

Université de Montréal

MÂLE DANS LEUR POIDS

Une exploration des variables associées à la préoccupation des hommes
québécois avec surpoids à l'égard du poids

par

Joost van der Mast

Département de Nutrition

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine
en vue de l'obtention du grade de Magister Scientae (M.Sc.)
en Nutrition

Septembre, 2010

« copyright », Joost van der Mast, 2010

Université de Montréal
Faculté de Médecine

Ce mémoire intitulé :

Mâle dans leur poids.

**Une exploration des variables associées à la préoccupation des hommes québécois avec
surpoids à l'égard du poids.**

présenté par :

Joost van der Mast

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lise Gauvin, Ph.D., présidente-rapporteur
Anne-Marie Hamelin, Ph.D., membre du jury
Marie Marquis, Ph.D., directrice de recherche

RÉSUMÉ

L'objectif de cette recherche qualitative était de porter un regard sur la problématique du poids chez l'homme à partir des déterminants de la santé masculine définis par Courtenay (2003). En donnant la parole à 17 hommes québécois en surpoids lors d'entrevues individuelles, différentes variables associées à leur préoccupation à l'égard du poids, sont examinées.

Selon ces hommes, il existe un comportement alimentaire typiquement masculin autant dans le choix des aliments que dans la façon de manger. La présence féminine joue pour eux un rôle prépondérant dans ce domaine.

La vision masculine de la santé suit souvent la fonctionnalité de leur corps tandis que leur description du surpoids semble davantage partir du « vécu » et être moins stricte que la définition purement médicale. Néanmoins, beaucoup d'hommes sentent la pression de l'image du corps idéal masculin et sont souvent insatisfaits de leur corps selon la masculinité valorisée et selon la stigmatisation subie.

La préoccupation des hommes à l'égard de leur santé est très présente parmi les hommes de 30-45 ans et perdre du poids dans ce contexte devient alors légitime mais les raisons évoquées varient : la santé, l'apparence, le bien-être.

L'expression des douleurs émotionnelles autour du poids est difficile pour les hommes et trop souvent la masculinité traditionnelle constitue une barrière de taille à la consultation pour ces problèmes.

Pour le futur, il sera donc important pour les professionnels de la santé d'intégrer les différentes caractéristiques de cette masculinité traditionnelle dans leur approche et leur communication avec les hommes en surpoids.

Mots clés : Déterminants de la santé – Masculinité – Santé des hommes – Habitudes alimentaires – Comportement des hommes - Croyances de santé - Pratiques de santé – Contrôle du poids – Perception du corps - Utilisation services de santé – Analyse de discours.

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore different weight issues of men by using the « key determinants of the health and the well-being of men » established by Courtenay (2003).

By interviewing 17 overweight men of Québec, different variables were examined that could possibly explain the preoccupation with their weight.

According to these men, a typical masculine behaviour in the food choice and in the way of eating can be acknowledged and by traditional masculine standards, women often play an important role in this area.

The health beliefs of men is often limited to the functionality of their body while the description of overweight is more based on their lived experience and less restrictive than the pure medical definition of health. Nevertheless, the social pressure of the ideal masculine body is felt by many men and makes them often dissatisfied with their body depending on the masculinity that is valued and the stigmatisation that they encounter.

Men's health concerns are predominant in the 30-45 age group and legitimize their desire for weight loss although given reasons may vary: health, appearance or well-being.

Expression of emotional pain in weight issues is difficult for a lot of men and very often the traditional masculine values constitute a serious barrier to consulting for these kinds of problems.

Health professionals in the future will therefore need to recognize the different characteristics of this masculinity and integrate them in their approach and communication with overweight men.

Key words : Health determinants – Masculinity – Men's health – Food habits – Men's behaviour – Health related beliefs – Health practices – Weight control – Body perception – Health care utilization – Discourse analysis.

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier tout d'abord les hommes qui ont participé à cette recherche. Après les avoir vus et entendus en entrevue pour des fins de cette recherche, je pense pouvoir dire qu'il est vrai que beaucoup d'hommes ont de la difficulté à s'exprimer sur un sujet intime, en l'occurrence leur préoccupation à l'égard du poids. En premier lieu, ils ne s'expriment que difficilement sur leurs problèmes de poids ou d'alimentation mais une fois le contact et la confiance établis, les hommes ont tellement des choses intéressantes à nous dire. Mon attente et mon écoute ont été largement récompensées et sans ces hommes je n'aurais pas pu en apprendre autant sur la problématique du poids chez l'homme. C'est grâce à eux que ce rapport est aujourd'hui devant vous.

Je voudrais remercier également ma directrice de recherche, Madame Marie Marquis, pour son soutien infaillible, son positivisme inébranlable et son expertise dans la recherche ainsi que dans l'accompagnement de ses étudiants. Je vous suis reconnaissant de m'avoir permis de vivre ce voyage riche d'enseignements.

Finalement, je ne voudrais surtout pas oublier d'exprimer mon admiration pour ma femme. Ce n'était pas une organisation familiale traditionnelle et je t'admire pour m'avoir permis, pour m'avoir supporté, pour m'avoir aimé...je te dois beaucoup. Une pensée spéciale va à l'encontre de mon fils.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX	vii
INTRODUCTION	1
Chapitre 1 RECENSION DES ÉCRITS	4
1.1 Les courants de recherche sur la santé des hommes	4
1.2 Les inégalités de santé entre hommes et femmes au Québec	5
1.3 Les déterminants de la santé masculine associés à la problématique du poids	9
1.3.1 Les comportements de santé	9
1.3.2 Les croyances de santé et l'expression d'émotions et de douleurs physiques	13
1.3.3 Les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques	17
1.3.4 Les organisations de services de santé et la perception de celles-ci	21
1.4 La problématique	23
1.5 Les objectifs de recherche	26
Chapitre 2 MÉTHODOLOGIE	29
2.1 Population cible et critères d'inclusion	29
2.2 Recrutement	30
2.3 Instruments	31
2.4 Analyse des données	35
2.5 Éthique	36
2.6 Commentaires sur le déroulement d'entrevues avec des hommes sur la problématique du poids	37

Chapitre 3	RÉSULTATS	42
3.1	Les comportements de santé	43
3.1.1	Les comportements alimentaires	43
3.1.2	L'importance du réseau social	47
3.1.3	La fréquentation des services de santé	49
3.2	Les croyances de santé et l'expression de douleurs physiques et émotionnelles	51
3.2.1	La définition masculine de la santé	51
3.2.1.1	Une opinion masculine positive de la santé	53
3.2.1.2	Une préoccupation à l'égard de la santé	54
3.2.2	Le contrôle personnel sur la santé	55
3.2.2.1	Les préjugés de l'obésité au masculin	57
3.2.3	L'image corporelle	60
3.2.3.1	L'insatisfaction avec son corps	60
3.2.3.2	Si je pouvais modifier mon corps	61
3.2.3.3	Les raisons de la perte de poids au masculin	63
3.2.4	Les valeurs associées à la masculinité	65
3.2.5	L'expression de douleurs physiques et émotionnelles	67
3.3	Les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques	69
3.3.1	L'éducation sociale reçue	69
3.3.2	Le rôle des médias	70
3.3.2.1	L'homme perçu dans les médias	70
3.3.2.2	La perception des messages santé	72
3.3.3	Les connaissances en nutrition	74
3.3.4	La stigmatisation	75
3.4	Les organisations de services de santé et la perception de celles-ci	78
3.4.1	Les barrières à l'utilisation des services de santé	78
3.4.2	L'approche et la communication des services de santé	80
Chapitre 4	DISCUSSION	85
4.1	Les comportements de santé	85
4.1.1	Manger comme un homme	85

4.1.2	Le rôle clef de la femme	87
4.1.3	Les services de santé boudés par l'homme	88
4.2	Les croyances de santé et l'expression de douleurs physiques et émotionnelles	89
4.2.1	La santé vue par l'homme	89
4.2.2	Une motivation mitigée pour adopter des comportements sains	90
4.2.3	Le corps masculin sous pression	91
4.2.4	Un éventail de masculinités	93
4.2.5	Quel surpoids ?	94
4.3	Les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques	96
4.3.1	Enseigner l'alimentation aux hommes	96
4.3.2	Une image esthétique masculine omniprésente	96
4.3.3	Dis-moi ce que tu connais, je te dirai ce que tu manges...	97
4.3.4	Le poids psychologique de la stigmatisation	98
4.4	Les organisations de services de santé et la perception de celles-ci	99
4.4.1	La « double porte d'entrée » des services de santé	99
4.4.2	Apprendre à parler avec les hommes	101
4.5	La masculinité s'exprime et se résume	105
	 CONCLUSION	 106
	LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE	108
	 BIBLIOGRAPHIE	 113
	 LES ANNEXES	
A.	Annnonce de recrutement	i-1
B.	Questions d'entrevue	i-3
C.	Questionnaire	i-7
D.	Stimuli et leur justification d'utilisation	i-8
E.	Liste de codification	i-11
F.	Formulaire de consentement	i-17
G.	Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CERFM)	i-22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	La socialisation masculine et la santé mentale (tiré de Tremblay & Thibault (2002), <i>Hommes et santé mentale : Des pistes d'intervention</i> , Papier présenté au congrès de l'ACFAS, Québec)	7
Tableau 2	Les sous dimensions des déterminants de santé associées à la problématique du poids masculin	28
Tableau 3	Les questions d'entrevue en lien avec le cadre conceptuel de la recherche	32-33
Tableau 4	Les caractéristiques de l'échantillon d'hommes	41
Tableau 5	Le décalage dans les valeurs des différents aspects de la problématique du poids chez l'homme	104

INTRODUCTION

Ce mémoire de maîtrise trouve son intérêt dans le souhait de mieux comprendre les facteurs déterminants de la préoccupation des hommes à l'égard de leur poids. Amener la préoccupation du poids dans la sphère masculine et associer la problématique du poids aux hommes est assez nouveau. Beaucoup d'études jusqu'à date ont plutôt été réalisées pour examiner le rapport des femmes avec leur poids et longtemps la préoccupation avec le poids et la santé, avec la forme du corps et avec l'apparence a été considérée « des sujets pour femmes.» Pensons par exemple au livre classique de Susie Orbach (1978) : *Fat is a feminist issue*, qui lançait le mouvement anti-régime pour femmes aux États-Unis et qui se révoltait contre le diktat des normes de beauté féminine dans notre société et dans les médias en le mettant clairement sur la place publique. Et déjà en 1990, en signant la préface du livre *Males with eating disorders* de Arnold Anderson, la même Susie Orbach nous confie :

« L'obésité et l'hyperphagie ont rejoint le sexe comme sujets principaux dans les vies de beaucoup d'hommes. Aux États-Unis, on estime la moitié des hommes en surpoids (62% au Québec en 2004 selon Statistiques Canada). Chaque magazine masculin parle des régimes. La condition physique et la beauté sont l'objectif de chaque homme. La préoccupation du gras et de l'alimentation est devenue tellement banale que nous oublions que d'être gros, se sentir gros et la compulsion d'hyperphagie sont des expériences très sérieuses et douloureuses pour beaucoup d'hommes.»
(Traduction de Anderson, Cohn & Holbrook (1990), *Making Weight*, p.13-14)

Le problème de la préoccupation du poids et de l'alimentation commençait alors tout juste à être reconnu pour les hommes et depuis, tout doucement, quelques chercheurs ont commencé à s'y intéresser. Cet intérêt pour l'étude des attitudes et comportements selon le genre s'intègre d'ailleurs très bien à l'étude des déterminants de la santé qui sont des éléments observés dont on estime qu'ils ont une influence sur la santé. À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre social et économique, par surcroît en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé.» Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé (Agence de la Santé Publique du Canada 2006).

Différentes classifications existent selon les approches, épidémiologiques ou globales. La classification retenue par l'Agence de la Santé publique du Canada dans son dossier *Santé de la population* (2006) reconnaît les déterminants suivants :

- **La culture.** Les valeurs culturelles de certains groupes façonnent l'environnement social dans lequel l'accès à des soins et des services de santé adaptés se trouve altéré ;
- **L'emploi et les conditions de travail.** Le degré de contrôle sur ses conditions de travail, le niveau de stress professionnel et le chômage influence sur la santé ;
- **Les environnements physiques.** Le milieu naturel et l'environnement façonnés par l'humain, ont une incidence importante sur la santé ;
- **Les environnements sociaux.** La stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de saines relations de travail et la cohésion de la communauté favorisent une bonne santé ;
- **Les habitudes d'hygiène et la capacité d'adaptation personnelle.** Il s'agit ici des mesures que l'on peut prendre, des choix à faire pour se protéger des maladies ou pour améliorer sa santé ;
- **Le niveau de scolarité.** La scolarisation augmente les perspectives de revenu et confère un sentiment de maîtrise des circonstances de la vie influençant favorablement la santé ;
- **Le patrimoine génétique et biologique.** Notre capital génétique influençant le fonctionnement biologique de notre corps donc affectant la santé ;
- **Les réseaux de soutien social.** L'appui reçu de l'entourage social influence la santé ;
- **Le revenu et la situation sociale.** La place qu'une personne occupe dans la hiérarchie économique et sociale lui confère des moyens de maîtrise sur sa santé ;
- **Le sain développement dans l'enfance.** Les expériences vécues avant la naissance et pendant la petite enfance ont un effet prononcé sur la santé, le bien-être, la capacité d'adaptation et les compétences ;
- **Les services de santé.** Les services de santé agissant dans le sens de la prévention des maladies et la restauration du bien-être physique et psychologique contribuent à la santé de la population.
- **Le sexe.** Le terme sexe fait ici référence à toute la gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en les

différenciant. Les normes associées aux sexes influencent les pratiques et les priorités du système de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes.

Un des intérêts de cette recherche est de mettre clairement à jour ce rôle du genre dans la problématique du poids pour vérifier si les hommes vivent leur préoccupation à l'égard du poids d'une manière particulière et différente des femmes.

Nous allons dans cette étude d'abord nous intéresser à la recherche actuelle sur la santé des hommes. Ensuite, il est important de situer le cadre conceptuel de l'étude en nous servant des catégories des déterminants de la santé masculine définis par Courtenay (2003). La liste des déterminants de santé masculine qu'il nous présente sera en partie retenue pour organiser ceux associés à la problématique du poids masculin à l'aide d'une revue de littérature.

Vient ensuite le cœur de la recherche avec la présentation des résultats des entrevues avec 17 hommes ayant une préoccupation à l'égard du poids selon le même schéma. Nous allons finalement proposer une interprétation de ces résultats dans la discussion et amener des pistes de recherche.

Chapitre 1 RECENSION DES ÉCRITS

1.1 Les courants de recherche sur la santé des hommes

Les chercheurs intéressés à comprendre les déterminants de la santé des hommes en particulier ont le choix entre le courant qui aborde l'étude « des hommes et des masculinités » ou celui qui traite de l'étude, plus large, « des inégalités en santé » incluant les inégalités selon le genre (Lohan 2007).

Les études sur les inégalités en santé voient la santé comme la résultante d'une interaction complexe de différents facteurs dans la vie des gens. Les déterminants de la santé sont vus comme des couches qui se superposent ; il y a les couches d'influences « individuelles » fixes (âge, sexe, constitution), entourées par des couches d'influences « sociétales » qui peuvent être modifiées (comportement, style de vie, facteurs sociaux, communautaires) dans un réseau social (famille, amis). Ce réseau social confère et conditionne les aptitudes de maintien de la santé et l'accès aux services de santé. Les couches d'influences extérieures sont formées par les conditions économiques, culturelles et environnementales d'une personne. Tous ces déterminants de santé sont en interaction continue (Bejakel & Goldblatt 2006).

L'autre lignée d'études concernant les **hommes et les masculinités** englobe « les études critiques sur les hommes (ECH) » et « les études sur les hommes (EH).» Ces dernières cherchent à réaffirmer les notions traditionnelles de la masculinité (les notions « idéalisées » et normatives des attitudes et comportements des hommes) en face des positions changeantes des femmes dans les sphères publiques et privées de la société. Il y est question d'une « crise de masculinité » et on y parle d'un mouvement féminin qui menace sérieusement l'ordre naturel des relations entre les genres (Whitehead 2002). Essentiellement, les auteurs cherchent à cautionner un discours voulant que les hommes ne s'intéressent nullement à la promotion des théories ou des pratiques féministes (Hearn 2004).

Les ECH, en revanche, étudient les vies du genre masculin et émergent de l'intérieur du féminisme et des études sur les homosexuels. Il existe trois principes centraux aux ECH : 1) le genre est une construction sociale, 2) la masculinité traditionnelle est défiée et aussi 3) les relations de pouvoir existantes entre les genres sont défiées. Les ECH reconnaissent les relations qui existent entre les hommes et les femmes, entre les différentes façons d'être un homme et une femme (différentes masculinités et féminités) tout en considérant le rôle complexe, fluide et parfois contradictoire du pouvoir dans les relations des deux genres. En résumé, il est important de considérer simultanément le sexe (biologique) et le genre (plus sociologique), les hommes les incarnent à tout moment de la journée (Hearn 2004, Kimmel et coll. 2005).

Cette recherche-ci peut être considérée comme une étude critique sur les hommes (ECH). Tout en reconnaissant qu'il existe une inégalité entre la santé des hommes et celle des femmes, ce projet de maîtrise a voulu prendre comme point de départ le fait d'être un homme, le domaine de la masculinité et la place de cette masculinité dans la problématique du poids. Les trois principes de base s'appliquent.

1.2 Les inégalités de santé entre hommes et femmes au Québec

Quand on essaie d'esquisser un portrait rapide de la santé masculine des hommes québécois et de mettre en avant l'inégalité de santé entre hommes et femmes au Québec de manière générale (chiffres 1999-2001 pour le Québec de Statistiques Canada rapporté par Tremblay et coll. 2003), on est frappé d'emblée par l'espérance de vie plus courte des hommes à la naissance que celle des femmes. Les hommes peuvent espérer vivre jusqu'à 76 ans comparé à 81,8 ans pour les femmes. L'écart diminue petit à petit avec chaque nouvelle enquête grâce à l'amélioration des habitudes de vie des hommes et de leurs comportements liés à la santé.

L'inégalité entre les hommes et les femmes se manifeste aussi à travers des statistiques de mortalité chez les hommes pour tous les groupes d'âge jusqu'à 70 ans qui sont plus sombres que pour les femmes, la mortalité infantile incluse. Le nombre de décès attribuable

aux différentes maladies comme le SIDA, les cancers ou à des suicides et à des accidents est aussi plus élevé chez les hommes, 1,73 fois de plus en moyenne, toutes causes confondues (Tremblay et coll. 2003) !

En revanche, quand on compare la prévalence des problèmes de santé selon le sexe, les hommes québécois rapportent plus souvent être en bonne santé physique que les femmes, 20% contre 17% respectivement, et sont moins nombreux que les femmes à déclarer d'avoir eu un problème de santé, 59% contre 69%. L'écart de perception entre les deux sexes s'installe dès l'adolescence. Les hommes de milieu socioéconomique favorisé ont une perception de leur santé proportionnellement meilleure que celle des hommes des milieux plus pauvres (Tremblay et coll. 2003).

Les hommes ont aussi moins d'allergies de toutes sortes et ça à n'importe quelle âge. Ils connaissent le même avantage pour l'hypertension artérielle, l'arthrite ou des rhumatismes et autres (Institut de la Statistique du Québec 2000).

Une autre enquête démontre que la santé des hommes québécois est meilleure en étant en couple qu'en étant célibataire, beaucoup plus que pour les femmes. L'influence d'une relation de qualité sur leur système immunitaire, sur le développement et l'expression des maladies est plus qu'importante. Le rôle que joue la femme dans la santé des hommes et dans la prise de médicaments pourrait expliquer ces statistiques (Kiecolt-Glaser et Newton 2001, Lorber 1997).

Comme pour la santé physique, les hommes évaluent leur santé mentale plus favorablement (bonne ou excellente) que les femmes et moins d'hommes la qualifient comme passable ou mauvaise, 3,9% contre 5,8%. Les jeunes de 15-24 ans se perçoivent en moins bonne santé mentale que d'autres groupes d'âge avec une tendance encore plus forte chez les femmes. Les hommes et les femmes gagnant un revenu plus important sont plus positifs dans leur jugement. En ce qui concerne les troubles anxieux, les hommes sont moins affectés par l'anxiété sociale (1,0% contre 2,2%) et encore moins par des troubles alimentaires (0,6 % contre 3,2 %) (Statistiques Canada 2003).

Les idées suicidaires occupent un peu moins les esprits des hommes que ceux des femmes (3,5% contre 4,3%), un écart encore plus présent chez les jeunes de 15-24 ans : 4,7% contre 7,3% (Statistiques Canada 2003). En revanche, en employant des moyens plus létaux, les

tentatives des hommes se soldent plus souvent par un décès que chez les femmes (1 mort pour respectivement 16,4 et 64,9 tentatives de suicide) (Boyer et coll. 2000).

Finalement, une enquête plus qualitative a dénoncé la socialisation masculine ayant des effets délétères sur la santé des hommes (Tremblay et Thibault 2002). Le tableau 1 ci-dessous résume leur constat.

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

Tableau 1 : La socialisation masculine et la santé mentale (tiré de Tremblay & Thibault (2002), *Hommes et santé mentale : Des pistes d'intervention*, Papier présenté au congrès de l'ACFAS, Québec.

Il existe aussi une différence entre hommes et femmes dans le recours aux soins et services de santé. Les hommes consultent moins souvent un(e) professionnel(le) de la santé que les femmes dans les deux semaines précédant l'*Enquête sociale et de santé Québec-1998* (ESSQ de 1998). Ainsi, 21% des hommes ayant consulté contre 29% des femmes, un pourcentage qui s'accroît avec l'âge mais reste moindre par rapport à celui des femmes pour chaque groupe d'âge. Quant aux interventions générales portant sur des adultes de 15-44 ans dans le secteur familial, seulement 22% des consultations sont faites par des hommes. Avant cet âge la différence est non significative. Les hommes seraient aussi proportionnellement moins nombreux que les femmes à connaître le service *Info Santé CLSC* et à faire appel à ce service.

Le volet de la consommation des médicaments de l'ESSQ 1998 nous apprend que moins d'hommes que de femmes ont consommé un médicament dans les deux jours précédant l'enquête, 43% contre 63%, un écart qui se profile à partir de l'âge de 16 ans.

Autant pour les femmes que pour les hommes, ce sont finalement les symptômes physiques qui les font agir vers la consultation. En revanche, pour des problèmes émotionnels beaucoup plus de femmes consultent que les hommes (Möller-Leimkühler 2002). Comme nous allons voir aussi dans cette recherche, les hommes adhérant à une masculinité plus traditionnelle ne veulent ou ne peuvent pas voir leurs symptômes, même graves (Charmaz 1994). La fuite et la négation sont des stratégies employées par les hommes pour masquer leur mal-être. Ce n'est qu'une crise, une situation d'urgence ou une pression de la part d'un tiers qui les amènent à consulter (Dulac 1997). En outre, il semble y avoir un décalage entre la croyance qu'ont les hommes de leur santé et leur santé réelle. Les hommes détectent moins facilement les symptômes ; ils ne les sentent pas ou ils ne veulent pas les sentir (Tremblay et coll. 2003).

Pour clore le survol des faits et réalités des hommes québécois en matière de santé et de bien-être, il y aurait selon les données de l'ESSQ 1998 quelques groupes d'hommes québécois particulièrement à risque face à la problématique du poids :

- les jeunes hommes par rapport à leurs habitudes alimentaires et leur pratique sportive ;
- les jeunes hommes (25-44 ans) qui font peu d'activité physique ;
- les hommes pauvres ayant une scolarité limitée, pouvant subir une insécurité alimentaire, ne faisant pas assez d'exercice physique, ayant souvent un poids corporel supérieur à la moyenne et une perception négative de leur santé mentale ;
- les habitudes alimentaires et la perception de la santé mentale des hommes sans conjointe ;
- les ouvriers non qualifiés pour leurs habitudes alimentaires.

1.3 Les déterminants de la santé masculine associés à la problématique du poids

La littérature suggère que ce ne soit que récemment que les professionnels de la santé ont commencé à s'intéresser aux besoins de santé spécifiques pour les hommes, qui prennent en compte leurs caractéristiques d'ordre biologique, psychologique, social, économique et comportemental. À la recherche des facteurs déterminants clés de la santé masculine et du bien-être masculin, Courtenay (2003) nous propose de distinguer quatre catégories de caractéristiques (totalisant une trentaine de déterminants) :

- 1) Les comportements de santé ;**
- 2) Les croyances de santé et l'expression d'émotions et de douleurs physiques ;**
- 3) Les facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques et psychologiques ;**
- 4) Les organisations de services de santé et la perception de celles-ci.**

Il est ici important de noter que la revue de littérature de Courtenay qui a servi de base à cette catégorisation concerne les hommes et les garçons aux États-Unis, de tous âges et sans distinction d'ethnie.

Les déterminants de chacune des catégories sont revus dans la recension des écrits qui suit en lien avec la problématique du poids. Remarquons que les déterminants n'agissent pas séparément ; ils sont interreliés.

1.3.1 Les comportements de santé

Les hommes ont en général un style de vie qui respire moins la santé que celui des femmes ce qui se traduit dans des comportements moins garants de santé. Le genre masculin s'examine peu souvent, il a une tension artérielle plus élevée, il a des niveaux de cholestérol plus élevés, et en outre, il est moins réactif à ces évidences ou il y répond d'une manière inadéquate (Courtenay 2000d).

Les hommes sont plus souvent en surpoids que les femmes. Dans une enquête auprès plus de 12 000 personnes de 18 ans et plus, Statistique Canada (2004) nous révèle que 62% des hommes au Québec, toutes ethnies confondues, seraient en surpoids, incluant 20,9% obèses (contre respectivement 50,7% et 22,7% pour les femmes), un pourcentage augmentant avec l'âge.

Afin de permettre l'exploration des variables expliquant la préoccupation des hommes vis-à-vis du poids, nous nous attardons aux déterminants de santé suivants : **les choix et motivations alimentaires, les comportements à risque, l'importance d'un réseau social, la réponse à des situations de stress et la fréquentation des services de santé.**

Selon une étude menée en Europe du Nord, les hommes auraient généralement **des habitudes alimentaires moins « saines »** (choix et motivations) que les femmes. Ils mangent plus de viande, plus de gras, plus de sel et moins de fibres, fruits et légumes. Il semble exister une consommation alimentaire selon le genre (O'Doherty Jensen & Holm 1999). Ainsi, au Québec, une enquête de 2009 de l'INSPQ (données 2004) auprès de 2629 personnes de 19 ans et plus nous apprend qu'environ 35% des hommes au Québec consomme moins que les cinq portions quotidiennes de légumes et fruits (médiane 6,0 portions) suggérées par le *Guide Alimentaire Canadien* (GAC) de 1992 même s'ils font meilleure figure que les Québécoises (environ 42%) à cet égard. Ce chiffre médiocre est pourtant en hausse depuis la dernière enquête de 1990 grâce notamment à une consommation plus élevée de jus de fruits (surtout les jeunes adultes de 19-30 ans) et une consommation toujours soutenue de pommes de terre frites et rissolées pour les jeunes adultes de 19-30 ans. Pour les produits laitiers, 60,4% des hommes québécois de 19 ans et plus ont une consommation insuffisante (médiane 1,7 portions contre 2 à 4 suggérées) de produits laitiers (contre 69% des femmes), toujours selon les critères du GAC. La consommation de viande est élevée chez les hommes adultes québécois, environ 220 g (contre 159 g pour les femmes), couvrant largement pour la majorité (89%) leurs besoins quotidiens (GAC). La place qu'occupent les noix et légumineuses ainsi que les poissons est grandissante mais elle demeure timide (respectivement 12 et 11% des calories dans ce groupe) (INSPQ 2009).

Il n'est pas étrange de voir un quart des hommes québécois ayant un apport en lipides qui dépasse la recommandation de 35% de l'apport calorique total. Beaucoup de ces lipides proviennent des aliments de la restauration rapide (pizzas, sandwiches, sous-marins, hamburgers ou de pâtisserie (beignes, gâteaux, biscuits, muffins) et des aliments pris comme collations. Il faut souligner que 38% des jeunes hommes de 19-30 ans (contre 22% des jeunes femmes) ne prennent que deux repas par jour et que 25% de leurs calories quotidiennes proviennent des collations dont le choix se fait principalement dans le groupe « *Autre Aliments* » (grignotines, chocolat). Toujours ces mêmes jeunes hommes déclarent pour 30% avoir consommé leur repas la veille de l'enquête dans un « restaurant rapide. » Notons aussi la consommation importante de boissons gazeuses des jeunes hommes québécois de 19-30 ans : une moyenne de 246 ml par jour et une consommation excessive de sel : 4700 mg (contre 2300 mg recommandé par le GAC). Il est clair que les hommes de 19-30 ans se distinguent définitivement et de loin par leurs moins bonnes habitudes alimentaires (INSPQ 2009).

En parlant des aliments en particulier, on note que la viande (surtout rouge) représente dans plusieurs cultures la force, le pouvoir, la virilité, un symbole de masculinité que sa consommation permet de transmettre (Fiddes 1991). Bourdieu (1984) va jusqu'à suggérer que certains hommes évitent les aliments avec un statut inférieur, consommés par les femmes, les enfants et les personnes âgées. Les aliments « recommandés » par les nutritionnistes sont souvent ceux dits « féminins » et se trouvent plus bas sur « l'échelle sociale des aliments » dans la culture occidentale.

Dans l'étude *La santé des hommes au Québec* (Institut de la Statistique du Québec, 2005), 83% des hommes québécois (n = 2862) de 15 ans et plus (contre 86% des femmes) considèrent leurs habitudes alimentaires comme bonnes, très bonnes ou excellentes. Notons ici un aspect de la santé où les hommes ont une opinion un peu moins positive que les femmes.

En général, les hommes prennent moins de repas, mais des repas plus copieux. Faire un repas « allégé » (en gras ou en sucre) est souvent refusé (O'Doherty Jensen & Holm 1999). Gough et Connor (2006) rapportent que les hommes rejettent souvent la nourriture saine ou allégée à cause d'un manque de goût, d'une incapacité de satisfaire. Les hommes trouvent

les mets santé souvent pas assez consistants et ennuyeux surtout quand ils considèrent le travail physique à effectuer dans le cadre de leur métier. Une étude de Wardle et coll. (2004), menée auprès plus de 19 000 jeunes adultes (17–30 ans) de 23 pays différents, met en évidence que le choix des aliments des hommes est déterminé par le fait qu'ils attachent une moins grande importance à manger sainement que les femmes. Ils se laissent davantage guider par le goût et le côté pratique des aliments (facile à préparer et à consommer). Les hommes choisissent aussi un panier d'aliments différent parce qu'ils sont moins nombreux que les femmes à faire un régime et à surveiller leur poids. La relation que les femmes entretiennent avec la nourriture compte tenu de leur socialisation différente (préparation des repas, faire les courses, préoccupation à l'égard du poids) peut expliquer leur aptitude à se nourrir plus sainement que les hommes. Manger sainement pourrait donc être stéréotypé comme une activité plutôt féminine (Courtenay 2000). Souvent, la seule raison valable pour les hommes de changer leurs habitudes pour un régime plus sain est l'intervention d'un professionnel de la santé à cause de l'âge, d'une maladie ou du poids. Ainsi, il semble que ce ne soit que tardivement donc que les hommes commencent à se préoccuper de leur santé, de leur alimentation ou de leur poids (Gough & Connor 2006).

Les hommes adoptent aussi plus souvent **des comportements à risque** ; ils boivent plus d'alcool, ils font un plus grand usage de drogues, ils conduisent plus dangereusement, ils ont des activités physiques à haut risque ou encore ils ont plusieurs partenaires sexuelles (Courtenay 2000d). Même si dans le cadre de notre recherche nous pourrions reconnaître un comportement alimentaire plus osé et plus risqué à l'égard du poids du côté des hommes ou encore un comportement généralement plus nuisible à leur santé tout court, nous ne retenons pas ce point particulier pour le cadre conceptuel de notre recherche.

La recherche indique que les hommes ont en général **un réseau social moins développé** et entretiennent moins d'amitiés intimes que les femmes ce qui leur donne moins de possibilités de support social en cas de stress (Dulac 2001). Les hommes ont rarement un confident autre que leur femme. Ceux qui peuvent s'appuyer sur un réseau social maintiennent des habitudes de vie plus saines tandis que les hommes privés d'un tel support sont moins enclins à modifier leurs éventuels comportements « malsains » et adhèrent moins à un traitement médical (Courtenay 2000d).

Les hommes **répondraient à des situations de stress par des moyens « moins sains »** que les femmes en essayant d'y faire face par le déni, par la distraction ou encore par la consommation de l'alcool au lieu d'utiliser des stratégies plus saines et de reconnaître le besoin d'aide (Weidner & Collins 1993, Dulac 2001, Courtenay 2001). Ils « cachent » leur maladie, leur vulnérabilité, leur handicap ou leur détresse qu'elle soit physique ou émotionnelle (Sutkin & Good 1987, Charmaz 1994), ils se confient moins facilement à des amis. Socialement, ils s'isoleraient plus souvent et ils tenteraient de s'en sortir sans aide. Leur entourage n'est souvent pas conscient du mal que portent ces hommes (Dulac 2001, Courtenay 2000b).

Ce point ne sera pas utilisé dans notre étude car ses différents aspects seront largement couverts par la masculinité que les hommes affichent dans leur préoccupation à l'égard du poids.

