les enquêteurs les ont informés également à ce moment de la procédure (entrevue enregistrée), de la durée maximale de l'entretien collectif (150 minutes), ainsi que de leur libre consentement à participer à la recherche. De plus, lors des groupes de discussion focalisée, un formulaire de consentement général a été signé et remis aux enquêteurs. Les participants ont été informés qu'il leur était possible de se retirer à n'importe quel moment sans préjudice. Aucun participant ne s'est prévalu de cette option au cours de la recherche. Il leur a été également spécifié qu'aucune personne extérieure à cette recherche n'aurait accès aux entrevues collectives orales et que celles-ci seraient conservées dans un dispositif sécurisé. Aucune information permettant de les identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de les identifier seront conservées après cette date, le temps nécessaire à leur utilisation. De plus, le nom des hommes ayant accepté ou refusé de participer au projet ne figure sur aucun des documents utilisés. Dans le but de conserver ces données, le nom des participants a été remplacé dans les dossiers individuels comprenant les informations sociodémographiques et les transcriptions des entretiens par une lettre P et un chiffre : la lettre P pour « participant » et le chiffre référant à la personne interviewée. Les formulaires de consentement dûment signés sont conservés séparément. Le même codage est repris en entête de ceux-ci afin de pouvoir associer le bon formulaire de consentement au bon participant. Enfin, les participants ont été informés qu'ils pourraient avoir accès aux résultats de la recherche par l'entremise du présent rapport de recherche ou d'articles qui seront publiés dans des revues scientifiques ou des revues professionnelles.

## **Résultats**

Cette section présente les résultats de la recherche et se divise en trois sections : 1) le profil sociodémographique des répondants ; 2) le rapport des répondants à leur santé physique et mentale et ; 3) la description analytique des résultats.

Les résultats présentés sont basés sur les informations fournies par les 51 hommes ayant participé aux entretiens semi-dirigés collectifs entre octobre 2011 et février 2012. Quand les propos des répondants sont cités pour soutenir les résultats, le code utilisé pour la conservation des données (voir Considérations éthiques, p. 69) est remplacé par un nom fictif qui est cité entre parenthèses en même temps que la localisation du groupe auquel l'homme a pris part.

### **Description des résultats**

La description des résultats commence avec le portrait sociodémographique de l'ensemble des répondants et se poursuit avec une présentation sommaire de leur rapport à leur santé physique et mentale. Ces données sont tirées du questionnaire autoadministré rempli par les participants durant les groupes de discussion focalisée. Les informations fournies par les répondants relatives à la santé (définition, valeurs, croyances, préjugés, utilisation des services, etc.) et à leur appréciation des messages publicitaires brefs en faisant la promotion sont présentées et analysées dans un troisième temps.

#### *Le profil des participants*

Afin de connaître certaines caractéristiques des 51 hommes ayant participé à l'étude, les répondants ont rempli un questionnaire de nature sociodémographique.

En ce qui concerne leur lieu de résidence, sur les 51 répondants pratiquement la moitié (n=22 ; 43,1%) déclare demeurer en milieu urbain (30 000 habitants et plus) tandis qu'un peu plus d'une dizaine (n=11) habitent dans une zone mixte (de 6 000 à 29 000 habitants). Le milieu rural (moins de 6 000 habitants) est bien représenté puisque 15 hommes en sont issus (29,4%). Plusieurs réponses fournies par les participants ne permettent pas de les situer précisément. En effet, quatre hommes indiquent qu'ils résident dans la municipalité régionale de comté (MRC) Maria-Chapdelaine sans préciser la ville, la municipalité ou le territoire organisé d'où ils viennent. Or, si



pratiquement toutes ces composantes de la MRC totalisent moins de 6.000 résidents (de 189 à 3137), une ville en compte plus de 14 000 (Dolbeau-Mistassini). Aussi, les répondants ayant mentionné qu'ils demeuraient dans la MRC Maria-Chapdelaine ne peuvent être considérés comme résidents de milieu rural ou mixte, pas plus que de milieu urbain sous prétexte que la population totale de la MRC s'élève à plus de 25 000 habitants. Dans ces conditions, il n'est pas possible de départir les quatre participants en fonction des catégories établies et le statut de leurs réponses est « indéterminé ».

La moyenne d'âge des participants est de 33 ans. Plus d'un tiers (n=16 ; 31,4%) de l'échantillon est composé d'hommes âgés entre 30 et 34 ans, tandis que 27,5% (n=14) ont entre 25 et 29 ans et que moins d'un quart d'entre eux (n=10 ; 19,6%) a plus de 34 ans et moins de 40. Les autres participants sont âgés de 40 ans et plus (n=7 ; 13,7%).

Sur les 51 participants qui ont fourni une réponse, une majorité possède un diplôme d'études professionnelles ou collégiales (n=27 ; 52,9%). Une quinzaine a un niveau de scolarité équivalant au baccalauréat ou à la maîtrise (n=15 ; 29,4%) tandis que quatre ont un certificat universitaire. Les autres répondants ont un niveau de scolarité équivalant à un cinquième secondaire ou moins (n=5).

Plus de la moitié des hommes de l'étude travaillent à temps plein ou partiel (n=34 ; 66,7 %). Un peu moins du quart (n=10 ; 19,6%) des répondants travaillent à temps plein ou à temps partiel en plus d'être aux études. Pour ce qui est des autres hommes, ils sont soit : aux études (n=2), sur l'aide sociale (n=1), au chômage (n=2), travailleurs saisonniers (n=2), en voyage (n=1) ou autre (n=1).

Le revenu annuel brut de près d'un quart des participants est égal ou inférieur à 19 999 \$, tandis que pour un autre quart d'entre eux, il s'élève entre 30 000\$ et 39 999\$. Près d'un tiers des répondants ont des revenus se situant entre 20 000\$ et 29 999\$ ou entre 40 000\$ et 49 999\$. Quant aux sources de revenus, plus des trois quarts (n=43 ; 84,3%) proviennent d'un salaire perçu en échange d'un travail à temps plein ou à temps partiel. Les autres sources de revenus se répartissent entre la prestation d'assurance-chômage (n=6), la prestation de sécurité du revenu (n=3), les rentes du gouvernement (n=1) et les prêts et bourse (n=3).

Une large majorité des répondants (n=31 ; 60,8%) sont des hommes mariés ou conjoints de fait, un tiers (n=17 ; 33,4%) sont célibataires, les derniers étant séparés ou divorcés (n=3 ; 5,9%).

Près des trois quarts des hommes (n=37 ; 72,5%) ont connu l'existence du groupe de discussion focalisée par un proche (frère, ami, conjointe, collègue, etc.) et près d'un quart, par le biais des services de la santé et, ou des services sociaux. Pour ce qui est des autres participants, ils ont connu le groupe soit par des annonces publicitaires, un appel reçu à la résidence, le bouche-à-oreille ou en ont entendu parler à leur salle d'entraînement (n=4).

### *Le rapport des répondants à leur santé physique et mentale.*

Les participants à l'étude ont répondu à une série de questions qui a permis de prendre une photographie instantanée de leur rapport à leur santé physique et mentale au moment où nous les rencontrons, et ce, en lien avec un passé remontant à plusieurs mois.

Plus du deux tiers des répondants (n=36 ; 70,6%) disposent d'un médecin de famille et parmi ceux-ci, plus de la moitié (n=25) ont consulté leur médecin dans les 12 derniers mois. Moins d'un cinquième (n=6) des répondants ayant un médecin de famille l'a consulté entre les 12 et 24 derniers mois alors qu'un cinquième a consulté il y a plus de 24 mois. Lorsqu'ils n'ont pas accès à un médecin de famille (n=15 ; 29,4%), plus des deux tiers des répondants (n=10) indiquent avoir recouru à l'urgence de l'hôpital tandis que cinq ont recouru à des cliniques d'urgence. Pour ce qui est des autres façons dont les répondants indiquent se soigner lorsqu'ils n'ont pas accès à un médecin, elles concernent la mini-urgence, les pharmaciens, l'automédication et d'autres ressources qui ne sont pas précisées.

En ce qui concerne le fait d'avoir déjà eu un suivi individuel dans le cadre d'une thérapie, le tiers (n=17 ; 33,4%) des participants révèlent en avoir déjà eu un. Parmi ceux-ci, une demi-douzaine (n=6) indique qu'il était question de suivis psychologiques ou de suivis en toxicomanie. Un petit nombre (n=2) déclare qu'il était question de suivis psychiatriques tandis que pour tous les autres, il s'agissait de suivis divers (p.ex., emploi, travailleur social, allergies, au besoin, neurologique, individuel et de couple, séparation, comportemental ou alcoolisme).

La majorité des répondants ayant eu un suivi (10 sur 17) indique qu'ils le sont toujours ou que ce dernier a pris fin dans les douze derniers mois. Près de la moitié (n=8) déclare que leur suivi a pris fin entre les douze et vingt-quatre derniers mois ou il y a plus de vingt-quatre mois.

### *Présentation et analyse descriptive des résultats*

Les résultats sont présentés et analysés en suivant l'ordre des questions figurant dans le guide d'entretien collectif semi-dirigé. Deux types de variables sont utilisés aux fins de l'analyse descriptive. Le premier type inclut celles retenues pour comprendre la manière dont les hommes définissent la santé et scruter ce qu'ils perçoivent des facteurs qui les motivent ou les dissuadent à prendre soin d'eux et des autres. Le second type de variables concerne l'évaluation de l'efficacité de deux publicités vidéo destinées à sensibiliser les hommes aux saines habitudes de vie tant d'un point de vue psychosocial (demander de l'aide) que physique (bien manger).

### La conception de la santé des hommes

Lorsqu'on interroge les hommes sur leur conception de la santé globale, 36 d'entre eux (70,6%) considèrent qu'elle est d'abord constituée du bien-être physique, alors que 29 répondants (56,9%) intègrent également le bien-être psychologique. Les termes employés pour désigner ces deux formes de bien-être sont parfois plutôt simples, comme l'illustrent ces propos :

La santé, c'est autant psychologique que mental, émotionnel et physique. (Tommy, Chicoutimi)

La santé, bien souvent c'est un petit peu... Comme tout le monde dit, c'est physique et c'est psychologique aussi. Si tu es bien dans ta peau, tu es en santé. (Régis, Albanel)

D'autres ont une conception plus complexe de ces formes de bien-être et font plutôt mention de la capacité, de l'énergie et, ou de la motivation à faire leurs activités normales quotidiennes (aller travailler, faire du sport, cuisiner, s'occuper des enfants le soir et la fin de semaine, etc.), ce qui correspond davantage aux définitions des bien-être physique et psychologique selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Quelqu'un qui est en bonne santé, c'est une personne qui est capable de faire sa journée et à la fin de sa journée, elle est capable de faire sa soirée, des activités dans sa soirée. (Daniel, La Baie)

Pour 21 hommes interviewés (41,2%), la santé globale est constituée d'un équilibre entre le bien-être physique et le bien-être psychologique, en ce sens que la santé psychologique influence la santé physique et vice-versa. L'exemple suivant résume bien cette conception.

Un esprit sain dans un corps sain. Ça ressemble à ça. Quand on est bien, la santé, c'est comme être bien dans son corps, pas avoir de troubles nécessairement qui nous empêchent de vivre. (Joey, Chicoutimi)

Toutefois, les hommes ne conçoivent pas le bien-être social comme une composante de la santé globale puisque seulement quatre répondants (7,8%) y font allusion. Ce résultat n'est donc pas significatif dans la mesure où il se situe en deçà des cinq mentions (n=5 ; 9,8%) nécessaires pour exclure une fréquence nulle dans l'intervalle de confiance à 95% ( $p < 0.05$ ). Néanmoins, pour ces quatre répondants, le bien-être social consiste surtout à être présent pour la famille et les autres membres de son entourage et à entretenir des relations respectueuses et enrichissantes avec eux.

C'est aussi être en bonne santé, ça donne plus d'énergie, ce qui fait que dans tes relations avec les autres, t'es généralement de meilleure humeur pour leur jaser, leur discuter, plus attentif. (Laurent, Chicoutimi)

Par ailleurs, un peu moins de la moitié des répondants (n=24 ; 47,1%) interprètent la santé en termes de facteurs d'influence comme, par exemple, le contexte dans lequel ils se situent ou les habitudes de vie telles que l'alimentation, le sport et le sommeil.

Être en bonne santé, c'est [...] d'essayer de suivre une bonne nutrition, malgré que c'est vraiment difficile pour plusieurs, mais c'est d'atteindre les niveaux là-dessus. Après ça, de bouger, de profiter du sport le plus possible ou d'activités. (Maurice, La Baie)

Enfin, seulement trois hommes interviewés (5,9%) ont démontré clairement qu'ils ont une conception mécaniste de leur santé et de leur corps. Ce résultat n'est donc pas significatif, car il se situe en deçà des cinq mentions (n=5 ; 9,8%) nécessaires. Voici néanmoins un exemple qui illustre cette tendance de certains hommes à considérer leur corps comme une machine que l'on doit maintenir en état de marche.

Être en santé, c'est d'avoir rien qui cause un inconfort. Je veux dire, quand on n'est pas en santé, on s'en rend compte parce qu'on ressent l'inconfort. J'ai la grippe, je me sens pas comme là, fait c'est tout ce qui cause un inconfort, autant psychologique que physique. C'est comme une voiture, quand elle va bien, on s'en soucie pas, c'est quand y a de quoi qui pète que l'on a fait, bon, je devrais consulter. C'est comme une question de confort dans à peu près tous les aspects de la vie. (Adam, Chicoutimi)

## Les distinctions entre les hommes et les femmes relativement à leur état de santé et leur degré de préoccupation à propos de celui-ci.

Plusieurs points permettent de distinguer les hommes et les femmes en ce qui concerne leur état de santé ainsi que la façon dont ils s'en préoccupent. Le facteur le plus souvent mentionné par les répondants (n=37 ; 72,5%) est le fait que les hommes sont moins à l'écoute de leur corps que les femmes. Deux raisons sont invoquées pour expliquer la tendance à moins consulter un professionnel de la santé et à davantage endurer leurs douleurs que les femmes. La première raison est « l'orgueil masculin » qui découle des valeurs traditionnelles à l'effet que l'homme doit être fort et qu'il ne doit pas pleurer. Ils sont donc moins portés que les femmes à exprimer leurs émotions et confier leurs problèmes.

Depuis qu'on est tout petit, on nous dit de pas pleurer si on est un garçon ou on nous montre à la tv que les gars, ils ne pleurent pas, bien on prend pour acquis que c'est normal quand tu es un gars de pas pleurer et de pas aller voir un psy [...] Le fait qu'on est fier aussi, il me semble que quand on va voir quelqu'un pour dire qu'on a un problème ça en devient gênant parce que tu as l'impression que tu as fait un échec, tu as planté ta vie. (Christian, Albanel)

Une autre raison invoquée pour justifier cette différence d'attitude entre les hommes et les femmes est que ces dernières sont plus conscientes de leur corps et davantage protectrices lorsqu'elles deviennent mères.

Le rôle maternel, le rôle social qui se construit autour de ça fait que les femmes vont être plus protectrices et vont être plus prudentes qu'on va l'être les hommes. (Rémi, Roberval)

Le second plus important facteur mentionné par les hommes est le travail. Pour le tiers des répondants (n=17 ; 33,4%), les hommes font davantage que les femmes des métiers, soit traditionnellement masculins plus difficiles physiquement, ce qui favorise une usure prématurée du corps, soit occupent des emplois plus stressants, dont celui de gestionnaire. L'exemple suivant illustre cette distinction.

Les femmes n'aiment pas faire les travaux d'usure mais c'est les hommes qui les font. [...] L'exemple c'est que moi ce que je fais comme soudure, il y a deux filles qui sont arrivées, à un moment donné elles ont vu que c'est compliqué, elles se sont retirées. [...] Parce qu'un moment donné, elles ne supportaient plus, c'était dur, les maux de cœur, les problèmes de pollution. (Jérôme, Dolbeau)

Dans la même veine, pour 16 répondants (31,4%), les habitudes de vie ainsi que la pratique d'activités et de loisirs constituent un facteur de risque pour plusieurs hommes, essentiellement parce qu'ils sont plus compétitifs que les femmes et qu'ils se croient physiquement forts, voire invincibles. Pour expliquer l'écart de l'espérance de vie des hommes et des femmes, il est notamment question d'une plus grande prise de risques lors de la conduite automobile ou de la pratique de sports (parfois extrêmes) ainsi qu'une plus grande consommation de tabac, d'alcool, de drogues et de malbouffe. Ce qui suit fait valoir ce point de vue.