Finalement, par rapport aux femmes, les hommes sont de **moins grands utilisateurs de soins et de services de santé** et rendent moins de visites à des médecins ou à des professionnels de la santé (ESSQ 1998, Courtenay 2000d). Ici encore, les hommes tentent de camoufler leur vulnérabilité et de nier leur douleur et ils rechignent plus longtemps à aller chercher de l'aide. Leur entourage les croit invulnérable et devient moins attentif à leurs besoins (Courtenay 2000d). Pour beaucoup d'hommes, ce sont les femmes de leur entourage (épouse, amie, mère) qui vérifient leur santé et qui planifient leurs rendez-vous médicaux. Demander de l'aide et prendre soin de sa santé est encore vu comme une affaire de femmes par beaucoup d'hommes (Courtenay 2000b).

1.3.2 Les croyances de santé et l'expression d'émotions et de douleurs physiques

Les composantes de cette catégorie de déterminants de santé dans la problématique du poids sont : **l'opinion souvent positive des hommes de leur santé, le fait de se sentir invulnérable, le contrôle personnel sur la santé, le stade de changement (de comportement), les valeurs associées à la masculinité, l'image corporelle et l'expression de sa douleur physique et émotionnelle.**

Nous abordons dans cette section les attitudes et les croyances adoptées d'une personne pouvant influencer d'une manière importante ses comportements de santé en général et ceux influençant son poids et son alimentation en particulier.

Les hommes ont généralement **une opinion plus positive de leur santé** que les femmes et croient en faire plus pour leur santé que leurs amis (Ross & Bird 1994). Beaucoup d'hommes **se sentant invulnérables**, ne réalisent donc pas l'impact de leurs actions sur leur santé future et seraient d'ailleurs socialisés ainsi dès leur jeune âge (Gustafson 1998, Courtenay et coll. 2002, Courtenay 2003). Ceci est préoccupant, d'autant plus que la motivation de vouloir contrôler son poids, de vouloir faire un régime n'est pas uniquement liée au poids affiché sur la balance mais aussi à la perception de son poids, de son apparence (image du corps) et de ses habitudes alimentaires (Gustafson 1998, Courtenay et coll. 2002, Courtenay 2003). Les hommes au Canada ont tendance à sous-estimer leur poids selon les normes médicales : certains avec un poids normal jugent leur poids comme insuffisant (souvent les jeunes hommes) et 40 à 50% ayant un surpoids pensent avoir un poids normal (McCreary & Sadava 2001). Chang et Christakis (2003) rapportent 33% des hommes en surpoids qui croyaient avoir un poids juste ou insuffisant (n = 7428, étude *NHANES III*). Cet écart entre poids réel et poids « ressenti » explique en partie que les comportements visant à contrôler le poids ne suivent pas toujours les recommandations basées sur le poids réel.

Penser pouvoir contrôler sa santé future par ses actions personnelles (« locus of control ») est une croyance partagée par peu d'hommes (Furnham & Kirkcaldy 1997). La recherche de Friedman et Booth-Kewley (1987) a démontré que les personnes qui croient que la santé puisse être contrôlée par une volonté intérieure plutôt qu'elle soit être tributaire de la chance ou du destin, courent moins de risque de maladies cardiaques. Cette capacité de contrôle personnel sur la santé est associée à des habitudes alimentaires saines, un contrôle de son poids et un style de vie saine en général (Courtenay 1998).

Utilisant le « modèle transthéorique de Prochaska » (Prochaska et coll. 1994), on pourrait dire que les hommes sont moins dans la « phase d'action » et plus dans la « phase de la contemplation » que les femmes face à l'adoption des habitudes de vie plus saines. Les hommes prennent de plus en plus conscience de leurs problèmes avec le poids mais ils

considèrent leurs habitudes actuelles comme moins problématiques (déli) que les femmes. Ils sont donc **moins prêts à changer**. Une fois des changements apportés dans leurs comportements, les hommes sont aussi moins enclins à les maintenir (Laforge et coll. 1994 et 1999).

Les hommes qui adoptent **des croyances traditionnelles de masculinité** s'exposent à de plus grands risques de santé que ceux qui adoptent des croyances moins traditionnelles (Eisler 1995, O'Neill et coll. 1995). Les hommes qui valorisent la masculinité plus traditionnelle ont moins tendance à chercher de l'aide quand c'est nécessaire ou à faire appel à des professionnels de la santé (O'Neill et coll. 1995).

Le genre masculin est en partie construit dans des relations de pouvoir (Pyke 1996). À travers des croyances et des comportements de santé, les hommes manifestent des idéaux dominants masculins – appelés « hégémoniques ou traditionnels » (Helgeson 1995) – qui se lèvent au-dessus toute forme de féminité et d'autres formes de masculinité et qui représentent le pouvoir et l'autorité. La masculinité hégémonique peut connaître des accents différents d'une culture à l'autre, même d'une ethnicité à l'autre (Connell 1995). Ceux qui incarnent la masculinité hégémonique sont les hommes européens ou américains, hétérosexuels, avec une bonne éducation et un statut économique élevé (Courtenay & Keeling 2000). Dans l'acquisition du pouvoir, les hommes écoutent moins bien leurs besoins et leurs douleurs (Kaufmann 1994). Aussi en manifestant leur masculinité (hégémonique) et pour rejeter des constructions sociales de féminité, les hommes ignorent leur faiblesse et leur vulnérabilité ainsi que tout besoin d'aide, ils font état de leur contrôle émotionnel et physique, ils essaient d'apparaître forts et robustes ou encore ils se montrent dominants, même agressifs physiquement (Pyke 1996). Les hommes veulent se prouver supérieurs et différemment selon les contextes. Les hommes subissent souvent une pression importante pour adopter ces croyances (traditionnellement masculines) au risque de se faire punir ou ridiculiser par les parents ou les amis s'ils ne les adoptent pas. On peut dire que les comportements pour afficher sa masculinité en Amérique du Nord vont souvent à l'encontre de la santé, les hommes disent ne pas avoir besoin de soins de santé ; changer ses habitudes et comportements pour plus de santé demande souvent à l'homme une mise de côté ou un rejet des constructions sociales de masculinité et peut parfois cautionner des constructions de féminité (Courtenay 1998, 1999).

Plusieurs signes dans notre société indiquent que l'insatisfaction des hommes et des garçons avec leur corps devient de plus en plus une source de souffrance. Il est important ici de distinguer l'insatisfaction de son corps nourrie par des soucis de son poids ou encore nourrie par un souci de musculature ; les deux formes d'insatisfaction ne sont pas ancrées dans le même contexte social. La perception des hommes de leur corps et de leur poids influence sérieusement leur santé physique et mentale (McCreary & Sasse 2000, Carlson Jones & Crawford 2005).

Les hommes sont maintenant davantage définis par leur corps et sentent la pression de se conformer à cet idéal d'apparence pour les hommes. La norme culturelle d'un corps idéal pour les hommes est devenue plus musculaire durant les années 1990, parfois même inaccessible pour la plupart des hommes sans prise de stéroïdes. Les médias se font porteurs de cette tendance relativement nouvelle (Peixoto Labre 2002). Une étude de Adams et coll. (2005) résume bien la tension centrale que vivent les hommes aujourd'hui : les valeurs sociales traditionnelles qui dans le passé désapprouvaient une préoccupation masculine pour **l'image du corps** entrent en conflit avec la pression grandissante que les hommes sentent pour se conformer à des normes et idéaux sociaux prescrits.

Sans spécifier le cas des hommes, la recherche sur l'image du corps s'est concentrée sur les côtés négatifs de l'attrait physique en parlant souvent de l'obésité. Il existe donc **un stéréotype négatif de l'obèse** (Cash & Pruzinsky 2002). Il est largement admis que les obèses devraient se sentir mal vis-à-vis de leur corps, après tout, ils sont obèses. L'obésité est souvent liée à une pauvre image corporelle, mais pas tous les obèses ne sont affectés de la même façon et au même degré et on en connaît mal les conséquences psychologiques (Schwartz & Brownell 2004). La recherche sur l'image du corps reste muette face aux hommes en surpoids. L'amélioration de l'image du corps avec une perte de poids semble fragile. Il n'est pas certain que la perte de poids sera la meilleure méthode pour les personnes obèses d'améliorer leur image corporelle surtout si on considère que la majorité regagne le poids perdu (Foster et coll. 2002).

Enfin, les hommes ont tendance à être moins expressifs ce qui peut avoir une influence directe ou indirecte sur leur santé et bien-être. Les hommes **exprimeraient moins leur douleur physique ou émotionnelle** devant les médecins femmes que devant les médecins hommes (Levine & DeSimone 1991). En l'occurrence, il est difficile de trouver des

hommes qui souhaitent s'exprimer sur leur désir de perdre du poids ; il s'agit « d'une affaire de femmes. » Ils considèrent que c'est un mal temporaire qu'il faut endurer et qui s'effacera avec le temps. La masculinité traditionnelle est associée avec une expression émotionnelle difficile en général (Eisler 1995).

Les hommes qui contrôlent leur poids disent le faire pour des raisons valables de santé et non pour des raisons esthétiques (d'apparence) même si la réalité est souvent tout autre. On voit clairement une difficulté chez les hommes d'en parler en toute franchise. Aucun support ne viendra du côté des différents médias qui évoquent des stéréotypes d'une masculinité traditionnelle ; les hommes y sont souvent infantilisés dans leur quête de la santé et on leur propose l'aide des femmes (Lyons & Willott 1999, De Souza & Ciclitira 2005).

1.3.3 Les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques

Les déterminants de santé dans cette catégorie sont d'autres caractéristiques qui peuvent jouer un rôle directement et indirectement sur les comportements et les croyances de santé des hommes, particulièrement dans la problématique du poids, en l'occurrence : **l'ethnicité, le statut socio-économique, l'âge, le statut marital, l'éducation sociale, le rôle des médias, les connaissances en nutrition et les facteurs psychologiques** touchant la stigmatisation du poids.

Les hommes appartenant aux différents groupes ethniques sont susceptibles de manifester des différences dans la problématique du poids. Plus généralement, **l'ethnicité** est ainsi associée à un usage des services de santé moins important pour les Afro-américains et les Latino-américains que celui des Euro américains, même si on ne trouve pas de différences entre les hommes et les femmes par ethnicité (Courtenay 2001b, 2002). Les Euro-américains suivent mieux les conseils du médecin que les Latino-américains et les Asia-américains (Courtenay et coll. 2002). L'ethnicité semble aussi influencer le traitement reçu du corps médical et (donc) la satisfaction de son bénéficiaire. Par exemple, les médecins font une diagnose moins précise des problèmes de santé mentale chez les Afro-américains et les Latino-américains que chez les Euro américains (Borowsky et coll. 2000). Au

Canada, le taux de surpoids varie selon l'appartenance ethnique ; 39,1% des hommes d'origine asiatique sont en surpoids et 50,7% des hommes noirs, 65,3% des hommes autochtones (hors réserve) et 69,0% des hommes blancs connaissent le même sort. En considérant l'ethnicité comme déterminant dans la problématique du poids, il est important d'inclure également le degré d'acculturation, la génétique et la culture, souvent caractéristiques pour chaque groupe ethnique (Statistique Canada 2004a).

Comme les sujets de cette recherche sont uniquement les hommes québécois, l'ethnicité ne sera pas retenue comme déterminant de la santé dans le contexte de la problématique du poids masculin.

La recherche indique qu'il existe un lien clair entre les différents déterminants démographiques et la santé. Un **statut socio-économique** élevé va le plus souvent de pair avec un meilleur niveau de santé grâce entre autres à une exposition moindre à des environnements toxiques et dangereux, un meilleur accès à des informations sur la santé, une exposition moindre à des situations de stress ou encore un accès plus facile à des soins et des services de santé (Rich & Ro 2002).

Les jeunes hommes du **groupe d'âge** 15-24 ans sont les plus nombreux à s'engager dans des comportements à risque et ils adoptent des habitudes de vie et alimentaires moins saines (Courtenay 2000d).

Le statut marital est un autre facteur d'influence : les hommes non mariés s'engagent dans des habitudes de vie moins saines. Par exemple, les hommes célibataires mangent moins de fruits et de légumes et utilisent moins les services de santé que les hommes mariés (Courtenay 2000d). Néanmoins, au Québec, les hommes mariés (de 15 ans et plus) se trouvent affligés d'un excès de poids plus souvent que les hommes célibataires, 70,7% contre 63,8% respectivement (Statistique Canada 2004a). Statistique Canada révèle dans son étude *Obésité mesurée* de 2004 qu'au Canada le taux de surpoids augmente avec l'âge des hommes (37,7% pour les 15-24 ans jusqu'à 76,7% pour les 65-74 ans), avec le revenu des hommes (de 18 ans et plus, allant de 54,7% pour les revenus inférieurs à 72% pour les revenus supérieurs) et avec la scolarité des hommes (de 25-64 ans, allant de 67,2% pour ceux n'ayant pas complété leur secondaire à 74,1% pour ceux ayant fait des études postsecondaires). Rappelons que le taux de surpoids des hommes se lève à 65% au Canada, et à 62% au Québec. Au Québec, les perceptions des hommes (15 ans et plus) à l'égard de

leurs habitudes alimentaires sont plus positives (excellentes ou très bonnes) à fur et à mesure que leur scolarité relative, leur niveau de revenu ou leur âge augmente (Institut de la statistique du Québec 2005).

Sachez que les données démographiques des participants à cette recherche *Mâle dans leur poids* vont être utilisées dans l'analyse en lien pertinent avec d'autres déterminants de la santé liés à la problématique du poids, par exemple pour vérifier si le fait de se mettre en couple ou d'avoir des enfants affecte leurs comportements à cet égard. Le statut socio-économique (occupation professionnelle), l'âge et le statut marital des hommes participants seront nommés en présentant différents extraits de leurs discours dans le chapitre *Résultats* et commentés au cours de la *Discussion*.

Dès la naissance, les hommes reçoivent plus souvent une **éducation (sociale) différente** de la part de leurs parents (souvent le discours d'une masculinité hégémonique) que les femmes qui risque d'avoir une influence sur leur santé et sur la perception qu'ils ont de leur poids. En recevant moins de chaleur humaine à un jeune âge, en leur parlant davantage d'être forts, en les décourageant ou en les punissant d'aller chercher de l'aide, il n'est pas étrange de voir les hommes plus tard avoir du mal à identifier et exprimer leurs émotions, se sentir parfois invulnérables, s'engager dans des comportements à risque et hésiter à demander de l'aide quand nécessaire (Courtenay 2000c, 2002). La socialisation à la masculinité empêcherait aussi la détection et l'acceptation des symptômes physiques ce qui inhibe la demande d'aide (Dulac 1997).

La recherche démontre que les différents **médias** aux États-Unis aident sérieusement à entretenir et à renforcer les croyances et stéréotypes masculins. Aux heures de grande écoute, la télévision nous déverse plus d'images d'hommes obèses que des femmes obèses. Les hommes y boivent, affichent souvent une masculinité traditionnelle et ont des comportements à risque mais restent invulnérables et ils ont l'air d'être en bonne santé. Beaucoup de publicités des médias renforcent le stéréotype d'un homme qui a des habitudes de vie malsaines (Courtenay 2000c). D'autres médias font la promotion de l'idéal d'une minceur et d'une musculation modérée pour les hommes qui depuis quelque temps s'accompagne d'une certaine condition physique (fitness) ; de plus en plus, cet idéal doit être atteint en faisant de l'exercice plutôt qu'en faisant un régime, une évolution plus positive pour « les minces » mais un stigmate de plus pour ceux en surpoids sérieux

(Monaghan 2005). D'autant plus que les hommes sont **critiques à l'égard des messages de santé émanant du gouvernement et des médias**. Ils perçoivent la communication comme une intrusion. Le plaisir et la responsabilité individuelle sont des mots clef pour ces hommes aussi bien dans la qualité que dans la quantité de leur alimentation. Les vertus conventionnelles masculines comme la raison, l'autonomie et le contrôle semblent ici faire valoir leur droit (Gough & Connor 2006).

Les faibles connaissances chez le genre masculin, en particulier au niveau de la nourriture et de ses liens avec la santé, peuvent jouer un rôle déterminant dans la problématique du poids. Plusieurs études ont récemment mis à jour que ce manque de connaissance chez certains hommes ne facilite pas l'adoption de saines habitudes alimentaires et ne les aide pas à réduire les risques pour leur santé, encore moins à trouver le chemin vers les services de santé qui semblent avoir échoué dans l'établissement d'un lien éducatif de santé avec les hommes. Il faut ici parler aussi de l'échec des professionnels de la santé d'éduquer adéquatement la population masculine (Gough & Connor 2006, Courtenay 1998, 2000c).

Les **facteurs psychologiques** sur la santé des hommes comportent l'impact psychophysiologique (individuel, biologique) et l'impact psychosocial (sociétal, contextuel). Des études rapportent que les hommes exhibent des réponses psychophysiologiques plus importantes vis-à-vis d'un stress comportemental (déménagement, divorce, perte de travail, société) ; ils ont plus de mal à se remettre de ce stress ce qui peut expliquer la plus grande prévalence et sévérité des maladies cardiovasculaires chez eux (Stone et coll. 1990). L'impact psychosocial concerne par exemple les réactions souvent inadéquates des hommes vis-à-vis de la stigmatisation de leur surpoids qui affectent leur estime de soi, leur cohésion sociale et leur confiance sociale (réseaux sociaux, implication sociale) (Degher & Hughes 1999, Tibere et coll. 2007). Ce sont ces derniers facteurs psychosociaux que nous allons retenir pour cette étude.

1.3.4 Les organisations de services de santé et la perception de celles-ci

Finalement, il y a les institutions et les professionnels de la santé pouvant accueillir les hommes avec une préoccupation à l'égard du poids qui sont associées à certains déterminants de santé comme **les barrières à l'utilisation des services de santé (coûts et accessibilité), le biais médical des services de santé et l'interaction et la communication entre professionnel et patient.**

Les coûts réels ou perçus des soins médicaux et l'accès difficile par l'éloignement géographique ou par manque de temps sont des barrières à l'utilisation des services de santé mais elles ne sont pas propres au genre masculin (Nelson et coll. 1999). On pourra éventuellement voir si les hommes sont prêts à déboursier de leur poche pour des consultations pour des problèmes de poids. Néanmoins, les hommes considèrent que **l'accessibilité** aux soins et aux services de santé est difficile car ils ont parfois la fausse perception que les services de santé sont principalement destinés aux femmes et aux enfants. Il est raisonnable de croire que pour les hommes, consulter pour un problème de poids peut représenter un obstacle de taille (Banks 2004).

Le système de soins et de services de santé, les départements de santé du gouvernement, et les autres institutions de santé ont contribué et contribuent encore à dessiner un portrait culturel de l'homme fort en bonne santé qui ne veut pas s'occuper de sa santé et ce portrait aide ainsi à occulter l'état de santé parfois déficient de beaucoup d'hommes. Les médecins, les professionnels de la santé, et les chercheurs ont tous une responsabilité dans le pauvre état de santé souvent invisible des hommes.

Il y a eu **des méthodes de recherche discutables et biaisées**, par exemple le fait d'utiliser la fréquentation des professionnels de la santé comme indicateur de l'état de santé des personnes. Cette façon d'enquêter a notamment sous-estimé les problèmes de santé que pouvaient avoir les hommes (Courtenay 2000b, 2002). Ces hommes cherchent donc, le cas échéant, moins facilement de l'aide et font moins facilement appel à des soins et des services de santé. Et s'ils trouvent le chemin vers le médecin, ils seront moins enclins à suivre ses conseils et à adopter des changements dans leur style de vie (O'Neil et coll. 1995).

D'une autre façon, à cause d'**un biais médical de la part du clinicien**, certaines populations d'hommes comme les athlètes et les gais, reconnus comme étant à risque accru pour des désordres alimentaires, sont sous diagnostiquées. Très peu de médecins, sociologues et autres professionnels de la santé considèrent les différentes formes de masculinité comme un facteur de risque pour la santé des hommes. Le fait que les hommes aient des comportements à risque (pour leur santé) est pris comme une évidence, un acquis, quelque chose qui est inhérent à l'homme (Courtenay 2000b, Dulac 2001, Rondeau & Hernandez 2003).

Dans ce système de santé, **l'interaction et la communication entre clinicien et patient homme**, se caractérise par moins de temps de consultation, moins de services et moins de conseils (moins élaborés aussi) de la part de leur médecin que les femmes. Les hommes (et logiquement aussi les médecins) insistent le plus souvent sur les problèmes physiques et beaucoup moins sur leurs problèmes émotionnels et mentaux (Roter & Hall 1997, Courtenay 2000b, 2000c, Dulac 2001).

1.4 La problématique

En mettant en avant la problématique du poids chez l'homme et plus particulièrement la préoccupation grandissante à cet égard, il convient de critiquer en même temps l'excès d'attention donné à ce sujet.

Quand Susie Orbach sortait son livre *Fat is a Feminist Issue* en 1978 aux États-Unis et Danielle Bourque le sien, *À dix kilos du bonheur*, en 1991 au Québec, la problématique du poids et le diktat socioculturel (et médiatique) de l'image du corps chez les femmes ont été dénoncés sur la place publique. Avec quelques décennies de retard, le même combat autour du poids et l'apparence physique semble se profiler pour les hommes et a déjà réussi à intéresser quelques auteurs et chercheurs (Gaesser 2002, Campos 2004, Gard & Wright 2005, Robison 2005, Monaghan 2005, 2008). Avec le temps, il y a fort à parier que l'intérêt du sujet va s'amplifier auprès des chercheurs, des auteurs et auprès des médias. En revanche, « la guerre contre l'obésité » qui est menée de toute force partout dans les pays occidentalisés (et donc dans la société québécoise), nourrira fort probablement l'évolution d'une préoccupation excessive à l'égard du poids autant chez les hommes que chez les femmes.

Dans son article, Monaghan (2005) nous relate que la recherche supportant un risque accru de morbidité ou mortalité pour des personnes ayant un surpoids n'est pas convaincante (Flegal et coll. 2005) et que parfois le surpoids peut générer des avantages de santé (Ernsberger & Haskew 1987). Certains chercheurs ont dénoncé le concept du poids idéal ou optimal (Knapp 1983), d'autres décrivent l'Indice de Masse Corporelle (IMC) comme « la vache laitière » de l'industrie d'obésité (Ruppel Shell 2003).

Sans vouloir dire que les hommes en surpoids sont toujours en parfaite santé et qu'il n'y a pas de raisons valables de vouloir perdre du poids, les simples mesures d'IMC ne justifient pas de tirer d'emblée la sonnette d'alarme ; l'homme peut être obèse, avoir une condition physique et une mortalité semblables à un homme de poids considéré normal et parfois plus favorables qu'un homme plutôt considéré mince (Lee et coll. 1999). Campos (2004) nous parle même d'un mythe d'obésité qui génère légitimement des préjugés envers les personnes obèses. Aphramor (2005) dénonce l'approche médicale et paramédicale autour du surpoids qui est trop souvent uniquement basée sur des suppositions non fondées au

niveau du poids, de la morbidité et de la santé métabolique sans prendre en compte les réactions psychologiques à l'égard du stress, l'adiposité située au niveau du tronc, les problèmes d'hyperphagie ou encore l'hypertension.

Un nouveau paradigme, présenté par Robison (1999 et 2005), moins axé sur le poids et davantage sur la santé : *Health at Every Size (HAES)* (La santé à n'importe quel poids), gagne du terrain parmi les chercheurs. Cette approche ne considère pas la perte de poids comme objectif principal mais s'intéresse plus particulièrement à des habitudes de vie saines. Elle fait la promotion des bénéfices au niveau de la santé qu'apportent des changements de comportements alimentaires et d'activité physique. Cette approche refuse la culture des régimes et prône une acceptation de son poids. Une étude québécoise récente (Provencher et coll. 2009) démontre qu'une intervention *HAES* (menée auprès de 144 femmes prémenopausées ayant une préoccupation à l'égard du poids) peut avoir des effets bénéfiques sur les comportements alimentaires face à la faim et la désinhibition. L'étude met aussi en avant le rôle important du support social dans ces changements de comportement alimentaire.

L'obésité est un ensemble complexe comportant multiples facteurs qu'on ne peut simplifier. Il n'est sans doute pas souhaitable de continuer à quantifier le poids par des barèmes (poids santé, poids idéal, IMC) ou à standardiser le corps masculin en fixant des normes et des images idéalisées même si les organisations de santé préfèrent soigner ce genre de « Mc Obésité » dans une société déjà rationalisée (Ritzer 2004).

Beaucoup d'hommes mais plus souvent encore des femmes souhaitent être physiquement beaux ou cherchent à être acceptés dans cette culture qui valorise les corps. Le gras corporel est devenu un marqueur hautement visible témoin d'un statut social inférieur. Les pratiques de perte de poids ont été associées avec une morbidité et mortalité accrues. Il se peut que la guerre contre l'obésité soit plus nuisible que la condition de son sujet lui-même (Monaghan 2005).

Le gras n'est plus un sujet purement « féministe » (Orbach 1978), il est devenu un sujet de santé publique qui rejoint également la réalité masculine. Les hommes ne sont pas encore

bien outillés pour se défendre des préjugés existants et naissants. Il est nécessaire de critiquer les discours dominants sur l'obésité masculine et de maintenir un scepticisme sain. Les idées et les principes derrière le nouveau paradigme *Health at Every Size* méritent d'être mieux connus (Monaghan 2005).

Essayer de comprendre la santé des hommes n'englobe pas seulement la compréhension du fonctionnement de leur corps. Il s'agit aussi de leur bien-être. Il est important de ne pas isoler la santé des hommes de tous les autres aspects de leur vie. Entre autres, on ne peut pas séparer la santé des hommes de l'éducation des garçons à qui on apprend des comportements à risque, ni des femmes de leur entourage qui portent pour une large partie la responsabilité des soins de santé de ces hommes. Finalement, on ne peut pas non plus séparer la santé des hommes de la masculinité qu'ils valorisent, séparer de tout ce qui fait que l'homme soit considéré un homme. La santé des hommes est par définition biopsychosociale.

Le surpoids des hommes comme (cause de) problème de santé est donc le point de départ choisi pour cette étude. Jamais au Québec une recherche s'est attardée sur les variables qui pourraient éclairer la préoccupation à l'égard du poids des hommes ayant un surpoids. Il est mentionné qu'il est difficile de faire parler les hommes d'une préoccupation considérée féminine et donc des informations spécifiques sur leurs besoins dans cette problématique du poids manquent (Courtenay 2000b, Dulac 2001). Se peut-il que les discours diététiques (de santé) actuels sur l'alimentation et le poids ne rejoignent pas les hommes en surpoids et ne prennent pas en compte des variables explicatives (car inconnues) de leur degré de préoccupation à l'égard du poids ? Y a-t-il un décalage entre les pratiques professionnelles et les représentations d'une certaine masculinité au quotidien ? Beaucoup d'hommes semblent résister aux recommandations de santé, à la psychologie (de guerre) d'obésité, aux incriminations généralisées d'irresponsabilité. Pourquoi donc (Monaghan 2007) ?

Une chose est sûre ; au Québec nous n'entendons guère les hommes à ce sujet, nous ne connaissons que peu de choses de leurs souffrances. Dans cette recherche, nous souhaitons connaître les propos des hommes, le langage masculin dans le contexte de la problématique du poids. Cette étude vise donc à entendre ces hommes qui se préoccupent de leur poids,

qui « se sentent gros » et elle explore de ce qui caractérise la problématique masculine du poids. Les vécus, les expériences, les commentaires des hommes à l'égard des différentes variables influençant leur santé, pourraient aider nous, les professionnels de la santé à mieux comprendre le regard que portent ces hommes sur leur poids et leur corps. Nous intéresser au poids des hommes nous aiderait peut-être à mieux expliquer leurs choix alimentaires, nous révélerait probablement la représentation sociale que les hommes se font de la santé et nous enseignerait sur le contexte sans lequel sont nés les problèmes de santé (de poids) ou les désordres alimentaires. Cette étude pourrait aussi donner un aperçu de l'impact des médias sur les hommes en surpoids à travers les images et informations qui leur sont adressés et elle pourrait finalement fournir des renseignements manquants sur la relation que les hommes entretiennent avec les différents services de santé dans ce domaine.

Ainsi, les éléments émergeant de cette étude pourraient offrir des pistes et des outils pouvant suggérer aux diététistes et nutritionnistes des éléments pour concevoir des programmes et des interventions pour les hommes qui désirent normaliser leur relation avec la santé, la nourriture, leur corps, leur image et leur poids. L'accueil et l'intervention auprès des hommes avec une préoccupation à l'égard du poids par ces mêmes intervenant(e)s se verront potentiellement améliorés car comblant mieux leurs besoins.

La problématique décrite ci haut génère pour cette étude **la question de recherche** suivante :

Comment l'étude des discours des hommes québécois sur différents aspects de leur surpoids, permet-elle de jeter un éclairage sur les variables associées à la préoccupation des hommes à l'égard du poids ?

1.5 Les objectifs de recherche

Pour guider notre recherche, nous utiliserons le cadre conceptuel de Courtenay (2003) avec les quatre catégories de déterminants influençant la santé générale des hommes. Ce cadre est fort pertinent pour cette étude car ses catégories se prêtent particulièrement bien à une population d'hommes en surpoids se préoccupant de leur poids. Il s'agit des catégories de déterminants suivantes : 1) les comportements de la santé, 2) les croyances de santé et l'expression d'émotions et de douleurs physiques, 3) les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques et finalement 4) les organisations de services de santé et de la perception de celles-ci.

L'objectif principal de cette recherche est de fournir une meilleure compréhension des variables associées à la préoccupation des hommes québécois avec surpoids à l'égard de leur poids.

Il y a **quatre objectifs spécifiques** qui sont en lien avec les déterminants de la santé des hommes appliquées à la problématique du poids :

- Explorer les comportements de santé dans la problématique du poids par l'étude de leurs comportements alimentaires, de leur réseau social et de leurs habitudes de fréquentation des services de santé ;
- Explorer les croyances de santé que les hommes entretiennent dans la problématique du poids incluant leur définition de la santé, de leur contrôle personnel sur la santé, de leur image corporelle, de l'importance des valeurs associées à la masculinité et de l'expression de douleurs physiques et émotionnelles ;
- Explorer les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques dans la problématique du poids comme le statut socio-économique, l'âge, le statut marital, l'éducation sociale reçue, le rôle des médias (et la perception de ses messages), les connaissances en nutrition des hommes et les facteurs psychologiques face à la stigmatisation du poids ;
- Explorer la place des organisations de services de santé et de la perception de celles-ci dans la problématique du poids comme les barrières à leur utilisation, le biais

médical des professionnels et l'approche et la communication entre professionnel de la santé et le patient.

Le tableau 2 associe ces objectifs au cadre conceptuel de Courtenay (2003). Les sous dimensions retenues pour notre recherche dans la problématique du poids masculin sont donc groupées selon ces quatre catégories de déterminants de la santé.

4 catégories de déterminants (Courtenay 2003)	Sous dimensions associées à la problématique du poids	Traitées dans le mémoire	
Comportements de santé	Comportements alimentaires	(chapitre 3.1.1)	
	Importance du réseau social	(chapitre 3.1.2)	
	Fréquentation des services de santé	(chapitre 3.1.3)	
Croyances de santé et expression d'émotions/douleurs physiques	Définition masculine de la santé : - Opinion positive de la santé - Préoccupation à l'égard de la santé	(chapitre 3.2.1) (chapitre 3.2.1.1) (chapitre 3.2.1.2)	
	Contrôle personnel sur la santé - Préjugés de l'obésité au masculin	(chapitre 3.2.2) (chapitre 3.2.2.1)	
	Image corporelle : - Insatisfaction avec son corps - Si je pouvais modifier mon corps - Raisons perte de poids au masculin	(chapitre 3.2.3) (chapitre 3.2.3.1) (chapitre 3.2.3.2) (chapitre 3.2.3.3)	
	Valeurs associées à la masculinité	(chapitre 3.2.4)	
	Expression douleurs physiques et émotionnelles	(chapitre 3.2.5)	
	Facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques	Statut socio-économique, âge et statut marital	Questionnaire du participant
		Éducation sociale reçue	(chapitre 3.3.1)
Rôle des médias : - Homme perçu dans les médias - Perception messages santé		(chapitre 3.3.2) (chapitre 3.3.2.1) (chapitre 3.3.2.2)	
Connaissances en nutrition		(chapitre 3.3.3)	
Poids psychologique de la stigmatisation		(chapitre 3.3.4)	
Organisations de services de santé et la perception de celles-ci	Barrières à l'utilisation des services	(chapitre 3.4.1)	
	Approche et communication services de santé	(chapitre 3.4.2)	

Tableau 2 : Les sous dimensions des déterminants de santé associées à la problématique du poids masculin.

Chapitre 2 MÉTHODOLOGIE

Cette recherche est basée sur les données générées par des entrevues semi structurées avec des hommes québécois en surpoids ayant une préoccupation à l'égard du poids. Cette étude est de nature qualitative et cherche à explorer les relations qu'entretiennent les hommes québécois en surpoids avec l'alimentation, la santé en général, leur entourage, les services de santé mais aussi l'image du corps, la masculinité et ses normes sociales, et finalement les médias. Cette recherche s'est donc penchée sur la complexité de l'objet de recherche qu'est le vécu masculin, « d'avoir une préoccupation à l'égard de son poids.»

Les réponses et les discours des hommes ont été analysées afin d'en apprendre davantage sur les éléments caractérisant chaque masculinité, les comportements de santé les accompagnant, les socialisations et conventions culturelles qui « habitent » les hommes, les pratiques sociales au quotidien et l'utilisation des ressources d'aide reliées au poids et au corps.

2.1 Population cible et critères d'inclusion

La population potentielle de cette recherche a été formée par les hommes adultes québécois de 18 ans et plus avec surpoids ayant une préoccupation à l'égard du poids. Les sujets devaient être nés au Québec ou y vivre depuis au moins une dizaine d'années pour pouvoir être inclus dans l'étude. Seulement les sujets pour qui le français était la langue d'usage quotidien ont été retenus pour participation afin qu'ils puissent bien comprendre les questions de l'entrevue et celles du questionnaire. La recherche demandait à ses participants d'être en surpoids (avoir un IMC de 25 ou plus). Ce critère n'a pas été vérifié par des mesures mais calculé à partir des données sur le poids et la taille rapportées par le participant dans le questionnaire. La préoccupation du poids a été confirmée durant le premier contact du chercheur avec le participant. La préoccupation du participant se manifestait déjà d'une certaine manière en se présentant comme candidat potentiel pour la recherche sans que l'indemnisation (20 \$) ait pu biaiser cette supposition. L'expérience

antérieure de consultation pour leur problème de poids n'a pas été retenue comme un critère d'inclusion mais a été documentée auprès des participants dans le questionnaire.

2.2 Recrutement

Plusieurs chercheurs (Campbell 1996, Green et coll. 1999, Oliffe & Mroz 2005) relatent que le recrutement des hommes n'est pas chose simple et demande beaucoup d'énergie et une réflexion approfondie. Dans cette étude différents outils ont été utilisés pour s'assurer d'une participation suffisante.

Les hommes qui consultaient pour leur poids ont été recrutés sur le campus de *l'Université de Montréal* avec l'aide de *la Clinique médicale universitaire* et de *la Clinique universitaire de nutrition*. L'étude a aussi été présentée et proposée par le candidat à la maîtrise aux participants d'un atelier de l'organisme Équilibre (ayant lieu à la clinique) sur le rapport que les hommes entretiennent avec leur corps. Dans les deux cas, les hommes susceptibles de pouvoir participer à l'étude ont reçu un formulaire de recrutement. Les intéressés ont pu ensuite soumettre leur participation en donnant leurs coordonnées aux professionnels des cliniques impliquées ou en postant le formulaire au chercheur. Un numéro de téléphone sur le formulaire a permis aux candidats potentiels de se renseigner auparavant sur le projet de recherche auprès du chercheur. Malgré les efforts un seul homme a manifesté un intérêt pour participer à la recherche .

Pour les hommes qui ne consultaient pas, le recrutement s'est fait à l'aide d'une annonce dans le journal *Forum* et sous la forme d'une entrevue sollicitée auprès d'un journaliste de ce journal hebdomadaire distribué sur le campus de *l'Université de Montréal*. Seulement quelques participants ont pu être recrutés par ce biais.. D'autres annonces de recrutement ont été affichées plusieurs fois sur les panneaux d'annonces du campus sur une période totale d'environ de 3 mois. Les hommes intéressés ont reçu sur demande un formulaire de recrutement soit par courrier, soit en mains propres et ont pu ainsi avoir plus d'information sur le projet de recherche en appelant le chercheur. Un bon nombre d'hommes ont réagi et ont pu être inscrits comme participants.

L'annonce de recrutement utilisée à des fins d'affichage se trouve à l'annexe A.

Finalement, deux annonces dans le hebdomadaire culturel *Le Voir* et deux annonces également dans le journal de quartier *L'Express d'Outremont* ont aidé à compléter le recrutement des hommes pour cette étude. Ces annonces ont généré beaucoup d'appels de la part des hommes et quelques participants ont pu être accueillis ainsi.

Tous les répondants ont signé un formulaire de consentement pour une entrevue (et son enregistrement). L'indemnisation des répondants était de 20 \$.

Même si le chercheur a pu rencontrer un nombre suffisant d'hommes pour son étude, ses outils de recrutement utilisés ont néanmoins difficilement mobilisé les hommes en surpoids. Beaucoup d'appels (une centaine en tout) pour de l'information ne se sont pas matérialisés en rendez-vous. En invitant l'homme à venir parler de son expérience, le chercheur a souvent senti que l'homme n'a pas souhaité parler ouvertement du sujet de l'étude ou encore que la communication n'a pas atteint sa cible efficacement (pour oser et venir en parler). N'oublions pas de nommer le peu d'assiduité des hommes dans le respect des horaires de rendez-vous pour l'entretien. Pour environ la moitié des rendez-vous l'homme invité ne s'est jamais présenté. Le rappeler s'avérait souvent inutile.

Malgré un recrutement ardu, le nombre de participants pour cette étude a été intéressant générant une multitude de données menant à une certaine saturation (répétition) d'informations.

2.3 Méthode et instruments de collecte

La recherche consistait à faire des entrevues avec les hommes québécois. Les entrevues semi dirigées duraient entre 60 à 90 minutes et ont toutes été menées par le candidat à la maîtrise dans les locaux de *la Clinique de nutrition au département de Nutrition de l'Université de Montréal*. Ces locaux servent habituellement pour des rencontres des étudiants avec des clients principalement du quartier ayant un problème de poids.

L'entrevue s'est faite à partir des questions préparées par le chercheur et a été enregistrée intégralement. Les questions de l'entrevue couvraient les différents aspects des déterminants de la santé masculine reliés à la problématique du poids à savoir les

comportements de santé, les croyances de santé et l'expression d'émotions et de douleurs physiques, les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques ainsi que les organisations de santé et la perception de celles-ci. L'interviewer cherchait plus précisément à connaître les différents facteurs qui influencent la préoccupation à l'égard du poids. Les questions ont amené les participants à parler de leurs familles, de leurs habitudes alimentaires d'aujourd'hui, de l'influence des médias et des normes existantes de masculinité dans la société. Le chercheur a voulu les entendre parler de leur masculinité, de leur vision sur la santé, de la perte de poids, de leur opinion et utilisation des services de santé ainsi que la communication avec ses intervenants, toujours en lien avec la problématique du poids.

Les dernières questions de l'entrevue se rapportaient davantage sur les souhaits des hommes pour le futur au niveau de leur corps, de leur poids, et l'impact que leur réalisation pouvait avoir sur leurs comportements alimentaires, sur leurs activités, sur leurs relations, sur leur estime de soi. Ces questions ont permis aux participants de rêver un instant et d'évoquer leur images et fantasmes intériorisés.

L'entrevue consistait pour la plupart des questions à caractère ouvert afin d'inciter le participant à explorer et à livrer son vécu, ses expériences, ses sentiments. Parfois, l'entrevue se transformait temporairement en dialogue et des questions étaient rajoutées et générées au fur et à mesure que le chercheur estimait que l'entrevue évoluait dans une direction intéressante.

Le tableau 3 présenté ci-dessous montre comment les différentes questions de l'entrevue ont pu fournir les données souhaitées correspondant aux différents déterminants de la santé retenus dans le cadre de la problématique du poids chez les hommes de cette recherche.

La grille d'entrevue et le questionnaire sont présentés à l'annexe B et C respectivement.

4 catégories de déterminants (Courtenay 2003)	Sous dimensions associées à la problématique du poids	Questions de l'entrevue
Comportements de santé	Comportements alimentaires	1-2-3
	Importance du réseau social	16
	Fréquentation des services de santé	17-18
Croyances de santé et expression d'émotions / douleurs physiques	Définition masculine de la santé : - Opinion positive de la santé - Préoccupation à l'égard de la santé	12-13-15
	Contrôle personnel sur la santé - Préjugés de l'obésité au masculin	12-13-14-15-16
	Image corporelle: - Insatisfaction avec son corps - Si je pouvais modifier mon corps - Raisons perte de poids au masculin	4-5-10-14-21-22
	Valeurs associées à la masculinité	3-6- 9-11-14-17-21-22
	Expression douleurs physiques et émotionnelles	10-11-17-18-21-22
	Facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques	Statut socio-économique, âge et statut marital
	Éducation sociale reçue	1-8
	Rôle des médias: - Homme perçu dans les médias - Perception messages santé	2-4
	Connaissances en nutrition	4-5-6-7
	Poids psychologique de la stigmatisation	5 à 9-11-21-22
Organisations de services de santé et la perception de celles-ci	Barrières à l'utilisation des services	17-18-19-20
	Approche et communication services de santé	18-19-20

Tableau 3 : Les questions d'entrevue en lien avec le cadre conceptuel de la recherche

Pour « nourrir » la discussion sur les différents aspects du sujet dans l'entretien, le chercheur a utilisé quelques stimuli en forme de titres d'articles de journaux et des magazines, de titres des livres grand public et de matériel promotionnel de l'organisme *Équilibre* (voir question 23). Ces outils ont été présentés avant les questions de chaque catégorie de déterminants. Les stimuli ont permis d'activer la réflexion des répondants sur

les sujets abordés dans l'entretien et de les transposer à leur réalité afin de jouir d'une plus grande liberté pour s'exprimer sur les thèmes en le faisant selon leur propres catégories et leur propre langage et ainsi évitant une simple réponse aux questions posées (Van der Maren 1996, Poupart et coll. 1997).

Les stimuli proposés et la justification de leur utilisation à l'intérieur du cadre conceptuel sont présentés à l'annexe D.

Le chercheur devait animer l'entrevue d'une manière souple en laissant une certaine liberté aux répondants. Il devait se laisser guider par leurs réponses et ainsi amener le répondant à prendre un peu l'initiative du récit en s'appuyant sur l'idée que plus le discours serait spontané, moins il serait teinté de celui du chercheur, permettant ainsi de se rapprocher du discours vrai. Le rôle du chercheur consistait surtout à faciliter, par ses attitudes et ses interventions, l'expression libre des opinions des hommes en favorisant ainsi l'émergence possible des dimensions non pressenties au départ (Poupart et coll. 1997).

L'entrevue non directive et du style qualitatif a été choisie pour pouvoir explorer en profondeur les différents aspects de l'expérience de la préoccupation du poids du répondant homme dans le contexte de sa vie et de son milieu d'appartenance. Le chercheur souhaitait réserver un accueil informel aux hommes et utiliser une approche en douceur respectant leurs peurs éventuelles. Avec la connaissance que les hommes peuvent être parfois en mal d'expression devant l'invitation de parler d'un sujet intime, il s'agissait de créer un terrain de recherche propice à générer des données reflétant la réalité des invités. Les moyens qui ont été employés pour atteindre le but recherché sont abordés au chapitre 2.6.

Pour les mêmes raisons évoquées ci-dessus, le chercheur a fait deux entrevues d'essai pour s'assurer d'une bonne compréhension des questions et des stimuli préparés ainsi que pour peaufiner le déroulement de l'entrevue. Suite à ces rencontres, quelques corrections ont été apportées au niveau des questions et au niveau de l'accueil.

2.4 Analyse des données

Toutes les entrevues de cette recherche ont été enregistrées et retranscrites mot pour mot par le chercheur générant 350 pages de verbatim.. Parfois le chercheur a ajouté entre parenthèses une attitude du participant pour mieux « contextualiser » ce qui a été dit. Aucun autre texte n'a été ajouté, aucun texte n'a été éliminé (Hubermann & Miles 1991).

Les données de cette recherche qualitative ont reçu un caractère anonyme en donnant des noms fictifs à ses participants.

Les traits communs de chaque analyse qualitative est une certaine « thématization » qui passe souvent par une décomposition du texte en ses éléments essentiels (codage) afin d'en saisir les rapports et de donner ensuite un schéma de l'ensemble des éléments (synthèse) (Hubermann & Miles 1991).

Les verbatim ont été codés à l'aide du logiciel *QDA Miner* (version 3.0, 2005) en utilisant le cadre conceptuel des déterminants de la santé reliés à la problématique du poids. Le codage s'est fait simultanément à la collecte de données (d'autres entrevues) de manière à s'assurer que le matériel recueilli répondait à toutes les questions de recherche et pour éventuellement prévoir une collecte de données supplémentaire (Van der Maren 1996). Le codage des unités d'analyse s'est ainsi fait par phrase, par question ou parfois par intervention du participant mais il dépassait rarement quelques phrases.

Le codage effectué peut être nommé « mixte. » D'un côté plusieurs codes ont été fixés d'emblée en travaillant à partir du cadre conceptuel de la recherche (codage « fermé »). D'un autre côté les discours des hommes ont réussi à enrichir la liste des codes par induction, c'est-à-dire que de nouveaux codes ont été ajoutés à fur et à mesure que le processus du codage suivait son cours. Il va de soi qu'il y a eu plus de codes que les déterminants de la santé du cadre conceptuel car les questions de la recherche couvraient davantage de sujets et la richesse du matériel en a généré d'autres. Certains passages du matériel ont été codés plusieurs fois (Hubermann & Miles 1991).

La définition des codes a été complétée, revue et adaptée plusieurs fois au cours de l'analyse pour s'assurer que les matériaux portant une même étiquette (code) partageaient un sens commun (définition), tout en restant fidèle le plus possible au cadre conceptuel (les

déterminants de la santé). Le codage a été effectué d'une manière descriptive et non interprétative (Hubermann & Miles 1991).

Il faut noter qu'il n'y a que le chercheur principal qui a effectué le codage. Pour la validation, la directrice de recherche, Madame Marie Marquis a revu la codification à plusieurs reprises. En revanche, aucun contre codage (validation interne) a été fait pour s'assurer que le codage ait une compréhension universelle. Ce niveau de validation est suffisant compte tenu de la visée exploratoire de l'étude.

L'annexe E donne la liste des codes utilisés ainsi que leurs définitions respectives.

Après le codage, le chercheur a procédé à la synthèse des données et a commencé à hiérarchiser les codes en « méta codes » (thèmes) en regroupant certains codes à partir du cadre conceptuel, ceux qui relèvent d'un même concept, d'un même phénomène qui décrit l'ensemble. Certains déterminants nouveaux introduits par les hommes ont pu facilement trouver leur place dans ce cadre conceptuel du départ. Pendant la synthèse différents types de relations entre différents codes et les méta codes se sont profilées et certaines hypothèses d'interprétation ont commencé à émerger (Hubermann & Miles 1991).

2.5 Éthique

Le protocole de recherche pour cette étude a été approuvé par le *Comité d'éthique sur la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM)* dont l'annexe G présente le « certificat d'approbation.»

Les précautions prises par le chercheur pour s'assurer du caractère volontaire et éclairé du consentement des répondants se mesurent bien en consultant « le formulaire de consentement » à l'annexe F. Il y est stipulé que la recherche a voulu à tout moment garantir l'anonymat de ses participants, la neutralité de l'enquête et ses résultats ainsi que la confidentialité des données suscitées. Le participant a été avisé de pouvoir se retirer de la recherche à tout moment. Pour conclure, le chercheur a proposé aux participants la possibilité de rencontrer un psychologue de la clinique médicale universitaire en cas d'anxiété ou de réaction émotionnelle suite à l'entrevue.

2.6 Commentaires sur le déroulement d'entrevues avec des hommes sur la problématique du poids

Quoique cette étude comporte un petit échantillon et qu'il est donc impossible de généraliser les expériences de ces hommes à la population masculine toute entière, il est pertinent de relever des exigences et des particularités à prendre en compte lorsque l'on aborde la problématique du poids auprès des hommes.

Afin d'être efficace, une entrevue doit être personnalisée pour la population visée ; elle doit donc tenir compte de ses nuances culturelles, de sa socialisation, de sa manière de parler et du style d'interaction entre ses membres. Pour pouvoir s'entretenir avec des hommes, il est donc nécessaire d'utiliser une approche culturellement et linguistiquement sensible et appropriée. Trop souvent, les scientifiques oublient dans leurs entrevues qualitatives de considérer et honorer ces différences culturelles dans l'attitude entre les sexes (Schwalbe & Wolkomir 2001, Manderson et coll. 2006). Cet oubli a possiblement contribué aux failles dans la connaissance sur les attitudes des hommes envers la santé, plus particulièrement envers la problématique du poids et les barrières à l'adoption des comportements de santé par les hommes. Ces mêmes scientifiques assument trop facilement que les approches et les questions pertinentes pour les femmes le seront également avec les hommes. Mais il semble que les hommes répondent d'une manière différente à la même approche. La question du rapport de l'interviewer avec l'interviewé se pose et l'effet que cela puisse avoir sur la production des réponses, des données de l'enquête. Le chercheur doit s'assurer d'un certain degré de collaboration de la part de l'interviewé pour que les données recueillies puissent être considérées comme valables reflétant le plus possible sa vérité (Poupart et coll. 1997, Gillon 2003).

La masculinité que les hommes affichent avant, durant et après l'entrevue génère donc des informations intéressantes pour comprendre ce qu'être homme veut dire et comment ils vivent l'expérience de leur vie. Les expériences des hommes ne peuvent pas être comprises sans porter attention à ce qu'ils font pour s'assurer que les autres les perçoivent et les traitent comme des hommes. Avoir compris ça, il n'est pas seulement possible de retirer plus d'informations des hommes durant les entrevues mais c'est aussi une façon de mieux

saisir la signification de leurs réponses et de pouvoir aller au delà de ces comportements typiquement masculins (Gillon 2003).

La plupart des gens aurait tendance à dire que les hommes sont plus fermés et moins enclins à partager des informations avec d'autres personnes (que les femmes) et qu'ils se sentent plus souvent défiés et offensés en participant à une entrevue portant sur une problématique de santé. D'un côté l'entrevue peut être vue comme une menace à la masculinité traditionnelle mais de l'autre côté comme une opportunité de s'afficher comme tel. Il est évident que la masculinité traditionnelle joue son rôle dans l'entrevue : un homme ayant une expression émotionnelle limitée se dissocie de ses émotions, il veut garder le contrôle, il est souvent orienté vers l'action et rarement il a appris l'introspection durant sa socialisation. Il arrive qu'il éprouve des difficultés pour se confier à des hommes inconnus comme ça peut être le cas durant une entrevue (Schwalbe & Wolkomir 2001). L'homme sera ainsi moins capable de se livrer et de verbaliser ses émotions concernant des problèmes de poids et de santé.

Pour accroître l'efficacité des entrevues avec les hommes dans son déroulement et pour en maximiser les retombées (avoir un contenu utile), des stratégies spécifiques et moins traditionnelles sont nécessaires. L'interviewer doit être au courant de ces comportements masculins et savoir traduire ce style typique et masculin lorsqu'il s'exprime sur un sujet considéré intime et « féminin », censé être en dehors de l'expertise et de l'intérêt de l'homme (Gillon 2003, Manderson et coll. 2006). Il doit être capable de créer un cadre permettant aux hommes de parler des sujets « interdits », et employer des stratégies pour efficacement faire face à des comportements des hommes interviewés.

Des hommes qui interviewent des hommes sur le poids et la santé peuvent avoir des avantages quand on considère leur expérience commune sur le sujet ce qui peut faciliter la compréhension et l'empathie. Mais cette interaction homme versus homme présente aussi des défis uniques pour la technique d'entrevue à mener. Le sexe du sujet et du chercheur influence le dynamique et l'information partagée dans des entrevues qualitatives (Olliffe & Mroz 2005, Manderson et coll. 2006).

Une première difficulté réside dans le fait que le chercheur a besoin d'aller recruter les sujets masculins de son étude. Les hommes ne se proposent que rarement volontaires et

répondent difficilement à des annonces (Oliffe & Mroz 2005). Il est parfois nécessaire de se faire introduire des hommes en surpoids par un professionnel de la santé ou encore par des amis du sujet potentiel. Un tiers parti intervient ainsi pour encourager et inciter l'homme à la participation. Une rémunération monétaire ou autre (tout en restant éthiquement acceptable) peut être motivante car elle positionne l'homme en tant qu'informant et rend légitime une discussion sur son expérience dans l'intérêt de la compréhension commune (Manderson et coll. 2006).

Ensuite, l'interviewer doit prendre soin de sa présentation durant l'entrevue. Il doit se présenter comme un homme courtois, organisé, habillé « casual », ne cherchant nullement la compétition. Il est important de créer un cadre détendu permettant à l'homme participant de se livrer sans distraction inutile.

Durant l'entrevue, l'interviewer doit porter une écoute extraordinaire à ce que veut partager l'homme. Il se peut que l'homme interviewé ait du mal à s'exprimer sur des problèmes de poids et de santé et une non écoute de la part de l'interviewer peut mettre en péril la franchise et la durée de sa réponse. La croyance ou le préjugé que l'homme ne s'intéresse pas au sujet proposé se retrouve ainsi injustement confirmée. Une technique pour obtenir des informations avec une charge émotionnelle est d'essayer une approche indirecte (évoquer des pensées d'abord et des sentiments après, éviter de poser des questions trop directes) ; il s'agit ici de diminuer la menace envers le masculin (Schwalbe & Wolkomir 2001). L'interviewer doit noter la façon de s'exprimer, les émotions exprimées ; une communication non verbale peut aussi être une information importante. Pour certains hommes, il peut être utile de fournir les questions avant l'entrevue afin de permettre une certaine réflexion et introspection au risque de générer de réponses plus conformistes. Parfois, il est nécessaire de clarifier le rôle de l'homme dans l'entrevue et dissiper l'anxiété qui peut être présente. Dans l'entrevue avec l'homme, il s'avère souvent nécessaire d'indiquer qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses et que l'interviewer est intéressé d'entendre parler l'homme de ses expériences et de ses opinions tout simplement. L'interviewer peut commencer avec quelques remarques ou questions et une fois que l'homme a trouvé accès à ses idées, ses opinions et sa mémoire par rapport à la problématique, il peut le laisser parler librement (entrevue semi structurée) (Oliffe & Mroz 2005). L'utilisation des articles peut s'avérer une bonne entrée en la matière pour beaucoup

d'hommes. Plus le discours peut être rendu spontané, moins le chercheur laissera son empreinte sur le discours.

Il arrive que l'homme prenne dès le début le contrôle de l'entrevue. L'homme commence parfois de cette façon par peur de perdre le contrôle. Ce contrôle se caractérise par des réponses courtes en ne dévoilant que peu de choses. Il est dans l'intérêt de l'étude que l'interviewer utilise ce désir de contrôle pour mieux orienter son entrevue et d'attendre avec les questions plus difficiles et plus délicates jusqu'à ce que un certain rapport plus équilibré soit établi. Il peut défier l'homme de prendre le rôle de l'expert ou l'inviter à réagir sur ce que d'autres hommes auraient pu dire. Il est nécessaire que l'homme n'ait pas l'impression que l'interviewer essaie de le contrôler (Schwalbe & Wolkomir 2001).

Le besoin que sentent certains hommes d'afficher leur masculinité peut se manifester par une exagération de leur rationalité, de leur autonomie et de leur contrôle quand ils parlent de leurs expériences. L'interviewer doit veiller à ce risque et créer une atmosphère peu menaçante invitant les hommes à parler plus vrai, plus proche de leur vécu intime. Il est important de contourner ces biais qui donnent une impression trop simpliste et détournée des vies des hommes. L'interviewer a clairement intérêt à essayer de comprendre comment les manifestations d'être homme peuvent influencer leur discours. Il doit aussi veiller à ne pas tomber dans la stratagème de l'homme interviewé truffant son discours de : « Tu comprends ce que je veux dire... » (Oliffe & Mroz 2005). Sans couper le rapport et en le mettant à l'aise de s'exprimer, l'interviewer gagne à faire parler l'homme au risque de manquer de l'information essentielle.

Peu d'hommes sont prêts à s'ouvrir pour longtemps, ils semblent se fatiguer au bout d'un certain temps. Le temps de partage d'informations intimes est alterné avec des périodes de reprise de contrôle et de simples commentaires. L'interviewer doit donc limiter la durée de son entrevue pour maximiser sa récolte d'informations utiles (Schwalbe & Wolkomir 2001).

Finalement, il est souhaitable de compléter une entrevue formelle par des notes prises dans un contexte informel. Il peut s'agir d'une entrevue plus informelle, des remarques avant et après en faisant un lien avec le sujet ou un énoncé (Schwalbe & Wolkomir 2001).

Les hommes ont donc répondu, parfois clairement, parfois moins. Il y a également eu des réponses qui hébergent une opinion plus implicite. On ne retrouve donc pas l'opinion

directement en mots mais on la sent clairement en lisant les lignes de son discours. L'homme semble pour la raison probable de masculinité traditionnelle « ne pas pouvoir » ou « ne pas être autorisé » de répondre normalement.

Chapitre 3 RÉSULTATS

Les premiers résultats à considérer sont les caractéristiques de l'échantillon d'hommes participants à cette étude ; le tableau 4 les résume ci-dessous :

Caractéristiques	Moyenne	Étendue
Âge :	36,8 ans	24–61 ans
Poids actuel (kg) :	97,8 kg (215,5 lbs)	70,3–140,7 kg
Taille (m) :	1,77 m (5' 9 1/2 ``)	1,65–1,95 m
IMC (kg/m2) :	31,4	
Écart poids actuel/poids désiré (n=15) :	17,1 kg (37,8 lbs)	7,7–49,9 kg
Résultant en un IMC (kg/m2) :	25,9	
Revenues :	< 15 000 \$: 6 15 – 29 999 \$: 1	30 – 45 000 \$: 5 > 45 000 \$: 5
Occupation actuelle :	Employé : 9 Sans emploi : 2	Étudiant : 5 Retraité : 1
Statut marital :	Avec conjoint(e) : 10	Sans conjoint(e) : 7
Enfants :	Oui : 6	Non: 11
Scolarité :	Université complétée : 10 Collégiale complétée : 1 Secondaire complétée : 1	Université non complétée : 3 Collégiale complétée : 1 Secondaire non complétée : 1
Orientation sexuelle :	Hétérosexuel : 16	Homosexuel : 1
Origine ethnique :	Caucasien : 14	Africain : 2 Asiatique : 1
Histoire consultation :	Oui : 8	Non : 9
Chez qui ? (plusieurs réponses possibles)	Entraîneur : Médecin : Diététiste/Nutritionniste :	3 1 5

Tableau 4 : Les caractéristiques de l'échantillon d'hommes (n=17, données autorapportées)

Il faut souligner que deux participants connaissaient au moment de la rencontre un poids presque considéré normal (IMC 25 à 26) mais leur participation a été prise en compte pour cette étude car ils ont connu un surpoids important dans le passé. Ces hommes parlent donc de leur passé (*Nathan et Dylan*).

Les entrevues que j'ai menées avec des hommes en surpoids forment la base des résultats. On entendra leurs difficultés, leurs réflexions, leurs craintes, leurs souhaits, leur vécu. Le fait d'être un homme est loin d'être facile, complexe même. Il existe différentes manières d'être un homme, on peut parler de différentes masculinités et celle qui s'applique à un homme en particulier s'avère être souvent un joli mélange. Il est intéressant de voir comment cette masculinité joue son rôle dans la problématique du poids et ses domaines voisins.

3.1 Les comportements de santé

Voyons maintenant comment les hommes se sont exprimés sur les déterminants pouvant influencer les différents comportements de santé, à commencer par les choix et motivations alimentaires, ensuite le réseau social suivi par la fréquentation des services de santé.

3.1.1 Les comportements alimentaires

Regardons de plus près les comportements alimentaires typiquement masculins, tels que décrits par les participants.

Ayant la liberté de composer leur menu, les hommes semblent choisir des **aliments typiques** : des aliments gras, salés, épicés, souvent caloriques, des viandes rouges, du fast-food, peu de fruits et légumes et peu de produits laitiers. Certains hommes trouvent le fait d'accompagner le repas d'alcool très masculin. Pour la plupart des hommes, il semble effectivement exister une échelle sociale des aliments, un statut social de chaque aliment et **un refus de féminité à travers l'alimentation**.

« Je dirais que les aliments très gras font masculins : « Meat lovers » pizza, ribs, bacon, triple hamburger, etc. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27)

« Le piment fort, par exemple...les gars mangent plus épicé, ça c'est clair. Je n'irais pas jusqu'à dire qu'il est question de virilité qui entre en ligne de compte là, mais disons que ça s'observe souvent. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

« C'est un préjugé là, je sais, mais je trouve quand un homme mange une salade, ce n'est pas très viril... (rire éclatant) » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34)

« La consommation d'alcool aussi..., bon, les hommes, en général je pense qu'on boit plus avec le repas...vin, digestifs et apéritifs que les femmes. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31)

Par rapport aux femmes, les hommes disent **manger** le plus souvent simplement **ce qu'ils aiment**, parfois de manger « n'importe quoi », ou de « ne pas faire attention » et de manger en plus grande quantité et généralement **d'une manière plus rapide**.

Les hommes semblent en outre ne pas trop faire la cuisine, ne serait-ce que le barbecue ou la grande cuisine avec des plats de viande la fin de semaine.

« En général, la viande comme culte sur le « charcoal », ça fait plus masculin. C'est quand on parle du stéréotype de l'homme derrière son BBQ, qu'il ne veut pas que la femme lui approche...eh, ça je pense que oui et...des viandes rouges, des viandes sur le grill, ça me semble, c'est typiquement masculin. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34)

« J'ai un ami...il est plus maigre que moi. Je l'appelle « mon ami McDo » parce que chaque fois qu'il m'appelle il me dit : « Tu viens avec moi au McDo ? », donc...ouaeh, c'est typiquement masculin, qu'ils mangent n'importe quoi. » (Mathias, 25 ans, célibataire, IMC 32)

« Pour la cuisine, je fais souvent les soupers les fins de semaine ou lorsque nous recevons. J'aime avoir le temps pour cuisiner et j'aime faire de « grandes recettes ». Je dirais que jusqu'à tout récemment, je ne portais pas vraiment attention à si mes menus étaient riches ou pas. J'aime manger de la viande avec beaucoup de sauce, des fromages, etc., des choses très grasses. Je ne porte pas attention non plus à mes portions. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27)

« Elles (les femmes) vont toujours vouloir manger des choses différentes, je pense, tandis que nous autres (les hommes), c'est tac tac tac, on sait ce qu'on aime beaucoup et puis là-dedans il n'y a pas beaucoup de choix, c'est assez conscrit. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

« Je dirais qu'il y a la façon de manger. Les femmes vont peut-être davantage déguster alors que les hommes vont manger tout rond...ils vont avaler des grosses portions. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31)

« Une des choses que je remarque, c'est la vitesse de nous nourrir. Souvent les hommes vont manger très vite alors les femmes vont prendre plus leur temps pour manger. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32)

La motivation alimentaire des hommes se caractérise par leur conviction que la santé dans l'alimentation ne peut pas aller aux dépens **du goût, de la satisfaction et du plaisir** qu'il veut éprouver. La santé, c'est bien beau, on y fait attention mais pas à n'importe quel goût ! Certains hommes indiquent l'importance du pouvoir rassasiant des mets pour pouvoir tenir au travail, pour avoir de l'énergie. D'autres mettent en avant le côté pratique de la préparation et la facilité de consommation. Ils n'oublient pas non plus le plaisir tout court : les hommes d'aujourd'hui sont davantage des hédonistes alimentaires. **L'intérêt pour des aliments trop santé ou allégés semble donc limité** et ne pas avoir la côte car ils sont considérés comme manquant de goût ou de pouvoir rassasiant. Les hommes semblent attacher moins d'importance à vouloir faire un régime ou vouloir surveiller leur poids. Il arrive que certains choix d'aliments soient dirigés avec ces arrière-pensées.

« On se fait plus plaisir...tout en faisant attention aussi. Si ça goûte bon...on sait que c'est frais...ben, on s'en fiche de savoir eh... » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, étudiant)

« Je fais plus ou moins ce que j'aime, je me fie beaucoup au goût. Il faut que ça goûte bon...il faut vraiment que ce soit confort, c'est beaucoup plus important que la valeur nutritionnelle. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« Avant...je ne savais pas. Je mangeais ce qu'il y avait dans mon assiette, c'est tout. L'important c'était qu'à la fin du repas de ne plus avoir faim. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant)

« On n'achète pas des choses demi-sel, sans sel, sans...light, non, pas du tout, j'appelle ça des choses dénaturées...(rire) » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, employé)

« La nourriture est un plaisir, un des rares plaisirs dans la vie...fait que je ne me vois pas me mettre au régime. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« Je vais lire quelques étiquettes mais si quelque chose a moins de calories mais goûte moins bon, je vais hésiter. Hier justement, je suis allé faire l'épicerie avec ma conjointe et elle achète des yogourts 0%. Moi, je ne suis pas capable, je trouve que ça goûte sucré mais que ça n'a pas de goût, donc je vais prendre moi le 2,8% de matières grasses. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé)

Les hommes de cette enquête indiquent tous **l'importance du rôle des parents** dans leurs comportements alimentaires d'aujourd'hui. Selon eux, ce sont les parents qui leur ont légué en grande partie leurs pratiques alimentaires actuelles. Certains hommes ont eu des bonnes expériences culinaires, d'autres se souviennent des repas qualitativement plus médiocres. Il est mentionné aussi que les repas pouvaient être des instants de partage et du plaisir

(convivialité, commensalité) très appréciés ou à l'inverse des activités plutôt organisées d'une façon plus rigide.