Je pense qu'en général, les hommes, on est plus porté à se pousser, à essayer d'être meilleur, une espèce de petit esprit de compétition qu'on a toujours. D'après moi, des fois, ça vient nous user, tandis que les femmes, des fois, sont plus raffinées, plus délicates, font plus attention des fois à ce qui mangent. (Christopher, Chicoutimi)

Les hommes ont une propension plus forte aux plaisirs et aux excès que les femmes, en général. Ils font moins attention peut-être un peu à leur santé. C'est peut-être un mythe, mais je vois autour de moi, en général, dans une veillée, les gars vont prendre 12 bières, alors que les filles vont en prendre trois ou quatre... Ça a une influence à la longue. (Guy, La Baie)

Ces opinions sont toutefois mitigées, puisque 12 hommes interviewés (23,5%) croient que les statistiques qui défavorisent les hommes en ce qui concerne l'écart de l'espérance de vie entre les deux sexes sont amenées à changer. Deux raisons pour expliquer ce phénomène sont avancées. La première raison est la plus grande présence des femmes sur le marché du travail, ce qui a pour effet d'augmenter les facteurs de risques, dont le stress, pour les femmes :

Les femmes, maintenant, viennent sur le marché du travail. Elles ont beaucoup plus de stress en tant que cadres supérieurs. [...] Les femmes sont de plus en plus présentes, donc de plus en plus à risque. [...] L'incidence des crises cardiaques augmente rapidement chez la femme, ce qui n'était pas là avant. (Laurent, Chicoutimi)

La seconde raison du recul de l'écart entre les sexes est que les hommes contemporains sont plus conscientisés par rapport à l'importance de se maintenir en santé et qu'ils prennent davantage soin d'eux-mêmes que dans le passé. Comme l'illustre l'exemple suivant, cette prise de conscience est essentiellement due à un changement de valeurs et à une meilleure connaissance des facteurs de risques pour la santé.

Dans le temps de mes grands-parents, c'était *rough*, plus difficile. Ces personnes-là ont élevé nos parents, leur ont transmis des valeurs. [...] Mais les choses changent. [...] Y a plus de gens qui s'instruisent, on est plus renseigné. [...] Dans le temps, y avait des annonces de cigarettes... [On se faisait dire] "Mets du beurre dans tes frites, c'est bon". Y a une meilleure prise de conscience qu'il n'y avait pas avant et y a beaucoup aussi de recherches qui se font, on sait maintenant plus les causes qui font que les gens sont malades. (Adam, Chicoutimi)

Enfin, dix répondants (19,6%) entretiennent certains préjugés concernant la différence entre les hommes et les femmes. Il est notamment question de l'héritage génétique des hommes qui remonte pour certains jusqu'à l'ère préhistorique, ainsi que de la plus grande endurance physique des femmes due à (ou qui se reflète dans) leur capacité d'accoucher :

Je pense que les femmes sont faites plus fortes. C'est prouvé, je pense, médicalement. Les hanches sont plus grosses. J'ai déjà entendu des recherches là-dessus, que les femmes étaient faites plus fortes au niveau physique. Même si des fois on pense le contraire, que c'est l'homme mais peut-être avec les accouchements, tout ça, ça l'a rendu peut-être la femme plus forte. (Nathan, La Baie)

#### Les préoccupations des hommes par rapport à leur santé et leurs efforts pour l'améliorer

Un peu plus de la moitié des hommes interviewés (n=28 ; 54,9%) ont une réelle préoccupation concernant leur santé. La préoccupation la plus importante est sans contredit la santé psychologique ainsi que le stress au travail, avec 15 mentions (29,4%). L'exemple suivant exprime bien l'importance de ce facteur :

Moi c'est la santé mentale, stress, *burn-out*, tout ce qui vient avec mes fonctions dans l'entreprise, ça revient tout le temps pis faut que la tête reste là. En premier, c'est la santé mentale. (Tristan, Alma)

Viennent ensuite les blessures physiques fonctionnelles et sportives, telles que des maux de dos et des problèmes aux articulations, cumulées au fil des années qui peuvent mener à une incapacité éventuelle (n=5 ; 9,8%) ainsi que tout autre problème de santé physique, comme des problèmes cardiaques (n=10 ; 19,6%).

[Ce qui me préoccupe], c'est plus les blessures sportives que j'ai accumulées au fil des années. J'ai fait des sports de contact et... genoux, épaules, plein de petits trucs là qui, pour l'instant, tout va bien [...], mais j'espère que ça me nuira pas nécessairement à long terme. (Rémi, Roberval)

La dernière préoccupation des hommes interviewés est leur problème de surpoids (n=9 ; 17,6%), ce qui affecte non seulement leur santé, mais également leur image de soi, comme le démontre bien l'extrait suivant :

Quand j'ai un surplus de poids, c'est l'apparence, tu es tout le temps mal en dedans de toi, le regard des autres et tout ça, ça joue pour beaucoup. (Simon, Roberval)

Leur inquiétude grandit quand il est question de l'obésité. Plusieurs la voient comme un problème de santé qui touche de plus en plus de Québécois et de Québécoises, même s'ils sont conscients que c'est dans leur province moins pire qu'ailleurs au Canada. Plus encore que de « [manquer] de masse » ou d' « avoir un peu trop de bedaine », l'obésité par la stigmatisation et les problèmes de santé auxquels elle est associée par les répondants, entraîne selon ces derniers beaucoup plus d'insatisfaction que le sous-poids ou le surpoids.

Par ailleurs, 17 répondants (33,4%) affirment que la santé n'est pas un sujet tabou et qu'ils se confieraient à une autre personne s'ils avaient un problème de cet ordre. Plus particulièrement, la grande majorité de ceux-ci (n=15 ; 29,4%) se confieraient à un proche, c'est-à-dire à une conjointe, à un parent, à un ami ou à un collègue, tandis que seulement deux hommes (3,9%) consulteraient un médecin, un pharmacien ou tout autre intervenant en qui ils ont confiance. Voici ce qu'ils en disent :

C'est sûr que je vais en parler à ma blonde ou à des proches, genre mes parents, si j'ai un problème. (Simon, Roberval)

Moi j'ai l'habitude d'aller directement à la pharmacie. [...] S'il y a un produit à me donner, s'il estime que je dois aller à l'hôpital, bien j'y vais parce que l'hôpital aussi ça prend du temps. Moi je préfère aller directement à la pharmacie. (Jérôme, Dolbeau)

Enfin, 33 hommes (64,7%) ont entrepris des efforts pour améliorer ou maintenir leur niveau de santé, et ce, de multiples façons. La stratégie dominante est la marche (n=6, 11,8%), qui demeure facile à incorporer dans ses habitudes de vie, ainsi que d'autres activités physiques (n=20 ; 39,2%) aussi variées que le hockey, « le gym » ainsi que la préparation du bois de poêle.

Bien moi pour le poids ça va, mon meilleur truc c'est d'avoir deux gros chiens alors ça fait que je marche au moins une heure par jour avec mes chiens. (Rémi, Roberval)



La seconde stratégie importante est l'adoption de saines habitudes alimentaires. Pour 18 répondants (35,3%), il s'agit de manger des repas équilibrés, à des heures normales. En voici un exemple :

Pour moi, c'est surtout de bien manger, le mieux possible parce que je me rends compte que plus ça va, pire c'est, plus j'ai de la difficulté à digérer. (Keven, Alma)

Viennent enfin l'adoption de saines habitudes de sommeil (n=4 ; 7,8%), la réduction ou la cessation de consommation d'alcool, de drogue ou de tabac (n=4 ; 7,8%), la consultation auprès d'un pharmacien ou de tout autre intervenant dans le domaine de la santé (p.ex. : chiropraticien, psychologue, etc.) (n=4 ; 7,8%) ainsi que l'automédication (n=2 ; 3,9%). Ces résultats ne sont toutefois pas significatifs, car ils se situent en deçà des cinq mentions (n=5 ; 9,8%) nécessaires pour exclure une fréquence nulle dans l'intervalle de confiance à 95% ( $p < 0.05$ ).

### Les facteurs qui influencent la santé des hommes

Pour le tiers des hommes interviewés (n=17 ; 33,3%), le travail a des impacts négatifs à la fois sur la santé physique et sur la santé psychologique. En premier lieu, il s'agit d'un travail dur physiquement ainsi qu'un environnement de travail dans lequel se trouvent, notamment, des produits toxiques (n=11 ; 21,6%). Viennent ensuite les milieux de travail qui exercent une pression à la performance, notamment à cause de la présence de technologies exigeantes (n=8 ; 15,7%). Les deux exemples suivants illustrent l'influence de ce dernier type de milieu.

Le rythme effréné, les outils technologiques qui nous obligent à en faire beaucoup plus encore en moins de temps. Un moment donné on vient qu'on embarque dans la vague, sans en être vraiment conscient. (Daniel, La Baie)

T'as la pression de bien performer au bureau, tout le monde en met, c'est un facteur qui vient jouer sur ta santé, c'est évident. (Laurent, Chicoutimi)

Pour une proportion équivalente d'hommes (n=17 ; 33,3%), les habitudes de vie, dont les habitudes de sommeil et d'alimentation, ainsi que les activités sportives et les loisirs peuvent avoir un impact à la fois positif et négatif sur la santé physique et psychologique. D'un côté, il s'agit d'avoir un équilibre de vie, comme l'illustre ce propos :

Si tu dors bien, ça va bien, mais si tu dors pas bien, ça va moins bien. [...] L'activité physique aussi, c'est sûr. Quand tu fais du sport, [...] ça fait du bien au psychologique et au physique. (Lucas, Jonquière)

De l'autre, un excès ou un déficit peut entraîner des conséquences négatives :

Quelqu'un qui passe sa journée en avant de la télé, il vire fou. (Tristant, Alma)

Je joue régulièrement [au hockey] et plusieurs gars avec qui je joue se font des commotions cérébrales à répétition. (Christian, Albanel)

Le contexte familial est le troisième facteur d'influence, relevé cette fois-ci par le quart des répondants (n=13 ; 25,5%). La famille dans laquelle on évolue a également des impacts à la fois sur la santé physique et psychologique, positivement comme négativement. Plus spécifiquement, la conjointe peut exercer une influence positive ou négative sur la santé selon les dires de plusieurs hommes.

On peut quand même dire que les conjointes, les femmes ont peut-être une certaine influence aussi... [dans le sens que] moi, j'aurais jamais pensé à arrêter de fumer, je reviens là-dessus, mais là j'y pense, ma blonde m'en parle tous les jours... Si j'étais encore tout seul, ce serait autre chose, mais j'y pense davantage à cause des prises de conscience que ma blonde... Donc l'influence des femmes aussi. C'est ça que ça m'a fait moi aussi, à toutes les fois que je rentrais, ça pue... elle, elle ne fume pas... ça m'a influencé. (Guy, La Baie)

Soulignons que pour sept répondants (13,7%), le contexte du travail influence le contexte familial et vice versa.

Avant de poursuivre, soulignons que ces trois premiers facteurs s'influencent mutuellement. Par exemple, le fait d'avoir un conjoint auquel on peut se confier permet d'atténuer les effets négatifs du travail, alors qu'une relation négative à la maison peut se répercuter dans la sphère du travail.

Quand ça va mal au travail, quand on arrive à la maison, on le partage, ça nous permet de vider le stress ou bien les difficultés qu'on a rencontrées au travail. On le vit et après on se sent bien de l'avoir partagé à quelqu'un qui est à la maison qui nous écoute. (Zachary, Dolbeau)

Quand ça va pas ben dans ton couple, tu rapportes ça au travail, tu te tracasses toute la journée pour finalement. (Christopher, Chicoutimi)

Enfin, pour 14 répondants (27,5%), le contexte sociétal exerce également une influence sur la capacité des hommes à maintenir ou améliorer sa santé. Il s'agit dans un premier temps de la pression sociale, en termes d'impératifs à performer coûte que coûte dans toutes les sphères de sa vie (au travail, dans le couple, dans les sports, etc.), ainsi que la pression à consommer de façon excessive (p.ex. : nécessité de posséder le dernier gadget à la mode ou une voiture de luxe). Cette pression est largement influencée par l'impact du regard des autres.

Faut s'entraîner, faut bouger, bien manger, une bonne job, réussir dans la vie, faut être un bon mari, un bon père. [...] Je dois tout réussir ça, mais comment je vais m'y prendre ? (Thomas, Chicoutimi)

Depuis qu'on est jeune, on est programmé à faut réussir tous les aspects de notre vie. C'est tout le temps LA pression, faut être bon dans tout, mais des fois, faut se dire aussi, j'ai le droit de rater ma *shot*. (Adam, Chicoutimi)

Pour sept hommes (13,7%), il s'agit dans un deuxième temps du contexte économique défavorable qui constitue un obstacle à la santé physique et psychologique. Comme l'illustrent ces deux exemples, un contexte économique défavorable restreint les efforts pour se maintenir en santé (p.ex. : « bien manger coûte cher »), en plus de devenir une véritable source d'anxiété.

T'es pas capable de te loger, t'es pas capable de t'habiller, de bien manger; Le fastfood est resté dans les mêmes prix les dernières années, tandis que la bonne nourriture ça a augmenté énormément, c'est beaucoup plus cher qu'il y a 20 ans. (Laurent, Chicoutimi)

Quand ça va pas bien financièrement, on a un stress qui embarque [et on se demande] : "comment je vais régler ça ?". (Christopher, Chicoutimi)

### L'expérience des hommes du système de santé québécois. Facilitateurs et obstacles à la consultation.

Lorsqu'on interroge des hommes de la région, on constate qu'il n'y a pas de consensus à propos de la rapidité et de la qualité des services de santé et qu'il existe plusieurs facteurs qui facilitent ou qui constituent un obstacle à la consultation.

### *Les facilitateurs à la consultation*

Une demi-douzaine d'hommes interrogés (23,5%) a expérimenté des facilitateurs à la consultation. Plus particulièrement, sept d'entre eux (13,7%) considèrent que les soins d'urgence sont rapides et efficaces ou que les délais d'attente sont normaux.

Je me suis luxé l'épaule après un claquage, je suis rentré à l'urgence, j'ai attendu 30 minutes, on m'a mis une attèle et j'étais heureux, j'étais parti. J'ai rien à redire contre le système, j'ai eu rien qu'une fois où j'ai été à l'hôpital dans les cinq, dix dernières années et ça a super bien été. (Christian, Albanel)

Un second facilitateur a été relevé auprès de onze participants (21,6%) qui croient que les soins spécialisés sont efficaces, comme en témoigne ce répondant :

Je suis d'accord avec ce que le monde a dit et c'est vrai qu'une fois que tu es rentré dans le système, c'est pas évident de rentrer, se faire hospitaliser mais un coup que t'es rentré, tabarouette que t'es bien traité, ça a pas de bon sens. (Tristan, Alma)

Un dernier facilitateur a été répertorié auprès de huit hommes (15,7%) qui considèrent que même s'ils sont débordés, le personnel médical est compétent et plutôt dévoué envers les patients.

C'était majeur ce que [mon p'tit gars] avait. Tout le personnel que j'ai vu là-bas pendant les trois semaines, c'était du personnel attentionné, exceptionnel. Tu voyais le pédiatre qui arrivait à 8:00 le matin pis y repartait à 8:00 le soir. Il tenait le fort. J'ai vu du monde là-bas que, chapeau, numéro 1. (Antoine, Chicoutimi)

### *Les obstacles à la consultation*

Au chapitre des obstacles à la consultation, une majorité de répondants (n=29 ; 56,9%) considère que les services d'urgence sont lents et que le personnel qui y œuvre est débordé. Cette situation est notamment due au fait que plusieurs patients s'y rendent alors que leurs problèmes de santé ne nécessitent pas une intervention d'urgence. L'exemple suivant illustre les propos entendus :

[Un ami] qui était blessé au pied, on était en train de jouer au soccer, il est allé à l'hôpital ici, mais il m'a dit qu'il est resté là pendant presque dix heures avant d'être reçu. (Zachary, Dolbeau)

Mentionné par dix personnes interviewées (19,6%), un autre obstacle à la consultation est le fait que les soins spécialisés sont débordés, notamment parce que le personnel médical est épuisé par

le manque de ressources (financières, humaines, etc.) et n'arrive pas à suffire à la tâche, comme le démontre cette citation :

Les infirmières, [...] elles sont brûlées. Un moment donné, ils n'en auront plus d'infirmières. J'ai de la misère à voir un jeune qui va être infirmier ou infirmière, travail de nuit, si l'autre infirmier rentre pas, faut que lui reste, il est obligé. (Joël, La Baie)

Pour 21 participants à l'étude (41,2%), le fait qu'ils n'ont pas accès à un médecin de famille ou que celui-ci est peu disponible, étant donné son horaire surchargé, explique leur motivation à ne pas consulter.