« En parlant de la qualité, c'est relativement simple...maman, c'est une très, très bonne cuisinière et qui faisait un peu de tout...vraiment un grand, grand éventail. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32)

« Je ne voulais pas qu'elle me donne ça pour manger. C'était style...comme des frites. On mangeait de la viande mais...c'était comme de la malbouffe. Ça occasionnait que depuis l'âge de 10-11 ans, je commençais à engraisser. » (Cyril, 50 ans, en couple, IMC 35)

« Convivialité, j'ai vraiment aimé ça, ça donne les relations familiales aussi. J'ai vraiment eu des relations avec mes frères et ce que je vois dans d'autres familles...ma conjointe a des sœurs très jeunes et puis elles mangent sur le pouce et j'ai l'impression qu'elles n'ont aucune relation entre eux. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32)

« On mangeait bien, ma mère faisait bien à manger...maintenant, je peux comparer. On mangeait toujours trois repas par jour, on ne sautait jamais de repas, c'était toujours à table, pas de télé ouverte, chez nous c'était très ritualisé, les repas, c'était très important, et puis il n'y avait pas question qu'on en saute, qu'on mange de la cochonnerie...c'était toujours le moment important de la journée. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

« Par rapport à la bouffe, le plus important ce qui a pu m'être inculqué par eux, c'est vraiment : « Finis ton assiette ! » (Sander, 35 ans, en couple, IMC 31)

Parfois la présence d'une maladie dans la famille a fait en sorte que l'homme a appris à s'intéresser très sérieusement à la nourriture dès le jeune âge :

« Il y a beaucoup d'allergies et d'asthmes dans la famille, donc déjà à la base on faisait attention à ce qu'on mangeait. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27)

Des changements dans la vie sociale peuvent amener des changements d'habitudes de vie pour beaucoup d'hommes. Le fait de quitter la maison de ses parents, d'entrer dans le monde du travail, de changer son travail ou sa carrière, de se retrouver au chômage et la prise de retraite peut introduire une vie plus ou moins sédentaire et des changements au niveau des comportements alimentaires. Les hommes fondent une famille, font face à un divorce ou ils avancent tout simplement en âge ; tous ces événements modifient souvent profondément et durablement l'organisation de vie autour de l'alimentation et de l'activité physique. Pour les plus sportifs, une blessure grave peut sonner la fin d'une vie très active.

La sédentarité peut être aussi occasionnée par un manque d'amis (isolement) pour faire de l'activité physique.

« Maintenant, je m'en apprend pas mal. J'ai mon 3 1/2, j'ai mes meubles, j'ai mes affaires... donc je suis beaucoup mieux, une plus grande source de motivation... au point de vue cuisine. » (Nathan, 24 ans, célibataire, IMC 26, étudiant)

« Quand j'allais au Cégep, j'ai eu le stress et puis j'ai commencé à manger beaucoup plus surtout par stress. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant)

« Je suis un très bon joueur de hockey mais j'ai arrêté par trop de pression. J'avais énormément de pression, de mes parents, de mes coachs et puis je me suis juste tanné, je me suis dit : « C'est fini, j'arrête. » En plus, j'ai fait une mononucléose à 17 ans et c'est là que j'ai commencé à prendre du poids. La mononucléose a changé mon métabolisme. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé)

« Je mange mal. Je suis divorcé depuis plusieurs années, donc je vis seul ce qui fait que je mange n'importe quand. Des fois quand ça me tente ou même quand je m'ennuie, ça m'arrive de manger mes émotions. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé)

Il y a également des hommes pour qui **devenir papa** a apporté ou apportera des changements d'habitudes. Le fait d'avoir des enfants peut ainsi inciter ces hommes à faire attention à leurs habitudes de vie et à celles de leurs enfants.

« C'est quand même important de manger des légumes aux repas, je trouve, parce que j'ai des jeunes enfants. Je trouve ça important de les initier aux repas assez santé. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, employé)

« Convivialité, ça donne des habitudes aux enfants de manger, d'arrêter pour manger, ..., une espèce de respect pour le moment, pour la vie. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé)

3.1.2 L'importance du réseau social

Souvent, dans l'entourage de l'homme, il y a peu de gens avec qui engager une discussion à propos des sujets touchant le poids ou la santé: **le réseau social** de la plupart des hommes semble **moins développé**. Si l'homme rencontre des problèmes de poids ou d'alimentation, il les vit souvent seul. La réaction venant des hommes de leur entourage est souvent jugée inadéquate et non supportante.

« *Quand je suis tombé tout seul, il a fallu que je me débrouille. Je suis tombé de haut, comme on dit... (rire)...mais petit à petit, j'étais chanceux quand même parce que j'ai pu embarquer dans des groupes...ça s'appelle des cuisines collectives ou là, petit à petit, j'ai appris à me débrouiller.*» (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité)

« *En étant seul, je me connais...je reviens du travailler...c'est Internet, TV, Internet, travailler, je reviens, Internet, télé,...wauw, belle vie...J'ai tout le temps été un solitaire, je n'ai pas de relations sociales.*» (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« *Quand je parlais des problèmes de nutrition, je parlais avec des hommes. Parfois j'avais une certaine ouverture, des fois pas du tout. Ça ne les intéressait pas.*» (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité)

« *Ça faisait un an que je voyais Diane (une diététiste) et ils me disaient : « Bon, tu es encore allé voir ta diététicienne, c'est pourquoi, parce que ça fait quand même un bout que tu la vois...» Ils considèrent que je ne suis même pas capable d'y aller selon mes propres moyens. On dirait qu'il y a certains qui n'en voyaient pas l'utilité.*» (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, étudiant)

« *Je trouve que les hommes sont raides...(début de rire). Je trouve qu'il y a beaucoup de gars qui vont dire des choses du genre : « Ah, tu es un obèse qui perd du poids.»* (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé)

La problématique du poids et de l'alimentation devient plus accessible quand l'homme peut recevoir **un aide de la part des femmes** (conjointe, amie, mère) pour leur santé physique et psychologique. C'est souvent cette femme qui est le premier médecin de l'homme aussi bien dans le constat de ses difficultés (symptômes) que dans la recherche d'aide par la suite. Certains hommes font énormément confiance à cette présence féminine :

« *Une de mes amies m'a prêté une revue de Patricia Paquette : Moi & Compagnie, dans laquelle il y avait des recettes de soupers express et de menus santé.*» (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26)

« *Je pense que ceux qui y vont (consulter), ont une blonde qui leur dit d'y aller.*» (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29)

« *Ma conjointe se plaint souvent des ingrédients des produits que je peux ramener, alors j'ai pris l'habitude de le faire (lire les étiquettes) pour éviter de l'entendre chialer. Donc, j'essaie d'acheter le moins de produits possibles avec des ingrédients douteux, des agents de préservations, etc. Avec le temps, je suis content que ma conjointe ait changé mon comportement face à la sélection des produits que nous achetons. Je trouve encore qu'elle exagère parfois, mais je lui donne raison sur le fond.*» (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27)

« *Ma copine le fait bien parce qu'elle va dire : « Écoute Dirk...aujourd'hui, je trouve que tu n'as pas mangé beaucoup, il ne faut pas que ça devienne une obsession. C'est peut-être une bonne idée qu'on prenne un bon souper ensemble...»* (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32)

« *Ma copine m'a connu très, très lourd, à 290 livres...en mauvaise santé physique mais c'est beaucoup grâce à elle (que je vais mieux) parce qu'elle adore s'entraîner et j'ai comme vécu là-dedans.* » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32)

Parfois, l'homme fait savoir de **ne pas recevoir assez d'aide ou de le recevoir d'une façon inadéquate**. Il ne se considère pas en contrôle et il « blâme » la mainmise de la femme sur un domaine qu'il ne veut guère s'approprier. L'homme lui reproche parfois de ne pas être assez présente.

« *Si ma femme fait à manger...ben, je vais manger ce qu'elle fait... Mettons un rôti de palette qui est gras...je vais en manger, c'est elle qui l'a fait mais je ne l'aurais peut-être pas fait comme ça si j'avais voulu faire attention, tu sais...mais elle a moins besoin de faire attention.* » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44)

« *Je pense que le support que j'ai surtout, il vient de Diane (la diététiste), il est personnel. Je trouve qu'il n'y a pas assez de support du côté de ma conjointe.* » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29)

Malgré ces difficultés pour certains, la plupart des hommes indique néanmoins recevoir un support positif en forme de **compliments et d'encouragements** de la part de leurs proches sur les efforts employés :

« *C'est un support moral, ça se traduit par : « Tu as l'air bien. » Rien que cette phrase-là : « Tu as l'air beaucoup mieux maintenant », « Tu as l'air en meilleure forme », des choses comme ça...c'est surtout à ce niveau-là, ça t'aide beaucoup.* » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27)

3.1.3 La fréquentation des services de santé

Le sens d'orientation des hommes fait souvent défaut aussitôt qu'il s'agit de trouver le chemin vers les services de santé. Beaucoup d'hommes signalent de **ne pas avoir vu un médecin ou autre professionnel de la santé depuis bien longtemps** et souvent ce n'est qu'en subissant une pression de la part d'un tiers (femme) ou pour apaiser une préoccupation de santé en vieillissant qu'une consultation devient plus probable.

« Je suis allé consulter un médecin. Je lui ai dit que je venais d'avoir 30 ans, que ça faisait des années que je n'avais pas vu de médecin et que ça serait un bon moment pour avoir un examen de base. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé)

« Ça fait 20 ans que je n'ai pas vu un médecin...s'il y a quelque chose, je ne sais pas. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« Les hommes qui ont un problème de poids, ils vont faire leur vie quand même, ils vont moins dramatiser. Ça doit être un peu à cause de ça que les hommes consultent moins » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, employé)

« Le médecin eh...ma blonde, elle y allait à toutes les années, elle me disait : « Tu devrais y aller. » Ça faisait au moins une dizaine d'années qu'elle me disait que je devrais y aller et puis à 40 ans, je me disais : « Je devrais y aller. » Je me suis trouvé bon parce qu'il y en a qui n'y vont pas... » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant)

« L'homme en général, il ne consulte pas ou beaucoup moins que les femmes en général. L'homme n'aime pas consulter, n'aime pas voir le médecin, n'aime pas voir un spécialiste. Pourquoi pas ? C'est une mentalité, je dirais. Je sais que mon père allait très rarement voir un médecin...il envoyait sa femme. » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité)

3.2 Les croyances de santé et l'expression de douleurs physiques et émotionnelles

Dans ce chapitre, les hommes décrivent leur vision de la santé, ils parlent de leurs préoccupations à son égard en lien avec leur surpoids et racontent comment ils estiment pouvoir l'influencer ou l'améliorer. Le regard des hommes sur l'obésité sera abordé par la suite, suivi du rapport que les hommes disent entretenir avec leur corps dans le contexte de leur masculinité. En dernier lieu, on verra comment l'homme s'exprime difficilement en cas de douleurs physiques ou émotionnelles.

3.2.1 La définition masculine de la santé

Quand les hommes disent rechercher la santé, il est intéressant de voir comment ils la décrivent. Beaucoup d'hommes décrivent **le corps et la santé comme une machine** avec une fonctionnalité où on peut remplacer les pièces défectueuses dans le garage des médecins. Trop souvent, ces hommes prennent leur santé comme acquis et ils pensent qu'un peu de carburant suffit pour l'assurer, pour faire démarrer cette machine et engager la compétition.

Dans ce contexte, la maladie est perçue comme l'absence de santé. L'homme pense que manger mal rend sa santé plus fragile et compromettre son niveau potentiel d'activité physique. La perte de poids passe pour ces hommes par une activité physique accrue. Écoutons-les :

« Ça évoque le fait que physiquement tout est en ordre. Il y a le côté physique, physiologique qui fait que le corps fonctionne bien, qu'il n'y a pas de problème comme une voiture bien entretenue. » (Sander, 35 ans, en couple, IMC 31, employé, voudrait perdre 31 lbs.)

« Je fais de l'exercice...c'est quoi le carburant que ça me prend. » J'ai toujours comme idée que la bouffe ça te sert. À la base c'est le gaz ça te prend pour avancer, pour faire des choses. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé, voudrait perdre 30 lbs.)

« J'ai un problème du tunnel carpien...des fois je ne peux pas plier ma main. J'ai besoin de mes mains pour créer, je suis musicien, je suis compositeur...je ne peux plus jouer la piano...c'est grave. La santé ça permet de s'épanouir, de faire ce qu'on a à faire. » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, employé, voudrait perdre 40 lbs.)

« Santé pour référer à l'absence de maladies et à la capacité de mener une vie active sans encombres. Ça réfère également à des habitudes de vie en équilibre avec les besoins du corps. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé, voudrait perdre 19 lbs.)

« Si je perds ce poids-là en faisant de l'exercice et en adaptant une alimentation plus équilibrée, je trouve que oui, perdre le poids va me permettre d'être plus en santé. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

Il y a des hommes qui se rendent compte qu'avec la santé tout n'est pas aussi simple et arithmétique. Ils conçoivent bien qu'on peut se sentir bien, se sentir en forme et être en santé tout en ayant un poids non santé selon les normes médicales :

« Du fait que je m'entraîne beaucoup et que je fais attention, quand je commence à perdre du poids, la santé, je l'atteins assez vite. Je suis plein d'énergie et je me sens super bien, je dors mieux, je réfléchis mieux aussi...c'est important dans mon boulot, donc jusqu'à un certain point, j'atteins la santé avant d'atteindre le poids optimal. Tu es en santé tout en étant un peu trop gras. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé, voudrait perdre 36 lbs.)

« Je pars toujours de la conception qu'être mince égale santé mais ce n'est pas toujours ça. Peut-être qu'une personne qui est obèse va être moins en santé ou va avoir une santé plus fragile qu'une personne qui est mince ou avec un poids normal. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

« Je dirais un esprit sain dans un corps sain. Je pense qu'on ne peut pas être vraiment heureux quand on ne se sent pas bien physiquement. Par contre, je conçois qu'il y en a qui se sentent bien physiquement même s'ils sont en surpoids. Je pense que de la même façon, il y en a qui peuvent avoir des problèmes de diabète, cholestérol, même s'ils n'ont pas de surpoids. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant, voudrait perdre 28 lbs.)

Certains hommes sont des adeptes d'**une santé alternative** obtenue par des voies moins souvent explorées mais considérées plus performantes comme la naturopathie, l'ostéopathie, la psychothérapie, la méditation, l'étude de la posture, etc. Ils considèrent non seulement le côté physique de la santé mais aussi le côté psychologique.

« C'est de se lever le matin et se sentir plein d'énergie. Ce n'est pas juste une santé physique, c'est une santé psychologique aussi...où l'on a l'impression qu'on est capable de faire plein de choses dans la journée. À la fin de la journée on est fatigué mais on a l'impression d'avoir accompli quelque chose. Ça pour moi, c'est la santé, tant physique que psychologique. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé, voudrait perdre 36 lbs.)

« Je me suis rendu compte que...(ce qui est important, c'est) plus la notion de bien-être et puis surtout la santé : « Attention à vous », qu'il faut liquider. Donc la démarche de la santé, ça inclut

la médecine moderne mais surtout les notions de médecine alternative et qui passe avant tout par l'aspect psychologique et spirituel de la personne.» (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, étudiant, voudrait perdre 17 lbs.)

Nous allons voir maintenant comment les hommes jugent leur santé individuelle et quelle place elle occupe au quotidien.

3.2.1.1 Une opinion masculine positive de la santé

Dans les entrevues, la plupart **des hommes parlent positivement de leur santé** malgré leur surpoids. Ils disent faire des choses pour leur santé et pensent en faire plus que «les autres hommes.» La perception de leur poids se fait selon une autre échelle de valeurs que celle de la médecine. Les hommes semblent être plus satisfaits de leur corps et donnent l'impression de faire moins de cas de leur poids (IMC).

« Il y a du travail à faire mais en même temps...il y a pire que moi. Je ne m'estime pas en mauvaise santé. Je ne suis peut-être pas au meilleur mais je ne pense pas être en mauvaise santé.» (Sander, 35 ans, en couple, IMC 31, employé, voudrait perdre 31 lbs.)

« On (nous, les hommes) ne voit pas nécessairement ça comme un problème parce que le surpoids jusqu'à un certain point...ça fait quasiment...partie de la vie.» (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

« Je connais mon poids optimal, c'est à dire le poids où je me sentirais bien et confortable qui est clairement au-dessus du poids qui est considéré comme santé pour ma grandeur...c'est 30 livres au-dessus.» (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé, voudrait perdre 36 lbs.)

« Je pense qu'elle (ma santé) est correcte, je pense qu'elle n'est...à part...(indiquant bedaine)...mmm, je pense que ça va bien.» (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé, voudrait perdre 30 lbs.)

« La plupart des gars que je connais ne sont pas obsédés par ça. Ils aimeraient ça être plus en santé, être plus minces, perdre du poids mais s'ils perdent 10 livres et il y en ont 40 à perdre...c'est déjà 10 livres de gagné.» (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé, voudrait perdre 36 lbs.)

« Les jeunes ont cette pensée magique mais on l'a un peu nous autres (les hommes) aussi, tu sais. J'avais un problème d'apnée de sommeil et maintenant je dors avec une machine qui m'aide à mieux dormir. Je me dis : « Merveilleux, il y a quelque chose qui existe (rire un peu)..., je branche ça et puis je dors des nuits extraordinaires maintenant.» Je me trouve quand même en forme malgré que je ne suis pas performant sportivement...mais socialement je me dis : « Mon dieu, je me sens bien.» (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé, voudrait perdre 110 lbs.)

3.2.1.2 Une préoccupation à l'égard de la santé

Presque tous les hommes interviewés se sont montrés intéressés par leur santé et par leur bien-être et trouvent que ce sont des choses importantes. Ils disent viser un équilibre sans toutefois faire le nécessaire pour l'atteindre. Ils sont majoritairement d'accord pour dire que la santé n'est pas un acquis et qu'elle ne vient pas automatiquement. Il faut donc travailler pour l'obtenir, pour l'entretenir. Le sentiment d'invulnérabilité diminue avec l'âge et avec l'arrivée de maladies et d'autres pépins de santé. **Une préoccupation envers le poids et la santé** gagne les hommes vieillissants. Les hommes constatent avec angoisse le déclin de leur condition physique et la perte de leur capital santé. Ils se soucient de l'obésité qui guette et des problèmes de santé qui accompagnent habituellement cet état (diabète, hypertension, cholestérol, etc.).

« Je fais juste monter des marches pour sortir de la station de métro et je suis essoufflé. J'ai de la misère à monter les marches parce que j'ai pris du poids depuis l'automne. Je me dis : « C'est grave. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

« Ça me fait beaucoup de peine de creuser ma tombe avec mes dents. Je trouverais ça vraiment très bête. C'est « tuffer » le plus longtemps en meilleure forme possible. Je pense que les efforts qu'on fait jeune, c'est des années de belle vieillesse que tu as. » (Johann, 31 ans, en couple père, IMC 31, employé, voudrait perdre 30 lbs.)

« Ce n'est pas bon quand tu arrives chez toi le soir et puis tu manges. Je fais un travail assis...est-ce que j'ai besoin de...je prends beaucoup de calories, je ne bouge pas, j'ai faim, c'est ça. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

« Mon père très jeune, il était assez maigre et rapidement quand il s'est marié...on a à peu près le même cheminement, ce qui me préoccupe un peu. Quand il est décédé...il est décédé jeune aussi, il pesait 240-260 livres. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, employé, voudrait perdre 40 lbs.)

« À 40 ans...j'ai comme développé la conscience que la santé n'était pas de quoi acquis, qu'il faut travailler pour la conserver. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant, voudrait perdre 28 lbs.)

« Ces dernières années, j'ai pris du poids en arrêtant de fumer. Ça donne presque le goût de recommencer. Alors, je me mets à faire des efforts pour maigrir, mais je semble rester au même point, ou même prendre du poids d'une semaine à l'autre. Je me dis que je ne suis pas capable. Vais-je continuer à prendre du poids ? Ça fait peur. Je ne veux pas devenir aussi gros que mon père. Est-ce génétique ? Est-ce que ça se peut ça ? Pourtant, mon grand-père était maigre. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé, voudrait perdre 19 lbs.)

« Ce qui m'inquiète, c'est ma santé. Je vieillis, j'essaie de faire des trucs comme à vingt ans et je me rends compte que ça fonctionne mais ça me prend trois jours à récupérer au lieu de trois heures. Je sais que je n'ai pas un rythme de vie sain, donc j'essaie de trouver des solutions pour... » (Sander, 35 ans, en couple, IMC 31, employé, voudrait perdre 33 lbs.)

« J'aimerais être beaucoup plus en santé, ça me préoccupe. J'ai l'impression très nette qu'avant mes 50 ans, il va m'arriver quelque chose de grave, style crise cardiaque...donc oui, ça me préoccupe quand même. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 34 lbs.)

« Je suis au début de la cinquantaine mais plus ça va...je vois que les capacités diminuent et qu'il va falloir que je fasse quelque chose et je souriais quand j'ai vu (l'article) : « Avez-vous le profil d'un centenaire ? » Je ne pense pas présentement. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé, voudrait perdre 110 lbs.)

« Elle (la santé) devient de plus en plus importante dans la mesure où j'ai fait quelques abus et je paie pour les abus...(rire).Ça complique bien des choses, le diabète, ça use prématurément le cœur, les veines, les reins. » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité, perte de poids désirée inconnue)

« J'ai peur des maladies, des cancers...et puis de l'autre côté, je fais tout le contraire. Il n'y a pas un être qui mange plus mal que moi. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

Il y en a même qui préfèrent vivre intensément le moment présent :

« Se soucier de sa santé, les hommes sont davantage programmés pour avoir un comportement téméraire...téméraire dans le sens que : « On va prendre le risque », « il ne faut pas commencer à préparer ce qui pourrait se passer dans 10 ans. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 34 lbs.)

3.2.2 Le contrôle personnel sur la santé

Les hommes ne donnent pas facilement priorité à un problématique de santé ou de poids. Autrement dit, les hommes ont un contrôle personnel limité sur leur santé et sur leurs habitudes de vie. Les hommes participant à cette étude font preuve dans leurs discours de différents degrés de contrôle. Voici quelques extraits d'hommes ayant un contrôle limité :

« Quand j'ai recommencé à faire du vélo, faire de la natation, ça m'a pris beaucoup d'énergie. Il fallait que je me « minde » pour aller faire du sport, pour dépenser de l'énergie. C'est beaucoup plus exigeant que de simplement rester à la maison. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, voudrait perdre 23 lbs.)

« Pour régler le problème de l'obésité, c'est une attention de tous les instants. Il ne faut pas que je mange trop de calories dans une journée parce que le reste va être stocké..., il faut brûler tes calories, c'est quelque chose de difficile à gérer, je trouve. » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, voudrait perdre 40 lbs.)

« Par rapport à mon surplus de poids, je me sens mal. Je sens que je me suis laissé aller et que j'ai donné raison à mon père. Je me sens mal à chaque fois que je fais quelque chose qui va à l'encontre de mes efforts pour maigrir, quand je prends une bière, quand je mange une frite. Je n'ai jamais eu de problèmes avec mon corps avant mais là, je me sens gros, et je sens que c'est de ma faute, de ne pas avoir fait plus attention à ma personne. Je sens que je manque de volonté et ça me déçoit à chaque fois que je « triche. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 19 lbs.)

Certains hommes se sentent invulnérables longtemps et ne réalisent pas tout à fait l'impact de leurs actions sur leur santé future. Cette incapacité peut naître d'une certaine ignorance ou encore venir de leur socialisation en tant qu'homme. Ils sont moins sensibles que les femmes à reconnaître que quelque chose dans leur corps ne fonctionne plus très bien et même s'ils découvrent des signes de maladie, ils essaient nier l'existence d'un problème, ils essaient de s'en occuper eux-mêmes, ils ne vont pas demander de l'aide.

« On a toujours la pensée magique hé, on pense toujours que rien ne peut nous arriver. Un peu comme les ados. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé, voudrait perdre 110 lbs.)

« On est davantage prêt à jouer à la roulette russe avec notre santé en disant : « Tant que ça va bien, ça va bien, je n'ai pas besoin de m'en soucier. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 34 lbs.)

« Peut-être qu'ils (les hommes) ne savent pas qu'on peut consulter ou ils ne savent pas qu'ils ont un problème. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

« On se pense invincible, on est toujours en train de ne pas avoir besoin d'aide. » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité, perte de poids désirée inconnue)

Heureusement, un grand nombre d'hommes de notre échantillon témoigne d'un **contrôle personnel bien développé** sur la santé et sur les habitudes de vie :

« Je sais que je fais de cholestérol, alors on fait à manger à la maison. On achète les fruits, les légumes, poulet, poisson et c'est très peu de bouffe déjà préparée. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 17 lbs.)

« Regardes notre armoire...c'est beaucoup de fruit et légumes, viandes tel quels et c'est nous qui les apprêtons. Donc, lire les ingrédients, les étiquettes, ça se pose plus ou moins parce qu'on ne mange pas de mets préparés à part certaines exceptions. On a le contrôle sur les corps gras qu'on utilise et sur le sel. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, voudrait perdre 30 lbs.)

« Je suis en très bonne santé physique...psychologique...ça va très bien. Mon rythme cardiaque est un bon indicateur de ma santé physique générale. Quand mon rythme cardiaque descend à 50 et

moins, je suis en bonne santé et puis il vient de descendre en bas de 50 alors qu'il y a six mois, il était à 75 au repos.» (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, voudrait perdre 36 lbs.)

« J'ai donc recommencé à faire des arts martiaux 3 fois par semaine. J'essaie d'être actif la fin de semaine plutôt que de relaxer en me disant que ma semaine a été fatigante.» (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 19 lbs.)

Le contrôle personnel sur la santé implique aussi la gestion pondérale et il est intéressant de voir comment évolue le discours des hommes dans ce domaine où ils sont confrontés à des problèmes de surpoids et même d'obésité.

3.2.2.1 Les préjugés de l'obésité au masculin

Quand on demande aux hommes de parler du surpoids, de l'obésité, beaucoup d'entre eux associent ces termes avec un **manque de volonté** de la part des personnes concernées. Ils considèrent que c'est de leur faute d'en être arrivé là et qu'il s'agit d'un laisser-aller, d'une faiblesse cognitive, d'une perte de contrôle en termes d'alimentation et de sédentarité.

Le jugement du surpoids et de l'obésité peut porter sur la façon de se nourrir, sur le choix des aliments, et sur les restaurants fréquentés.

« J'ai des amis qui m'ont dit que j'avais l'air plus sérieux, plus à mon affaire quand je suis plus mince, comme s'il y avait une espèce de stigmaté d'un homme en surpoids, surtout plus jeune, qui ne fait pas vraiment attention et qu'il ne serait pas sérieux non plus dans sa recherche, par exemple.» (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, voudrait perdre 36 lbs.)

« C'est vraiment du laisser-aller. Tu sais qu'ils ont une apparence de graisse molle. J'aime moins ça parce que toute de suite ça me donne l'image de quelqu'un qui est devant son jeu vidéo et qui ne fait rien de la journée.» (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 17 lbs.)

« Jugement au niveau de la paresse, le manque d'attention et de respect pour son corps et sa santé, l'excès au niveau de la consommation, le manque de volonté et de discipline, d'abus.» (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 19 lbs.)

« Probablement qu'il n'a pas de bonnes habitudes alimentaires et s'il en a, il mange en trop grandes quantités. Ça peut être quelqu'un qui trouve un certain réconfort dans la nourriture plutôt dans d'autre chose.» (Ben, 42 ans, en couple, IMC 29, voudrait perdre 28 lbs.)

« Ce n'est pas beau, c'est associé à quelqu'un qui est moins actif. L'image mentale que j'ai des obèses...je n'aime pas ça, je lui prends en pitié. Pour moi, c'est d'être handicapé, de la même façon, qu'il te manque une jambe.» (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, voudrait perdre 30 lbs.)

« J'ai l'impression que si tu es un peu grassouillet, tu n'es probablement pas très solide non plus dans ta tête. Je sais rationnellement que beaucoup d'obèses le sont pour des conditions médicales sur lesquelles ils n'ont pas de contrôle mais de façon irrationnelle, j'ai l'impression que ce sont des gens qui sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes, ils sont faibles, mous, ils vont faire n'importe quoi sans se soucier de leur avenir. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 34 lbs.)

Ce jugement assez sévère est fréquent allant des fois jusqu'au **sentiment de dégoût**. Le dégoût peut être plus nuancé et il n'est pas de la même définition pour tout le monde :

« Dédain, presque dégoût... C'est parce que je l'ai vécu, j'en garde un souvenir amer, je ne veux pas retourner vers ça. Je pense que tout réside dans comment on prend soin de soi...il y a des gens qui sont gros qui paraissent très bien. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, voudrait perdre 23 lbs.)

« Il était très gros, très grand, il avait l'air négligé un double, triple menton, eh...il inspirait le dégoût... » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, voudrait perdre 40 lbs.)

« Le dégoût me vient par les gens obèses. Une fois j'ai vu une femme obèse qui mangeait de la glace et je dis : « Comment ça se fait ? » (Mathias, 25 ans, célibataire, IMC 32, voudrait perdre 30 lbs.)

« Pour moi obèse, c'est beaucoup plus morbide, ça m'inspire un certain dégoût. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 34 lbs.)

« C'est très laid, ça ne dégage aucune beauté, il n'y a aucune valeur qui ressort d'un être de même. » (Frank, 32 ans, célibataire, père, IMC 33, voudrait perdre 35 lbs.)

En parlant du surpoids en particulier, il est parfois jugé plus sévèrement que l'obésité car l'homme juge que le manque de volonté est plus évident dans ces cas-là. L'homme obèse, en revanche, est plus souvent considéré comme victime de sa génétique, d'une maladie ; il mérite par conséquent plus d'indulgence, même de la pitié. L'homme fait notamment référence ici à l'obésité morbide.

Indépendamment de la sévérité de ces jugements, l'homme estime souvent que la personne en surpoids ou obèse doit se sentir mal vis-à-vis de son corps, et qu'il est présumé d'avoir une pauvre image corporelle.

« C'est pathétique quand tu vois une personne obèse incapable de se pencher pour attacher ses souliers, qui transpire à marcher normalement ou qui éprouve de la difficulté à s'asseoir et se lever d'une chaise. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 19 lbs.)

« Si quelqu'un en surpoids me dit : « Je me trouve un peu gros », dans ma tête ça va être : « C'est ta faute. », parce qu'un surpoids pour moi, c'est à un niveau où tu peux avoir le contrôle plus facilement que si tu es obèse. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 17 lbs.)

« Il y a différents degrés : surpoids, petit surpoids, obèse, obèse morbide...ça évoque un peu de dégoût, un souhait de ne pas être comme ça, de tristesse. Souvent ces gens sont très malheureux...je suis triste pour eux d'être dans cet état-là. Je ne le vis pas mais ça doit être épouvantable, ça doit être terrible. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, voudrait perdre 40 lbs.)

Quelques hommes trouvent que l'obésité est même pire que le surpoids et renvoie simplement à une perte du contrôle de la situation depuis plus longtemps.

« La différence entre le surpoids et l'obésité est le niveau, mais renvoie au même jugement. On laisse le bénéfice du doute à celui qui est en surpoids mais pour l'obèse on se dit que ce n'est pas arrivé du jour au lendemain et qu'il y a définitivement eu un relâchement, une absence totale d'effort pour remédier à une situation qui s'annonçait depuis un certain temps et qui est maintenant rendue critique. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 19 lbs.)

D'autres hommes ont une **définition plus modérée, plus équilibrée des obèses** : selon eux, on ne peut pas toujours leur attribuer leur condition, tout n'est pas forcément de leur faute. Leur état peut trouver son origine dans une génétique défavorable, un désordre métabolique ou alimentaire ou dans un style de vie non approprié. L'homme se montre plus ouvert, a plus de compassion, plus de compréhension et plus d'indulgence à l'égard de l'obésité. Il essaie de se mettre à la place de la personne en question qu'il juge moins.

« Des fois, il y a des personnes qui ont des troubles alimentaires, il y a une part d'hérédité là-dedans. En ayant vécu en partie cette situation-là, en ayant été en surplus de poids, j'essaie de comprendre, je ne vais pas dire : « Ce sont des gros, tout ce qui font c'est s'asseoir et puis ils font juste s'empiffrer. » (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, pas de perte de poids désirée)

« Je ne pense pas qu'être gros est nécessairement un handicap en tant que tel là. Je pense que c'est la société qui en fait un handicap. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, voudrait perdre 23 lbs.)

« Je suis malheureux pour cette personne-là parce que je n'aimerais pas être dans la même situation. Je ne porte pas de jugement sur la personne parce que chacun a son histoire. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, voudrait perdre 110 lbs.)

3.2.3 L'image corporelle

Les prochaines sections vont nous apprendre quelle relation les hommes entretiennent avec leur corps. Les hommes racontent aussi comment et pour quelle raison ils aimeraient modifier ce corps.

3.2.3.1 L'insatisfaction avec son corps

Même si c'est difficile pour certains hommes de parler de leur désir de maigrir pour être en meilleure santé, l'insatisfaction des hommes avec leur corps (image) que ce soit pondérale (perdre du poids) ou musculaire (prendre du muscle) ne semble pas être moindre pour autant. À travers les médias les hommes sont de plus en plus souvent définis par leur corps, et la confrontation avec une norme culturelle est constante. Beaucoup d'hommes sentent une pression de se conformer à l'image « idéalisée » souvent pour plaire aux femmes. En décrivant leur corps, il arrive qu'ils se sentent moins virils, moins capables de séduire auprès de la gente féminine.

« Quand je me vois torse nu, je n'aime pas ça. Ce que je vois, je suis loin de cet idéal-là. Si j'étais plus proche du modèle, je plairais plus, je ne serais peut-être pas célibataire. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 34 lbs.)

« Certains hommes avec surpoids disent se sentir moins masculins, moins virils. Je peux comprendre parce qu'ils vont sentir que leur pouvoir de séduction est moindre tout simplement. » (Frank, 32 ans, célibataire, père, IMC 33, voudrait perdre 35 lbs.)

« C'est stupide mais c'est le rêve de ma vie de m'entraîner, de me mettre en forme, de ne pas avoir de ventre, de me trouver beau. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 35 lbs.)

« C'est con à dire, mais j'ai toujours voulu être gros, dans le sens du musclé, dans le sens d'être imposant physiquement. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, voudrait perdre 30 lbs.)

« Quand j'ai le dos rond, je ne me sens pas bien dans ma peau parce que ça ramollit tout...le ventre, je commence à avoir des seins. Mais quand je me regarde le torse, je vois mes gros muscles sortir, de mon épaule surtout...je me sens bien. Le haut, je me sens bien mais le ventre...pas fort. » (Frank, 32 ans, célibataire, père, IMC 33, voudrait perdre 35 lbs.)

« Je suis un gars qui est moyen, moyennement poilu et elle (une amie) m'a dit : « Wauw, tu as un beau chest ! », mais son expression semblait dire : « Wauw, tu es viril ! » C'est le fun à entendre parce que quand on est « grasso » ou taille forte, je me sens moins viril. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 35 lbs.)

« C'est l'influence de la société, des médias. La minute qu'on ouvre la télévision, on voit des gens beaux qui prennent soin de leur corps et à force d'en voir, on se dit : « J'aimerais être comme ça. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, voudrait perdre 23 lbs.)

« Quand je suis devant le miroir, c'est surtout le double menton. Ça fait six ans que je ne me suis pas rasé et ce n'est pas nécessairement le look me plaît tant que ça là. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, voudrait perdre 30 lbs.)

« Je ne sens pas de pression de ressembler, mais inconsciemment, je pense que on se juge parfois par rapport à cette image. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 19 lbs.)

Parfois, l'homme ne semble pas si mécontent que ça de son corps en raisonnant différemment ; ainsi semble-t-il exister des côtés agréables à leur embonpoint :

« Ma bedaine « fitte » avec mon personnage, si on veut. Je me tiens quand même le dos droit, je bombe le torse, je suis sûr de moi et puis je suis un peu « mononcle. » Ça ne m'a jamais empêché de plaire aux femmes, au contraire, les filles aiment ça, genre gars confortable, comme elles disent. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, voudrait perdre 30 lbs.)

3.2.3.2 Si je pouvais modifier mon corps

Fournir une baguette magique à l'homme pour réaliser ses désirs et ses rêves pour l'avenir au niveau de son corps ou de son poids donne des confidences pour le moins curieuses parfois paradoxales. L'homme voudrait ainsi **changer son apparence** en modifiant des parties de son corps : sa taille, son visage, ses fesses, ses bras, son torse, son pénis. Il voudrait être plus musclé, raboter son ventre, effacer ses cicatrices. L'homme a envie qu'on le trouve beau, qu'on le remarque, que son apparence soit agréable pour lui et dans le regard des autres. Il aimerait recevoir des commentaires positifs. Il souhaite pouvoir être fier de son corps. Il va de soi qu'avec un corps redéfini qu'il serait plus facile de s'habiller et de se montrer.

« Je m'ajouterais plein de muscles...sur le torse, sur les bras...ouaeh. Et demain je ferais disparaître la bedaine, je mettrais un six pack à la place...(rire). Alors, c'est quand même apparence... » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, voudrait perdre 30 lbs.)

« Ça tout le temps été important qu'on me voit et qu'on me trouve beau. Je vais m'entraîner, je prends soin de ma santé, de ma nourriture et à un moment donné le monde me dirait : « Hé, tu as maigri, ça te fait bien », d'avoir des beaux commentaires » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 35 lbs.)

« *Le problème...je ne le ferais pas tant pour moi, je ne sais pas si c'est pour plaire aux autres finalement...* » (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, ne voudrait pas perdre du poids)

« *Je diminuerais la graisse au niveau des cuisses, des fesses et de la bedaine. Comme ça...(indiquant un V).* » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 17 lbs.)

« *Je reçois beaucoup de commentaires positifs après avoir perdu 20 livres. C'est quand même agréable...je suis plus beau plus mince et même si je suis en couple depuis longtemps, le regard positif des autres filles est sympathique.* » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, voudrait perdre 36 lbs.)

« *Mon bas-ventre, j'essayerais de l'aplanir un peu, les hanches et mes fesses.* » (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, pas de perte de poids désirée)

« *Et je perdrais surtout ici (tenant sa bedaine)...au niveau de la taille.* » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, voudrait perdre 36 lbs.)

« *Un peu plus de masse musculaire...je pense que je n'en ai pas assez...hum...un peu moins de poils dans le dos...un plus gros pénis.* » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, voudrait perdre 40 lbs.)

« *J'aurais une plus grande liberté au niveau choix vestimentaire mais je serais également plus à l'aise dans les vêtements.* » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, voudrait perdre 40 lbs.)

S'il pouvait modifier son corps, l'homme dit qu'il retrouverait également **un bien-être psychologique et une meilleure estime de soi**. Il serait moins gêné, plus motivé pour avoir des projets, faire des activités et oser aller vers les autres, cultiver ses relations.

« *J'aurais une meilleure estime de moi et peut-être plus confiance au niveau des relations. Si tu es plus heureux dans ta peau, tu vas aller plus vers le monde.* » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, perte de poids désirée inconnue)

« *Je serais sûrement beaucoup mieux dans ma peau...plus à l'aise.* » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, voudrait perdre 40 lbs.)

« *Si j'avais une meilleure estime de moi, une vision plus positive de moi-même, j'aurais plus de facilité peut-être à aborder les gens.* » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, voudrait perdre 23 lbs.)

« *Je serais plus confiant dans mes relations et plus rentre dedans au niveau professionnel...estime de soi meilleure.* » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 34 lbs.)

« *Je crois que ça contribuerait à développer une meilleure estime de moi, à augmenter mon sentiment de bonheur.* » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 19 lbs.)

3.2.3.3 Les raisons de la perte de poids au masculin

L'homme en surpoids pense tôt ou tard à la perte de poids. La masculinité qui caractérise l'homme en question va déterminer plus ou moins le raisonnement et la forme de sa quête de perte de poids. Ainsi, il peut mettre en avant **l'apparence comme but principal de la perte de poids**. L'homme voudrait apparaître plus beau pour son entourage, pour soi-même ou encore pour correspondre à un image sociale. Dans tous ces cas, l'homme cherche à mincir, à perdre du poids ou à se muscler, souvent pour plaire davantage à quelqu'un ou à des membres d'un groupe d'appartenance.

« Il faudrait quasiment que tu aies une motivation externe parce que juste toi, c'est facile de se prendre en pitié. Si tu as une motivation externe...ta blonde te trouverait plus beau, ça peut aider. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, voudrait perdre 30 lbs.)

« Si on le fait juste pour les autres, ça peut être motivant parce que les gars, peut-être ils veulent avoir une fille comme ils voient à la télé et ils se disent : « Pour avoir des filles comme ça, il faut qu'on soit musclé. » (Mathias, 25 ans, célibataire, IMC 32, voudrait perdre 30 lbs.)

« J'aurais une plus belle apparence, je serais mieux que je suis là, c'est évident. » (Cyril, 50 ans, en couple, IMC 35, voudrait perdre 37 lbs.)

Il est difficile d'avouer que vouloir améliorer son apparence est à l'origine de sa démarche de perte de poids. L'homme a tendance à dire qu'il faudrait le faire avant tout pour soi mais le raisonnement devient moins solide.

« Je pense qu'il faut le faire avant tout pour soi et l'apparence devient un objectif valable quand c'est pour soi, quand on se dit : « Je perds tant pour rentrer dans tel pantalon », ou parce que : « je ne me sens plus bien. » (Nathan, 24 ans, célibataire, IMC 26, pas de perte de poids désirée)

« Plus tu es bien dans ton corps, plus tu dégages une image confiante et plus tu pognes. L'apparence, c'est important...un peu...pas tant que ça mais c'est sûr, si je maigris, je trouverai que j'ai une plus belle apparence ce qui aide dans la vie mais pas mettre toute l'emphase là-dessus mais...quand même...soyons réaliste. » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, voudrait perdre 35 lbs.)

Diminuer leur poids non pas pour l'apparence mais **pour un bien-être physique**, se sentir plus léger, plus fort, pour pouvoir faire les choses sans trop de contraintes sont d'autres souhaits nommés pour perdre du poids. Ces hommes visent une perte de poids progressive

faisant partie d'un objectif plus à long terme. La méthode devient plus importante et l'emphase est mise sur des changements d'habitudes à vie. Ils aimeraient pouvoir s'accorder du plaisir en faisant différentes activités. **L'estime de soi augmente** aussi.

« *Quand je veux perdre du poids, je me dis : « Je me rends là et je verrai comment je me sens.»* (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, voudrait perdre 36 lbs.)

« *Le fait de se sentir mieux dans son corps, c'est ça ce qui est le plus important à mes yeux.»* (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, voudrait perdre 35 lbs.)

« *La raison pour laquelle tu le fais, c'est le bien-être. Il faut que tu le fasses pour toi, pas pour les autres.»* (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 17 lbs.)

« *Parce qu'il y aurait une plus grande facilité ou plutôt une moins grande résistance. Des fois j'ai mal au nerf sciatique et je vais me fatiguer plus vite, donc (en perdant du poids) je serais plus actif.»* (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, voudrait perdre 40 lbs.)

« *Mais j'aimerais retrouver une activité physique qui me procure du plaisir.»* (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 34 lbs.)

« *Je serai plus en forme et je pourrais faire plus d'activités, plus de sport. Avec 20 livres de moins, je pomperais moins l'huile.»* (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, perte de poids désirée inconnue)

« *Si tu te sens mieux dans ta peau physiquement...si tu perds 20-25 livres, je m'aperçois que l'estime de soi, tu en gagnes beaucoup parce que tu es capable de te contrôler, de perdre du poids.»* (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, perte de poids désirée inconnue)

Enfin, l'homme croit parfois devoir **perdre du poids pour pouvoir atteindre un niveau de santé** ou pour être plus performant dans différents domaines de sa vie. L'homme voudrait se fixer un poids car une fois rendu là, il est convaincu que la santé suivra.

« *Si je me rendais à 180 (livres) à peu près...et de un, les pilules, le diabète, je n'en aurais plus...des pilules pour la pression...ça passerait...c'est mon médecin qui me l'a dit.»* (Cyril, 50 ans, en couple, IMC 35, voudrait perdre 37 lbs.)

« *Ce n'est pas parce que tu es mince, que nécessairement tu es en bonne santé mais si tu es trop gras, tu n'es pas en santé. Donc à mon avis, si on n'a pas un poids santé, on va avoir des complications au niveau du cœur, de la respiration, des reins. Donc la santé, ça peut être un objectif ? Oui, tout à fait.»* (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, voudrait perdre 35 lbs.)

3.2.4 Les valeurs associées à la masculinité

Dans leurs discours les hommes font état de plusieurs masculinités. Parfois l'adhésion à un statut bien particulier est bien établie, parfois, la masculinité exprimée est moins claire et plus « mélangée. » Différentes masculinités demandent des positionnements et des comportements différents de la part des hommes, donc aussi des valeurs et des normes différentes au niveau de l'alimentation et de la problématique du poids.

Dans les récits, on retrouve beaucoup de traces de **la masculinité traditionnelle** se caractérisant entre autres par la valorisation d'une certaine virilité, d'une force physique et mentale, sans mettre l'accent sur l'apparence, faisant preuve d'un contrôle physique et mental, du rôle du pourvoyeur pour sa famille, du travail, et du sens de la parole.

« C'est important pour un homme d'être compétitif avant d'être très agressif. Il faut que tu puisses avoir une très grande maîtrise de toi. C'est important chez un homme. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, étudiant)

« L'apparence...? Ça ne doit pas être important. Un homme dans l'idéal doit être une force tranquille, capable de prendre soin de lui mais également des autres. Force, stabilité, calme...c'est pour moi l'essence de la masculinité, de la virilité. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« J'essaie d'être le meilleur homme possible, avec un grand H. Des valeurs associées à la masculinité qui pour moi sont importantes : débrouillardise, protéger ta famille, faire front, faire face, être courageux...aussi être un passeur, passer un message, des valeurs...pour moi c'est ça être un vrai homme. Ça m'attriste de voir que cette masculinité-là aujourd'hui est considérée au moins ringarde. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé)

« Un homme pour moi, c'est surtout ses paroles...quelqu'un qui est fort, qui a un physique imposant...pas (forcément) un physique bien musclé...(mais), qui a un caractère, qu'il connaît ses choix, qu'il sait ce qu'il fait...c'est ça un homme. » (Mathias, 25 ans, célibataire, IMC 32, étudiant)

« C'est quelqu'un qui est calme face aux inévitables agressions de la vie, il garde son sang froid, il ne va tomber dans des tourbillons émotifs comme ça peut arriver à moi, c'est quelqu'un qui réussit professionnellement et il a une belle famille. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« Je crois que je me sentirai moins viril le jour où mon surpoids m'empêche de réaliser certaines tâches ou activités. Ma mère a un jour insisté pour aller pelleter l'entrée à la place de mon père parce qu'elle avait peur qu'il fasse une crise cardiaque vu son surpoids et son manque de forme physique. C'est elle qui fait ce type de travaux physiques autour de la maison depuis. Je trouve ça vraiment gênant. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

« L'homme évoque la force et la solidité, tant au niveau physique qu'au niveau émotif et mental. L'homme évoque l'action, l'agressivité, l'ambition. L'homme renvoie au rôle de pourvoyeur et de protecteur. Il est fort et protège sa famille. Il est actif et répond aux besoins de sa famille. Il transmet son savoir à ses enfants et joue le rôle de « héros » dans la famille. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

La masculinité nouvelle a longtemps été valorisée (et l'est encore) par beaucoup de médias et trouve aussi ses adeptes parmi les hommes de cette recherche. L'homme idéalise une certaine minceur et une musculature plus ou moins apparente. Il est clair que cet homme soigne son apparence avec comme objectif de plaire, de séduire.

« Ce qu'on retrouve dans les gyms aujourd'hui, ce n'est plus l'archétype du type qui veut prendre de la force et augmenter son image d'homme viril, c'est vraiment le gars qui veut perdre du poids, rester mince, une apparence svelte, mais flexible, c'est plus féminin, si on veut, ou plus androgyne. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé)

« Je me demande quand je vais arrêter de m'occuper de ça. Je suis encore jeune, je suis encore célibataire, j'essaie de plaire et j'ai l'impression qu'être plus mince, être plus sculpté va me permettre d'être plus attirant. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant)

« Un homme en excellente forme physique, actif et sain. Ayant une bonne alimentation et s'exerçant régulièrement. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

La masculinité « équilibrée » est plus contemporaine, si on suit les médias. L'homme se montre plus sensible, il met davantage l'accent sur la communication. Côté esthétique, il est moins à la recherche de la perfection ou de la beauté comme dans la masculinité nouvelle. Il cherche moins à être performant, à être en santé coûte que coûte. L'homme est plus hédonique, cherche le plaisir, mais garde son sens critique. Le surpoids ne fait pas de lui un homme moins viril, selon ses dires.

« Ce n'est pas parce que je vois une photo d'homme dans un magazine que je vais me dire : « Il faut que je me mette à m'entraîner. » Je fais quand même un peu d'exercices, je pense faire attention à mon alimentation. C'est avant tout pour moi, ce n'est pas une question de poids...oui, pour le bien-être aussi, la santé, pas pour correspondre à un modèle. » (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, étudiant)

« C'est plus une énergie que physique. Il y a des gens qui, sans avoir des corps d'athlètes, dégagent beaucoup de...qui sont masculins, qui ont un charisme qui va compenser peut-être pour des attributs physiques qu'ils n'ont pas. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé)

« Je ne trouve pas que ça attaque nécessairement la virilité, c'est la constitution. J'ai déjà vu des hommes en surplus de poids qu'on peut considérer comme très masculins, même virils. » (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, étudiant)

« Ça fait du mieux avec mon idéal d'homme où tu peux être en santé en étant un peu gras. Ce n'est pas grave d'avoir 5 ou 10 livres de trop tant que la santé y est. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé)

3.2.5 L'expression de douleurs physiques et émotionnelles

Une **difficulté** partagée par la plupart des hommes est **la reconnaissance de son problème** de poids ou d'alimentation. L'homme n'a que rarement appris à détecter correctement les symptômes de surpoids ou comment lui prêter une attention appropriée. Il aura donc du mal à avouer une faiblesse, une incapacité de contrôler l'expression de son corps et il se résout plus d'une fois à interioriser son mal afin de préserver son identité de l'homme fort.

« On a tendance à interioriser, à garder ça pour soi, encaisser stoïquement. Consulter, c'est demander de l'aide mais ça peut être considéré comme une manifestation de faiblesse : « Je ne suis pas capable de m'en sortir tout seul. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

« Il faut qu'il (l'homme) accepte qu'il ne s'est pas pris en main, qu'il n'a pas appris à contrôler son poids, et qu'il a besoin d'un aide extérieur. » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28)

« Quelqu'un comme moi qui mange aussi pour se récompenser devrait peut-être se poser la question pourquoi il compense comme ça. Mais ça demanderait un cours un peu plus psychologique ce que je me refuse à faire. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

Une solution recherchée par l'homme peut donc être **la négation du problème** pendant que le problème possiblement s'aggrave (prise de poids, cholestérol, tension, etc.). L'homme fait comme si de rien n'était, essaie de s'en sortir seul, s'isole et se replie socialement.

« On est au courant ce que ça prend pour bien manger, qu'il faut manger moins de viande rouge, plus de fruits et de légumes, qu'il faut éviter les aliments transformés, se concentrer plus sur les aliments naturels... donc, je n'ai pas l'impression que la nutritionniste pourrait beaucoup m'aider. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31)

« Pourquoi n'avoir jamais consulté pour mon poids ? Pour l'instant, ce n'est pas suffisamment problématique, ce n'est pas dans mes priorités. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34)

« Les hommes vont essayer de régler leurs problèmes seuls parce qu'ils veulent afficher une force, une solidité et une autonomie digne du masculin. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27)

Parler de ses problèmes à quelqu'un de son entourage est une option « trop féminine » aux yeux de l'homme et donc peu cherchée. Cette attitude explique largement que **l'homme ne cherche pas l'aide extérieure nécessaire**.

« Je ne recommande pas aux hommes d'aller consulter. J'ai l'impression que tu abandonnes la maîtrise sur ta vie pour la remettre à quelqu'un d'autre. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

« Demander de l'aide, les hommes le font peu parce que ce n'est pas viril. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31)

« Je pense qu'il y a de la pudeur de parler, de l'orgueil...par rapport à son poids. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34)

« Je ne suis pas porté à en parler toute de suite. Si je vois des faiblesses en moi, je vais aller me renseigner. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27)

« Je dirais qu'il y a une certaine gêne. J'ai l'impression que c'est très associé aux femmes de faire attention à leur poids, consulter, tout ces trucs-là et les hommes...s'ils se préoccupent moindrement de leur poids on dit : « Tu es gay, tu es fif. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25)

L'homme se prend en main tardivement. Parfois son entourage le pousse à aller consulter ou encore un médecin l'indique de devoir s'occuper de son poids, de sa santé et d'aller voir une nutritionniste.

« C'est à partir du moment où le médecin va leur dire : « Ça peut être dangereux si tu ne fais pas plus attention. » Rendu là, les gens en surpoids prennent souvent conscience de devoir faire des activités physiques. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29)

« Je pense que ceux qui y vont (voir un médecin), ont une blonde qui leur dit d'y aller. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29)

« Je pense qu'ils (les hommes) ont plus peur que les femmes d'avoir une mauvaise nouvelle s'ils vont voir le médecin. Paradoxalement, ils vont attendre le dernier moment pour aller chez le médecin. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29)

Une fois devant la nutritionniste ou autre professionnel de la santé, l'homme **se confie difficilement**. On dirait que les hommes sont moins expressifs. Ils avouent d'avoir du mal à parler de leur douleur physique ou émotionnelle.

« En général, les hommes ne sont pas forts sur les approches basées sur des échanges verbaux. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27)

« Parler de ton poids, de comment c'est d'être gros...je sais que j'en étais capable mais je trouvais ça dur. » (Cyril, 50 ans, en couple, IMC 35)

« L'homme qui va chercher de l'aide ne veut pas parler de son problème et de ses sentiments. Il veut trouver une solution. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27)

3.3 Les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques

Dans ce chapitre sont abordés le rôle joué par l'éducation sociale, les médias, le niveau de connaissances en nutrition et la stigmatisation sur la préoccupation que les hommes interviewés peuvent avoir à l'égard de leur surpoids.

3.3.1 L'éducation sociale reçue

L'éducation sociale qu'on a reçue de la part de ses parents et des pairs (la socialisation primaire) et suivant une certaine masculinité peut sérieusement affecter le comportement alimentaire et la santé des hommes. La plupart des hommes de cette enquête semblent avoir grandi avec le modèle de la masculinité traditionnelle. Les parents ont placé l'alimentation dans le domaine de la féminité et donc les jeunes hommes n'ont guère appris à cuisiner, à s'intéresser sérieusement au choix des aliments ou à la planification des repas, encore moins à donner de l'importance à l'activité physique pour des questions de santé.

« Ça a tout le temps été mes blondes qui ont fait la popote. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« Je ne savais pas préparer à manger avant 30 ans parce que je vivais chez mes parents. » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité)

« Je n'ai pas le souvenir quand j'étais à l'école qu'on me l'a dit, même dans nos cours d'éducation physique où ça me semble être le bon moment de parler de bien manger et tout ça...et je n'ai pas vraiment eu ça à la maison non plus. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant)

« Le fait que je n'ai pas grandi dans une famille où l'activité physique était importante, je n'ai pas développé le goût d'en faire. Quand je suis arrivé à l'âge adulte, c'est resté comme ça et ce n'est pas après que j'ai développé un surpoids que le goût...(s'est développé). Je ne déteste pas en faire mais je n'aime pas en faire juste pour en faire. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant)

La préoccupation plus ou moins présente des parents vis-à-vis du poids, de la santé, de l'image corporelle ou de la pratique d'une activité physique pour eux-mêmes ou pour leurs enfants a largement influencé la place que ces éléments prennent aujourd'hui dans la vie des hommes. Le modèle parental a fait perdurer ou non la préoccupation. Les hommes ont

connu des expériences assez variées, certaines positives (pas de préoccupation), d'autres négatives (préoccupation) :

« Jamais on a focussé sur le poids ou l'apparence chez nous. Ce n'est pas quelque chose qui a pris de la place. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34)

« On ne mettait pas d'importance là-dessus, on n'a jamais parlé de l'apparence physique chez nous. Ma mère nous aimait, nous trouvait tous beaux... (rires). » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44)

« On n'en parlait pas. On n'avait pas non plus l'impression que nos parents vérifiaient vraiment ce qu'on mangeait. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

« Ils pensaient à mon avenir, ils disaient : « S'il reste gros, il ne se trouvera peut-être pas de blonde, il n'aura pas de femme », « il va être discriminé, il y aura des choses qu'il ne pourra pas faire. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25)

« J'ai toujours eu les hanches un peu larges et je n'étais pas assez vite à son goût (de son père) et il me disait : « Tu as 15 ans, tu devrais être en bonne forme, tu devrais être un peu plus vif, un peu plus rapide »...donc, c'était peut-être une préoccupation. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31)

« Mon père se faisait parfois taquiner à cause de son poids par ses amis et m'a mère, elle passait des commentaires par rapport à l'aspect de santé. Moi aussi, je le taquinais. Lui, il me disait : « Tu vas voir, j'étais plus maigre que toi à ton âge ! » C'était comme s'il me disait : « Attention, toi aussi tu vas être gros un jour. » Mais je ne voulais pas devenir comme mon père, alors mon poids est devenu une préoccupation. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27)

3.3.2 Le rôle des médias

Les médias prennent une place notable dans la problématique du poids chez les hommes en véhiculant des images masculines idéalisées sur différents supports (magazines, journaux, télévision, Internet, affiches) ainsi qu'en émettant des messages plus ou moins scientifiques au sujet de la santé et de l'alimentation. Ce chapitre décrit comment les hommes en surpoids les perçoivent.

3.3.2.1 L'homme perçu dans les médias

En interrogeant les hommes sur leur perception de la masculinité dans les médias, il y a curieusement peu d'hommes qui mentionnent l'intérêt omniprésent des médias pour la

masculinité traditionnelle. Selon les hommes, il existe néanmoins quelques médias qui persistent à véhiculer des valeurs d'un homme fort ayant du succès professionnellement. Le stéréotype de cet homme veut qu'il fasse preuve d'un comportement alimentaire à risque et qu'il boive de l'alcool. On le représente souvent obèse et il a l'air toujours d'avoir une forme resplendissante.

« Il y a quand même beaucoup d'hommes qui sont « successfull » et qui sont un peu trop gros...des politiciens ou des hommes d'affaires trop gros mais qui sont quand même en santé. Ils ont quand même l'air en forme. C'est très rare chez les femmes. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé)

« Dans les livres on parle surtout du passé : « Retrouvez votre forme, votre force, votre vigueur d'avant. » Ce n'est pas une question d'images, il est question de : « Écoute, « dude », tu n'es pas en forme, ça va te permettre de faire du sport, de te sentir mieux. » Il est vraiment question de : « T'as déjà été un guerrier, redeviens en un ! » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé)

Un plus grand nombre d'hommes font état des médias soutenant un idéal de minceur et de musculature modérée (**la masculinité nouvelle**). Les médias font ainsi la promotion d'un homme qui prend soin de lui, qui fait de l'exercice et qui connaît une certaine condition physique. Parfois cet homme doit faire preuve d'un certain niveau de culture, avoir des talents culinaires.

« On parle du poids, on peut parler aussi du culte de la beauté : il faut être jeune, en forme, beau, belle apparence saine, etc. C'est beaucoup ça qui est véhiculé, c'est ce qu'on voit dans les pubs, dans les vedettes des télérromans. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, employé)

« On présente un homme confiant, masculin beau, jeune mais pas trop, qui dégage un sentiment de succès dans la vie et en affaires. Physiquement, il est grand, en excellente forme physique, musclé, sans virer vers le type « Mr. Univers. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

« On a vraiment inversé des rôles, on est à l'heure de « l'homme objet. » Tout ce qui a marché chez la femme, on est en train de l'appliquer plus ou moins, on essaie de le pousser. Le culte du corps qui était la problématique de l'homme gai est en train d'atteindre l'homme hétérosexuel aussi. » (Sander, 35 ans, en couple, IMC 31, employé)

« Maintenant la culture est important...un homme cultivé qui a un certain niveau d'éducation...ce n'est pas juste la virilité...à la télévision on disait que les femmes aiment les hommes qui cuisinent. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant)

« J'ai vraiment l'impression que l'homme, le prototype du mâle que voudrait les médias et ceux qui commanditent ces publicités-là, c'est l'homme gai, c'est-à-dire l'homme qui dépense, qui consomme, qui prend soin de lui, et qui pense comme une femme à propos de l'apparence et des soins corporelles. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé)

Plus récemment, les médias les plus modernes font état d'**une masculinité plus équilibrée**, moins axée sur l'apparence, le poids ou la musculature. Le bien-être est plutôt mis en avant et on parle davantage des hommes en quête de perdre du poids d'une façon plus nuancée. Ces médias semblent reconnaître en même temps la difficulté du surpoids affectant les hommes. Il y a un début de conscientisation.

« Je sens un changement qui retourne vers un gars plus normal, moins efféminé, mince, en même temps plus homme, c'est à dire, pas de minceur extrême, ce n'est pas nécessaire d'avoir un « six pack », ce n'est pas grave d'avoir 5 ou 10 livres en trop tant que la santé y est. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé)

« L'aspect musculature est moins chose...il y a une plus grande diversité dans l'apparence de l'homme, il est plus incisif, pas agressif mais il prend plus de risques. Il n'est pas nécessairement un modèle et pas nécessairement parfait. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, étudiant)

« Ils ont présenté une association d'hommes avec surpoids, les « MÉGARS », qui fait la promotion du bien-être malgré le poids. On dit que la gestion du poids doit d'abord passer par une acceptation de soi, d'une meilleure estime de soi. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

« Les animateurs de radio font souvent des farces par rapport à leur prise de poids avec le temps et le présenté comme une réalité affectant beaucoup d'hommes. Ils ne semblent pas trop préoccupés mais conscientisés. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

3.3.2.2 La perception des messages santé

Une des caractéristiques typiques de l'homme interviewé est **l'esprit critique à l'égard des messages de santé** émanant des médias. L'homme voit ces messages comme une intrusion dans sa vie, comme un manque de respect envers son autonomie, envers son indépendance. Parfois, il réfute carrément les informations et il les traite comme des faussetés. L'homme dans sa masculinité traditionnelle veut avoir le droit au plaisir et garder sa responsabilité individuelle. Parfois, la critique devient la manifestation d'un désarroi devant le trop-plein d'informations touchant la santé et l'alimentation.

« On a un rythme de vie où on bouge moins, on fait moins de choses et on mange plus. Les régimes sont utopiques un peu, je trouve, parce qu'ils demandent pratiquement autant de discipline qu'un athlète olympique. Ça devient pratiquement ton boulot. » (Sander, 35 ans, en couple, IMC 31, employé, voudrait perdre 33 lbs.)

« Je trouve que ça ressemble à un plan de campagne où on a décidé de reformater le paradigme masculin de manière à ce qu'on achète plus de trucs, qu'on consomme plus pour son apparence personnelle. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé, voudrait perdre 30 lbs.)

« J'aime à penser qu'il y a d'autres facteurs qui vont avoir une grosse influence sur ta santé comme le stress, l'alimentation jusqu'à une certaine limite mais c'est une combinaison de choses qui font que tu es en santé. Il y a un de mes amis qui est un sportif invétéré, qui se nourrit bien, qui est calme mais qui a un cancer en phase terminale...ça jette tous mes principes à terre...» (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé, voudrait perdre 110 lbs.)

« J'ai l'impression que les nutritionnistes souvent se contredisent. Dans le temps, on disait que le beurre était archi-mauvais et que la margarine, c'était ce qui était de mieux pour la santé et maintenant on a le message inverse. Je suis tout confus, je ne sais pas qui je dois croire.» (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 34 lbs.)

« Dans certains aliments, il y avait des omégas et ils disaient que c'était la huitième merveille du monde. Avec certaines études que j'ai pu lire,...oups, ils modèrent un peu leur enthousiasme : « Attention les antioxydants, ça peut être bon mais si on en prend trop, ça peut être dangereux.» (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité, perte de poids désirée inconnue)

« Il y a eu beaucoup de mensonges, il faut laisser du pour et du contre. Au début, le monde n'était pas au courant des gras trans, les omégas. Maintenant, ça a changé, ils en ont parlé mais les retrouve-t-on partout comme ils disent ou...tu sais ?» (Frank, 32 ans, célibataire, père, IMC 33, chômeur, voudrait perdre 35 lbs.)

Est-ce que nos sujets trouvent que les médias parlent suffisamment des hommes en quête d'une perte de poids ? Ceux qui répondent par l'affirmative sont rares. Il y a des hommes qui aimeraient que les médias fassent davantage l'écho des activités, des sorties en groupes qui peuvent être organisées spécialement pour les hommes en surpoids.

« Il me semble ce que je vois dans les médias ça concerne beaucoup plus les femmes. Que j'ai lu quelque chose qui s'adresse spécifiquement aux hommes...je n'en ai pas le souvenir.» (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant, voudrait perdre 28 lbs.)

« Honnêtement, je ne me rappelle pas d'avoir vu des trucs à propos d'hommes qui voulaient perdre du poids. Les femmes, il y a toute une industrie autour de ça, mais les gars...je ne sais si on en parle dans les médias.» (Johann 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé, voudrait perdre 30 lbs.)

« Des femmes, oui mais un regard des médias sur les hommes qui veulent maigrir...?» (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, employé, voudrait perdre 40 lbs.)

« Jamais vu ça dans les médias, c'est toujours les femmes. Dans « Men's Health », je n'ai jamais vu la perte de poids. J'ai vu physique, habillement, musculation, des choses comme ça...les filles...mais perte de poids...je ne crois pas que j'ai vu ça.» (Mathias, 25 ans, célibataire, IMC 32, étudiant, voudrait perdre 30 lbs.)

3.3.3 Les connaissances en nutrition

Les hommes démontrent généralement un intérêt limité pour la nutrition dans tous ses aspects. Ce qui frappe est la passivité de plusieurs à l'égard des différentes facettes de leur alimentation ; parfois, on peut parler d'un désintérêt total. La raison évoquée par les hommes est un manque de moyens ou encore un manque de temps (à cause du travail ou autre). Il en résulte un **manque de connaissance** (choix des aliments), **une ignorance** (faire des choix santé), **une inaptitude** (faire la cuisine) au niveau de l'alimentation et de la santé. L'adoption des habitudes de vie saines devient ainsi ardue.