Je pense qu'au Québec, le problème c'est les gens qui n'ont pas de médecin de famille. J'entends souvent ça aux nouvelles, ils en parlent assez souvent. Moi je suis chanceux, j'ai un médecin de famille [...]. Les seules choses qui m'énervent un peu, c'est qu'il faut tout le temps courir après eux autres pour avoir les résultats, les feedbacks, quelque chose. Il faut tout le temps que tu ailles chercher les réponses là, mais sinon ça va bien. (David, Roberval)

Enfin, pour un peu moins du quart des répondants (n=12 ; 23,5%), le personnel médical n'exerce pas pour les bonnes raisons, c'est-à-dire qu'il manque d'humanisme, que le contact avec les patients est froid ou impersonnel, ou encore que les intervenants sont peu attentifs aux besoins des patients ou qu'ils considèrent ceux-ci comme des numéros. Un répondant soulève même le « syndrome de Dieu le père » pour désigner certains médecins.

On est vraiment juste des numéros. [...] On n'a plus vraiment de service, on n'est plus des personnes, [ils] sont juste là pour faire leur job. C'est déshumanisé [...], c'est plus pour la personne qu'ils font ça. (Félix, Chicoutimi)

[...] Ma fille avait quelque chose. Le médecin nous a dit "non il y a rien". [...] Je lui ai dit "Madame, ça ne va pas", mais pour elle c'est comme si je suis un *nobody*, je n'ai pas le droit de m'immiscer dans ce que elle sait. Le médecin ici c'est comme le Dieu le père, ce que je trouve très déplorable. [...] C'est vraiment dommage d'avoir cette relation là. (Jean-Nicolas, Dolbeau)

Pour cinq hommes interviewés (9,8%), la différence entre les délais d'attente et celle entre les niveaux de qualité des services dépendent de la région, de l'hôpital, de la spécialité ou du médecin. Ces deux citations résument bien les propos tenus :

Le choix d'un hôpital, c'est important pour la qualité des soins que tu vas recevoir. Ici, à Alma, un hôpital pour 35 000 personnes, c'est merveilleux. Tu t'en vas à Québec, c'est la même chose, tu t'en vas à l'Hôpital Laval, t'es super bien soigné. C'est sûr, tu t'en vas au CHU à Montréal, tu t'en vas dans un hôpital où tu attends, un hôpital pour 200 000 personnes. (Jérémy, Alma)

Y a des bons médecins de famille, qui font attention à leur *case load*, qui ont de la disponibilité, puis y en a d'autres qui engrangent les clients. (Lucas, Jonquière)

Pour cinq répondants (9,8%), le fait que les soins de santé sont lents et inefficaces pousse les hommes vers l'automédication, plutôt que de consulter un médecin ou un pharmacien, ce qui peut créer une dépendance aux médicaments pour « tout et rien ».

C'est sûr aussi avec toute l'utilisation de pharmaceutiques, on exagère. Si t'as un peu mal à la tête, c'est que tu fais ? Tu sautes sur les aspirines, les *Tylenol* au lieu de te coucher 15 minutes, de boire de l'eau. Les trois quarts du temps, un mal de tête, c'est de déshydratation. (Carl, Chicoutimi)

Cette stratégie d'automédication est facilitée par l'accès à Internet, où les informations sur leur condition de santé abondent. Paradoxalement, même si certaines de ces informations ne sont pas valides, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur la santé de celui qui décide d'adopter cette stratégie sans consulter, les hommes qui consultent après s'être renseignés sur Internet sont mieux informés pour discuter avec leur médecin, comme l'illustre ce propos :

Y a un patient sur trois qui arrive avec des feuilles d'Internet au médecin : "Là tu me donnes ce médicament-là, mais y a tel effet secondaire". Ils vont rechercher ça sur un site, ils sont contre les médicaments. (Joël, La Baie)

### *L'appréciation des publicités de promotion de la santé*

Les deux publicités sont analysées successivement afin de comprendre l'impact de chacune. Néanmoins, les suggestions pour les améliorer sont quant à elles agrégées.

### Publicité du Réseau Hommes Québec

Après avoir visionné la publicité du *Réseau Hommes Québec*, une majorité de répondants (n=32 ; 62,7%) comprend le but du message (compréhension littérale) et est d'accord avec celui-ci sur l'importance pour les hommes de se confier auprès d'une personne de confiance, ce qui

n'est pas toujours possible et peut nécessiter parfois de contacter des personnes en dehors du réseau naturel (amis, parent, etc.).

C'est un *Tel-Jeunes* pour les hommes. Avant de te la péter, appelle et parles-en. Ça n'est pas nécessairement tout le monde qui ont des personnes à qui en parler. (Olivier, Albanel)

Néanmoins, les répondants ne sont généralement pas en mesure de s'approprier ce discours, puisque seulement onze répondants (21,6 %) se reconnaissent dans ce message, contre 29 hommes (56,9%) qui ne se reconnaissent pas. Trois principales raisons expliquent ce manque d'appropriation. La première est que le message s'adresse à un public plus âgé que les répondants, conformément à l'extrait suivant :

On dirait que ça s'adressait à un peu plus vieux que moi [...] on dirait qu'il faisait "monde dans la cinquantaine et plus". (Sébastien, Alma)

La seconde raison est la possibilité de se livrer à des proches dans son entourage ou des pairs aidants naturels, c'est-à-dire des parents, des amis ou des collègues.

Je ne ressens pas le besoin de parler avec d'autre monde là, j'en ai en masse à qui parler. (Alexis, Albanel)

Soulignons que l'âge et le fait de posséder un réseau d'entraide naturel ouvert à l'écoute semblent interreliés, car selon les répondants, le message semble avoir été créé pour une clientèle plus âgée possédant des valeurs traditionnelles qui favorisent de ne pas communiquer ses émotions.

Je pense qu'on est plus ouvert en tant qu'hommes aujourd'hui que ça l'était v'là 20 ou 25 ans. Dans ce temps-là, un gars, c'était renfermé, solide, dur. Ça pouvait pas se permettre de parler de ses émotions ou quoi que ce soit. Aujourd'hui je pense qu'on est pas mal plus ouvert par rapport à ça et qu'on est moins bornés d'en parler avec nos chums ou notre entourage. (Steeve, Jonquière)

Le dernier facteur qui motive à ne pas s'approprier le message est la qualité de celui-ci ainsi que sa capacité d'attrait du public. Alors que sept répondants (13,7%) jugent que le message est attrayant, notamment parce qu'il utilise le concept d'un « conteur », du même type que celui de Yvon Deschamps dans l'émission d'humour télévisée *Samedi de rire*, populaire durant la seconde moitié des années 1980, 22 hommes (43,1%) qui ont visionné cette publicité croient que celle-ci

est « trop négatif », « trop sombre », « trop longue », en plus d'utiliser un langage trop familier, peu crédible, voire trop stéréotypé, ce qui amène à « décrocher ».

Je trouve que c'est un peu le genre de pub négative qui continue à montrer que les gars sont fermés pis qu'on n'est pas capable de se parler entre nous autres. (Christopher, Chicoutimi)

Enfin, pour seulement quatre répondants (7,8%), cette publicité les motive à mettre en pratique le comportement proposé (compréhension psychologique) ou éveille le besoin d'adopter ce comportement (compréhension opérationnelle), essentiellement parce qu'ils vivent actuellement des moments psychologiquement difficiles et qu'ils ont besoin de se confier.

Sans nécessairement être capable d'y aller, c'est peut-être pour ça que ma santé se porte un peu moins bien. J'ai tendance à renforcer mes sentiments, je pense que j'ai jamais parlé à autant de personnes de mes sentiments que ce soir. [...] Je viens de péter [ou « tuer »] mon chien, je *feel* pas bien. (Olivier, Albanel)

Ce résultat se situe toutefois en deçà des cinq mentions nécessaires pour être statistiquement significatif.

#### Publicité de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines

En visionnant la publicité de la *Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines* sur les saines habitudes alimentaires, 29 répondants (56,9%) comprennent le message (compréhension littérale) de l'importance de développer ce type de saines habitudes, ce qui est possible dans un contexte familial lorsqu'on favorise la participation des enfants, contre quatre qui ne le comprennent pas (7,8%) – ce résultat se situe en deçà des cinq mentions nécessaires pour être statistiquement significatif. L'un d'eux raconte :

Y veulent nous passer quoi comme message ? C'est tu à cause qu'il mange des légumes, parce qu'il se fait du fun avec son fils, je suis pas sûr ». (Joël, La Baie)

Cette publicité est attrayante pour seulement sept répondants (13,7%), notamment parce qu'elle est colorée et joyeuse, alors que 22 hommes interviewés (43,1%) trouvent que le scénario est simpliste, peu réaliste ou que la publicité est une parodie exagérée, notamment parce que le comédien est « trop de bonne humeur ». Voyons ce qu'ils en disent :



Y avait de la couleur, c'était le fun. J'ai ben aimé le fait qu'il s'amuse avec le p'tit gars. [...] ça peut être amusant de bien manger. (Adam, Chicoutimi)

La façon dont c'était monté, y'a personne qui va se mettre à garocher des légumes dans une [casserole] avec son enfant. [...] Tu fais la soupe, tu coupes des légumes, ok, mais commencer à garocher. Youppi, c'est le fun, c'est trop l'fun faire une soupe. (Tristan, Alma)

Conséquemment, une proportion équivalente d'hommes s'approprie et ne s'approprie pas le message (ex aequo pour chaque groupe : n=15 ; 29,4%). Paradoxalement, les raisons qui incitent à s'approprier ou à ne pas s'approprier le message sont plutôt similaires : ils se reconnaissent partiellement, soit parce qu'ils aiment jouer avec leurs enfants, mais pas cuisiner, soit parce qu'ils aiment cuisiner, mais n'ont pas d'enfant. Dans ce cas, la préparation du repas peut toutefois être un moment privilégié pour discuter avec sa conjointe. Voici quelques exemples de leurs propos :

Jouer avec son petit gars autour de la cuisine, ça m'a rejoint parce que moi avec ma fille, quand je cuisine elle est à côté de moi ou bien je la prends dans mes bras, elle veut goûter, je goûte, elle goûte. (Zachary, Dolbeau)

J'ai pas encore d'enfant, mais dans ma vie que c'est là, je pense que faire la bouffe là, c'est un moment de la journée que ma blonde... qu'on parle un peu là. Elle me conte sa journée, moi je lui conte ce que j'ai fait là. (David, Roberval)

Enfin, cette publicité motive dix hommes interviewés (19,6%) à mettre en pratique le comportement proposé (compréhension psychologique) ou éveille le besoin d'adopter ce comportement (compréhension opérationnelle). L'un d'eux raconte :

[Cette publicité], elle m'avait frappé, j'me suis dit : "câlène, pourquoi on fait pas ça plus souvent avec les enfants". (Maurice, La Baie)

### *Idées et suggestions pour inciter les hommes à prendre soin de leur santé*

Plusieurs répondants proposent des solutions pour inciter les hommes à améliorer leur santé et à consulter des professionnels de la santé. Ces recommandations concernent d'abord le système de santé en tant que tel, puis les publicités de prévention et de promotion de la santé.

## Suggestions concernant le système de santé québécois

Au chapitre des suggestions concernant le système de santé, la plus importante est de réviser la gestion de l'ensemble du système de santé. Pour le tiers des répondants (n=17 ; 33,3%), le système de gestion des soins de santé est plutôt lourd et mérite une révision complète. Dans un premier temps, le gouvernement doit à la fois responsabiliser les intervenants et éliminer la gestion en silo, en plus d'injecter davantage d'argent dans le système pour pallier au manque de personnel.

Les gens qui travaillent dans le système de santé actuellement font le maximum avec les moyens qu'ils ont. Mais le gouvernement, s'il veut continuer à maintenir le système public, doit y injecter plus d'argent. S'il n'y a pas un effort à ce niveau-là, je pense qu'il va falloir se tourner vers le privé. (Guy, La Baie)

Cette recommandation concerne également la limitation du pouvoir corporatiste des médecins afin de remettre une partie de leurs responsabilités à d'autres intervenants qualifiés tels que pharmaciens, chiropraticiens et « super infirmières », tout en assurant la collaboration entre ces différents intervenants, en plus d'accorder aux médecins immigrants le droit de pratiquer la médecine au Québec.

Il y a plein de médecins qui viennent de l'étranger, ils sont ici et ils travaillent même pas. C'est la réglementation et ça leur permet pas donc d'intégrer. (Yannick, Roberval)

Je pense que [...] le collège des médecins commence à s'ouvrir un peu plus [aux] super infirmières. Ils parlent de donner plus de responsabilités aux pharmaciens. Dans le fond, tu vas voir ton pharmacien, tu as une grippe et ton pharmacien va mieux te répondre quasiment que ton médecin. (Roger, Roberval)

Mentionnée par onze hommes interviewés (21,6%), une seconde recommandation est de faciliter l'accès à un médecin de famille pour tout un chacun, ce qui peut s'effectuer dans le cadre d'une clinique privée où le délai d'attente est moins long que dans le réseau public. Un répondant mentionne :

Avec l'accès à un médecin de famille pour tout le monde et moins d'attente à l'hôpital, [...] à ce moment-là, on serait moins répuigné à aller [consulter]. (Hugo, Jonquière)

Dans la même veine, 16 répondants (31,4%) proposent l'accès à des ressources de santé alternatives afin de résoudre des problèmes qui ne nécessitent pas une intervention immédiate. En plus des services de professionnels tels que les pharmaciens, ils conseillent, entre autres, une utilisation accrue des CLSC ainsi que l'utilisation de ressources de consultation en ligne auprès de professionnels, du même type que la ligne téléphonique *Info-Santé*. En plus de désengorger le réseau de la santé, surtout les urgences, ces intervenants permettraient de diriger les patients vers les ressources les mieux appropriées. Les propos suivants en sont quelques exemples :

Dans un CLSC, ça aurait été plus adapté pour répondre à tes besoins dans ce cadre-là sûrement. (Rémi, Roberval)

Des fois, il y a des problèmes mineurs qui pourraient être réglés avec des consultations en ligne. [Quand tu as un problème], tu vas en ligne. [...] Il y a plein [d'informations] qui sont bonnes [et d'autres moins bonnes], mais pourquoi pas avoir un professionnel qui peut dire [quoi faire]. Si c'est grave, ils vont pouvoir diriger vers la bonne personne. (Rémi, Roberval)

Une quatrième proposition, mentionnée par onze répondants (21,6%), est d'axer davantage le système de santé sur la prévention plutôt que sur l'aspect curatif, comme c'est le cas actuellement, en plus de diminuer la tendance des médecins à trop prescrire de médicaments d'ordonnance, ce qui favorise une dépendance envers ceux-ci. D'une part, il s'agit d'amener les professionnels du réseau de la santé, de même que les intervenants dans les milieux scolaires et les employeurs, à conscientiser les individus relativement à de saines habitudes de vie et à encourager l'adoption de comportements qui vont dans ce sens. Les trois réflexions suivantes résument ces recommandations :

Y a beaucoup de lacunes, on est beaucoup en curatif, alors qu'on devrait être plus en prévention. [...] Y a un travail de sensibilisation auprès des personnes qui doit être fait. Y en a qui vont à l'urgence, y ont pas nécessairement besoin, ça encombre le système de santé. (Thomas, Chicoutimi)

[Une solution est] la prévention par le médecin de famille. Moi, il me parle de temps en temps : "à ton âge il peut arriver tel problème, fais attention à ça". [...] Le médecin de famille, s'il est *wise* un peu, il va faire ce travail là, d'axer sur la prévention. (Hugo, Jonquière)