« Je vais regarder les calories même si je ne sais pas combien ça fait...(rire embarrassé). Je vois 150, tiens...est-ce que c'est beaucoup, pas beaucoup ? Je regarde le fat, est-ce que c'est 0 ou non ? Je regarde un peu mais pas trop...en vérité pas trop. » (Mathias, 25 ans, célibataire, IMC 32, étudiant, voudrait perdre 30 lbs.)

« Est-ce que vous regardez un peu les étiquettes ? Malheureusement pas assez...(rire). Ce que je regarde, ce sont plutôt les prix...(rire). » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité, perte de poids désirée inconnue)

« Je n'aime pas cuisiner, je ne suis pas bon là-dedans et puis ça m'ennuie. Fait que, souvent j'achète des plats préparés. Je mange souvent aussi, j'ai l'impression, la même chose. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 34 lbs.)

« Je cours après le temps, jamais le temps de rien faire. Je n'ai jamais cuisiné et puis je n'ai pas pris le goût de cuisiner. Ça fait 10-12 ans que j'habite seul mais c'est toujours des mets congelés, tout le temps. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

« Nourriture, ça a très peu d'intérêt pour moi. Naturellement, je n'aurais pas tendance à regarder le contenu, les ingrédients et tout ça. Tant que j'ai mangé et puis que c'était correct, ça me satisfait. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant, voudrait perdre 28 lbs.)

En face des hommes un peu ignorants et peu motivés de travailler leur santé et leur poids, il y a ceux qui font plus attention à ce qu'ils mangent ayant parfois déjà des **habitudes alimentaires saines**. Il existe manifestement entre les hommes une différence dans l'intensité des changements d'habitudes. Certains hommes disent consulter les étiquettes sur les aliments, d'autres disent choisir leurs aliments soigneusement. Il y en a qui disent apprêter leurs aliments avec soin, sans trop de matières grasses, de sel ou de sucres ajoutés. Ces hommes-là connaissent souvent assez bien la nutrition et cherchent toujours d'en savoir

davantage. Il y en a même qui considèrent une bonne qualité de sommeil et le bien-être en général comme indispensable.

« Je suis en train de faire des changements, je les continuerai. Ce n'est pas juste une question de calories, c'est une question des gras trans pour les artères...les bleuets que j'aime beaucoup manger...je sais que qu'il y a des antioxydants...je continuerai des smoothies. » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, employé, voudrait perdre 40 lbs.)

« C'est de faire attention à son alimentation, faire des choix santé, d'éliminer ou du moins en consommer et très peu souvent, tout ce qui est trop sucré, les desserts, les gras. De varier et de faire attention aux portions, pas trop de viande au détriment des légumes, pas des céréales au détriment de légumes...c'est bien répartir l'assiette. Évidemment, l'exercice aussi...bouger. » (Nathan, 24 ans, célibataire, IMC 26, étudiant, pas de perte de poids désirée)

« J'ai appris plein de choses. L'aspect le plus positif, c'est ce que j'ai appris sur comment manger et quoi et quand. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant, voudrait perdre 28 lbs.)

3.3.4 La stigmatisation

Les entretiens mettent à jour **la stigmatisation des hommes en surpoids** comme un poids psychologique considérable. La stigmatisation autour du poids ou de l'apparence, qu'elle soit malintentionnée ou pas, touchent les hommes principalement dans leur masculinité, peu importe laquelle ils idéalisent. Les hommes se sentent perdus en tant qu'homme et se sentent en décalage avec la masculinité qu'ils aimeraient être la leur, qu'il s'agit de la masculinité traditionnelle axée sur l'autonomie et le contrôle fort ou de la masculinité nouvelle plus axée sur l'esthétique et sur l'apparence. Les remarques, les regards, parfois même la discrimination se joue au quotidien, avec la famille, les amis, avec les gens inconnus dans la rue, ou en postulant pour un emploi.

« La famille, les proches...des fois, ils disaient : « Tu vas peut-être considérer perdre du poids ? » ou : « Tu n'aime pas être mince comme les autres ? » Ce n'est pas du lavage de cerveau mais ça fait son chemin dans la tête. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

« Ils (membres de la famille) me le disent : « Tu es gros, tu fais de la bedaine. », des choses comme ça. « Tu engranges. »...tout le temps de la « bassinerie. » (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31, employé, voudrait perdre 30 lbs.)

« À la piscine je me suis fait pointer du doigt et puis les gens qui rient de toi...à un moment donné, je ne suis pas con non plus, j'étais capable de comprendre pourquoi. » (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, étudiant, ne voudrait pas perdre du poids)

« Des fois « le petit gros » ou des choses vont se dire pas directement : « Ah, il me semble que tu as engraisé un peu. » ou « Il me semble que tu as maigri. » et ils sont tous contents... Ça met une certaine pression de dire : « Ça te fait bien. », mais si j'engraisse, ça veut dire que je vais être moins bien ? » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, employé, voudrait perdre 40 lbs.)

« Je pense que chez les hommes, ce n'est pas un mythe, ça (la stigmatisation) existe tout à fait. Par exemple pour un poste, deux hommes... l'un d'une apparence correcte et l'autre d'une apparence plutôt obèse... je pense que ça joue. » (Nathan, 24 ans, célibataire, homosexuel, IMC 26, étudiant, pas de perte de poids désirée)

Parfois, la stigmatisation prend une forme très subtile et est difficile à mettre à jour :

« Je suis à la recherche d'un emploi pour être professeur d'université en ce moment. Et elle (ma copine) m'a suggéré de perdre un peu de poids parce que des amis lui ont dit que j'avais l'air plus sérieux, plus à mon affaire quand j'étais plus mince, comme s'il y avait une espèce de stigmatisme où il y a l'homme qui est en surpoids, surtout plus jeune, qui ne fait pas vraiment attention et qu'il ne serait pas sérieux non plus dans sa recherche. Et j'en connais beaucoup, de jeunes chercheurs qui ont eu de la difficulté à trouver du boulot. Ils ont perdu du poids... piouff (comme par miracle), ils se sont trouvés un travail. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé, voudrait perdre 36 lbs.)

« La discrimination homme, femme de taille forte... entre toi et puis moi là... c'est quelque chose qui ne sera jamais dit. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

« Si la personne n'est pas capable de se démarquer, on dirait que le stigmatisme prenne le dessus sur la personnalité et ça devient un handicap, je dirais même pire parce que tu es rejeté toute de suite, on ne voit que ça. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, étudiant, voudrait perdre 17 lbs.)

Dans l'exercice physique, l'homme en surpoids craint ne pas avoir sa place, ne pas être à la hauteur dans cette compétition masculine si caractéristique et souvent présente. Il est gêné dans les clubs de gym où le regard et le jugement des autres le fait fuir. Il y a une véritable **stigmatisation autour de l'exercice physique et du corps masculin**. Par conséquent, l'homme en surpoids est peu motivé pour faire de l'activité physique.

« La seule chose qui me fait mal est de me faire dire par quelqu'un : « Tu es un obèse. » Je trouve ça gratuit et puis inutile parce que c'est comme si je ne le savais pas. J'ai un miroir le matin et il fait beau me le dire. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, chercheur, voudrait perdre 36 lbs.)

« Ça me gênerait d'y aller parce que je me comparerais aux gens. Voir des gens qui vont au gym qui paraissent déjà très bien, qui ont travaillé sur l'apparence de leur corps et moi qui ne leur arrive pas à la cheville... ça me découragerait d'y aller. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

« Tu rentres (dans un club de gym) et tu es tout gêné. Tu es trop gêné de franchir la porte et de te dire : « Je vais aller m'entraîner. » Tu n'as pas que la porte à ouvrir, tu as la porte psychologique aussi à franchir. Tu ne vas parler à personne, tu rentres et ce sont tous des « monsieur Muscles », ça fait longtemps qu'ils s'entraînent, tu ne connais personne et tu ne connais pas les équipements. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

« Quand on fait du sport les hommes veulent performer. Quand ils ne performent pas, souvent ils lâchent. Et dans les gyms il y a beaucoup de jugement sur l'apparence des gens. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, employé, voudrait perdre 36 lbs.)

« Je crois que beaucoup de personnes en mauvaise forme ne sont pas à l'aise dans ces centres, ils se sentent regardés, peut-être jugés, surtout qu'on travaille normalement en plus petite tenue, ils voient les autres qui travaillent avec beaucoup plus de facilité ce qui augmente leur sentiment d'échec. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé, voudrait perdre 19 lbs.)

La stigmatisation peut susciter un sérieux mal-être chez les hommes et l'expression d'une certaine agressivité ou un isolement social peut en être le témoin.

« C'est sûr que tu ne réagis pas bien, tu n'aimes pas ça...je devenais agressif parce que tu sais que tu as d'autres talents. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, étudiant, voudrait perdre 17 lbs.)

« Il est gêné, il n'aime pas quand je lui parle. C'était mon ami, on a eu beaucoup d'instant de plaisir. Il ne veut plus que je lui parle. Il trouve ça (son état d'obèse) moins masculin, moins viril. » (Frank, 32 ans, célibataire, père, IMC 33, chômeur, voudrait perdre 35 lbs.)

« Un homme obèse, c'est un homme qui est malade, je trouve. Quand tu es gras comme ça de même, quand tu en vois un plus gros (que toi), tu te dis : « Ça n'a pas d'allure, ça n'a pas de sens. » Je ne pourrais pas vivre comme ça. Je me prendrais un fusil et piouff...ça s'arrêterait là. » (Cyril, 50 ans, en couple, IMC 35, chômeur, voudrait perdre 37 lbs.)

Il y a des hommes qui semblent mieux armés psychologiquement pour bien vivre leur état de surpoids.

« Ça m'est arrivé qu'on m'a insulté quand ils passaient (en voiture) : « Fucking big fat... », je ne sais pas trop...c'est arrivé deux, trois fois peut-être. Ce n'est pas très gentil mais ça ne me détruit pas, je ne me laisse pas... » (John, 35 ans, célibataire, IMC 35, employé, voudrait perdre 40 lbs.)

« 50 livres de moins, j'aimerais ça...mais ça ne m'empêche pas de rien faire. Il faut dire que je suis aussi musicien et j'ai l'habitude d'être sur une scène de me montrer et que les gens ne me jugent pas sur mon apparence mais plutôt sur ce que je suis capable de leur apporter. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé, voudrait perdre 110 lbs.)

3.4 Les organisations de services de santé et la perception de celles-ci

Après tout ce qui s'est dit sur les hommes, il est fort à parier qu'on les trouve en moins grand nombre que les femmes dans les cabinets des nutritionnistes dans une démarche de perte de poids ou de réapprentissage alimentaire. Pire probablement, ceux qui consultent le font au départ rarement dans une démarche personnelle et volontaire. Le plus souvent, l'homme semble venir voir le nutritionniste sur « ordonnance » du médecin qu'il a d'abord consulté pour une problématique autre que pondérale ou alimentaire ou sur conseils de son entourage, fort probablement de la part d'une femme (amie, conjointe, mère).

Mais est-ce que ça veut dire que les hommes souffrent moins de problèmes de surpoids ou d'obésité ? Si on consulte purement les statistiques, la réponse est négative. Rappelons que Statistique Canada a rapporté un surpoids de 62% (20,9% d'obèses) pour les hommes québécois en 2004 et de 50,7% (22,7% d'obèses) pour les femmes.

Nous allons aborder les raisons probables de la sous-utilisation masculine des services de santé et voir comment le corps médical y contribue. Ensuite, nous verrons comment se passe actuellement l'interaction entre le professionnel de la santé et l'homme patient et quelles sont leurs insuffisances dans les yeux de ces hommes. Dans la dernière partie, les hommes nous raconteront les améliorations souhaitées.

3.4.1 Les barrières à l'utilisation des services de santé

Imaginons un homme qui a décidé d'aller voir une nutritionniste pour se faire aider et conseiller au niveau de son poids et de son alimentation. Comment va-t-il s'y prendre pour avoir un rendez-vous ? À quel service va-t-il faire appel ? Est-ce qu'il au courant de ce qui existe comme service de santé pour une telle problématique et comment prendre rendez-vous ? Très souvent, l'homme est sur ce plan assez **ignorant, l'accessibilité de ces services est jugée trop difficile** même dans la prise de rendez-vous. Il est évident que le peu de motivation de l'homme se dissipe rapidement devant ces obstacles.

« Les hommes ne connaissent pas bien ce qui est disponible comme services par rapport à leur surplus de poids dans le réseau de la santé. Même moi qui travaille dans le réseau de la santé, je ne suis pas certain de savoir ce qui est offert. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

« Vous m'avez nommé une nutritionniste, une diététiste, un médecin, qui faut-il que j'aille voir ? » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé)

« Une fois qu'il décide d'aller chercher de l'aide, l'homme aura de la difficulté à essuyer un refus. S'il vit un échec à sa première demande style : « Ça vous prend une référence, Monsieur. », ou : « vous n'êtes pas au bon endroit Monsieur. », il se peut fort bien qu'il n'aille pas chercher ailleurs. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

« (Il sera important de) Leur dire que ce service existe parce que j'ai l'impression qu'il y a des gens qui ne savent pas que ça existe. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant)

« Avec les histoires de congestion du réseau de santé, qui voudrait aller consulter pour des questions de prévention ? Si l'on décide d'aller consulter, c'est qu'on est prêt à passer à l'action maintenant. Mais combien de temps ça prendra avant d'obtenir de l'aide ? Combien de fois nous serons redirigés à d'autres portes avant de trouver la bonne ? » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé)

« J'ai essayé la session passée, j'ai appelé pour avoir un rendez-vous. Ils m'ont dit dans trois mois...j'ai laissé tomber. » (Mathias, 25 ans, célibataire, IMC 32, étudiant)

Peu d'hommes ont parlé des **frais des services de santé** qui leur paraissent trop élevés et que ça ne vaille pas la peine de payer pour des problèmes de surpoids ou d'obésité. Toutefois, c'est nouveau pour les hommes de donner de l'importance à tout ça, surtout au niveau financier !

« Un ami qui payait pour ça (une consultation). Je me disais : « Pour se faire dire quoi manger ? » Ce n'est pas que je ne veux pas maigrir mais c'est sûr que tant qu'on n'a pas été voir ça, on est sceptique. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

Les services de santé préparent mal l'accueil des hommes et les reçoivent souvent de la même manière que les femmes. D'un côté, il est difficile pour un homme de demander de l'aide dans un service de santé où règnent des valeurs féminines. D'une autre côté, les services de santé contribuent trop souvent encore au portrait de l'homme fort traditionnel en bonne santé ne voulant pas s'occuper de sa santé. Il s'agit là d'un **biais médical (de croyance) des services de santé**.

« Ils n'essaient pas de se mettre à la place de l'individu. Et un homme, on dirait que c'est encore plus froid. Certains professionnels, je trouve qu'ils ont peur de montrer une certaine empathie. » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité)

« Si c'est une femme qui a mal, il y a plus de tolérance...ça, je l'ai vécu. Il y a une vision que l'homme est supposé tolérer plus la douleur. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, étudiant)

3.4.2 L'approche et la communication des services de santé

Du point de vue des hommes, il existe donc des obstacles les empêchant de trouver plus fréquemment le chemin vers les différents services de santé. Voyons maintenant comment ces services s'organisent ? Comment les professionnels de la santé accueillent-ils les hommes et comment se fait l'interaction entre les deux parties.

Les hommes vivent parfois la frustration d'une **mauvaise interaction avec le professionnel de la santé**, que ce soit un médecin ou une nutritionniste. Ils trouvent que les conseils reçus ne sont pas suffisamment personnalisés et trop théoriques. D'autre part, ils trouvent que les professionnels de la santé ne réagissent pas ou d'une mauvaise manière sur la problématique de poids présentée. L'homme se plaint aussi du manque de professionnalisme et d'uniformité dans l'approche.

« Souvent ce qui est soigné c'est le problème de poids alors que c'est juste l'effet d'un autre problème. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant, voudrait perdre 28 lbs.)

« Il ne faudrait pas que les professionnels de la santé catégorisent les hommes : « Monsieur, vous avez un IMC de 32, vous êtes obèse. » Si c'est quelqu'un qui aime moins en parler et qui refoule ses émotions, (le fait de) les abaisser, ça peut mettre un terme à la démarche, peut-être l'homme va se décourager. » (Nathan, 24 ans, célibataire, IMC 26, pas de perte de poids désirée)

« Plus vient le temps de parler du surpoids, il n'y a pas des professionnels. Pour quelqu'un qui a le cancer, l'approche est quasiment la même, quelqu'un qui fait du diabète, tous les médecins vont lui dire à peu près la même affaire et ça devrait être la même chose pour le poids. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 17 lbs.)

« J'ai consulté une diététicienne, j'ai fait une séance et je ne le sentais pas, qu'elle ne me parlait pas de moi, pas de mon passé, elle me parlait de diététique. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, voudrait perdre 110 lbs.)

« Ma belle-sœur (nutritionniste) m'a essentiellement dit : « Suis bien le Guide Alimentaire Canadien et ça va aller. » Ça m'a rendu insatisfait et je ne suis pas allé voir une autre parce que je me suis dit : « Ce n'est pas ça ce dont j'ai besoin. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, voudrait perdre 36 lbs.)

Dans le cas où l'homme reçoit de l'aide, certains disent avoir besoin de rester maître de la situation, de **vouloir rester responsable et autonome** dans leurs démarches de santé et de perte de poids. Les professionnels doivent leur donner des moyens, des aptitudes pour avancer par eux-mêmes en les mettant sur le bon chemin, en les responsabilisant.

« Je ne veux pas être pris en charge par des individus. Je cherche des outils, une transmission d'informations et des connaissances. Il faudrait que je fasse les choses différemment, j'aurais besoin d'un œil extérieur. » (Sander, 35 ans, en couple, IMC 31, employé, voudrait perdre 33 lbs.)

« Est-ce qu'il y aurait moyen d'aller directement avec la diététiste faire le marché surtout avec des personnes qui vivent seules, qui ne connaissent pas. » (Nathan, 24 ans, célibataire, IMC 26, étudiant, pas de perte de poids désirée)

« Elle (la diététiste) ne met pas de pression. Je sens bien que c'est moi qui suis responsable de ma perte de poids du fait que je mange mieux et que ça va avoir un impact sur ma santé. Elle développe l'autonomie de la personne. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, étudiant, voudrait perdre 28 lbs.)

Les hommes interviewés souhaitent que les professionnels de la santé utilisent **une approche personnalisée** dans la problématique du poids qui prend en compte les particularités individuelles de chacun, son passé, son vécu, ses souhaits, ses incapacités, ses peurs, etc. Prendre le temps pour comprendre ce qui leur arrive, pour trouver des solutions et pour cheminer vers des changements de comportement est une condition importante de l'approche, selon beaucoup d'hommes, se veut-elle être couronnée de succès.

« L'important est la philosophie et que cette personne soit capable de comprendre ce que je veux. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, chercheur, voudrait perdre 36 lbs.)

« Il faut avoir une approche un peu plus au niveau de ce que la personne vit qu'une approche diététique...une approche plus psychologique. » (Martin, 51 ans, en couple, père, IMC 44, employé, voudrait perdre 110 lbs.)

« Quelque chose de plus structuré qui est davantage collé sur mon état de santé réel là...pas des recettes qui sont applicables à la population entière. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, travailleur autonome, voudrait perdre 34 lbs.)

« Ce que je veux faire, c'est faire du sport, de me sentir en santé et avoir l'impression que quelqu'un va pouvoir suivre les progrès que je fais, qui va aussi pouvoir me renseigner un peu comment ça marche. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, chercheur, voudrait perdre 36 lbs.)

« Mettons que j'étais préoccupé par mon poids et que j'irais consulter. Je ne voudrais pas qu'on rende ça banal, j'ai un problème, c'est sérieux pour moi, il faut que ça le soit pour vous aussi. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

L'homme dit parfois apprécier **une communication plus appropriée, plus respectueuse**. L'homme dit apprécier un bon accueil, un professionnalisme, des connaissances, du respect, de l'écoute et une confidentialité sans faille de la part des professionnels de la santé. L'homme a toujours peur du jugement et d'être rejeté ; l'homme a besoin d'une bienveillance, qu'on s'intéresse à lui.

« M'expliquer les raisons, donner des pistes sans être trop raide. Expliquer concrètement les résultats que ça peut avoir, montrer les côtés positifs aussi. Je pense que ça peut être encourageant pour la personne. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

« C'était beaucoup plus au niveau de la suggestion...par exemple, elle me disait : « Bon, le riz comme céréale mais il y a aussi le couscous, il y a le quinoa, l'orge mondé que vous pouvez essayer. » Ce n'était pas nécessairement : « vous devez faire ça ! » (Nathan, 24 ans, célibataire, IMC 26, étudiant, pas de perte de poids désirée)

« Qu'on ne me critique pas d'emblée sur mes habitudes mais d'être constructif et d'avoir un contact plus humain. » (Dylan, 25 ans, célibataire, IMC 25, étudiant, voudrait perdre 23 lbs.)

« Une approche sans jugement, sentir qu'on est accueilli, qu'on n'est pas ridiculisé. » (Pierre, 35 ans, en couple, père, IMC 34, employé, voudrait perdre 40 lbs.)

« Essayer de se mettre à la portée du monde et ça il n'y a pas grand professionnel qui a cette capacité-là. Si tu n'es pas à l'aise avec l'individu, tu ne t'ouvriras pas à lui, il n'y a pas de communication, il n'y a pas de confiance créée. » (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28, retraité, perte de poids désirée inconnue)

D'autres hommes préfèrent **recevoir des directions claires** pour savoir à qui s'adresser, quoi faire, parfois même de se faire diriger et se faire prescrire un plan de match. Il faut donc leur expliquer, il faut s'afficher en tant que professionnel et dans ce contexte, il faudrait même aller chercher l'homme en recherche d'aide la main tendue.

« Quelque chose de structuré ce que je devrais faire pour améliorer mon alimentation. .Pas de messages trop vagues : « Regarde, tel jour, tu dois manger tel type d'aliment de cette façon-là. », qu'on soit davantage pris en main, que je suis sûr ce que je fais est bon pour moi. » (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31, travailleur autonome, voudrait perdre 34 lbs.)

« Quand tu vas voir un médecin, tu t'attends qu'il soit expert. C'est la même chose pour une nutritionniste. Tu t'attends qu'elle soit experte en nutrition et qu'elle puisse réellement t'aider et si elle ne peut pas t'aider qu'elle connaît un collègue qui lui est mieux positionné qu'elle pour t'aider. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, chercheur, voudrait perdre 36 lbs.)

« Si tu me dis c'est **la** nutritionniste qui va faire mon affaire, que je vais te voir pendant 6 mois et je vais être mince comme toi et que je vais être en santé, je vais faire : « Cool, super, j'embarque ! » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, employé, voudrait perdre 35 lbs.)

« Je ne dis pas que ça ne ferait pas du bien à l'homme de parler davantage, mais je dis que ça lui prend un plan avec des actions concrètes. » (Michel, 32 ans, en couple, père, IMC 27, employé, voudrait perdre 19 lbs.)

« Tu donnes un menu...mais qu'il y a une façon de faire : « Écoute, étant donné que tu aimes beaucoup les spaghettis, tu devrais inclure des nouilles au blé entier. Il y a des marques qui offrent ça. », tu sais...beaucoup plus directif. Je pense qu'il y en a (des hommes) qui aiment ça, se faire dire quoi faire. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, chercheur, voudrait perdre 36 lbs.)

« J'aimerais qu'on me dise : « Il faudrait vraiment que...qu'est-ce que tu manges ? », « Réellement, si tu ne veux pas, tu vas t'engraisser plus. Il faut que tu fasses ça sinon tu peux être malade. » Il faut que tu me pognes sévèrement. » (Cyril, 50 ans, en couple, IMC 35, chômeur, voudrait perdre 37 lbs.)

Quelques hommes expriment le **besoin (l'envie) de travailler leur problème à plusieurs, en groupe**. Une telle approche leur permettrait de se parler, d'avoir de l'écoute, de pouvoir communiquer, d'échanger avec des semblables, de s'encourager mutuellement et de se tailler une bonne motivation.

« En groupe...deux, trois hommes, pas trop, qu'on fait les mêmes affaires, ça permet d'échanger beaucoup et puis ça permet de...la motivation, tu sais, on ne l'a pas toujours. » (Boris, 35 ans, en couple, père, IMC 27, voudrait perdre 17 lbs.)

« Quelque chose qui ressemblerait à « Weight Watchers. » Que tu t'assois à une place, tu as de l'encouragement, qu'il y a comme dix personnes...ça, j'irais à chaque semaine. » (Antoine, 37 ans, célibataire, IMC 31, voudrait perdre 35 lbs.)

« Ce serait bien d'avoir un mec qui a le même problème que moi. » À plusieurs avec qui on serait dans la même situation. Probablement le fait de vivre les mêmes situations, pour pouvoir en parler. » (Ben, 41 ans, en couple, IMC 29, voudrait perdre 28 lbs.)

« Dans les bons gyms ils encadrent bien leurs gens et je pense qu'ils communiquent une certaine forme de motivation qui vient des autres et qui permet en fait de créer un d'esprit de groupe où tu connais les gens avec qui tu t'entraînes. » (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32, voudrait perdre 36 lbs.)

Sur l'importance du sexe d'un potentiel intervenant, les opinions varient et ne sont pas toujours très claires. Le plus souvent c'est la compétence de l'intervenant qui est considérée primordiale.

Certains disent **préférer un intervenant homme** car ils estiment qu'il pourrait mieux comprendre la dynamique et les problèmes que vivent les hommes. Il serait plus facile pour eux de s'ouvrir et de se confier à un homme ... mais il semble que la réflexion sur le sujet commence souvent tout juste. Ceux qui sont ouverts à rencontrer un intervenant masculin laissent apparaître dans leurs discours une appréciation pour une masculinité plus moderne.

« Si j'ai un rapport de confiance avec ce gars-là, ce serait plus harmonieux qu'avec une femme. Il n'y aurait pas d'arrière-pensée sexuelle. S'il y a un véritable lien de camaraderie masculine qui s'installe, la relation de confiance serait plus simple...avec les femmes, souvent c'est compliqué.» (Quentin, 42 ans, célibataire, IMC 31)

« Peut-être qu'un homme a quelque chose de plus empathique. L'homme diététicien pourrait plus s'intéresser aux problèmes spécifiques des hommes peut-être.» (John, 35 ans, célibataire, IMC 35)

« Disons un gars qui aurait un peu les mêmes questionnements que moi ou les mêmes habitudes que moi, qui fait du sport, qui aime être en forme. J'aurais l'impression qu'il serait automatiquement compétent pour avoir expérimenté ça presque sur lui-même.» (Dirk, 35 ans, en couple, IMC 32)

D'autres hommes disent **préférer des intervenants femmes**. En face d'elles, ils disent se sentir plus à l'aise de parler de leurs problèmes. L'aveu de leur faiblesse, de leur incapacité, le besoin de parler d'un problème « de femmes » leur viendrait plus facilement.

« Je n'aime pas me présenter en situation de faiblesse face à un autre homme.» (Johann, 31 ans, en couple, père, IMC 31)

« Elle va être plus sympathique, elles vont faire plus d'effort pour essayer de se mettre à ta portée.» (Romain, 61 ans, en couple, IMC 28)

Chapitre 4 DISCUSSION

Dans les prochains chapitres nous allons discuter des particularités trouvées pouvant expliquer la préoccupation des hommes québécois à l'égard de leur poids, à commencer par les comportements de santé.

4.1 Les comportements de santé

4.1.1 Manger comme un homme

La plupart des hommes a déclaré manger des aliments typiques qui ne trouvent pas toujours grâce dans les recommandations quantitatives et qualitatives du *Guide Alimentaire Canadien*. Le choix des aliments (gras, salés, épicés, viandes rouges) et la façon de manger (rapidement, en grande quantité) est symbolique et renforce très souvent la masculinité traditionnelle, plus particulièrement la virilité, la force et le pouvoir. À en juger par les discours des hommes, les valeurs de masculinité traditionnelle semblent encore très présentes et l'homme cherche à se démarquer de la femme dans ce domaine en mangeant principalement des aliments ayant une connotation « masculine » tout en les mangeant d'une manière considérée « masculine. » Les habitudes alimentaires de certains hommes peuvent ainsi être qualifiées comme de vrais comportements à risque. Et même si les hommes commencent à faire leurs essais culinaires, la cuisine reste, pour les mêmes raisons, le plus souvent un lieu plutôt réservé aux femmes (Gough & Connor 2006).

La masculinité traditionnelle fait souvent obstacle à manger santé ; elle voit le fait de manger santé comme une inspiration plutôt féminine manquant de substance et de caractère. En outre, les messages santé y sont vus comme une intrusion de la part des médias sur le libre arbitre des hommes. Si les professionnels de la santé cherchent à encourager les hommes à manger plus sainement, ils ont intérêt à **intégrer des valeurs de cette masculinité traditionnelle dans leur communication** en essayant de mettre en avant, par exemple, « les choix personnels » à faire par les hommes ou « la responsabilité »

des hommes de s'assurer d'un bon équilibre alimentaire. D'autre part, il serait utile de considérer dans ces messages les hommes vivant seuls en mettant l'accent sur l'indépendance à acquérir par l'adoption des comportements sains en absence d'autres membres de famille (Sellaeg & Chapman 2008). Sans prioriser la perte de poids, les aliments santé doivent être associés avec la force, la satiété, la substantialité ainsi que du goût, des portions généreuses et du plaisir pour pouvoir attirer l'intérêt masculin. Ces informations pourraient être résumées succinctement en termes plutôt rationnels dans des brochures et être distribuées dans des lieux fréquentés par les hommes comme les clubs de sport, les lieux de travail et les magasins de sport. Les messages ne devraient pas porter une charge trop émotive et ne pas faire allusion aux risques liés à ses comportements alimentaires actuels. L'homme doit être encouragé à faire une réflexion sur ses habitudes alimentaires actuelles tout en fournissant d'autres sources d'information.

Il est fort probable que les hommes aient suivi le modèle parental dans les habitudes alimentaires aussi bien dans le choix des aliments que dans la façon de manger. Il est essentiel de considérer l'exemple qu'ont pu donner les parents québécois à leur progéniture masculine. En évaluant bien les impacts positifs et négatifs de leurs pratiques alimentaires, les parents ont laissé leur empreinte d'une manière durable sur les comportements futurs de leur garçon sur le plan alimentaire (Townes & D'Auria 2009). L'ensemble des facteurs a contribué au fait que le garçon est devenu un homme grand ou petit, qu'il est devenu gros ou mince, musclé peut-être et qu'il mène une vie plutôt active ou passive. Il est donc souhaitable que les hommes qui connaissent des pratiques alimentaires délétères se fassent « **rééduquer** » un peu à ce niveau pour éviter que cette influence négative ne se perpétue quand ils auront des enfants à leur tour (Neumark-Stzainer 2005).

Si l'homme a acquis des bases solides en nutrition au niveau des habitudes et connaissances, il sera mieux armé et mieux outillé pour face aux aléas et défis de sa vie. L'homme sera responsable, autonome et suffisamment indépendant dans ce domaine quand la vie apportera des changements de conditions comme ça peut être le cas en quittant la maison natale, en commençant sa vie professionnelle (Wills 2005), en établissant une vie de famille, en devenant papa ou en cas d'un divorce ou d'un décès.

4.1.2 Le rôle clef de la femme

Suivant la masculinité traditionnelle, le type de relations que les hommes entretiennent entre eux est très caractéristique et différent de celui des femmes. La relation entre hommes est souvent basée sur l'action, la compétition, sur des choses concrètes, pragmatiques avec un certain opportunisme sans trop laisser la place à l'intimité (attention à être associé à l'homosexualité !), aux sentiments ou à la verbalisation. On dit souvent que les relations entre hommes sont superficielles. À l'opposé des femmes, souvent la socialisation masculine n'apprend pas aux hommes de faire appel à leur réseau social et de s'exprimer en cas de problème, quand ils ont besoin d'aide. L'homme fait moins confiance (problème de confidentialité) et se sent vite redevable. Il ne voudra pas avouer sa faiblesse, surtout pas à ses collègues car ce n'est pas sûr que ceux-ci soient portés à l'entendre. L'homme a peur du jugement, même des conséquences sur sa carrière si jamais son aveu de faiblesse se révèle auprès de ses dirigeants (surtout masculins). Il pense avoir **plus d'écoute et plus de confidentialité chez une femme**, le tout dans la neutralité (Dulac 2001).

Dans le contexte de cette étude, on imagine que les problèmes et les préoccupations concernant la nutrition ou le poids devraient ne pas trop intéresser les hommes et ils doivent les voir comme des sujets féminins. Les « vrais hommes (hétérosexuels) » ne sont pas sensés d'aborder ces sujets et donc ils sont gênés de parler de ça entre eux. Ils préfèrent parler de leur condition physique ou devoir perdre un peu de poids. On dirait que l'homme en demande d'aide a du mal à comprendre qu'un autre homme puisse s'intéresser à ses problèmes et il peut avoir du mal d'être à l'écoute d'une demande d'aide d'un autre homme à ce niveau. L'homme est donc vite qualifié incapable de fournir un support. À partir de cet isolement, il n'est pas prêt à recevoir du support et risque de maintenir des comportements à risque, n'adhérant que difficilement aux éventuels conseils de bonnes habitudes de vie (Tremblay 1996, Rondeau & Hernandez 2003).