Où je travaille, c'est super facile [...]. Mais j'suis convaincu que c'est pas le cas dans tous les contextes de travail. Si t'as une *shop* de 300 employés, tu peux mettre un p'tit gym, une p'tite place, une douche, les gars arrivent au jogging à la *shop*, ils peuvent prendre leur douche, se changer. [...] L'employeur pourrait dire, au lieu de *dépuncher* et d'aller t'entraîner, t'arrives, tu *punches*, tu vas t'entraîner. Ça prend une belle motivation. Je te paye une heure pour t'entraîner et lui, il est gagnant parce que tu vas être plus en forme, plus performant, plus payant pour l'entreprise parce que tu vas être plus en forme. (Lucas, Jonquière)

D'autre part, la réduction des prescriptions de médicaments engendrerait des économies à la fois pour les individus et pour l'ensemble des contribuables, en plus de réduire les effets secondaires de leur surconsommation, notamment en termes d'intoxication et de dépendance aux antidépresseurs :

[Quand un médecin te dit :] "je te prescris une pilule et tu vas être correct", c'est un *plaster* ça. Que les médecins commencent peut-être à être capable de voir quel est le problème, [et dire] "je peux t'enligner peut-être vers là". L'idéal, c'est de diriger les gens vers la bonne ressource finalement. (Simon, Roberval)

Finalement, une amélioration proposée par neuf répondants (17,6%) afin d'inciter les hommes à consulter un professionnel de la santé en cas de besoin consiste à créer des ressources spécifiquement destinées aux hommes, en plus d'augmenter le nombre d'intervenants masculins dans le réseau. Comme l'illustrent les exemples suivants, cette proposition se fonde sur le fait que les hommes préfèrent se confier à des intervenants de leur sexe, auxquels ils s'identifient davantage, en plus du fait qu'ils manquent d'options pour résoudre certaines problématiques qui leurs sont propres. Voici deux exemples des propos tenus lors des discussions de groupes :

Les hommes ont besoin d'être écoutés, mais les hommes n'ont pas envie d'aller parler à une femme de leurs problèmes. (Jérôme, Dolbeau)

[Il faudrait] offrir plus de services ou les mêmes services qu'on offre aux femmes. Si je prends, par exemple, les CAVAS, pour les agressions sexuelles, oui c'est en majorité peut-être des femmes mais ça arrive à des hommes aussi. Et quand ça arrive à un homme, il se tourne vers où ? Il y a rien. (Jean-Nicolas, Dolbeau)

## Suggestions concernant les publicités de prévention et de promotion de la santé

Pour onze répondants interviewés (21,6%), il y aurait intérêt certain à ce que les hommes bénéficient de davantage de publicité faisant la promotion de la santé en général et celles des ressources existantes (p.ex. groupes de soutien). L'un d'eux raconte :

[Il faut] informer les gens, y'a des groupes de soutien, les orienter, savoir où s'en aller, y'a bien des organismes que je savais pas qu'ils existaient. [...] Ça va éviter ben de la marde, pis ben du trouble à ben du monde. (Jérémie, Alma)

Toutefois, pour 16 répondants (31,4%), les publicités devraient mieux cibler le public en termes d'âge et, ou de problématique. L'exemple suivant illustre cette opinion :

Il faut que ce soit des publicités qui soient ciblées familles ou des gens qui sont peut-être seuls. Faut que tu ailles un peu plus précis. (Daniel, La Baie)

Pour 15 autres hommes (29,4%), une promotion efficace nécessite d'améliorer la qualité et, ou la capacité d'attraction de la publicité. Il s'agit alors de mieux ajuster le jeu des acteurs ainsi que l'ambiance en fonction du public ciblé, afin que la publicité soit davantage conforme au vécu de celui-ci.

Ben c'est une belle scène, c'est un beau scénario. C'est good, le gars qui s'amuse avec son petit gars à faire à manger, fantastique. Des bons légumes, belle soupe, mais ça avait de l'air d'une soupe à l'eau. (Grégoire, Alma)

C'est carrément niais. [...] Le gars est trop dedans. (Antony, Jonquière)

Ensuite, pour huit répondants (15,7%), les hommes seraient davantage motivés à prendre soin de leur santé s'ils visionnaient des publicités plus marquantes, un peu comme celles de la SAAQ dans lesquelles on voit des scènes catastrophiques :

Il faudrait que ça soit quelque chose qui *punch* là. Comme les accidents, quand ils font des montages d'accidents de chars que tout le monde revole et avec une musique dramatique à travers... Pour la santé pour accrocher le monde, il faut que tu leur fasses peur. Comme je te dis... ça t'accroche... mettons que tu vois ça... eh! Je vais « slacker »... au bout... la dixième fois que tu embarques dans ton char. (Yvan, Albanel)

Enfin, huit répondants (15,7%) suggèrent des publicités destinées à l'entourage des hommes afin que ces derniers puissent y trouver des oreilles attentives :

Je pense que le message devrait être pour nos femmes, nos enfants [...]. Je pense que la meilleure des préventions, c'est dans le même style que celle-là du suicide. Le message est pas pour la personne, le message est pour son entourage. Ayez l'oreille attentive au fait que ton mari, christ, il se tue à l'ouvrage. (Olivier, Albanel)

## Synthèse des résultats

Le résumé de l'analyse descriptive des résultats vise à mettre en relief les principaux facteurs motivationnels et dissuasifs qui ont un impact sur les soins que les hommes accordent à leur santé puis à effectuer un bref retour sur l'évaluation de deux messages publicitaires visant la promotion de saines habitudes de vie chez ces derniers.

Les hommes n'ont pas une conception uniforme de leur santé globale. En effet, une vaste majorité (70,6%) la rattache d'abord au bien-être physique alors qu'un peu plus de la moitié (56,9%) estime qu'elle est également influencée par des facteurs psychologiques. Mais encore, dans une proportion similaire (47,1%), les hommes indiquent que diverses habitudes de vie ont aussi une incidence sur leur santé. Si un nombre négligeable de personnes rencontrées (7,8%) considère le bien-être social comme partie intégrante de la santé, plusieurs (41,2%) sont d'avis que l'équilibre entre bien-être psychologique et physique constitue la pierre angulaire de la santé globale. Par ailleurs, qu'il s'agisse du rôle traditionnellement masculin inculqué, des métiers physiquement usants ou encore des habitudes de vie à risque, les hommes constatent dans une proportion importante (72,5%) qu'ils sont moins attentifs à leur corps que les femmes. Cependant, près du quart (23,5%) des répondants croient que l'écart entre l'espérance de vie des hommes et celles des femmes se réduira éventuellement. D'une part, ils évaluent qu'étant plus nombreuses sur le marché du travail, les femmes s'exposent à des facteurs de risques similaires et que, d'autre part, les hommes sont plus engagés dans le maintien et l'amélioration de leur santé.

On constate une préoccupation marquée pour la santé chez plus de la moitié (54,9%) des hommes rencontrés. Bien que la santé physique et l'obésité – plus particulièrement sa stigmatisation – soient sujets d'appréhension, près du tiers (29,4%) des répondants identifie l'équilibre psychologique au travail comme préoccupation centrale en matière de santé. Cependant, dans une même proportion (33,4%), les hommes n'hésiteraient pas à confier ces inquiétudes à un proche. Par ailleurs, pratiquement deux tiers des répondants (64,7%) se montrent actifs dans les efforts déployés pour maintenir ou améliorer ses conditions de santé, et ce, soit par le biais d'activités physiques ou par l'adoption de saines habitudes de vie notamment d'un point de vue alimentaire.

Divers facteurs s'influencent réciproquement ont une incidence positive ou négative sur la santé des hommes. Selon le tiers des répondants, le travail et, plus particulièrement, la pression de

performance, les avancées technologiques et les impacts physiques liés à l'emploi, tout comme les habitudes de vie, seraient les principaux vecteurs d'influence sur la santé physique et psychologique des hommes. Enfin, dans une moindre mesure, les contextes familial, sociétal et économique seraient également déterminants.

Les avis quant au système de santé québécois sont partagés. Alors que le quart des hommes se dit satisfait de la rapidité et de l'efficacité des soins d'urgence, plus de la moitié (56,9%) affirme le contraire. Par ailleurs, l'efficacité des soins spécialisés est perçue tant positivement que négativement par une proportion similaire de répondants. Les principaux obstacles à l'endroit du système de santé résulteraient d'un manque d'humanisme de la part de certains professionnels ou encore, des difficultés d'accès à un médecin de famille. Pour le cinquième des hommes interviewés, le choix d'un hôpital et l'automédication constitue des stratégies afin de pallier aux lacunes constatées.

Les deux publicités présentées aux participants ont été comprises par une majorité d'entre eux qui approuvent par ailleurs le message mis de l'avant. Cependant, dans les deux cas, près de la moitié (43,1%) des répondants estiment la publicité trop simpliste ou stéréotypée. En outre, le décalage entre les réalités vécues par les hommes et celles illustrées dans les scénarios a une incidence sur l'identification au message. Par exemple, plus de la moitié des répondants ayant visionné la publicité du *Réseau Hommes Québec* et près du tiers de ceux ayant apprécié celle de la Table nord-côtière ont dit ne pas s'approprier le message suggéré. Si la première publicité a suscité la motivation d'un nombre négligeable d'hommes quant à l'adoption du comportement proposé, la seconde a eu un impact positif sur le cinquième des répondants.

Afin d'améliorer leur santé, les hommes ont proposé diverses solutions visant principalement à parfaire le système de santé et les publicités promotionnelles et préventives. Pour le tiers d'entre eux, une révision en profondeur du système s'impose alors que plus du cinquième des répondants estime que l'accès à un médecin de famille favoriserait la consultation auprès des professionnels de la santé. De plus, le tiers des répondants est d'avis que l'accès à des ressources alternatives pour les besoins non immédiats désengorgerait le réseau. La prévention, la promotion des saines habitudes de vie et l'augmentation du nombre d'intervenants masculins sont également des avenues à explorer selon le cinquième des répondants. Enfin, près du tiers des hommes croit que



les publicités qui leurs sont adressées devraient être davantage en corrélation avec leur vécu, notamment leur âge et les problématiques vécues, tout en favorisant une meilleure capacité d'attraction du public. Quelques-uns (15,7%) proposent que les publicités soient plus marquantes ou encore, qu'elles interpellent également leur entourage.

## **Discussion**

Dans cette section, les résultats des huit (8) groupes de discussion focalisée sont discutés en fonction de la description analytique qui précède. La définition que les hommes ont de la santé ainsi que les valeurs, croyances et préjugés qu'ils rattachent à cette notion sont d'abord discutés. Nous abordons ensuite ce qui les motive et les enfreint dans la prise en charge du maintien ou de l'amélioration de leur santé. Finalement, la discussion porte sur la manière dont les répondants perçoivent la qualité des messages publicitaires qui leur sont présentés, ce qu'ils en comprennent et, à terme, il s'agit de discuter brièvement les suggestions qui résultent de leur évaluation.

### **La conception de la santé ainsi que les valeurs, les croyances et les préjugés qui y sont rattachés**

Les hommes rencontrés dans le cadre de la présente étude se sont décrits, à de nombreux égards, sous l'aune d'un modèle masculin contemporain. Conscients du rôle traditionnel qui aurait longtemps prévalu dans la société québécoise, ceux-ci entrevoient, par la réalité qu'ils expérimentent, une transition vers une meilleure connaissance de soi ainsi qu'une plus grande appropriation de leur santé et de leur corps. Or, il appert que certains comportements à risque, fortement teintés des critères associés à la virilité, persistent dans leur quotidien. Les discussions focalisées nous permettent de mettre en lumière les origines de ce qui, à première vue, pourrait apparaître comme une dichotomie entre la pensée et l'action des hommes.

Le premier constat qui ressort des discussions est l'intérêt que les hommes semblent porter à leur santé. Loin d'être désintéressés ou indifférents, les participants de l'étude ont parlé librement et parfois avec passion de leur conception de la santé. Une large majorité des hommes interviewés définit la santé comme étant d'abord un état de bien-être physique et psychologique. Sans faire référence explicitement à l'absence de maladie, ils considèrent que ce qui caractérise le fait d'être en santé est la capacité à « fonctionner » normalement dans la vie quotidienne. En cela, ils rejoignent davantage la définition de l'OMS (1948) qui définit la santé comme un « état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'incapacité ». Cependant, aucun homme interrogé ne semble relier la santé au bon fonctionnement social de l'individu. Ils mettent plutôt l'accent sur l'équilibre devant exister entre le corps, le cœur (émotions) et l'esprit pour prétendre être en bonne santé. En ce sens, les

hommes n'ont pas une représentation subjective de la santé différente des femmes (Falteirmaier, année inconnue). La seule différence significative a trait au fait que les hommes accordent plus d'importance au fait de devoir être fort et de ne pas pleurer (nous revenons plus tard sur ce point). Les répondants ont pu aussi faire part de leurs préoccupations et inquiétudes à l'égard de leur corps et de leur santé.

La majorité des hommes rencontrés se disaient réellement préoccupés par leur état de santé et la plupart ont entrepris des efforts pour l'améliorer, par exemple en faisant davantage d'exercice, en adoptant de meilleures habitudes alimentaires et en modifiant leurs habitudes de vie. Quand il s'agit des préoccupations des répondants par rapport à leur santé et leurs efforts pour l'améliorer, les résultats de la présente étude confirment donc ce que d'autres recherches ont révélé au sujet de la propension d'une majorité d'hommes à s'intéresser à leur santé davantage et autrement qu'ils ne le faisaient par le passé (Kolmet, Marino, & Plummer, 2006 ; Noonee & Stephens, 2008).

Pratiquement, les personnes rencontrées allèguent qu'elles sont soucieuses de leur santé mentale et qu'elles sont particulièrement attentives à prévenir l'épuisement professionnel. Les répondants sont aussi préoccupés par leur santé physique et souhaitent prévenir et, ou guérir certains maux somatiques tels que les blessures physiques fonctionnelles et sportives (p.ex., mal de dos, arthrose), les pathologies cardiaques et les problèmes biopsychosociaux engendrés par le surpoids.

L'étude rejoint donc celles de Noone et Stephens (2008) et de Kolmet et al. (2006) qui ont suggéré que le stéréotype de l'homme désintéressé de sa santé n'était plus tout à fait conforme à la situation de la majorité des hommes d'aujourd'hui. Certains participants ont même souligné cette évolution, par exemple Steeve qui, en affirmant ne pas se reconnaître dans le premier message publicitaire qui était destiné selon lui à une population d'hommes plus vieux, soutenait que les hommes avaient changé et qu'ils ne sont maintenant plus tenus de toujours paraître durs et solides et de refouler leurs émotions comme c'était la norme il y a 20 ou 25 ans. Les participants de l'étude ont l'impression qu'il y a eu une modification des valeurs relatives à la santé des hommes et que ceux-ci sont maintenant plus conscientisés et ont une meilleure connaissance des risques pour leur santé. Ces données montrent bien que certains hommes ne se reconnaissent pas ou ne se reconnaissent plus dans le modèle traditionnel de masculinité. Ici, il

faut souligner que la moyenne d'âge des participants (33 ans) est tout de même assez basse. Cette donnée démographique a certainement joué dans la remise en question du modèle traditionnel par certains participants de l'étude. Ceci illustre bien l'importance de prendre en compte la diversité parmi les hommes lorsqu'il s'agit d'intervenir sur les comportements de santé de cette clientèle.

D'autres indices d'une évolution probable des mentalités chez les hommes peuvent être tirés des discussions. Tout d'abord, la plupart des participants ne conçoivent pas leur santé en termes de fonctions corporelles uniquement. Il s'agit là d'une autre conception associée à un type plus traditionnel de masculinité dans la littérature. Comme nous l'avons vu plus tôt, les participants se sont aussi démarqués du modèle masculin traditionnel en démontrant une certaine préoccupation envers leur poids. Cette question soulevait pour eux non seulement des éléments de santé et de saines habitudes alimentaires, mais aussi la problématique de l'image de soi et du souci de leur apparence.

À l'instar de ce que Robertson (2006) met en évidence dans ses travaux sur l'*embodiment*, les hommes de l'échantillon semblent développer un sentiment de responsabilité envers leur corps. Ils se préoccupent de l'apparence de celui-ci, c'est-à-dire de leur poids et de leur « ligne ». Concernant ce dernier point, bien que les hommes considèrent plus souvent que les femmes le sous-poids comme un problème, une corpulence importante étant valorisée chez eux en tant que signe de force (Saint Pol, 2009), le développement de l'obésité est un enjeu de santé pour plusieurs hommes interviewés. La moyenne québécoise reste encore inférieure à la moyenne nationale, cependant, les répondants sont conscients que le Québec rattrape rapidement le Canada (*Les chiffres de l'obésité les statistiques du Canada. Situation en 2004-2005*, Chaire de recherche sur l'obésité). La minceur semble particulièrement prisée chez certains. Ils portent une plus grande attention désormais à leur corpulence et déclarent craindre d'être stigmatisés et, ou d'avoir les problèmes de santé auxquels l'obésité est associée. À l'instar de ce que la littérature révèle, l'obésité entraîne beaucoup plus d'insatisfaction que le sous-poids ou le surpoids, quel que soit le sexe (Chang & Christakis, 2003). Aussi, à la lumière des informations fournies par les répondants, les allégations de Kolmet, Marino et Plummer (2006), Noone et Stephens (2008) et Robertson (2006) selon lesquelles les intervenants en santé auraient tort de baser leurs interventions sur l'idée que les hommes se désintéressent de leur santé s'avèrent fondées.

Par ailleurs, les participants de la présente étude vont dans le même sens que les cols bleus australiens rencontrés par Kolmet et ses collègues (2006) quand ils affirment que les hommes ne doivent pas considérer la santé comme un sujet tabou par rapport à leur identité masculine. Plus spécifiquement, les discussions ont montré que plusieurs hommes intègrent les aspects psychologiques à leur définition de la santé. Ceci va quelque peu à l'encontre des idées reçues selon lesquelles les problèmes de santé psychologique sont un sujet tabou que les hommes ont beaucoup de difficulté à aborder. Par contre, les participants n'ont pas dit spécifiquement s'ils seraient à l'aise de consulter les services de santé dans l'éventualité où ils feraient face à des problèmes de santé mentale.

Toutefois, pratiquement tous les hommes qui ont participé aux groupes de discussion reconnaissent qu'ils ont intégré plusieurs valeurs de la masculinité traditionnelle comme l'obligation de paraître fort et stoïque, la compétition à outrance et la tendance à ne pas partager leurs émotions, à ne pas se confier à d'autres et à s'abstenir de pleurer. Ils soulignent aussi que les hommes ont souvent la fâcheuse habitude de se croire invincibles et de prendre des risques inconsidérés, notamment lors de la conduite automobile, de la pratique des sports et dans leurs habitudes de consommation (alcool, drogues, tabac). Tous ces comportements ont comme résultats que la santé des hommes demeure généralement plus précaire que celle des femmes.

Les participants sont conscients que plusieurs aspects de leur vie ont un impact négatif sur leur santé. L'environnement de travail, les habitudes de vie, le contexte familial et le contexte sociétal ont été mentionnés lors des discussions. Ces facteurs qui influencent négativement ou positivement leur santé sont souvent directement reliés par les répondants au fait qu'ils soient des hommes. Les résultats mettent en évidence également que les personnes rencontrées perçoivent qu'il existe un écart significatif entre l'espérance de vie des hommes et celle des femmes, mais qu'elles croient que ce dernier va se réduire dans le futur pour deux raisons principales. La première raison évoquée par les répondants pour expliquer ce phénomène est reliée à l'arrivée massive des femmes sur le marché de l'emploi et au fait que cela les expose à des risques accrus, voire aux mêmes risques professionnels que les hommes (épuisement professionnel, accidents de travail, etc.). Dans un deuxième temps, ils considèrent que l'écart se réduit parce qu'il y a une montée en puissance de la motivation de certains hommes à prendre davantage soin d'eux-mêmes que dans le passé. Les répondants croient que ce changement est dû au fait que les hommes sont

plus conscientisés et mieux informés sur les facteurs de risques pour la santé. La perception des répondants au sujet de la croissance de l'espérance de vie différenciée selon le genre va dans le sens de ce que nous savons voulant que : « [L'espérance de vie] progresse plus rapidement chez les hommes que chez les femmes depuis quelques décennies, l'inégalité des sexes devant la mort s'amenuise. En 30 ans, le déficit masculin en matière de longévité s'est presque réduit de moitié » (Institut de la statistique du Québec : 2012). De ce point de vue, la capacité des répondants à décrire et analyser ce qui distingue les hommes des femmes en regard de leur longévité va s'estomper dans le temps rejoint ce que Kolmet, Marino et Plummer (2006) et Noone et Stephens (2008) ont mis de l'avant dans leurs études, à savoir que les hommes s'intéressent à leur santé et qu'ils sont bien informés sur le sujet et sur les transformations qui se produisent dans leur corps.

Certains participants pratiquent des activités physiques à risque qui sont nuisibles à leur santé. Pour d'autres qui se sentent obligés de performer à tout prix, c'est la pression sociale qui les mène à un surmenage. Aussi, les participants occupent souvent des emplois traditionnellement masculins qui sont durs physiquement ou qui s'accompagnent d'un haut niveau de stress. La manière dont les hommes de l'étude parlent des nuisances présentes sur leur lieu de travail reflète bien ce que Falteirmaier disait sur le sujet : les hommes sont bien conscients des risques sur la santé qui sont présents à leur travail mais ils ont tendance à les minimiser ou les considérer comme incontrôlables (Falteirmaier, a). Les participants reconnaissent en effets l'existence de certains dangers qu'ils encourent à leur « boulot » mais ils ne semblent pas s'en offusquer ou avoir la volonté de changer la situation.

En outre, même si une majorité de participants se sont dit réellement préoccupés par l'état de leur santé, près de la moitié d'entre eux ont cependant reconnu ne pas avoir consulté leur médecin de famille depuis plus d'un an, voire plus. Donc, dans l'ensemble, les participants de l'étude ne sont peut-être pas aussi éloignés du stéréotype de l'homme traditionnel que certains voulaient le faire croire. Ou tout au moins, il est possible que l'évolution des mentalités qu'ils perçoivent se traduise davantage en pensées qu'en actions. Les facteurs qui motivent ou font obstacle à l'action dans le sens d'une meilleure prise en compte de leurs besoins de santé fait d'ailleurs l'objet de la section suivante de notre discussion.

## **Les facteurs de motivation et de dissuasion à la prise en charge de la santé**

Les hommes qui ont participé aux discussions de groupe ont expérimenté différents facteurs de motivation et de dissuasion à la prise en charge du maintien ou de l'amélioration de leur santé. Plus particulièrement, ces facteurs sont (1) la disponibilité à consulter une autre personne, (2) le rôle de la conjointe, (3) la perception de la légitimité de leur consultation auprès d'un professionnel de la santé ainsi que (4) l'état du système de santé québécois.

Près d'un tiers ont déclaré ne pas considérer la santé comme un sujet tabou. Ceux-ci ont affirmé qu'en cas de besoin, ils n'hésiteraient pas à consulter une autre personne pour résoudre leurs problèmes de santé. Mais parmi eux, la plupart feraient tout d'abord appel à un proche pour les résoudre, alors que seulement deux ont dit qu'ils consulteraient un médecin ou un autre spécialiste de la santé. Quels sont les facteurs qui rebutent les hommes à consulter un professionnel de la santé ? Par ailleurs, en considérant que les autres participants n'ont pas contribué à cette discussion ou ils tenaient une opinion contraire lors des échanges, il semble que la consultation en cas de besoin de santé demeure problématique pour plusieurs hommes de l'étude, comme le soutient la littérature. Se pourrait-il que la consultation soit considérée par plusieurs participants comme un acte de faiblesse comme Bonhomme (2007) et d'autres en ont émis l'hypothèse ?

L'importance et le rôle de la conjointe pour le maintien d'une bonne santé chez les hommes ont aussi été un élément qui est ressorti des discussions et la littérature est là pour appuyer l'opinion des hommes interrogés. Ceux-ci ont en effet affirmé que leur contexte familial et conjugal avait une influence directe sur leur santé, comme Guy qui mentionnait que sa conjointe le poussait à arrêter de fumer. Le témoignage de Guy au sujet de sa conjointe qui lui apporte un soutien affectif et l'encourage à modifier son comportement malsain ayant un impact négatif sur sa santé montre bien le rôle de « police de la santé » (Bonhomme, 2007) que plusieurs auteurs accordent aux femmes et aux conjointes en particulier. À l'instar de ce que Courtenay (2011) met de l'avant, la tendance des hommes à avoir effectivement moins d'amis intimes et un réseau social moins développé que les femmes plaide en la faveur de considérer comme essentiel le fait d'impliquer leur famille pour améliorer la santé des représentants de la gente masculine.

Au sujet de la légitimité de leur consultation auprès d'un professionnel de la santé, plusieurs hommes en ont fait mention implicitement, en critiquant ceux qui à leur avis « encombrent » le système de santé en utilisant les services lorsqu'ils n'en ont pas vraiment besoin. Par contre, cette critique ne vise pas spécifiquement les femmes et, par conséquent, elle n'a pas pour but de se démarquer d'elles et de justifier leur utilisation occasionnelle du système de santé. Les hommes de l'étude ne se sont donc pas posés en « utilisateurs légitimes » du réseau dans le sens où l'entendait Noone et Stephens (2008).

Enfin, lors des groupes de discussion, les hommes ont exprimé leur opinion sur l'état du système de soins québécois et ont été très prompts à faire des suggestions pour améliorer le réseau. Malgré que certains hommes ont mentionné des éléments propres au système de santé qui sont des facilitateurs pour leur utilisation des soins offerts – ils ont par exemple parlé du fait qu'ils se sentaient bien traités dans les hôpitaux et que le personnel médical leur semblait compétent et dévoué envers les patients – une majorité de participants a cependant identifié des facteurs qui influencent négativement leur utilisation des soins de santé prodigués par le réseau : le manque de disponibilité des médecins, leur manque d'humanisme et l'impression que les intervenants du système de santé entretiennent souvent des contacts froids avec eux, sont peu attentifs ou les considèrent comme des numéros. Même si leurs propos sont à bien des égards davantage une analyse critique générale du système de santé québécois qu'un constat des facteurs motivationnels, les éléments qu'ils soulignent peuvent aussi être associés à la problématique de la demande d'aide chez les hommes. En effet, de nombreux auteurs consultés soulignaient l'importance d'adapter le système de santé pour le rendre plus conforme à la réalité des hommes. Par exemple, le manque de disponibilité, les conflits d'horaires, la réticence des hommes à attendre pour leur rendez-vous (Peate, 2004) et la tendance à les voir comme des « prostates » ou à les considérer en fonction de leurs pathologies au lieu de les traiter comme des individus (Bonhomme, 2007) ont été identifiés comme des facteurs de dissuasion pour la clientèle masculine. Sur ces points, les participants aux discussions rejoignaient donc tout à fait les constats et suggestions d'amélioration qui ont été faits auparavant et dans d'autres contextes.



## L'évaluation des publicités par les participants

La majorité des participants aux discussions a bien compris la nature des messages publicitaires qui leur ont été présentés et les objectifs qui y étaient promus (compréhension littérale). Peu d'hommes ont cependant trouvé ces messages attrayants. En général, les répondants ne se sont pas identifiés aux personnages masculins des messages publicitaires très brefs qui ont été présentés. Dans quasiment tous les groupes, l'une des raisons principales mises de l'avant par les répondants pour justifier ce retrait par rapport aux protagonistes du drame est le traitement trop simpliste et caricatural des sujets abordés pour promouvoir les saines habitudes alimentaires et de la demande d'aide des hommes. La parodie trop prononcée, le jeu déficient des acteurs, les stéréotypes exagérés, le manque de crédibilité et l'éloignement de la réalité des hommes sont autant de commentaires qui ont été formulés pour décrire négativement ces deux publicités.

Aussi, dans les deux cas, le message est apparu à plusieurs reprises comme difficilement acceptable aux participants des différents groupes. En plus de ne pas rejoindre leur vécu (p.ex., différence d'âge), ils ne reflétaient pas leurs croyances en ce qui a trait à la santé des hommes et à la motivation de ces derniers à adopter des comportements plus sains. L'appropriation des messages et l'intégration du comportement (compréhension psychologique et opérationnelle) ont toutefois fait l'objet de résultats mitigés.

La première publicité sur la demande d'aide n'a pas fait vibrer de corde sensible chez les participants. La publicité du *Réseau Hommes Québec* a semblé, pour beaucoup de participants, s'adresser à un public plus âgé qu'eux donc plus ancré dans les rôles masculins traditionnels que les hommes de leur génération. Les participants ont réagi fortement à ce qui leur était montré parce que la représentation du problème était univoque. Effectivement, la diversité des réalités masculines en regard de la demande d'aide n'était pas représentée et cela a semblé à plus d'un répondant dommageable à l'appropriation des messages et l'intégration du comportement.

Il semble cependant que ce ne fut pas tout à fait le cas pour la publicité de la table nord-côtière qui traite des bonnes habitudes alimentaires, car celle-ci a trouvé un certain écho chez les participants. En effet, plusieurs hommes ont dit se reconnaître dans la scène de la vie familiale qui y était dépeinte. Le message véhiculé était aussi simple et la recommandation facile à mettre en pratique (faire plus souvent la cuisine à la maison). Le goût des hommes pour des solutions

réalistes et faciles à intégrer dans leur quotidien avait notamment été souligné dans la littérature (Noiseux, 2010).

Malgré leur manque d'identification et d'adhésion aux publicités, les hommes qui ont participé aux discussions ne semblent pas avoir été rebutés par les suggestions contenues dans celles-ci et n'ont pas considéré les messages transmis comme étant trop moralisateurs. D'une part, comme nous l'avons précédemment souligné, les contenus relatifs à la demande d'aide et aux saines habitudes alimentaires ont été bien compris par tous les hommes. Ainsi, ceux-ci ont aisément décodé que les spots invitaient ces derniers à demander de l'aide, à partager leur vécu avec d'autres hommes ou encore à consacrer du temps à leurs enfants en profitant de cette occasion pour mieux manger, plus sainement.

D'autre part, les répondants n'ont pas été froissés ou blessés dans leur dignité d'hommes par le contenu des messages, aucun ne s'est tenu en position défensive. Tous ont pu exprimer des opinions individuelles au-delà du déni de la réalité représentée dans les messages publicitaires très brefs faisant l'objet de l'évaluation.

Ainsi, l'appropriation relativement faible des messages véhiculés dans les publicités par les hommes ne découlerait pas d'un désir de demeurer en contrôle et de prendre en charge leurs décisions de santé comme certains auteurs l'ont suggéré. Les résultats de la présente étude démontrent plutôt qu'ils souhaitent que les messages de promotion de la santé reflètent la diversité de leurs réalités en regard de celle-ci ainsi que leur capacité à se conscientiser et à agir à leur manière qui en est une peut-être différente de celle des femmes pour faire fructifier leur capital santé. Dans cette mesure, ils semblent vouloir mettre l'accent sur les facteurs qui conditionnent « une bonne santé », plutôt que sur les obstacles rencontrés. En cela, ils se redéfinissent comme hommes, ou tentent de le faire, dans une perspective salutogène (Antonovsky, 1979 ; MacDonald, 2011). À en croire certains, ce changement de vision contribuerait pour plusieurs à établir des relations plus bénéfiques avec eux-mêmes, les autres et leur environnement.

## **Recommandations**

Cette section vise à présenter certaines lignes directrices pouvant servir de guide aux gestionnaires de l'Agence de la santé et des services sociaux dans leurs efforts pour mettre sur pieds des stratégies de communication et d'intervention efficaces pour rejoindre les hommes sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les recommandations qui suivent ont été élaborées à partir des échanges entre les participants dans les groupes de discussion focalisée que nous appuyons à l'aide de la littérature scientifique. Ces recommandations concernent d'abord (1) le système de santé québécois ainsi que (2) les publicités de promotion de la santé.

### **Recommandations concernant le système de santé québécois**

Outre certaines recommandations génériques visant à améliorer le système de santé québécois (réviser la gestion du système dans son ensemble, améliorer l'accès aux médecins de famille, privilégier la prévention plutôt que l'aspect curatif), les participants à l'étude ont proposé deux (2) principales idées susceptibles de motiver les hommes à utiliser les ressources de santé.