La problématique du poids et de l'alimentation peut devenir plus « discutable » si l'homme connaît une femme dans son entourage avec qui il entretient une relation intime ; sa femme, sa mère, une amie, une collègue. C'est souvent avec elle qu'il apprend pour la première fois à cultiver son intimité et c'est en elle qu'il a confiance, c'est elle qui l'écoute et qui lui

garantit une confidentialité. L'homme s'appuie pour des problèmes d'alimentation et de poids souvent sur sa femme, soit pour parler tout simplement, soit pour déléster son esprit un tant soit peu de sa douleur. L'homme trouve ainsi une façon de justifier sa décision de s'occuper de ses problèmes de poids comme celle de sa femme. L'aide de la femme peut prendre différentes formes : elle peut l'écouter, le conseiller, l'inciter à aller consulter, elle peut lui apprendre à cuisiner, lui transmettre des connaissances diététiques, lui donner accès à des informations, lui faire à manger tout simplement (Rondeau & Hernandez 2003).

Il arrive aussi que l'homme trouve l'aide apportée par sa femme insuffisante ou inadéquate. L'homme se fie à sa femme pour des informations concernant la problématique du poids et donc il dit être prêt à faire plus d'efforts si sa femme pense qu'il en aurait besoin. L'homme trouve peut-être ainsi une excuse de ne pas s'occuper de son alimentation ou de son poids, La masculinité traditionnelle resurgie semble poser à nouveau ses exigences (Dulac 2001).

4.1.3 Les services de santé boudés par l'homme

Le fait que les hommes ne fréquentent pas les services de santé est une autre manifestation de la masculinité traditionnelle. Même si un problème de poids se manifeste et devient évident, la plupart des hommes essaie de s'en sortir seul, il ne veut pas avouer sa faiblesse et dit de ne pas avoir besoin d'aide. Il est troublant de voir que certains hommes attendent parfois des années pour aller rejoindre des services de santé, pour certains c'est un chemin sérieusement semé d'obstacles et ne s'y rendent que rarement ou jamais (Dulac 2001).

Dans le chapitre 4.4 et 4.5 nous verrons comment les organisations de santé peuvent aider les hommes en faisant connaître leurs services, comment elles peuvent aller chercher les hommes en difficulté et par la suite comment elles pourraient normaliser l'acte de consultation pour les hommes dans le futur.

4.2 Les croyances de santé et l'expression de douleurs physiques et émotionnelles

4.2.1 La santé vue par l'homme

En écoutant les hommes définir la santé, il est intéressant de poser la question si leur **vision de la santé suit leur modèle de masculinité ?**

Dans la description de la santé, beaucoup d'hommes s'expriment en termes de fonctionnalité du corps. La santé sert leur corps qui doit fonctionner pour faire ce que l'homme a à accomplir. On peut ainsi parler d'une vision assez traditionnelle de la santé comme une expression de la masculinité valorisée. En outre, c'est l'alimentation qui doit soutenir cette activité, il n'y est pas question de maigrir en réduisant le contenu calorique de l'apport ou en renonçant à des plaisirs du palais (approche restrictive) mais plutôt en augmentant la dépense, en faisant de l'activité physique. L'homme pense peut-être pouvoir sculpter plus facilement son corps en bougeant davantage.

La « santé alternative » trouve ses adeptes chez les hommes adhérant à une masculinité plus équilibrée. La santé y est vue comme un équilibre, une interaction entre le physique, le psychologique et les émotions. L'important semble être le bien-être et le plaisir sur ces plans et non pas le fait de correspondre esthétiquement à des normes sociales.

Les hommes ont souvent une opinion positive de leur santé mais aussi de leur poids. Il arrive régulièrement qu'ils sous-estiment leur poids, en le jugeant « acceptable » quand la médecine le jugerait « en surpoids » ou ils se sentent bien tout en étant en surpoids. Cette sous-estimation de leur poids va de pair avec une incapacité, une ignorance et une insensibilité de reconnaître des signaux de problèmes physiques et cette attitude caractéristique des hommes peut retarder sérieusement une demande d'aide et augmenter leurs cas de morbidité (et mortalité) (Kaufmann 1994). Les hommes ne veulent décidément pas se voir diagnostiquer ou se reconnaître malade, ils ne veulent pas avoir une confirmation de cette manifestation de perte de contrôle (Dulac 1997, 2001).

La préoccupation des hommes envers leur santé et envers leur poids est assez généralisée. Beaucoup de répondants de cette enquête sont dans la tranche d'âge 30-45 ans et craignent

d'avoir usé dangereusement leur capital santé avec leur surpoids et ont peur pour les années à venir. Certains hommes parlent même d'une peur de mourir. Il est inquiétant de voir les hommes parler de cette façon et de ne pas les voir agir, de ne pas les voir vérifier leur véritable état physique et mental, de ne pas les voir consulter un professionnel de la santé pour essayer de s'en sortir. Il est clair que certains hommes attendent vraiment trop longtemps pour se faire aider. La responsabilité de la prévention a besoin d'être assurée temporairement par les services de santé en rejoignant les hommes potentiellement en danger physiquement ou mentalement : **un pont entre l'homme et l'offre d'aide doit être construit** (Rondeau & Hernandez 2003).

À souligner également le paradoxe chez l'homme entre le discours de sa bonne santé (bonne condition physique) d'un côté et la préoccupation de celle-ci de l'autre. On peut ajouter une définition parfois compliquée de l'obésité, une qualification d'un état qu'il ne souhaite pas se donner lui-même (Weaver et coll. 2008). Se peut-il que l'homme en question ne se considère pas vraiment en santé et que son état ne soit pas jugé suffisamment critique par rapport aux autres pour aller chercher de l'aide ? Il se peut aussi que les hommes ont tout simplement peur de vieillir sans pouvoir passer à l'action, freinés par une masculinité trop étouffante.

4.2.2 Une motivation mitigée pour adopter des comportements sains

La motivation des hommes à se prendre en main semble mitigée. Parmi les hommes interviewés, il y en a qui sont gonflés à bloc pour changer leurs comportements, ils montrent de l'intérêt pour modifier leurs habitudes de vie et s'ils (se) sont bien outillés pour faire face à leurs inquiétudes et préoccupations. On voit donc des hommes qui ont sauté dans le train du changement, mais il y en a d'autres qui sont encore sur le quai en pleine contemplation tandis que certains cherchent encore la gare ou ne veulent carrément pas y aller (Prochaska et coll. 1994). Les hommes ne sont pas tous aussi prêts à apporter des changements dans leurs comportements alimentaires, dans leur gestion de poids ou dans leur pratique d'activité physique. Le degré auquel l'homme déclare vouloir donner une place d'honneur à sa problématique de santé semble dépendre de sa capacité avouée de pouvoir contrôler sa santé. **Le contrôle personnel que les hommes pensent avoir sur leur**

santé est très variable et semble influencer **au même degré leur motivation** (Courtenay 1998).

On a vu dans les extraits que les hommes sont pas mal préoccupés par leur santé et leur poids mais qu'ils ne sont pas toujours prêts à adopter des habitudes de vie plus saines pour contrer les risques de maladie. Cette attitude n'empêche pas que les hommes portent un jugement lourd, parfois même un jugement de dégoût envers les hommes obèses ou en surpoids. Ils disent qu'il s'agit d'un laisser aller, d'un manque de contrôle, etc. ce qui concrétise un renoncement aux valeurs traditionnelles de leur état d'homme. Il est clair que se considérer ou s'avouer obèse devient difficile dans ce contexte. D'autres hommes sont plus modérés dans leur propos et ils portent un jugement plus doux envers ces personnes. Dans cette enquête, nous avons pu remarquer que les participants adhérant à une masculinité traditionnelle portaient le plus souvent des jugements sévères sans trop de nuances à l'égard des hommes obèses tandis ceux se déclarant favorable à une masculinité plus équilibrée semblaient être plus empathiques et plus indulgents (Tremblay 1996, Tibere et coll. 2007). De futures recherches doivent clarifier le rôle des valeurs de chaque masculinité qui semble altérer nettement la vision de l'obésité.

4.2.3 Le corps masculin sous pression

L'insatisfaction avec leur corps, leur image pondérale ou musculaire, n'est pas toujours bien claire dans le discours d'un homme. Entre les lignes de son récit se lit une pression non exprimée qui fait « agir » l'homme dans le sens de la norme « idéalisée » (Peixoto Labre 2002) et qui varie selon la masculinité valorisée par l'homme en question. Les hommes ont du mal à avouer de subir cette pression qui le rend insatisfait de son image corporelle. Si on ajoute à ça qu'il leur est parfois nécessaire de réviser leur image sociale (plus psychologique), on comprend que l'estime de soi est souvent au bas fixe (Adams et coll. 2005).

Cette pression souvent non avouée devient plus palpable quand on demande à l'homme ce qu'il voudrait modifier à son corps s'il disposait d'une baguette magique. Tous les hommes ont accepté de s'imaginer le magicien de leur corps d'un jour en répondant sans trop de

difficulté à **vouloir des modifications corporelles**. Vouloir modifier son apparence comme raison valable de perte de poids revient beaucoup moins dans les propos des hommes. Il est clairement difficile pour certains d'accepter les valeurs d'esthétiques de la masculinité nouvelle ; ils cherchent avant tout à être aimés, à être reconnus et à plaire davantage à leur entourage. Il est intéressant de voir ici que même les hommes se présentant dans l'entrevue sous le sceptre d'une masculinité plutôt traditionnelle avec un certain refus de la féminité et d'intérêt pour l'apparence, mettent en avant l'aspect esthétique pour l'avenir. On voit que les normes sociales pèsent leur poids et font leur travail d'usure et « permettent » à l'homme le temps d'un exercice hypothétique d'ignorer une bonne partie de son « état d'homme ». L'influence des médias et les normes culturelles dans la société est sans doute passée par là (Pope et coll. 2001, Peixoto Labre 2002). Peut-être on peut effectivement voir le corps musculaire esthétique comme une incarnation des idées masculines traditionnelles (White & Gillett 1994).

D'autres hommes disent que les modifications corporelles leur permettraient d'obtenir un bien-être physique ou une meilleure estime de soi. On imagine facilement l'homme étant mieux, plus léger, plus libre dans son corps par un travail sur soi prendre un meilleur contrôle sur sa vie. Il penserait plus à lui, il prendrait plus de temps pour lui-même, le temps de vivre, de s'accepter en tant que personne, il pourrait accepter son corps et s'accorder du plaisir : avoir des échanges avec les amis, la famille, s'épanouir au travail, faire des voyages, avoir des projets, il pourrait même jouir de sa santé.

Finalement, l'homme trouve la perte de poids valable dans l'intérêt de vouloir améliorer sa santé et ses performances à plusieurs niveaux. Il est intéressant dans ce cadre de reconsidérer un instant la préoccupation assez généralisée des hommes envers leur santé. Il se peut que les hommes deviennent anxieux devant le désir de perdre du poids, de manger santé et de faire de l'activité physique.

4.2.4 Un éventail de masculinités

L'homme apprend quand il est jeune les valeurs et les normes soutenant une certaine masculinité. Cet apprentissage passe en premier lieu par les parents et plus tard par les pairs (socialisation primaire). La socialisation de l'homme continue ensuite durant le reste de sa vie (socialisation secondaire) en rencontrant différents groupes de personnes et en engageant différentes relations et avec qui il peut être nécessaire de revoir les valeurs et les normes de sa masculinité pour se forger une identité et une appartenance. L'homme s'adjuge ainsi un certain nombre de rôles selon ses modèles masculins et se voit reconnu ainsi dans son groupe, dans son entourage, au travail (Dulac 2001). Donc, **dans le choix de leurs aliments, dans leur façon de manger, dans leur façon de considérer la santé ou le poids, les hommes jouent des rôles selon une masculinité.**

La socialisation d'une masculinité vient donc en premier lieu souvent du modèle du père. Le père enseigne que pour l'homme, la valorisation de l'autonomie et de l'indépendance est importante (pour préserver l'estime de soi) et s'occuper de sa santé implique pour lui d'ignorer des parties de son « état d'homme » et adhérer à certaines valeurs féminines. Il est ainsi impensable de montrer son côté faible, son côté « moins masculin », comme s'occuper de son poids, par exemple. Et que penser d'un homme qui avoue ne pas y arriver tout seul, avoir besoin de lâcher le contrôle et devoir demander de l'aide ? Dans la masculinité traditionnelle, l'homme ne va que difficilement consulter une nutritionniste quand il a un problème avec son alimentation ou avec son poids. L'homme est orgueilleux et a trop peur que la nutritionniste et son entourage le voient jouer un rôle autre que celui qu'on attend de lui. Mais quel est le comportement traditionnel attendu des hommes vis-à-vis de l'alimentation, vis-à-vis de la santé ? Ces rôles masculins ne sont pas toujours clairement définis et pas toujours bien compris par l'homme lui-même. Néanmoins, ces rôles bénéficient d'une importance non négligeable auprès des groupes de pairs et une non-conformité, une incapacité d'y adhérer est souvent entourée de honte. La demande d'aide est même l'offre d'aide est difficile selon cette masculinité et exige de l'homme un comportement qui influence souvent négativement la santé. Il se met ainsi dans une situation très vulnérable. Il est évident que l'homme n'est pas seulement occupé à trouver des solutions pratiques à ses problèmes de poids. Il faut dire que souvent il n'a jamais

appris à prioriser ce genre de problèmes, encore moins a-t-il appris à parler de ses douleurs et de ses émotions (Dulac 2001, Santé et service sociaux Québec 2004).

On a vu dans leurs discours que les hommes font état de plusieurs masculinités. Il y a donc un éventail infini de possibilités d'être homme ce qui rend chaque être masculin unique et rend parfois la catégorisation un peu hasardeuse et trop « catégorique.»

Pour la problématique de santé et du corps, l'homme est ainsi amené se positionner de différentes manières selon les valeurs et les normes « en vigueur.» Dans le contexte de cette étude, les comportements de santé souhaitables pour les hommes ayant des valeurs plus traditionnelles peuvent englober la réduction de consommation de viande, d'aliments gras, de s'occuper davantage de la cuisine, se préoccuper de son poids ou de son image corporelle et aller consulter pour une perte de poids ou pour adopter des meilleures habitudes alimentaires.

En lisant les discours des hommes participant à cette recherche les traces de la masculinité traditionnelle sont multiples. On est en droit de se demander si ces hommes se sentent un tant soit peu en décalage avec les médias modernes qui idéalisent le plus souvent davantage une forme de masculinité nouvelle ou équilibrée (Pope et coll. 2001, Peixoto Labre 2002). L'âge moyen des hommes participants (presque 37 ans) se rapprochant de l'âge moyen de la population masculine québécoise (38,7 ans, chiffres de 2006, Institut de la Statistique du Québec) fait penser que ce sentiment de décalage pourrait être partagé et généralisé.

4.2.5 Quel surpoids ?

« Quel surpoids ? », « Comment ça, je suis obèse ?»... **Reconnaître un problème de santé ou de poids n'est pas chose simple pour l'homme « traditionnel.»** Sans problèmes, pas de besoins. Pas de besoins, alors tout va bien. On peut dire que l'homme ne fait pas honneur à la prévention, il n'est pas à l'écoute des symptômes. La capacité de reconnaître les symptômes semble moindre chez les hommes et les empêche d'agir préventivement dû notamment à une socialisation différente (Verbrugge 1989).

Une fois que l'homme aura reconnu ses problèmes, il sentira naître en lui le besoin d'aide et le besoin de soutien. Mais encore une fois, l'homme est freiné dans ses élans. La

masculinité (traditionnelle) qu'il valorise entrave une recherche d'aide, dicte sa réaction stoïque et son souhait de vouloir se débrouiller seul. Le surpoids, par exemple, peut être vu par l'homme comme une perte de contrôle. L'homme peut répondre par la négation de son problème de surpoids. Quand le problème s'aggrave et devient trop manifeste, il se retire socialement (*comportement de retrait social*, Dulac 1998), ce qui « préserve son état d'homme » temporairement mais ampute en revanche son élan d'homme. L'homme se convainc d'être en contrôle et essaie de normaliser cette situation déstabilisante en refoulant, en rationalisant, en compensant, en niant, en projetant. Il essaiera de régler le problème seul car « avec le temps les choses vont bien finir par s'arranger... » La demande d'aide et la recherche d'aide sont souvent très compliquées.

Quand il aura reconnu et avoué le problème pour lui-même, il se rendra probablement compte que par une recherche d'aide son sens d'autonomie et d'indépendance sera entaché et sa masculinité et sa virilité vont encaisser un sérieux échec. La stigmatisation guette devant cet aveu d'impuissance (Dulac 1998).

Qu'est-ce qui va faire que l'homme va finalement chercher de l'aide ? Il s'agit très souvent d'un facteur extérieur qui incite l'homme à faire appel à quelqu'un. Il prend conscience soudainement de ne plus pouvoir continuer comme ça, que d'autres problèmes insurmontables se mettent sur son chemin et parfois que le problème s'aggrave, l'invalide, que la maladie s'en mêle et l'oblige à agir. L'homme se prend en main très tardivement. Il semble que certains hommes cherchent une autorisation pour aller voir quelqu'un, qui peut venir de leur conjointe, du médecin, pour que la recherche soit considérée comme légitime et sérieuse (Noone & Stephens 2008).

Se confier devant un professionnel de la santé est ardu pour la gente masculine. Il se peut que l'accueil et l'approche du professionnel (chapitre 4.4) y soient pour quelque chose. Les problèmes au niveau du poids ou le désir de perdre du poids ne sont pas des sujets que les hommes abordent facilement de par leur masculinité, de par refus de trop de féminité. Et quand ils en parlent, les hommes évoquent la santé plutôt que l'esthétique ou le côté psychologique même si la réalité est souvent tout autre. Le sujet est clairement teinté féminin. Dans ce domaine, un homme s'expose, guère encouragé par les médias qui maintiennent souvent des stéréotypes d'un homme infantile devant la demande d'aide (Rondeau & Hernandez 2003).

4.3 Les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques

4.3.1 Enseigner l'alimentation aux hommes

L'éducation sociale reçue par la plupart hommes participants tourne autour de la masculinité traditionnelle. Les hommes n'ont pas grandi en apprenant à devenir autonome dans le domaine de l'alimentation que ce soit au niveau des connaissances en nutrition ou au niveau des aptitudes culinaires. Les hommes n'ont probablement pas appris dans leur famille comment donner une place importante à la saine alimentation ou à l'activité physique. Pour beaucoup d'hommes en surpoids et préoccupés à l'égard du poids, la motivation de réorganiser leurs habitudes alimentaires n'est pas facilement mobilisée (Courtenay 1998, 2000c).

Il est important de considérer que dans leur jeunesse, ces hommes en surpoids étaient peut-être plus occupés à chercher l'appartenance à un groupe d'amis et à suivre les normes de ce groupe dans des habitudes de vie malsaines (fast-food, alcool, tabac) au risque de se faire taquiner ou exclure en cas de non-conformisme (Tibere et coll. 2007).

Pour ce qui est de la préoccupation des parents à l'égard des différents aspects du poids et de la santé, force est de constater l'influence très importante sur leur progéniture. La transmission de cette préoccupation parentale est clairement rapportée par les hommes autant dans sa version positive (pas de préoccupation) que dans sa version négative (préoccupation transmise).

4.3.2 Une image esthétique masculine omniprésente

Résumant les discours des hommes interviewés sur les messages des médias, on peut constater que toutes les masculinités y sont représentées. La masculinité valorisée dépend du type de média, de la population masculine visée par ce type de média et de l'époque dont on parle (Grogan & Richards 2002). Dans les magazines pour hommes, la masculinité traditionnelle résiste bien même si la masculinité nouvelle occupe le devant de la scène. Pour la télévision, il semble que les hommes y voient davantage la masculinité nouvelle

représentée. Les hommes qui parlent d'une masculinité plus équilibrée dans les médias sont plus anecdotiques dans leurs exemples. Il s'agit probablement d'un mouvement plus récent.

Ce qui ressort très fortement de cette étude est **l'esprit critique des hommes** interviewés. On a l'impression que l'homme ne veut pas qu'on lui dise quoi faire et qu'il rechigne d'une manière un peu rebelle à obéir à « l'autorité » que représentent le gouvernement ou les médias. Il préfère volontairement garder une certaine autonomie, préserver sa liberté et prendre les décisions lui-même, une caractéristique récurrente de la masculinité traditionnelle. La résistance des hommes peut être vue en termes socio-psychologiques comme de la réactance : une réaction négative (presque systématique) envers les efforts des autres perçus à réduire ses choix et ses libertés (Brehm 1966).

Dans ce contexte, il est souhaitable de considérer le manque d'agir des hommes envers leur préoccupation à l'égard de leur santé et de leur poids. En lisant leurs récits, on soupçonne l'homme parfois de saisir l'outil de la critique envers l'autorité pour occulter les vraies raisons de son immobilisme, de son indécision, de son inaction envers les problèmes qui s'imposent.

4.3.3 Dis-moi ce que tu connais, je te dirai ce que tu manges...

Le manque de connaissances en nutrition de certains hommes découle directement du manque d'attention donnée à ce sujet durant la socialisation des jeunes hommes. Ils ont relativement peu appris sur l'alimentation, on ne leur a pas appris comment cuisiner car les parents et les pairs ont gardé le domaine de l'alimentation dans la sphère du féminin ; ils ont pu étouffer un intérêt éventuel du jeune homme. Plus tard, il est peu probable que les hommes retrouvent le goût de la nutrition et de la cuisine. Dans la poursuite d'une masculinité traditionnelle, ils continueront à léguer ce domaine à leur conjointe et donc à dépendre des autres pour leurs habitudes alimentaires (Courtenay 1998, 2000c).

Heureusement, il existe des hommes qui affichent des habitudes alimentaires saines et qui étalent une connaissance nutritionnelle et culinaire plus approfondie. Ces hommes semblent être sur le bon chemin et avoir des outils en mains pour continuer à manger sainement. En revanche, les hommes ne sont pas nombreux à être convaincants dans leurs discours ; il

faudrait vérifier si la démonstration de quelques connaissances en nutrition par ces hommes est véritablement suivie d'actions dans le sens d'une hygiène alimentaire salubre se traduisant par une santé améliorée.

4.3.4 Le poids psychologique de la stigmatisation

La stigmatisation du poids masculin « pèse lourdement » dans la tête des hommes interviewés. Il existe un véritable mal-être parfois. Il est clair qu'une masculinité pour les hommes en surpoids n'existe pas et l'écart vécu avec la masculinité idéalisée les fait souffrir surtout si une stigmatisation accentuée leur sentiment d'insuffisance (Degher & Hughes 1999). Ces expériences peuvent paradoxalement présenter un obstacle sérieux pour l'adoption de comportements alimentaires sains, pour une perte de poids éventuelle.

Parfois, la stigmatisation fait réagir les hommes d'une manière violente pour rappeler à l'ordre ceux qui se permettent de les faire souffrir plus directement pour une problématique de poids qu'ils ont du mal à s'avouer. Se faire rappeler sur la place publique qu'on est « gros » est révoltant surtout si on ne veut pas se l'avouer, si on n'est pas sûr de vouloir s'en occuper ni comment (Tibere et coll. 2007).

Vu que l'homme a souvent de la difficulté à parler de ce qui lui fait mal émotionnellement, il vaut mieux être prudent avant de croire sur parole les hommes déclarant ne sentir aucune douleur, aucun sentiment de frustration devant les manifestations de stigmatisation. L'homme qui dit ne pas souffrir, ne pas subir des regards, des remarques...est-il vraiment à l'abri des souffrances psychologiques ? Il sera difficile d'interpréter les propos des hommes à ce niveau-là en sachant que l'aveu de faiblesse vient difficilement pour eux (Dulac 1997).

La stigmatisation et la gêne dans les clubs de gym sont craintes et exprimées par beaucoup d'hommes participants à l'étude. Reconnaître qu'on a du mal à s'entraîner en présence des hommes en bonne condition physique ayant des corps musclés est difficile. Il arrive que l'explication donnée par l'homme en question est différente : il évoque un manque de temps, un manque d'intérêt ou encore il met en avant sa paresse. Un homme avait une suggestion intéressante qui mérite d'être retenue: de créer des centres d'entraînement pour des hommes en surpoids !

4.4 Les organisations de santé et la perception de celles-ci

La socialisation des hommes de cette étude s'est faite souvent selon une masculinité traditionnelle qui ne laisse pas de place à la demande d'aide pour un problème de poids ou d'alimentation. Les jeunes hommes doivent être capables d'endurer leurs souffrances à ce niveau-là. Mais ce n'est pas parce que les hommes ne consultent pas ou moins que les femmes que leurs souffrances sont moindres et qu'ils n'ont pas besoin d'aide.

Les services de santé et les cabinets de nutritionnistes ne semblent guère suffisamment préparés et adéquatement conçus pour faire de la place pour ces hommes en quête de maigrir, en quête de mieux-être mais en mal d'expression. Il leur faut apprendre comment mieux tendre la main (Potter et coll. 2001).

4.4.1 La « double porte d'entrée » des services de santé

Beaucoup d'hommes participants à cette étude semblent être assez ignorants quand vient le temps de demander de l'aide dans les établissements de santé. En étant jeunes, il se peut qu'ils voyaient leur mère s'occuper des rendez-vous médicaux à la maison. C'était son domaine et c'était elle qui accompagnait le père et les enfants chez le médecin. Aujourd'hui, ce domaine réside dans la sphère du féminin pour ces hommes confrontés à un problème de poids leur demandant d'aller chercher de l'aide médicale ou thérapeutique. Le chemin vers les services de santé est inconnu et reste souvent à découvrir.

La masculinité traditionnelle valorisée « cautionne » en quelque sorte la « non recherche d'aide » (Levant et coll. 2009).

L'homme en surpoids dit craindre un accueil froid avec circonspection dans les services de santé. Certains hommes ne savent même pas à qui s'adresser pour les problèmes qu'ils ont (Tremblay et coll. 2003). L'homme semble avoir d'autant plus de mal à trouver les soins qui lui conviennent que les exigences de la masculinité traditionnelle et les caractéristiques de l'aide offerte par les services de santé sont souvent diamétralement opposées. L'approche demandant une certaine féminité à ses patients rencontre la masculinité des hommes. Dans la vie l'homme montre ses forces, aux services de santé on attend que le

client montre ses faiblesses. On demande au quotidien à l'homme d'être autonome et d'être en contrôle tandis qu'aux services de santé on leur demande d'y renoncer. L'homme aime être reconnu une certaine invincibilité, face aux services de santé, il devient vulnérable. Une opposition existe aussi dans le degré d'indépendance demandée et attendue et la capacité de vivre et exprimer ses douleurs psychologiques et émotionnelles. Il semble que le comportement des professionnels de la santé soit conditionné par les problèmes féminins qui biaisent le diagnostique (Robertson & Fitzgerald 1990). Peut-être qu'une approche et un accueil dans la problématique du poids qui fonctionnent pour les femmes ne sont pas adaptés pour les hommes. Peut-être que les cabinets de nutrition sont actuellement trop conçus par des intervenantes femmes, pour des femmes, selon un modèle féminin et peu adapté aux hommes (Larose 2001).

Il arrive que les professionnels de la santé voient les hommes comme des êtres méchants à éviter : « ils ne sont pas intéressés à la santé, ils ne sont pas motivés et ne répondent pas aux programmes de santé actuels. Les hommes ne peuvent pas changer, on perd notre temps. » Un autre biais médical vient des professionnels qui pensent que les comportements de risque sont le lot commun pour tous les hommes. Ils ignorent le rôle que peuvent jouer d'autres masculinités (Rondeau & Hernandez 2003). Que pouvons-nous attendre d'un professionnel qui peine à parler de ses émotions et de ses douleurs psychologiques lui-même, fonctionnant et éduqué selon une masculinité trop traditionnelle ?

Si on considère que l'homme se présente souvent en état de crise car il a attendu trop longtemps avec ses problèmes et n'ayant pas été pris en charge assez rapidement par les services de la santé, il est facile à comprendre qu'un accueil inadéquat peut vite atteindre sa motivation minimale et mener à l'abandon de la demande car non satisfaite. L'homme est hésitant de frapper à la porte d'un professionnel inconnu pour demander une solution à ses problèmes et se décourage vite devant des obstacles. Il est souhaitable d'**établir un plus grand lien de confiance entre les hommes et les services de santé**. Plus d'efforts doivent être employés pour aller chercher ces hommes, pour les rencontrer, pour parler une langue qui les rejoint, pour les mettre à l'aise, pour qu'ils s'expriment enfin, pour que l'aide demandée et l'approche nécessaire puissent s'entendre (Tremblay et coll. 2003).

Il est plus qu'évident que les antennes diagnostiqueurs de nos nutritionnistes et autres professionnels de la santé devraient être programmés différemment pour ces hommes. L'homme a besoin d'être entendu et accueilli dans ses souffrances et non pas infantilisé dans sa recherche d'aide. Il est important que l'intervenant sache détecter le vrai problème et cherche au-delà des problèmes pour lesquels l'homme est venu le voir. Il doit être capable de rejoindre la demande voilée d'aide de ces hommes (Tremblay et coll. 2003).

4.4.2 Apprendre à parler avec les hommes

Les hommes interviewés dans cette étude se plaignent du manque de professionnalisme des intervenants touchant le diagnostique et l'approche proposée ainsi que différents aspects de l'interaction qu'ils peuvent avoir avec eux. La communication entre le professionnel et le patient est jugée peu efficace et le lien éducatif manquant. Se peut-il que ceci soit dû à l'expression difficile et non directe des problèmes par les hommes ? Se présentant devant le professionnel, peut-être l'homme a plutôt tendance à parler de ses problèmes physiques qui plus d'une fois cachent d'autres problèmes plutôt d'ordre psychologique. Les professionnels de la santé auraient, dans ce cas-là, du mal à déceler le véritable problème des hommes. De cette manière, l'homme n'est pas prêt à recevoir l'aide nécessaire et est le plus souvent orienté ailleurs dans les services de santé (Dulac 2001).

On finit par se demander si l'homme a l'espace nécessaire pour parler de ses problèmes de poids. D'un côté, il y a les médias qui imposent de plus en plus une esthétique du corps masculin et l'homme ressent de plus en plus cette pression pour y porter de l'attention (Adams et coll. 2005). De l'autre côté, il y a donc les services de santé qui ont une vision assez traditionnelle de l'homme ne voulant s'occuper de lui et de son corps (Tremblay et coll. 2003). Il y a donc clairement une contradiction entre ce que les services de santé pensent et attendent de l'homme et les pressions exercées sur lui du côté des médias et ce que peut ressentir l'homme.

En voulant résumer les souhaits exprimés par les hommes afin d'améliorer l'organisation des services de santé et l'approche de la préoccupation à l'égard de leur poids, il est nécessaire, dans un premier temps, de centraliser le débat autour d'un mal-être masculin, une souffrance pondérale et alimentaire, qui doit être abordée dans la socialisation des hommes. **Il est préférable de socialiser nos hommes différemment (1)**. Il est temps que notre société autorise l'homme à s'exprimer sur ces sujets, qu'on accueille son vécu et ses sentiments sans jugement et qu'on accepte que l'homme puisse avoir besoin d'aide, aussi pour un problème alimentaire ou pondéral. Invitons les hommes à être davantage à l'écoute de leurs sensations, enseignons-leur l'expression de soi, de ses sentiments, rassurons-les dans le dévoilement de leur intimité. Les hommes ont besoin de sentir que cette capacité ne soit nullement un refus de leur masculinité (traditionnelle). Les normes et les valeurs qui dictent trop souvent les comportements de nos hommes et les attentes qu'on a envers eux ont besoin de changer. Que nos hommes s'expriment, qu'ils expriment leurs douleurs, leurs émotions, que nos hommes intervenants accueillent adéquatement ce que vivent d'autres hommes et surtout que nos hommes commencent à oser demander de l'aide et la reçoivent auprès des professionnels.

Deuxièmement, beaucoup d'hommes ont besoin de **garder leur autonomie et leur responsabilité (2)** dans la démarche proposée. Les professionnels de la santé ont intérêt à préserver cette autonomie dans leur approche afin d'obtenir une meilleure coopération de la part des hommes. Les professionnels de la santé doivent utiliser une « approche motivationnelle » et donc travailler sur la motivation, sur « l'empowerment » et aussi sur l'estime de soi des hommes pour qu'ils puissent s'approprier les solutions proposées et qu'ils puissent continuer sur la voie entamée. Ils peuvent le faire également en expliquant aux hommes qu'ils ont quelque chose à gagner en travaillant avec eux, qu'ils restent indépendants et qu'il leur est offert un outil enrichissant leur autonomie. Dans la problématique du poids, il peut s'agir par exemple d'apprendre à comment faire un choix santé dans l'offre alimentaire, de savoir cuisiner et apprêter les aliments, de manger avec plaisir selon sa faim et sa satiété, etc.

Quelques hommes ont déclaré apprécier davantage une approche plus prescriptive où les professionnels de la santé leur propose une approche directe claire qui les ferait agir. Il est important de ne pas traduire ce désir en une volonté de laisser le contrôle à une tierce

personne, il faut se méfier de cette remise de contrôle de leur problème entre les mains du professionnel ; il s'agit davantage des hommes portés sur l'action, qui ont l'habitude de faire. De toute façon, à long terme, ces hommes aussi ont intérêt à développer leur autonomie pour pouvoir faire face à leurs problèmes de poids.

Toujours dans l'approche motivationnelle, il est souhaitable **d'individualiser (3), de personnaliser** le plus possible les rencontres et le travail avec les hommes. Les hommes veulent se reconnaître dans l'approche et les solutions qui leur sont proposées et qui prend en compte leurs comportements, leurs habitudes, leur vécu, leur problématique particulière mais aussi leurs peurs, leurs souhaits, leurs difficultés.