***Créer des ressources adaptées à la réalité des hommes*** – Afin de permettre aux hommes d'entrer en contact avec des professionnels de la santé de façon à obtenir rapidement des réponses à leurs questions, les participants ont suggéré de diversifier les ressources de consultation comme, par exemple, la possibilité d'offrir des solutions en ligne. En effet, la mise sur pied de moyens offerts aux usagers sur le web aurait pour avantage de lever certaines barrières (réticence de la clientèle masculine à attendre pour les rendez-vous, conflit d'horaires, etc.) que les hommes rencontrent sur leur chemin lorsque vient le temps d'aller à la recherche d'aide dans le domaine de la santé. La consultation par Internet a d'ailleurs été identifiée par Lagacé et Renaud (2010) comme un moyen potentiel pour attirer la clientèle masculine autrement difficile à rejoindre lorsqu'il est question de santé. Les auteurs expliquent que l'attrait d'Internet réside dans le fait de pouvoir trouver rapidement une réponse à des questions précises. C'est justement ce que faisait remarquer Rémi : « Des fois, il y a des problèmes mineurs qui pourraient être réglés avec des consultations en ligne. [Quand tu as un problème], tu vas en ligne. [...] Il y a plein [d'informations] qui sont bonnes [et d'autres moins bonnes], mais pourquoi pas avoir un professionnel qui peut dire [quoi faire] ? ». Par conséquent, et suivant en cela l'avis du *Men's help forum* (2011), nous voyons un

grand intérêt à considérer le potentiel des nouvelles technologies pour présenter aux hommes de l'information et les rendre plus proactifs en matière de santé.

Il est aussi question de mettre en place des ressources contribuant à l'amélioration de la santé des hommes dans leurs milieux de vie pour faciliter leur accès par les hommes. Il pourrait s'agir, par exemple, de mettre sur pied une salle d'exercice dans les lieux de travail, comme l'a proposé un répondant, mais également de fournir l'accès à des professionnels de la santé dans ces milieux. La recherche indique que les hommes dans des groupes associés à leurs réseaux peuvent parler de leurs préoccupations et agir sur eux-mêmes (Hayes, 2001). Afin d'interpeller la clientèle masculine en matière de santé, il apparaît donc pertinent de songer à la rejoindre, par exemple avec des interventions en milieu de travail (Bureau de soutien à la communication en santé publique, 2010b). Ces allégations rejoignent ce que Drennan (1998) souligne à propos de la santé reproductive des hommes voulant que les professionnels de la santé et des services sociaux ont intérêt à rejoindre les hommes là où ils se réunissent « naturellement », où ils se sentent bien comme les lieux de travail, les clubs sociaux ou encore les événements sportifs. Selon cet auteur, dans ces milieux de vie, les hommes seraient plus réceptifs à une nouvelle information.

***Créer des ressources spécifiques aux hommes*** – Les participants ont aussi suggéré de créer des ressources en santé spécifiquement destinées aux hommes et d'augmenter le nombre d'intervenants masculins dans le réseau afin d'améliorer leur perception que les intervenants sont en mesure de comprendre leurs problèmes et ainsi leur prédisposition à consulter.

Le constat émis par les participants semble corroborer une tendance plus générale dans la perception qu'entretiennent les hommes à l'égard des services de santé et des services sociaux. D'une part, l'impact normatif de la socialisation masculine traditionnelle joue de contradiction lorsqu'il s'agit de consulter pour des problèmes de santé physique et à plus forte raison s'il est question de santé mentale. D'autre part, l'insuffisance d'intervenant masculin dans les services de santé induit une association de la relation aidante au rôle féminin ayant ainsi pour effet de diminuer la demande de soutien de la part des hommes en plus de complexifier la compréhension, l'écoute et la réceptivité des besoins exprimés par ces derniers (Bizot, 2010b) Or, ces enjeux sont aussi perceptibles chez les professionnels de la santé qui, moins habitués à une clientèle masculine, interviennent également au regard de normes genrées apprises socialement

(Moynikan, 1998 ; Raine, 2000, cité dans Tremblay, Morin, Desbiens, & Bouchard, 2007 : 9). De fait, si les hommes utilisent le réseau de la santé, les médecins s'attarderont davantage à leur santé physique et seront moins enclins à effectuer les références pour les besoins d'ordre psychologique (Galgut, 2007).

En somme, on peut donc voir que les hommes qui ont participé à l'étude avaient certains reproches à faire au sujet de l'adaptation du système de santé québécois à leurs besoins et à leur réalité masculine. Leurs critiques et suggestions démontrent aussi qu'ils avaient plusieurs idées pour éliminer certains motifs de leur irritation et qu'ils avaient sensiblement les mêmes préoccupations et les mêmes réticences que les autres hommes occidentaux puisque, comme il a été vu dans la recension de la littérature sur le sujet, toutes ces suggestions avaient déjà été faites par des auteurs qui s'étaient penchés sur la problématique de l'utilisation des services de soins de santé par les hommes.

### **Recommandations concernant les publicités de promotion de la santé**

À la lumière de l'analyse des résultats de l'évaluation des messages publicitaires par les répondants, il convient de faire quelques recommandations pour rejoindre les hommes et contrer les éventuelles résistances de certains d'entre eux.

***Adapter la démarche de sensibilisation à la réalité masculine*** – La première recommandation a trait plus largement à l'adaptation d'une démarche de sensibilisation aux caractéristiques de la population ciblée, c'est-à-dire les hommes. À partir du constat qu'il existe un message parallèle qui stigmatise les hommes en regard de leur capacité à prendre soin d'eux, il serait intéressant d'encourager l'apparition des comportements masculins qui sont sains pour la santé plutôt que de seulement viser l'élimination des comportements malsains. À cet égard, l'étude de Gough et Conner (2005) nous apprend que les hommes sont capables de décisions rationnelles lorsqu'il est question de faire des choix en matière d'alimentation. Un message qui mobilise la capacité des hommes à prendre des décisions sensées aurait non seulement de meilleures chances de trouver écho chez la population ciblée, mais pourrait aussi faire contrepoids à l'idée ambiante selon laquelle les hommes peinent à se charger adéquatement de leur santé.

***Mettre l'accent sur la diversité masculine*** – Dans la même veine, nos résultats de recherche confirment qu'il existe une diversité des formes de masculinité dans le Québec contemporain. Or, il appert que les participants voient dans les publicités des personnages incarnant une masculinité trop univoque pour qu'ils parviennent à s'y identifier. Par conséquent, dans la perspective de créer une campagne de promotion de la santé masculine, il s'avère important de considérer ces différentes réalités pour atteindre l'objectif visé. Il pourrait être intéressant de mettre en scène des hommes de classes, d'origines ethniques, d'orientations sexuelles et d'âges différents. Les hommes, et particulièrement les plus jeunes, semblent plus réceptifs à des discours qui sont adaptés à leurs croyances et valeurs plutôt qu'à des stéréotypes qui ancrent la masculinité dans un modèle traditionnel.

***Améliorer la qualité des moyens de diffusion des messages*** – Même si les publicités télévisées qui véhiculent un message de santé publique ne présenteront jamais des qualités visuelles et des rebondissements scénaristiques dignes d'émissions de divertissement à gros budget, la résistance des hommes aux messages publicitaires trop réducteurs, répétitifs et où le jeu des acteurs est peu convaincant devrait être prise en compte dans la conception de futurs messages qui s'adressent aux hommes et à leur santé. Les discours qui font référence à l'environnement proximal et à la vie quotidienne tout en proposant des pistes de solutions pragmatiques pouvant mener à des résultats tangibles sont reçus avec plus d'ouverture par les hommes.

La recension des écrits scientifiques nous indique également que les publicités qui sont courtes et directes sont les plus efficaces pour interpeller les auditeurs (Renaud *et al.*, 2007e).

***Bien cibler les médiums actuellement utilisés pour transmettre le message*** – Le deuxième point a trait à ce que Caron-Bouchard et Noiseux (2010) mettent de l'avant au sujet de l'intérêt d'introduire de l'information sur la santé à l'intérieur des émissions télévisées populaires. Selon eux, une telle stratégie favorise l'apprentissage parmi ceux qui s'intéressent le moins aux sujets reliés à la santé. En associant les informations relatives à ces aspects dans un cadre plus ludique, les auteurs font le pari que l'information risque davantage d'attirer l'attention des auditeurs. Les études de Lagacé *et al.* (2010) nous apprennent quant à elles que les personnes les moins

intéressées par les informations sont généralement celles qui se perçoivent comme le moins en bonne santé. Il est donc impératif de trouver des moyens pour rejoindre cette frange de la population.

***Transmettre un message équilibré*** – La littérature a noté la réticence des hommes devant l’extrémisme de certains messages gouvernementaux qu’ils associent à des campagnes de peur. Paradoxalement, certaines suggestions de participants concernant les publicités qui leur ont été présentées conseillaient au contraire de rendre les messages plus choquants pour motiver davantage les hommes à changer leurs comportements malsains. Les images-chocs ont en effet l’avantage d’être mémorisées plus facilement (Rieu, 2010), la difficulté étant de trouver le juste milieu entre des images marquantes et un contenu qui est adapté à la situation et la réalité de la population cible.

***Diffuser le message fréquemment*** – Nous croyons important de souligner le caractère dynamique de l’instauration, de la consolidation ou du rejet des normes en matière de santé. C’est par un processus complexe d’interactions entre plusieurs sphères de la société que se produisent ces changements. Pour que puissent émerger de nouvelles normes, il est primordial que les médias, qui occupent une fonction de relais dans ce processus, diffusent régulièrement et sur une longue période de temps les nouveaux discours pour qu’ils se transforment en nouvelles pratiques. Il n’en demeure pas moins que pour Caron-Bouchard et Renaud (2010), l’impact des médias est d’une ampleur relative et limitée. Selon elles, le meilleur contexte pour encourager les individus à opérer des changements décisionnels demeure d’entrer en contact avec de nouvelles normes dans le cadre de relations interpersonnelles significatives ou encore de le faire par l’intermédiaire des acteurs de la communauté.

***Diversifier les médiums utilisés pour transmettre le message*** – Conformément à la littérature, les résultats de la recherche suggèrent qu’il est important de porter une attention particulière au médium par lequel on transmet le message. Une recommandation émise par certains participants est d’exploiter davantage Internet comme plate-forme média pour communiquer avec les hommes. Il ne s’agirait donc pas seulement d’un outil de consultation adapté à la réalité de certains hommes, comme nous l’avons souligné précédemment, mais également d’un outil de promotion de la santé potentiellement efficace auprès de certains hommes. Selon Lagacé et ses

collaborateurs (2010), bien que la télévision demeure le médium le plus fréquemment utilisé chez les répondants et tout particulièrement au sein des populations les moins scolarisées, les plus défavorisées et les plus âgées, les hommes ont généralement recours à une plus grande diversité de médias que les femmes. Par ailleurs, selon Renaud et ses collègues (2007e), l'emploi de diverses méthodes de communications ainsi que l'utilisation de l'effet de répétition dans les médiums pour promouvoir l'information constituent, selon les auteures, des voies à suivre pour le futur. C'est pourquoi les campagnes de promotion multimédias apparaissent comme un moyen judicieux pour rejoindre la population masculine en utilisant diverses stratégies.

***Élargir le public cible pour impliquer les proches dans la promotion de la santé*** – Enfin, la dernière recommandation consiste d'abord à construire des campagnes publicitaires qui ciblent l'entourage des hommes plutôt que les hommes eux-mêmes et, plus particulièrement, à leurs conjointes afin de mobiliser les personnes de l'entourage dans une démarche de maintien et/ou d'amélioration des conditions de santé des hommes. Sensibiliser les proches aux problèmes de santé potentiels que peuvent encourir les hommes peut permettre une influence positive sur la demande d'aide de manière à favoriser une approche préventive. Selon Bonhomme (2007), la femme, en tant que « police de la santé » dans la famille, a en effet un rôle important de soutien et de conseil dans le couple. L'alerter par l'intermédiaire de message publicitaire des possibles problèmes de santé de son conjoint pourrait avoir des effets bénéfiques sur la demande d'aide ou l'utilisation des services de soins de ce dernier.

Cette recommandation qui consiste également à articuler des messages publicitaires autour des thèmes de la famille et des enfants peut représenter un incitatif pour que les pères apportent des changements dans leurs comportements dans une perspective où ces changements peuvent aussi profiter aux êtres qui leur sont chers (p.ex., une publicité qui transmet le message que : « [l]a fumée secondaire nuit à la santé de vos proches »). Les enfants pourraient donc aussi être visés par les publicités, car plusieurs participants semblent avoir à cœur leur rôle de père et donner une grande importance à leur vie familiale comme l'ont montré certains témoignages d'appréciation de la publicité sur les saines habitudes alimentaires. Miser sur l'amour mutuel entre le père et ses enfants pourrait être une voie à explorer pour développer des messages publicitaires qui touchent les hommes et qui les poussent à modifier leurs habitudes de vie.



L'enfant semble être une motivation extrinsèque qui favorise l'engagement des pères vers des tâches pouvant être bénéfiques à la fois pour eux-mêmes, pour leur enfant et pour leur entourage (Lamb, 2010). La plupart des personnes voient le devenir parent comme étant positif (OMS, 2007). Toutefois, la manière dont la parentalité influence la santé des populations est loin d'être claire. Plusieurs études montrent que la parentalité signifie quelque chose de positif pour la santé, d'autres disent qu'elle n'a aucune signification et d'autres encore prétendent que cela peut être négatif pour la santé (Nomaguchi & Milkie, 2003). Ceci dit, plusieurs recherches portant sur la paternité révèlent que la condition de parent et le contact avec des enfants affectent surtout positivement la santé des hommes (Ringbäck Weitoft, 2003). Une bonne relation des pères avec leur progéniture influence favorablement le bien-être des hommes. Ce type de rapport a également des répercussions positives sur le développement des enfants et d'avoir des répercussions sur la communauté dans son ensemble (Australie, 2008 ; Macdonald, 2006). Les résultats de plusieurs études mettent de l'avant que le devenir père est décrit par les hommes comme un processus de maturité, qui donne une conscience accrue de l'importance des relations, permet de développer de nouvelles capacités empathiques et renforce la confiance en soi. La maturité est le plus souvent éprouvée par les hommes comme une opportunité d'enrichir leur répertoire émotionnel et comportemental (Plantin, 2001). Aussi, le rôle paternel, s'il n'est pas représenté de façon caricaturale mais qu'il reflète plutôt les valeurs de la population cible, constitue un modèle positif à mettre de l'avant. Rejoignant en cela les constats établis par plusieurs chercheurs sur les réalités masculines, décrire les hommes dans les médias de masse dans de nouveaux rôles positifs aurait un impact bénéfique et influencerait favorablement les normes sociales et les attentes à l'égard des comportements masculins (Drennan, 1998).

## **Conclusion**

La présente étude avait pour objectif d'identifier les facteurs communs qui déterminent l'adoption de saines habitudes de vie chez des hommes dits « traditionnels » en vue d'aider à l'élaboration d'une stratégie de promotion de la santé adaptée aux besoins spécifiques de cette clientèle. Bien que nous constatons une évolution dans la perception que les hommes entretiennent à l'égard de leur santé et de sa prise en charge, plusieurs pistes de solution devront être explorées afin d'adapter les interventions qui leurs sont adressées mais aussi éviter de renforcer les stéréotypes traditionnels de la masculinité.

Parmi les nombreux constats mis en relief, nous considérons important de rappeler la complexité de la définition qu'attribuent les hommes au concept de santé. En effet, celle-ci, loin de relever d'une vision mécaniciste du corps, semble désormais s'ancrer dans l'équilibre à atteindre entre le bien-être physique et psychologique. L'épuisement au travail, les blessures physiques, les pathologies cardiaques et les enjeux liés à l'obésité, plus particulièrement la stigmatisation sociale qui y est associée, sont autant de facteurs qui aiguissent la vigilance des hommes en vue de préserver une bonne santé physique et mentale. Par ailleurs, ces derniers ne témoignent pas seulement d'une volonté de travailler en aval pour leur santé, contrairement à ce que pourraient nous laisser croire certaines idées reçues. Pour bon nombre d'entre eux, l'adoption de saines habitudes de vie, notamment l'exercice, les saines habitudes alimentaires ou le sommeil par exemple, constitue un effort envisagé ou déjà mis en œuvre afin d'améliorer leur santé et, par ricochet, prévenir certains maux. Ces constats confirment en partie l'hypothèse émise par les participants voulant qu'il y ait un changement de paradigme dans le rôle que s'attribuent les hommes. Effectivement, les pensées qu'ils entretiennent à l'égard de la conception de la santé semblent plutôt globales et moins soumises au standard traditionnel. Cependant, bien qu'ils prennent plus soin d'eux que par le passé, plusieurs valeurs traditionnelles ont été intériorisées, ce qui contribue à l'exposition de risques accrus en matière de santé. Enfin, force est de constater que le bien-être social est absent du discours d'une forte majorité des répondants.

Le système de santé québécois reçoit des critiques peu favorables de la part des participants. Pour la majorité, celui-ci est lent et inefficace, le personnel en place est perçu comme étant épuisé et les médecins, déshumanisés. Les hommes se sentent souvent tels des numéros et déplorent

l'insuffisance, voire l'absence, d'intervenants du même sexe. Selon eux, le système de santé québécois serait plus à même de répondre à leurs besoins si des ressources alternatives étaient disponibles et si la prévention tout comme la promotion des saines habitudes de vie étaient davantage mises de l'avant.

Pour leur part, les stratégies de promotion et de prévention de la santé demeurent des défis entiers si l'on souhaite sensibiliser la population cible. En effet, les messages des deux publicités vidéos faisant la promotion de la santé ont été compris par les participants sans toutefois favoriser l'identification de ces derniers aux hommes qui y étaient présentés. Les critiques émises indiquent que le matériel promotionnel doit être adapté à la diversité des réalités masculines en regard de la demande d'aide. Aussi, la littérature nous indique que les médiums doivent être variés et le message, répété. En outre, les hommes souhaitent voir des contenus témoignant des valeurs qui les caractérisent mais aussi de leur capacité à opérer des changements à la fois accessibles et concrets. La mise à l'écart des stéréotypes traditionnels et des obstacles à la santé au profit d'un message positif et visant également l'entourage des hommes favoriseraient davantage leur réceptivité. Cette demande de la part des hommes ne confirme-t-elle pas leur volonté de rompre avec le paradigme figé et passéiste de l'homme fort et coupé de ses émotions que leur reflètent trop souvent les médias ?

Enfin, puisqu'un nombre important d'hommes néglige le suivi médical et qu'une majorité déplore l'efficacité et la lenteur du système de santé, les efforts à déployer en direction de cette population cible s'avèrent nécessaires. Cependant, les stratégies à mettre en œuvre devront, de toute évidence, témoigner d'une sensibilité particulière à l'endroit du rôle social que redéfinissent progressivement les hommes et plus particulièrement, les jeunes.

## Bibliographie

- Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2009). Communiqué de presse « *La santé au masculin : une réalité à améliorer?* ». Saguenay, le vendredi 27 mars 2009.
- Antonovsky A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Arras, R. E., Ogletree, R. J., & Welshimer, K. J. (2006). Health-Promoting Behaviors in Men Age 45 and Above. *International Journal of Men's Health* 5(1). 65-79.
- Arth, E. et autres (2009). *L'état de santé des hommes au Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.
- Australie (2008). *Social Determinants and Key Actions Supporting Male Health*. National Male Health Policy Supporting Document. Government of Australia : Department of Health and Aging.
- Banks, I. (2004). New models for providing men with health care. *Journal of Men's Health and Gender* 1(2-3). 155-158.
- Basch, C. E. (1987). Focus Group Interview : An Underutilized Research Technical for Improving Theory and Practice in Health Education. *Health Education Quarterly*, 14(4). 411-448.
- Bauman, L. J., & Greenberg A. E. (1992). The Use of Ethnographic Interviewing to Inform Questionnaire Construction. *Health Education Quarterly*, 19(1). 9-23.
- Bizot, D., Maltais, D., Pilote, E., & Savard, S. (2010a). *Évaluation d'un programme de promotion de la santé mentale d'hommes en situation de vulnérabilité psychosociale*. Rapport d'évaluation soumis au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Rapport d'évaluation.
- Bizot, D., Maltais, D., Pilote, E., & Savard, S. (2010b). *Inventaire régional des ressources sanitaires et sociales destinées à la clientèle masculine au Saguenay–Lac-St-Jean*. Rapport de recherche soumis à l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Rapport de recherche.
- Bonhomme, J. J. (2007). Men's health. Impact on women, children and society. *Journal of Men's Health and Gender* 4(2). 124-130.
- Boudreault, C., & Art, E. (2010). Santé et bien-être des hommes. Les connaître pour mieux intervenir. Projet de recherche. Saguenay, le 21 mai 2010. Document de travail.
- Bracht, N. (1991). Citizen Participation in Community Health : Principles for Effective Partnerships. Dans B. Badura & I. Kickbusch (dir.). *Health Promotion Research : Towards a New Social Epidemiology* (p. 477-496). Copenhagen, Suède : WHO Regional Publications, European Series. N° 37.

- Bureau de soutien à la communication en santé publique (2010a). « Comprendre. Les messages de prévention du cancer sont-ils compris ? ». (Consulté en ligne le 01-10-2010).
- Bureau de soutien à la communication en santé publique (2010b). « Communiquer. Pistes de communication pour interpeller les hommes ». (Consulté en ligne le 16-09-2010).
- Bureau de soutien à la communication en santé publique (2010c). « Comprendre. À la recherche des cordes sensibles ». (Consulté en ligne le 01-10-2010).
- Bureau de soutien à la communication en santé publique (2010d). « Comprendre. Les étapes de changement d'un comportement : le modèle de Prochaska, NoCross et DiClemente ». (Consulté en ligne le 01-10-2010).
- Calder, B. J. (1977). Focus Groups and the Nature of Qualitative Marketing Research. *Journal of Marketing Research*, 14. 353-364.
- Caron-Bouchard, M. et Noiseux, C. (2010). Les téléspectateurs en quête d'information santé : exploration des attentes des téléspectateurs à partir de deux études de terrain sur l'information santé dans les émissions de services. Dans L. Renaud (dir.). *Médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (p. 343-361). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Caron-Bouchard, M. et Renaud, L. (2007). Modèle dynamique interactif : un outil d'analyse du rôle des médias dans la construction de la norme en matière de santé ». Dans L. Renaud (dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (p. 283-302). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Caron-Bouchard, M. et Renaud, L. (2010). Un modèle dynamique interactif écosocial pour mieux comprendre l'apport des médias dans le façonnement des normes sociales en matière de santé. Dans L. Renaud, L. (dir.). *Médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (p. 9-30). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Chaiken, S., Liberman, A., & Eagly, A. H. (1989). Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context. Dans J. S. Uleman & J. A. Bargh, (dir.). *Unintended thought* (p. 212-252). New York, NY : Guilford Press.
- Chaiken, S, Giner-Sorolla, R., & Chen, S. (1996). Beyond accuracy : Defense and impression motives in heuristic and systematic information processing. Dans P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (dir.). *The psychology of action linking cognition and motivation to behavior* (p. 553-578). New York, NY : Guilford Press.
- Chang, V. W., & Christakis, N. A. (2003). Self-Perception of Weight Appropriateness in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(4). 332-339.
- Chen, S., & Chaiken, S. (1999). The heuristic-systematic model in its broader. Dans S. Chaiken & Y. Trope (dir.). *Dual Process Theories in Social Psychology* (p. 73-96). New York, NY : Guilford Press.

- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- Courtenay, W. (2004). Making health manly: social marketing and men's health. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(2-3). 275-276.
- Courtenay, W. (2011). *Dying to be Men. Psychosocial, Environmental, and Biobehavioral Directions in Promoting the Health of Men and Boys*. New York, NY : Routledge.
- Davister, C. et al. (2004). *Les groupes focalisés*. Fiches méthodologiques, Liège, Apes-ULG, février. 2004, 4 p. (Stop j'agis, F.1).
- Deslauriers, J. M., Tremblay, G., Genest Dufault, S., Blanchette, D., & Desgagnés, J.Y. (2010). *Regards sur les hommes et les masculinités. Comprendre et intervenir*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval.
- De Saint-Pol, T. (2009). Surpoids, normes et jugements en matière de poids : comparaisons européennes. *Population & sociétés*, 455.
- De Visser, R., Smith, J., & McDonnell, E. (2009). "That's not masculine". Masculine Capital and Health-related Behaviour. *Journal of Health Psychology*, 14(7). 1047-1058.
- Doherty, D. T., & Kartalova-O'Doherty, Y. (2010). Gender and self-reported mental health problems: Predictors of help seeking from a general practitioner. *British Journal of Health Psychology*, 15. 213-228.
- Drennan, N. (1998). Santé reproductive. La participation des hommes vue sous un nouvel angle. *Population Reports Série J* (46). Baltimore, MA : John Hopkins School of Public Health. (Consulté en ligne le 2-6-2011).
- Équilibre (2011). *Essaye donc...pour voir! Test de vérification*. Document de promotion.
- Falteirmaier, T. (inconnue). *La promotion de la santé au masculine: une perspective souvent négligée*. Radix promotion de la santé.
- Flay, B. R. (1987). Evaluation of the Development, Dissemination and Effectiveness of Mass Media Health Programming. *Health Education Research*, 2(2). 123-129.
- Galgut, C. (2007). Men and Therapy : is it Time for Men to Come Out of the Closet. *Healthcare Counsellors and Psychotherapists Journal HCPJ*, July 2007, 14-17.
- Gibbs, A. (1997). Focus Groups. *Social Research Update*, 19, 1-7.
- Girault, I. (1990). *La vulgarisation scientifique par la bande dessinée. Un mythe ou une réalité ?* Séminaire sur la représentation. 9 février 1990. CIRADE, UQAM. N° 43. Montréal.

Godin, G. (2010). Rencontre avec Gaston Godin. [En ligne] Consulté, le 31 janvier 2011 :

<http://www.espacecom.qc.ca/s-inspirer/lectures-rencontres/Rencontre-avec-Gaston-Godin--expert-du-changement-.aspx>

Gough, B. (2006). Try to be healthy, but don't forgo your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media. *Social Science & Medecine*, 63. 2476-2488.

Gough, B., & Conner, M. T. (2006). Barriers to health eating amongst men : A qualitative analysis. *Social Science & Medecine*, 62. 387-395.

Gouvernement du Québec (2002). *Guide d'évaluation de matériel didactique informatisé*. Conception : Bernard Mataigne. Ministère de l'Éducation. Direction des ressources didactiques. Montréal.

Hayes, R. (2001). *Men's health promotion: developing an intersectoral strategic framework*. Melbourne, Australie : Victorian Health Promotion Foundation.

Holland, D. J., Bradley, D. W., & Khoury, J. M. (2005). Sending Men the Message about Preventive Care : An Evaluation of Communication Strategies. *International Journal of Men's Health*, 4(2). 97-114.

INFOPRESSE (2008). Le gouvernement du Québec vous fait chanter. Le vendredi 24 octobre 2008. [En ligne] Consulté, le 15 juillet 2011 :

<http://www2.infopresse.com/blogs/actualites/archive/2008/10/24/article-28827.aspx>

Institut de la statistique du Québec (2012). La mortalité et l'espérance de vie au Québec, 2011 et tendance récente (par Frédéric F. Payeur). *Coup d'œil sociodémographique*, 17.

Joule, R. V. (1987). Tobacco deprivation : the foot-in-the-door technique versus the low-ball technique. *European Journal of Social Psychology*, 17. 361-365.

Joule, R. V., Py, J., & Bernard, F. (2004). Qui dit quoi, à qui, en lui faisant faire quoi ? Vers une communication engageante. Dans M. Bromberg & A. Trognon (dir.). *Psychologie sociale et communication* (p. 205-218). Paris, France : Dunod.

Kagee, A., & Dixon, D. N. (2000). Worldview and Health Promoting Behavior : A Causal Model. *Journal of Behavioral Medecine*, 23(2). 163-179.

Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311. 299-302.

Kolmet, M., Marino R., & Plummer D. (2006). « Anglo-Australian Male Blue-Collar Worker Discuss Gender and Health Issues ». *International Journal of Men's Health* 5(1). 81-91.

Krueger, R. A. (1988). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, California : SAGE Publications.

- Lagacé, M. C., Elissalde, J., & Renaud, L. (2010). L'utilisation des médias francophones du Québec et la perception des messages sur la santé, l'alimentation et l'activité physique : résultats de sondages dans la population québécoise. Dans L. Renaud (dir.). *Médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (p. 323-342). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lagacé, M. C., & Renaud, L. (2010). La perception des messages et l'utilisation d'internet en regard de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique dans la population québécoise. Dans L. Renaud (dir.). *Médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales* (p. 221-237). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lamb, M. E. (2010). *The Role of the Father in Child Development*. New York, NY : Wiley.
- Litosseliti, L. (2003). *Using focus groups in research*. New York, NY : Continuum.
- Lomas, L., & McLuskey, J. (2005). Pumping up the pressure: A qualitative evaluation of a workplace health promotion initiative for male employees. *Health Education Journal*, 64(1). 88-95.
- MacDonald, J. (Présentation révisée par Philippe Roy et Dominique Blais). (2010). *La santé des hommes : Une approche salutogène*. Notes de la présentation faite au 78<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS.
- MacDonald, J. (2011). La santé des hommes: une approche salutogène. Colloque *Socialisation masculine et santé des hommes : état des connaissances et des défis posés aux services de santé* organisé par l'équipe Masculinités & Société (CRI-VIFF) dans le cadre du 78<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS. Montréal, QC : Université de Montréal.
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medecine*, 64. 2201-2209.
- Maisonneuve, D., & Renaud, L. (2007). Influences entre les professionnels des médias dans le traitement de sujets touchant la santé. Dans L. Renaud (dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (p. 95-107). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Marchioli, A. (2006). Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : Apports et implications des récents modèles de al communication persuasive. *Marketing & communication*, 1(1). 17-36.
- Massey, O. T. (2010). A proposed model for the analysis and interpretation of focus groups in evaluation research. *Evaluation and Program Planning*, 34. 21-28.
- Macdonald, J. J. (2006). Shifting paradigms: a social-determinants approach to solving problems in men's health policy and practice. *Medical Journal of Australia*, 185(8). 456-458.



- Men's help forum (2011). *Men's Health Week 2011 : Get a Man Online*. (Consulté en ligne le 6-6-2011).
- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience, développer l'autoformation* (traduit par G. Bonvalot). Lyon, France : Chronique Sociale.
- Miles, M. B., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis : An Expanded Sourcebook*, 2nd edition. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22. 129-152.
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in Health Technology Assessment. *Health Technology Assessment*, 2, 16.
- National Institutes of Health (1989). *Making Health Communication Programs Work. A Planner's Guide*. U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication. N Calder, 1977.
- Nomaguchi, K. M., & Milkie, A. (2003). Costs and rewards of children : the effects of becoming a parent on adults' lives. *Journal of Marriage and the Family*, 65. 356-374.
- Noone, H. J., & Stephens, C. (2008). Men, Masculine Identities, and Health Care Utilization. *Sociology of Health & Illness*, 30(5). 711-725.
- Oliffe, J. L., Gerbrandt, J., Bottorff, J. L., & Hislop, T. G. (2010). Health Promotion and Illness Demotion at Prostate Cancer Support Groups. *Health Promotion Practice*, 11(4). 562-571.
- Organisation mondiale de la santé (1948). *Constitution*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. WHO/HPR/HEP/95.1. Genève : OMS.
- Oullier, O., & Sauneron, S. (dirs.) (2010). *Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*. République Française : Centre d'analyse stratégique.
- Passeportsante.net (2010). *Santé des hommes : les difficultés financières à la source de plusieurs maux*. (Consulté en ligne le 27-10-2010).
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, California : SAGE Publications.
- Peate, I. (2004). Men's attitudes towards health and the implications for nursing care. *British Journal of Nursing*, 13(9). 540-545.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1999). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in experimental social psychology*, 19. 123-205.

- Petty, R. E., & Wegener, D. T. (1999). The Elaboration Likelihood Model: Current Status and Controversies. Dans S. Chaiken & Y. Trope (dirs.), *Dual Process Theories in Social Psychology* (p. 41–72). New York, NY : Guilford Press.
- Plantin, L. (2001). *Men's Parenting. On Men's Perceptions and Experiences of Fatherhood*. Gothenburg, Suède : Gothenburg University Press.
- Popay, J., & Groves, K. (2000). Narrative in research on gender inequalities in health. Dans E. Annandale & K. Hunt (dirs.), *Gender Inequalities in Health* (p. 64–89). Buckingham, UK : Open University Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical approach. Dans J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (dirs.), *Handbook of psychotherapy integration*. (p. 300-334). New York, NY : Basic Books, Inc.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2002). Transtheoretical therapy. Dans J. Lebow (dir), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy. Volume 4 : Integrative / Eclectic* (p. 165-183). New York, NY : John Wiley & Sons.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63. 655-660.
- Ratner, P. A., Bottorff, J.L., Johnson, J.L., & Hayduk, L.A. (1994). The Interaction Effects of Gender within the Health Promotion Model. *Research in Nursing & Health*, 17. 341-350.
- Redmond, R., & Curtis, E. (2009). Focus groups: principles and process. *Nurse Researcher*, 16. 57-69.
- Renaud, L., Caron-Bouchard, M., Lagacé, M. C., Maisonneuve, M., Mongeau, L., Dubé, L., & Moore, K. (2007a). Comment le consommateur s'y retrouve-t-il dans l'ensemble des messages en matière d'alimentation et de santé ? Dans L. Renaud (dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (p. 257-268). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Renaud, L. Bouchard, C., Mongeau, L., Maisonneuve, D., Caron-Bouchard, M., Moreau, D., Dubé, L., & Gagnon, S. (2007b). Traitement médiatique des messages émis sur les produits, services et moyens amaigrissants par l'Association pour la santé publique du Québec et sa réception. Dans L. Renaud (dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*. (p. 269-280). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Renaud, L., Caron-Bouchard, M., Beaulieu, S., Vianou, K., & Lortie, P.-L. (2007c). Pour une compréhension théorique de la norme en matière de santé. Dans L. Renaud (dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (p. 47-57). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Renaud, L. Bouchard, C., Caron-Bouchard, M., Dubé, L., Maisonneuve, D., & Mongeau, L. (2007d). Modèle du façonnement des normes par les processus médiatiques. Dans L. Renaud (dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (p. 19-35). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Renaud, L., Caron-Bouchard, M., Beaulieu, S., & Martel, G (2007e). Étude de l'impact de la campagne de sensibilisation aux bienfaits de la saine alimentation et de l'activité physique : le Défi 5/30. Dans L. Renaud (dir.). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (p. 195-204). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Rice, M., & Valdivia, L. (1991). A Simple Guide for Design, Use and Evaluation of Educational Materials. *Health Education Quarterly*, 18(1). 79-85.
- Rieu, D. (2010). Efficacité des campagnes de prévention: évaluation par les sciences cognitives. Dans O. Oullier & S. Sauneron (dir.) (2010). *Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences* (p. 66-74). République Française : Centre d'analyse stratégique.
- Rimer, B., & Glassman, B. (1984). How do Persuasive Health Messages Work ? A Health Education Field Study. *Health Education Quarterly*, 11(3). 313-321.
- Ringbäck Weitoft, G. (2003). *Lone parenting, socioeconomic conditions and severe ill-health. Longitudinal register-based studies* [dissertation]. Umea, Department of Epidemiology and Public Health Sciences, Umeå University.
- Robertson, S. (2006). "I've been like a coiled spring this last week": embodied masculinity and health. *Sociology of Health & Illness*, 28(4). 433-456.
- Robinson, M., Robinson, S., McCullagh, J., & Hacking, S. (2010). Working towards men's health : Findings from the Sefton men's health project. *Health Education Journal*, 69(2). 139-149.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change : A revised theory of protection motivation. Dans J. Cacioppo & R. Petty (dirs.), *Social Psychophysiology* (p. 153-176). New York, NY : Guilford Press.
- Rojas-Viger, C., & Dedobbeleer, N. (1996). Pré-test d'une bande dessinée auprès de latino-américaines enceintes de Montréal. *Revue Santé publique*, 4. 399-414.
- Rondeau G., Rojas-Viger C., & Bizot, D. (2006). Évaluation des qualités de la vidéo "Ici ce n'est pas pareil, chéri !" pour informer et sensibiliser à la violence conjugale : analyse des échanges consécutifs au visionnement par quatre groupes de femmes et quatre groupes d'hommes d'immigration récente. Rapport de recherche soumis à l'Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (ACCÉSSS), CRI-VIFF, Université de Montréal. Rapport de recherche.
- Sanders, M., & Peerson, A. (2009). Australia's National Men's Health Policy : Masculinity Matters. *Health Promotion Journal of Australia*, 20(2). 92-97.

Santé Canada (2005). À propos de Santé Canada. Qu'est-ce que le marketing social ?. (Consulté en ligne le 05-05-2010)

Seymour-Smith, S. (2008). "Blokes Don't Like That Sort of Thing. Men's Negotiation of a "Troubled" Self-help Group Identity. *Journal of Health Psychology*, 13(6). 785-797.

Siegel, M., & Doner, L. (1998). Pretesting Messages and Materials (Ch. 16) In : Marketing Public Health. Strategies to Promote Social Change. Frederik, MA : Aspen Publisher Inc. 415-446.

Smith, J. A. (2007). Beyond masculine stereotypes: Moving men's health promotion forward in Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, 18(1). 20-25.

Sommer J., Gache, P., & Golay, A. (2005). L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. Dans C. Richard & M.-T. Lussier (dirs.), *La communication professionnelle en santé*. (p. 655-691). Montréal, Québec : Éditions du renouveau pédagogique.

Tremblay, G., Morin, M-A, Desbiens, V. & Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Études et Analyses, no 36. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Watson, P. (2009). Missing men. *Community Practitioner*, 82(4). 16.

Williamson, R. et Robertson, S. (2006). Masculinities, men and promoting health through primary care. *Primary Health Care*, 16(8). 25-28.

Witte, K. (1998). Fear as Motivator, Fear as Inhibitor : Using the Extended Parallel Process Model to Explain Fear Appeal Successes and Failures. Dans L. K Guerrero (dir.), *Handbook of Communication and Emotion : Research, Theory, Applications, and Contexts* (p. 423-450). Academic Press.

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals : The Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs*, 59, 329- 349.

*XM Littre* (2006). (Consulté le 15 février 2010)

<http://francois.gannaz.free.fr/Littre/xmlittre.php?rand=&requete=litt%E9ral&submit=Rechercher>

## **Annexes**

Annexe 1 : Guide de discussion pour les rencontres avec les participants

Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique

## Annexe 1 : Guide de discussion pour les rencontres avec les participants

### PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, vous avez lu et signé attentivement les renseignements qui figurent dans le formulaire d'information et de consentement.

Dans ce formulaire, nous vous décrivons les objectifs de la recherche. Avant de commencer notre discussion, permettez-moi de vous les rappeler en quelques mots.

**La recherche a pour but de mieux comprendre la relation que certains hommes de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean de 25 à 44 ans entretiennent avec leur santé et à adapter en conséquence les messages de promotion de saines habitudes de vie aux besoins de cette population. Plus spécifiquement, cette étude est réalisée afin d'identifier les facteurs communs qui déterminent l'adoption de saines habitudes de vie chez des hommes de ce groupe d'âge en vue d'aider à l'élaboration d'une stratégie de promotion de la santé adaptée à leur réalité. En lien avec cette finalité, la présente étude vise deux objectifs principaux : 1) identifier les croyances, les préjugés, les mythes et les valeurs des hommes du Saguenay–Lac-Saint-Jean de 25 à 44 ans eu égard à leur santé et 2) déterminer l'écart existant entre la manière dont ces hommes se perçoivent et la manière dont nous les percevons. Lorsqu'elle sera terminée, cette recherche pourra rendre service à d'autres hommes de la région et du Québec qui ont besoin d'entendre parler de santé d'une façon adaptée à leurs réalités masculines.**

Pour ce qui est des conditions générales de votre participation, je vous invite à vous référer au formulaire que vous avez signé. Toutefois, permettez de vous rappeler la manière dont l'entretien se déroulera.

Un ensemble de sept questions vous sera posé au cours de la période d'échange. Le contenu, assez souple, devra vous permettre de progresser dans la discussion à votre rythme mais il sera assez structuré pour maintenir la discussion près du thème étudié et s'assurer que tous les enquêteurs posent des questions similaires.

Après une pause de 15 minutes, la deuxième partie de l'entretien traitera de vos perceptions des messages de promotion de la santé actuelles.

On vous demandera d'abord si vous vous souvenez d'un message campagne de promotion de la santé vue ou entendue dans les médias de masse qui vous a marqué. Et si tel est le cas, pourquoi il vous a marqué.

Dans un deuxième temps, on vous montrera deux très courtes vidéos produites pour informer et sensibiliser les hommes aux saines habitudes de vie. À travers une série de trois ou quatre questions, on regardera avec vous la qualité de ces messages.

Puis nous nous quitterons vers .... heures.

Je vous rappelle donc que l'entretien durera environ 2 heures trente.

Avez-vous des questions sur le déroulement de la rencontre ou sur la recherche plus généralement ? Répondre aux questions éventuelles en utilisant les informations synthétiques contenues dans le document joint en annexe 7.

## Questions

*La question initiale est générale et accessible à tous afin de stimuler la prise de parole de chacun. Elle fait l'objet d'un tour de table pour permettre à tous les participants de répondre et donc de créer un climat de confiance et d'égalité entre eux.*

Q1. Pour vous, « être en bonne santé », cela veut dire quoi ?

La première partie de l'entretien traite des perceptions que les hommes ont de la santé, la leur comme celles des autres hommes.

On commence par donner quelques informations contextuelles au sujet de l'espérance de vie inférieure des hommes et de la plus grande fréquence de leur engagement dans des comportements risqués (conduite automobile, tabagisme, alcoolisme, etc.).

Les hommes sont alors interrogés sur les raisons de cet état de chose, selon eux.

Q2. En moyenne, les hommes meurent plus jeunes que les femmes, pourquoi d'après vous ?

Sous questions (questions de relance) :

- Croyez-vous que les hommes se préoccupent de leur santé autant que les femmes ?
- Pensez-vous qu'il est acceptable pour les hommes de se préoccuper de leur santé ?
- Pourquoi pensez-vous que les hommes vont moins probablement chercher de l'aide pour des problèmes de santé que les femmes ?
- Qu'est-ce qui empêche les hommes d'aller chez le docteur ?

Les hommes sont ensuite interrogés sur leur santé personnelle.

Q3. Quelles sont vos préoccupations habituelles par rapport à votre santé ?

Sous questions (questions de relance) :

- Si vous vous sentiez malades, à qui en parleriez-vous ?
- Avez-vous déjà essayé d'améliorer votre santé ?

Des questions contextuelles sont posées aux hommes dans un quatrième temps.

Q4 Pensez-vous que le secteur où vous vivez, votre travail ou des questions familiales ont un impact sur votre santé ?

Les participants sont amenés alors à discuter du système de santé.

Q5 Quelle est votre expérience du système de soin québécois ?

**Après une pause de 15 minutes, la deuxième partie de l'entretien traite de vos perceptions des messages de promotion de la santé actuelles.**

On demande d'abord aux participants s'ils se souviennent d'une campagne de promotion de la santé vue ou entendue dans les médias de masse qui les a marqué. Et si tel est le cas, pourquoi elle les a marqué.

Dans un deuxième temps, on leur montre deux vidéos et on tente de voir avec eux si ces campagnes de promotion possèdent l'efficacité requise pour informer et sensibiliser aux saines habitudes de vie dans le contexte culturel de la masculinité traditionnelle. À travers une série de trois ou quatre questions, on regarde avec les hommes la qualité des images comme médium

d'information, leur attrait pour eux, l'appropriation qu'ils en font et la compréhension qu'ils ont du message promotionnel. Dans le cadre de cette recherche, l'évaluation de ce type de matériel est utilisée comme élément déclencheur des discussions au sein des groupes. Les échanges entre les participants au sujet de ces vidéos permettent de colliger des informations sur leurs croyances et valeurs de manière indirecte.

Le matériel utilisé comme élément déclencheur des discussions au sein des groupes est le suivant.

**Une vidéo de sensibilisation du RHQ pour prévenir les drames familiaux (135 secondes) :**

Cette vidéo de sensibilisation, qui montre un homme à la recherche d'un espace pour parler, a comme objectif d'amener plus d'hommes à exprimer et partager ce qu'ils vivent. Il est d'abord disponible sur le site du RHQ et sur différents sites de partage de vidéos. Plusieurs télévisions régionales ont accepté de diffuser la vidéo de sensibilisation sur leurs ondes.

La vidéo est accessible sur le site du RHQ : <http://www.rhquebec.org>

Une vidéo de promotion de saines habitudes alimentaires :

- Une vidéo s'adressant plus spécifiquement aux hommes : « On cuisine... à notre façon » (30 secondes) :

La vidéo est accessible sur le site de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord : <http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/Default.aspx?section=emplois&id=644>

Les questions sont ouvertes, courtes, claires et simples. Elles ne comportent qu'une seule idée et ne sont pas connotées positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion.

Q6 Suite au visionnement du matériel qui vient de se terminer, que ressentez-vous ?

Q7 Est-ce que vous vous reconnaissez dans les propos tenus par les personnages ou dans les situations présentées dans le matériel visionné ?

Sous questions (questions de relance) :

- Les propos tenus par les personnages ou les situations présentées dans le matériel visionné vous apparaissent-ils conformes à la réalité ?
- Jusqu'à quel point ce qui est présenté dans ce matériel correspond à la réalité vécue par les hommes québécois ?
- Les hommes sont-ils comme ce qui est décrit par le personnage ?
- Les femmes vivent-elles des situations semblables à celles qui sont présentées ?

Après avoir effectué une synthèse des échanges, une dernière question projective est posée aux participants. Elle vise à stimuler la prise de parole de chacun sur des pistes de solution pour que les hommes prennent soin davantage de leur santé.

Q7. Y a-t-il des idées ou des suggestions que vous aimeriez formuler afin que les hommes prennent soin de leur santé ?

Sous questions (questions de relance) :

- Qu'est-ce qui pourrait être fait ?
- Par qui ?
- Comment ?
- Avec quels moyens ?





- Séparé / divorcé  
 Célibataire  
 Veuf, veuve
- 6) Combien de personnes demeurent avec vous actuellement ?
- Je demeure avec une seule autre personne  
 Je demeure avec deux autres personnes  
 Je demeure avec trois autres personnes ou plus
- 7) Demeurez-vous actuellement avec une/ un conjoint (e) ?
- Oui                       Non
- 8) Combien d'enfants avez-vous? \_\_\_\_\_
- 9) Combien de vos enfants demeurent avec vous actuellement dans le même logement que vous? \_\_\_\_
- 10) Comment avez-vous connu l'existence du groupe de discussion (vous pouvez cocher plus d'une réponse)
- Dépliant  
 Services de la santé et/ou services sociaux  
 Médecin de famille  
 Annonce publicitaire (presse écrite, radio, TV)  
 Proche (précisez qui) : \_\_\_\_\_  
 Autre, précisez \_\_\_\_\_
- 11) Avez-vous un médecin de famille ?
- Oui                       Non
- Si oui :
- 12.1) quand l'avez-vous vu pour la dernière fois ?
- Dans les 12 derniers mois  
 Entre les 12 et 24 derniers mois  
 Plus de 24 mois  
 Autre, précisez \_\_\_\_\_
- Si non :
- 12.2) Comment vous soignez-vous ?
- Urgence de l'hôpital  
 Clinique d'urgence  
 Autre, précisez \_\_\_\_\_
- 12) Avez-vous déjà été suivi individuellement dans le cadre d'une thérapie :
- Oui                       Non
- Si oui :
- 13.1) quel type de suivi était-ce ? \_\_\_\_\_
- 12.2) Il y a combien de temps :
- Toujours en suivi

- Dans les 12 derniers mois
- Entre les 12 et 24 derniers mois
- Plus de 24 mois
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

13) Dans quelle municipalité demeurez-vous?

\_\_\_\_\_

N.B. TOUTES CES INFORMATIONS SERONT TRAITÉES EN TOUTE CONFIDENTIALITÉ ET DANS LE RESPECT DE L'ANONYMAT.

**Merci beaucoup de votre collaboration.**