Un rencontre de qualité avec les hommes respecte souvent les valeurs **d'écoute, de confidentialité, et d'anonymat (4)**. Il est nécessaire d'aller chercher les hommes en surpoids, les aider tout en les rassurant et en les respectant dans leur masculinité. L'accueil mérite de se faire par un intervenant spécialisé connaissant la problématique des hommes. Priorité à un accueil direct et une prise en charge directe sans trop d'étapes intermédiaires ; l'homme ne veut pas répéter son histoire 50 fois. Place aussi à plus d'encouragements de la part du monde médical, de la part de la famille ou des amis.

Il serait peut-être une idée de créer un premier accueil typique pour les hommes en détresse par téléphone ou par Internet, une sorte de « 911, Accueil homme. » L'appellation de cette ligne téléphonique doit porter un nom accueillant qui ne repoussera pas les hommes (du style : « L'homme gros en détresse ») au risque de créer chez l'homme une fois de plus un sentiment d'incapacité.

Finalement, **une intervention en groupe (5)** semble convenir aux hommes. Se retrouver en groupe autour d'une problématique partagée (le poids, l'alimentation) avec des semblables donne de la matière à réfléchir et à agir. Les hommes peuvent ainsi (re)goûter à l'intimité et à l'échange avec d'autres hommes tout en dévoilant leur histoire. L'élément positif en groupe est le rétablissement des relations et l'interaction (l'écoute) des hommes qui peut être générateur et motivateur de changement. Le groupe instaure un lien sécuritaire émotionnel qui permet des relations entre hommes qui partagent, s'écoutent et qui se soutiennent sans être habités par des arrière-pensées homosexuelles. Dans le groupe, les

hommes peuvent apprendre et découvrir des nouvelles façons de faire face à leurs problèmes et prendre soin d'eux-mêmes d'une manière positive. L'échange (recevoir et donner de l'aide) renforcera probablement leur estime de soi.

Il est intéressant de voir comment le fonctionnement des groupes d'hommes peut être organisé au mieux selon ses participants. Dulac en nomme plusieurs (24) dans son livre *Aider les hommes aussi* (2001). À relever sont : l'importance d'un certain positivisme, du partage, de l'écoute et du soutien des participants et du rôle de l'intervenant. On peut dire que dans ces groupes d'hommes, il se fait entre autres un travail sur la masculinité qui est valorisée dans la société (normes, stratégies d'adaptation, résolution de conflits, socialisation et expression d'émotions) et un travail sur les comportements individuels en apprenant mieux comment faire face à ses problèmes.

Au terme d'un travail de groupe, l'homme doit savoir que l'aide reste accessible et d'autres services lui sont disponibles. Peut-être son entourage se sera-t-il adapté et pourra jouer son rôle de soutien ? Parfois un suivi en groupe peut être utile pour les hommes ayant un réseau social peu développé. Pourquoi ne pas créer des groupes d'entraide sur Internet, un outil que les hommes utilisent facilement et où le dévoilement et l'expression de soi est plus facile par un anonymat et une confidentialité assurés. Ceci peut être une première étape pour convaincre les hommes encore hésitants à participer et aller chercher de l'aide.

4.5 La masculinité s'exprime et se résume

Le tableau (5) suivant résume le décalage (conflit) entre les valeurs des différentes catégories de la problématique du poids masculin selon la masculinité valorisée :

Conflit – Décalage		
	<u>Masculinité traditionnelle</u>	<u>Masculinité nouvelle-équilibrée</u>
<u>Comportement de santé</u>		
Choix alimentaires	Aliments typiques masculins	Aliments santé
Manger santé, maigrir	Manque de goût, substance, = féminin	Reprise de contrôle, = apparence
Façon de manger	Manger vite, beaucoup	Manger lentement, modérément
Rôle de la femme	En charge de la santé masculine	Autonomie des hommes
<u>Croyances santé / Expression douleurs</u>		
Vision santé	Fonctionnalité du corps	Équilibre physique et psyché
	Santé traditionnelle	Santé alternative
	Opinion (trop) positive de sa santé	Opinion plus réaliste de sa santé
	Reconnaissance problème santé difficile	Reconnaissance problème santé
	Préoccupation envers sa santé	Préoccupation envers sa santé
	Contrôle personnel santé très limité	Contrôle personnel mieux développé
	Motivation mitigée de changer	Plus enclin de changer, déjà changé
	Recherche d'aide bloquée, difficile	Recherche d'aide plus facile
Surpoids-Obésité	Mécontentement non avoué (exprimée)	Mécontentement et action
	Jugement sévère, dégoût	Jugement modéré, empathie
<u>Facteurs sociaux, culturels, économiques, psychologiques</u>		
Socialisation	Masculinité traditionnelle	Masculinité nouvelle-équilibrée
	Place alimentation limitée (féminin)	Place alimentation reconnue
Médias	Masculinité traditionnelle et nouvelle	Masculinité nouvelle et équilibrée
	Esprit critique (envers autorité du message)	Esprit critique (envers message)
Niveau connaissances	Limité	Développé
Stigmatisation	Existante et ressentie	Existante et ressentie
<u>Organisation de santé</u>		
Fréquentation	Très limitée et difficile, blocage	Plus facile
	Crainte, ignorance, méfiance	Frustration, insatisfaction
Interaction	Confrontation, incompréhension	Confrontation, incompréhension
	Préjugés, demandant féminité	Préjugés, demandant féminité

Tableau 5 : Valeurs de masculinité dans chaque catégorie de la problématique du poids.

Conclusion

Le message qui ressort le plus clairement des discours des hommes de cette étude est celui d'un décalage, d'un conflit entre la valorisation d'une masculinité plus souvent traditionnelle des hommes participants (de par leur socialisation) et la valorisation d'une masculinité nouvelle (ou de plus en plus d'une masculinité équilibrée) reconnue et ressentie par eux dans les médias. Ce décalage est plus ou moins violemment ressenti par les hommes dépendamment de leur âge et (par conséquent) de leur socialisation mais aussi de la sphère de la société (travail, famille, pairs) dans laquelle ils peuvent évoluer. Certains hommes semblent vouloir manifester ce malaise qui existe entre les valeurs et enseignements transmis dans leur éducation et ceux rencontrés et valorisés dans beaucoup d'autres domaines de la vie quotidienne (les médias, le monde médical et scientifique, le gouvernement). Comment peut-on se sentir ainsi pleinement homme, comment garde-t-on de cette façon son estime de soi, comment trouve-t-on des solutions à ses problèmes si « sa masculinité » ne reçoit qu'un accueil mitigé ou froid à différents moments dans sa vie en société ? Autant de questions qui méritent d'être posées et qui restent d'actualité. Après lecture de ce rapport, on est en droit de penser que la problématique du poids chez l'homme fait face à divers défis. Un décalage de valeurs s'exprime au travers de leurs comportements de santé, dans leurs croyances de santé, dans leurs douleurs physiques et émotionnelles, selon l'organisation sociale, culturelle et économique de la milieu de vie et aussi dans les organisations de santé voulant travailler avec les hommes en surpoids.

Pour pouvoir supporter les hommes en recherche d'aide pour un problème de poids, les professionnels de la santé de demain doivent impérativement prendre en compte ce fossé qui existe entre nos hommes « réels » et nos hommes « idéalisés » et intégrer plusieurs de leurs valeurs de cette masculinité traditionnelle, s'ils veulent pouvoir se rapprocher de cette clientèle et être efficaces dans leurs interventions. Il s'agit de respecter davantage l'autonomie et la responsabilité des hommes, d'individualiser et de personnaliser davantage les approches et proposer une écoute, une confidentialité et un anonymat sans faille et pourquoi pas de privilégier le travail en groupe.

En même temps une réflexion sur l'être humain masculin dans la société sera nécessaire, impliquant un changement de la socialisation des hommes futurs et un changement du concept « homme » dans les médias.

LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE

L'homme interviewé lors de l'entrevue est considéré comme le détenteur d'une certaine vérité. Il est clair que l'objectif de l'entrevue est de saisir cette véritable expérience de l'homme, ce point de vue masculin mais il est moins évident que le chercheur puisse saisir ce qu'il recherche. En d'autres mots : Comment le chercheur peut-il être certain que ce que dit l'homme au cours de l'entrevue reflète véritablement ses pensées et ses sentiments et que son discours n'est pas un artefact du dispositif de la recherche ?

Premièrement, le chercheur a essayé de diminuer au maximum les biais liés au dispositif d'enquête. Il est évident qu'il y a toujours une influence quelconque sur le discours par la façon d'interviewer du chercheur, par la forme et le contenu des questions ou encore par la présence de l'enregistreuse. Peut-être que l'homme interviewé ne se sentait pas bien dans le local, peut-être faisait-il trop froid pour lui, peut-être aurait-il aimé boire un café pendant ce temps-là. Il est difficile de mesurer l'impact de ces circonstances-là sur le contenu de son discours (Poupart et coll. 1997).

D'autres éléments qui ont pu biaiser le discours sont tout ce qui relève de la relation entre l'homme et le chercheur. Les interventions verbales et non verbales du chercheur durant l'entrevue, son intérêt ou manque d'intérêt manifesté à l'égard du récit de l'homme, son langage, son apparence physique, son sexe, son âge, etc. ; on pourrait ainsi dire que les caractéristiques du chercheur peuvent avoir leur influence sur l'homme et donc sur son discours. Le chercheur a essayé au maximum de soigner son langage et son empathie et de ne pas laisser transparaître ses convictions sociales ou ses opinions pour ne pas influencer l'interviewé. De plus, pour réduire la variabilité, un seul chercheur a mené toutes les entrevues. Finalement, le chercheur a essayé de ne pas influencer l'entrevue par les enjeux pour lui ou pour l'homme interviewé. Le chercheur s'est efforcé à favoriser au maximum la spontanéité du discours (Poupart et coll. 1997).

La généralisation des résultats de cette recherche (représentativité et transférabilité) à une plus large population n'est pas l'objectif recherché de cette étude qualitative. La recherche

a été limitée dans le temps, dans son budget et dans le personnel. L'objectif principal de l'étude était de fournir une meilleure compréhension des variables permettant de mieux saisir la préoccupation des hommes québécois avec surpoids à l'égard de leur poids. Le chercheur a voulu explorer en profondeur les discours de l'homme sur des sujets touchant différentes facettes de la problématique du poids chez l'homme. Il a voulu connaître si les hommes ont des besoins spécifiques dans l'offre des services dans ce contexte. L'étude a été conçue pour pouvoir offrir des pistes à intégrer dans la conception de programmes d'intervention auprès de ces hommes dans le futur. L'échantillon limité de 17 hommes a permis d'explorer et de comparer l'impact de différentes formes de masculinité dans la préoccupation à l'égard du poids et de contraster plusieurs expériences d'être un homme en surpoids.

Le fait que les hommes aient choisi de participer à la recherche constitue un biais en soi car reconnaissant une certaine préoccupation à l'égard du poids et ayant déjà entrepris un début de conscientisation du problème. Ce sont des hommes déjà très intéressés par le sujet et leur démarche d'ouverture leur a ouvert les portes de l'étude. Pour éviter ce biais, il aura fallu aussi intégrer les hommes totalement désintéressés et aucunement enclins de faire connaître leurs sentiments sur le sujet. Les hommes qui ne reconnaissent pas encore leur préoccupation à l'égard du poids ou ceux qui n'ont pas voulu ou n'ont pas pu (masculinité oblige) s'exprimer après avoir vu l'invitation dans l'annonce n'ont donc pas eu droit de parole dans cette étude.

À considérer également est le conformisme (ou non-conformisme) de certains hommes. Il se peut que certains hommes aient voulu étaler une motivation et un comportement alimentaires presque exemplaires (ou son contraire) devant un étudiant à la maîtrise en Nutrition.

Quoique la taille de l'échantillon puisse sembler limitée, ceci n'est pas une faiblesse dans la recherche qualitative. L'objectif ultime de la recherche est de trouver des références culturelles qui émergent des entrevues avec les hommes et qui posent ainsi des questions importantes et des opportunités de recherches futures. Notons que la taille de l'échantillon a mené à une certaine saturation des données.

Il est important de reconnaître le rôle joué par le chercheur ; il est observateur et un peu participant en interviewant l'homme et donc il doit reconnaître un certain biais ou préjugé dans le contexte de l'entrevue et d'en tenir compte dans l'évaluation des données et la discussion des résultats. Dans cette étude, nous avons développé les questions en pensant que la masculinité des hommes allait se manifester dans leurs comportements alimentaires et leurs croyances de santé. Tout en voulant clarifier ces préjugés (biais) dans l'entrevue, ils ont pu, après tout, avoir influencé certains résultats ou leurs analyses. Le biais du chercheur est problématique pour beaucoup de recherches. Les limites causées ainsi que les préjugés sont compris et acceptés comme partie intégrante tant qu'ils sont reconnus.

Pour cette recherche, l'analyse de la problématique du poids chez les hommes est faite uniquement sur la base des paroles des sujets interviewés. L'intégration d'une variété d'extraits reprenant fidèlement les dires de ces hommes dans le chapitre des *Résultats* a visé à supporter les analyses.

Les stimuli utilisés pour cette recherche ont pu orienter les hommes interviewés à réfléchir et répondre selon un raisonnement présent dans le titre de l'article. Il a été impossible de choisir uniquement des articles avec un contenu neutre à l'égard de la problématique du poids. Ce biais potentiel a été limité en autorisant aux hommes de ne lire que les titres des articles. De toute façon, l'introduction des stimuli visait principalement à activer la réflexion des hommes sur certains sujets suivant leur expérience et à donner une liberté de réponse aux questions, lequel avantage dépasse les inconvénients nommés. Ce biais potentiel venant des stimuli présentés a été limité en autorisant aux hommes de ne lire que les titres des articles.

Nous avons utilisé pour cette étude un cadre conceptuel conçu à partir d'un article clef du chercheur Courtenay sur les déterminants de la santé masculine (Courtenay 2003). Ce cadre a été pertinent pour les besoins de cette recherche sur la problématique du poids chez l'homme car nous avons rencontré un grand nombre des déterminants semblables à ceux définis par Courtenay. En établissant la grille de codes, les déterminants spécifiquement associés à la préoccupation masculine québécoise à l'égard du poids ont facilement pu être insérés dans une des quatre catégories existantes. Cette grille de codes peut être utile pour de futurs chercheurs oeuvrant dans ce champ de recherche. En revanche, il est important de

considérer qu'à la base du cadre conceptuel il y a un fondement de différence de sexe (en l'occurrence, le fait d'être un homme) et donc les interprétations risquent le plus souvent être teintées par une masculinité.

Les résultats de cette recherche offre un regard en profondeur sur comment la masculinité peut jouer un rôle important et diversifié dans la problématique du poids chez les hommes. On a entendu les hommes sur les besoins spécifiques à l'égard des services de santé. Comme il existe une multitude de formes d'être homme, tout un éventail de demandes ont été nommés à ce propos. Elles suggèrent que l'homme a des besoins différents de la femme.

Le chercheur de cette étude estime que les résultats peuvent servir de grille d'analyse pour l'étude de d'autres populations d'hommes en surpoids exprimant une préoccupation à l'égard de ce poids (validité externe) grâce entre autres à une sélection suffisamment aléatoire des participants, à une représentativité intéressante de l'échantillon, au lien démontré entre les questions d'entrevue et les objectifs de l'étude et aussi grâce à la rigueur affichée dans la façon de mener les entrevues. Il reste à savoir si les mêmes résultats peuvent être obtenus avec des hommes en surpoids n'ayant pas affiché de préoccupation vis-à-vis de leur poids ; une étude à mener par de futurs chercheurs.

Pour faire une analyse de l'ensemble des acteurs gravitant autour de la problématique du poids masculin, il aurait fallu idéalement récolter la vision et l'opinion des professionnels de la santé qui ont (eu) l'opportunité d'intervenir auprès des hommes en surpoids ayant une préoccupation à l'égard du poids. On aurait pu ajouter les voix de l'entourage, c'est-à-dire les parents, les amis, les pairs, les collègues et surtout les femmes qui côtoient ces hommes, qui les supportent, qui les écoutent, qui les aident et qui ont sans doute beaucoup à dire sur le sujet. C'est une piste que je sillonne pour des chercheurs venant après moi s'intéressant à la même problématique.

Il sera pertinent de se poser la question si une masculinité en particulier génère des besoins et des demandes d'aide particuliers. Est-ce qu'il y a des généralités à trouver pour une certaine catégorie d'hommes ? Une recherche future pourrait essayer de lier certaines caractéristiques masculines à des besoins spécifiques et à des approches dans l'offre des

services des professionnels de la santé. Ainsi, il est imaginable un jour de voir la difficulté d'expression d'un homme traditionnel en surpoids se trouver jumelés à un besoin incontournable de pouvoir communiquer ses frustrations par le biais d'Internet.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, G., Turner, H. & Bucks, R. (2005).** The experience of body dissatisfaction in men. *Body Image* 2, 271-283.
- Agence de la Santé Publique du Canada (2006).** *Santé de la population canadienne* : http://www.phac-aspc.gc.ca3media3nr-rp3200632006_06bk2-fra.php (consulté le 14 décembre 2009).
- Agliata, D. & Tantleff-Dunn, S. (2004).** The impact of media exposure on males' body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (1), 7-22.
- Andersen, A.E. (1990).** *Males with eating disorders*, Brunner / Bazel Inc., New York.
- Andersen, A.E., Cohn, L. & Holbrook T. (2000).** *Making weight : Men's concerns with food, weight, shape and appearance*. Gurze Books, Carlsbad, CA.
- Aphramor, L. (2005).** Who says size matters ? *Weighty Issues : Representation, Identity and Practice in the Areas of Eating Disorders, Obesity and Body Management*.
- Banks, I. (2004).** New models for providing men with health care. *Journal of Men's Health & Gender*, 1 (2-3), 155-158.
- Bejakel, M. & Goldblatt, P. (2006).** Introduction in : M. Bajekal, V. Osborne, M. Yar and H. Meltzer, Editors, *Focus on health : an ONS (UK Official National Statistics) publication*. Palgrave Macmillan.
- Borowsky, S.J., Rubenstein, L.V., Meredith, L.S., Camp, P., Jackson-Triche, M. & Wells, K.B. (2000).** Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 15 (6), 381-388.
- Bourdieu, P. (1984).** *Distinction : A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press, Massachusetts.
- Bourque, D. (1991).** *À dix kilos de bonheur. L'obsession de la minceur. Ses causes. Ses effets. Comment s'en sortir*. Les Éditions de l'Homme, Québec.
- Boyer, R., St-Laurent, D., Prévaille, M., Légaré, G., Massé, R. & Poulin, C. (2000).** *Idées suicidaires et parasuicides*. Dans : Institut de la statistique du Québec (2000), *Enquête sociale et de santé Québec 1998*, 2^{ème} édition. ISQ, Québec.
- Brehm, J.W. (1966).** *A theory of psychological reactance*. New York : Academic Press.
- Carlson Jones, D. & Crawford, J.K. (2005).** Adolescent boys and body image : weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (6), 629-636.

- Campbell, J.L. (1996).** Traditional men in therapy : Obstacles and recommendations. *Journal of Psychology Practice*, 2 (3), 40-45.
- Campos, P. (2004).** *The Obesity myth. Why America's obsession with weight is hazardous to your health.* Gotham Books, Penguin Group, New York.
- Cash, T.F. & Hicks, K.F. (1990).** Being fat versus thinking fat : Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (3), 327-341.
- Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (2002).** *Body Image, a handbook of theory, research & clinical practice.* The Guilford Press, New York.
- Castelain Meunier, C. (2002).** *La place des hommes et la métamorphose de la famille.* Sociologie d'aujourd'hui, PUF.
- Chang, V.W. & Christakis, N.A. (2003).** Self-perception of weight appropriateness in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (4), 332-339.
- Charmaz, K. (1994).** Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35 (2), 269-288.
- Cohane, G. & Pope, H. (2001).** Body image in boys : A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373-379.
- Connell, R.W. (1995).** *Masculinities.* University of California Press, Berkeley, CA.
- Courtenay, W.H. (1998).** College men's health : An overview and a call to action. *Journal of American College Health*, 46 (6), 279-290.
- Courtenay, W.H. (1999).** Situating men's health in the negotiation of masculinities. *The Society for the Psychological Study of Men and Masculinity Bulletin* (The American Psychological Association), 4 (2), 10-12.
- Courtenay, W.H. (2000a).** Teaming up for the new men's health movement. *Journal of Men's Studies*, 8 (3), 87-392.
- Courtenay, W.H. (2000b).** Constructions of masculinity and their influence on men's well-being : A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50 (10), 1385-1401.
- Courtenay, W.H. (2000c).** Engendering health : A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 1, 4-15.
- Courtenay, W.H. (2000d).** Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9, 81-142.
- Courtenay, W.H. (2001).** Counseling men in medical settings. In : G.R. Brooks & G.E. Good (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men : A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches* (1), (59-91), Jossey-Bass, San Francisco.
- Courtenay, W.H. (2001b).** Men's health : Ethnicity matters. *Social Work Today*, 1 (8), 20-22.

- Courtenay, W.H. (2002).** A global perspective on the field of men's health. *International Journal of Men's Health*, 1, 1-13.
- Courtenay, W.H. (2003).** Key determinants of the health and well-being of men and boys. *International Journal of Men's Health*, 2 (1), 1-27.
- Courtenay, W.H. (2004).** Making health manly : Social marketing and men's health. *Journal of Men's Health & Gender*, 1 (2-3), 275-276.
- Courtenay, W.H. & Keeling, R.P. (2000).** Men, gender, and health : Toward an interdisciplinary approach (editorial). *Journal of American College Health*, 48 (6), 243-246.
- Courtenay, W.H., McCreary, D.R. & Merighi, J.R. (2002).** Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors. *Journal of Health Psychology*, 7 (3), 219-231.
- Degher, D. & Hughes G. (1999).** The adoption and management of a « fat identity.» In : Sobal, J. & Maurer, D. *Interpreting weight. The social management of fatness and thinness.* Aldine de Gruyter, New York.
- De Souza, P. & Ciclitira, K.E. (2005).** Men and dieting : A qualitative analysis. *Journal of Health Psychology*, 10 (6), 793-804.
- Dulac, G. (1997).** *Les demandes d'aide des hommes.* Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Dulac, G. (1998).** « Que nous disent les pères divorcés à propos des transitions familiales ? », dans : Dandurand, R.B, Lamoureux, J-P & Lefebvre, P. *Quelle politique familiale à l'aube de l'an 2000 ?*, (173-190). L'Harmattan, Paris.
- Dulac, G. (2001).** *Aider les hommes aussi.* Éditeur V.L.B., Montréal.
- Eisler, R.M. (1995).** The relationship between masculine gender role stress and men's health risk : The validation of a construct. In : R.F. Levant & W.S. Pollack (Eds.), *A new psychology of men* (207-225). Basic Books, New York.
- Ernsberger, P. & Haskew, P. (1987).** Health implications of obesity : An alternative view. *Journal of Obesity and weight regulation*, 6, 58-137.
- Farquhar, J.C. & Wasylikiw, L. (2007).** Media images of men : Trends and consequences of body conceptualization. *Psychology of Men & Masculinity*, 8 (3), 145-160.
- Fiddes, N. (1991).** *Meat : A natural symbol.* Routledge & Kegan Paul, London.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F. & Gail, M.H. (2005).** Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1861-1867.
- Foster, G.D. & McGuckin B.G. (2002).** Nondietering approaches : Principles, practices, and evidence. In : Wadden, T.A & Stunkard, A.J. (Eds.), *Handbook of obesity treatment*, (494-512). Guilford Press, New York.

- Friedman, H.S. & Booth-Kewley, S. (1987).** Personality, type A behavior, and coronary heart disease : The role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 783-792.
- Furnham, A. & Kirkcaldy B. (1997).** Age and sex differences in health beliefs and behaviours. *Psychological Reports*, 80, 63-66.
- Gaesser, G. (2002).** *Big Fat lies : The truth about your weight and your health.* Gürze Books, Carlsbad, CA.
- Gaesser, G. (2005).** Fit and fat, still a solid concept despite recent challenges. *Health at Every Size Journal*, 19, 54-61.
- Gard, M. & Wright, J. (2005).** *The Obesity epidemic.* Routledge, London.
- Gillon, E. (2003).** Can men talk about problems with weight ? The therapeutic implications of a discourse analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3 (1), 25-32.
- Gough, B. (2006).** Try to be healthy, but don't forgo your masculinity : Deconstructing men's health discourse in the media. *Social Science & Medicine*, 63, 2476-2488.
- Gough, B. & Connor, M.T. (2006).** Barriers to healthy eating amongst men : A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 62, 387 – 395.
- Green, C.A. & Pope, C.R. (1999).** Gender, psychosocial factors and the use of medical services : A longitudinal analysis. *Social Science Medicine*, 48 (10), 1363-1372.
- Grogan, S. (1999).** *Body Image : Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children.* Routledge, London.
- Grogan, S. & Richards, H. (2002).** Body image ; focus groups with boys and men. *Men and Masculinities*, 4 (3), 219-232.
- Gustafson, P.E. (1998).** Gender differences in risk perception : Theoretical and methodological perspectives. *Risk Analysis*, 18 (6), 805–811.
- Hearn, J. (2004).** From hegemonic masculinity to the hegemony of men. *Feminist Theory*, 5 (1), 97-120.
- Helgeson, Vicki. (1995).** Masculinity, men's roles and coronary heart disease. In : Sabo, D & Gordon, F. *Men's health and illness : Gender, power and the body*, (68-104). Sage, London.
- Hubermann, A.M. & Miles, M.B. (1991).** *Analyse des données qualitatives.* De Boeck, Bruxelles.
- Institut National de Santé Publique du Québec (2009). *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois (données 2004)*, Québec.
- Institut de la Statistique du Québec (2000).** *Enquête sociale et de santé Québec 1998 (ESSQ 1998)*, 2^{ème} édition. ISQ, Québec.
- Institut de la Statistique du Québec (2005).** *La santé des hommes au Québec.* Les Publications officielles du Québec.

- Kaufmann, M. (1994).** Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. In : Brod, H. & Kaufmann, M. (Eds.), *Theorising masculinities*, (142-163). Sage, Thousands Oaks, CA.
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Newton, T.L. (2001).** Marriage and health : his and hers. *Psychological Bulletin*, 127 (4), 472-503.
- Kimmel, M.S., Hearn, J. & Connell, R.W. (2005).** *Handbook of studies on men and masculinities*. Sage, London.
- Knapp, T.R. (1983).** A methodological critique of the « Ideal Weight » concept. *Journal of the American Medical Association*, 250, 506-510.
- Krugman, S. (1995).** Male development and the transformation of shame. In : Levant, R.F. & Pollack, W.S. (dir.), *A new psychology of men*,(91-128). Basic Books, New York.
- Laforge, R.G., Greene, G.W. & Prochaska J.O. (1994).** Psychosocial factors influencing low fruit and vegetable consumption. *Journal of Behavioral Medicine*, 17 (4), 361-374.
- Laforge, R.G., Velicer, W.F., Richmond, R.L. & Owen, N. (1999).** Stage distributions for five health behaviors in the United States and Australia. *Preventive Medicine*, 28, 61-74.
- Larose, D. (2001).** *Les représentations sociales de la paternité chez les intervenantes psychosociales et l'implication des pères dans les services sociaux destinés à la famille*. Rapport d'analyse de pratique, École de service social, Université de Montréal.
- Lee, C.D., Blair, S.N. & Jackson, A.S. (1999).** Cardiorespiratory fitness, body composition and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 373-380.
- Levant, R.F., Wimer, D.J., Williams, C.M., Smalley, K.B. & Noronha, D. (2009).** The relationships between masculinity variables, health risk behaviors and attitudes toward seeking psychological help. *International Journal of Men's Health*, 8 (1), 3-21.
- Levine, F.M. & DeSimone, L.L. (1991).** The effects of experimenter gender on pain report in male and female patients. *Pain*, 44, 69-72.
- Lohan, M. (2007).** How might we understand men's health better. Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 65, 493-504.
- Lorber, J. (1997).** *Gender and the social construction of illness*. Sage, Thouand Oaks, CA.
- Lyons, A.C. & Willott, S. (1999).** From suet pudding to superhero : Representations of men's health for women. *Health*, 3 (3), 283-302.
- Manderson, L., Bennett, E. & Andajani-Sutjahjo, S. (2006).** The social dynamics of the interview : Age, class and gender. *Qualitative Health Research*, 16 (10), 1317-1344.
- McCreary, D.R. & Sasse, D.K. (2000).** An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.

- McCreary, D.R. & Sadava, S.W. (2001).** Gender differences in relationships among perceived attractiveness, life satisfaction, and health in adults as a function of Body Mass Index and perceived weight. *Psychology of Men and Masculinity*, 2, 108-116.
- Mishkind, M.E., Rodin, J., Silberstein, L.R. & Striegel-Moore, R.H. (1986).** The embodiment of masculinity: Cultural, psychological and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist*, 29 (5), 545-562.
- Möller-Leimkühler, A-M. (2002).** Barriers to help-seeking by men : A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, (71), 1-9.
- Monaghan, L. (2005).** « Big handsome men, bears and others » : Virtual constructions of « fat male embodiment.» *Body and Society*, 11, 81-111.
- Monaghan, L.F (2006).** Weighty words : Expanding and embodying the accounts framework. *Social Theory & Health*, 4, 128-167.
- Monaghan, L.F. (2007).** Body mass index, masculinities and moral worth : Men's critical understandings of « appropriate » weight-for-height. *Sociology of Health & Illness*, 29 (4), 584-609.
- Monaghan, L.F. (2008).** *Men and the war on obesity. A sociological study.* Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York.
- Myers, A. & Rosen, J.C. (1999).** Obesity stigmatization and coping : Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221-230.
- Nelson, D.E., Thompson, B.L., Bland, S.D. & Rubinson, R. (1999).** Trends in perceived cost as a barrier to medical care, 1991-1996. *American Journal of Public Health*, 89 (9), 1410-1413.
- Neumark-Sztainer, D. (2005).** Preventing the broad spectrum of weight-related problems : Working with parents to help teens achieve a healthy weight and a positive body image. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37, S133-S139.
- Noone, J.H. & Stephens, C. (2008).** Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociology of Health & Illness*, 30 (5), 711-725.
- O'Doherty Jensen, K. & Holm, L. (1999).** Preferences, quantities and concerns : Sociocultural perspectives on the gendered consumption of foods. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53, 351-359.
- Oliffe, J. & Mroz, L. (2005).** Men interviewing men about health and illness : Ten lessons learned. *Journal of Men's Health and Gender*, 2 (2), 257-260.
- O'Neil, J.M., Good, G.E. & Holmes, S. (1995).** Fifteen years of theory and research on men's gender role conflict : New paradigms for empirical research. In : Levant, R.F. & Pollack, W.S. (Eds.), *A new psychology of men* (164-206). Basic Books, New York.
- Orbach, S. (1978).** *Fat is a feminist issue.* Berkeley, CA.

- Peixoto Labre, M.A. (2002).** Adolescent boys and the muscular body ideal. *Journal of Adolescent Health*, 30, 233-242.
- Pope Jr, H.G., Olivardia, R., Borowiecki III, J.J. & Cohane, G.H. (2001).** The growing commercial value of the male body : A longitudinal survey of advertising in women magazines. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70 (4), 189-192.
- Potter, M.B., Vu, J.D. & Croughan-Minihane, M. (2001).** Weight management : what patients want from their primary care physicians. *The Journal of Family Practice*, 50 (6), 513-518.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A.P. (1997).** *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin, Boucherville.
- Prochaska, J., Norcross, J. & Diclemente, C. (1994).** *Changing for good : The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. William Morrow and Company, New York.
- Provencher, V., Bégin, C., Tremblay, A., Mongeau, L., Corneau, L., Dodin, S. & Lemieux, S. (2009).** Health-At-Every-Size and eating behavior : 1-year follow-up results of a size acceptance intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1854-1861.
- Pyke, K.D. (1996).** Class-based masculinities : The interdependence of gender, class and interpersonal power. *Gender and power*, 10, 527-549.
- Rich, J.A. & Ro, M. (2002).** *A poor man's plight : Uncovering the disparity in men's health*. W.K. Kellogg Foundation, Battle Creek, MI.
- Ritzer, G. (2004).** *The McDonaldization of Society*. Sage, London.
- Robertson, J.M. & Fitzgerald, L.F. (1990).** The (mis)treatment of men : Effects of client gender role and life-style on diagnosis and attribution of pathology. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (1), 3-9.
- Robison, J. (1999).** Weight, health and culture : Shifting the paradigm for alternative health care. *Alternative Health Practice*, 5, 45-69.
- Robison, J. (2005).** Editorial : Health at every size : Antidote for the « Obesity Epidemic.» *Health at Every Size Journal*, 19, 3-10.
- Rondeau, G. & Hernandez, S. (2003).** *Entre les services et les hommes : Un pont à bâtir*. Actes du colloque de l'équipe Hommes, violence et changement tenu à St.-Hyacinthe le 25 octobre 2002, CRI-VIFF Montréal et Québec.
- Roos, G., Prattala, R., & Koski, K. (2001).** Men, masculinity and food : Interviews with Finnish carpenters and engineers. *Appetite*, 37 (1), 47-56.
- Roos, G. & Wandel, M. (2005).** « I eat because I'm hungry, because it's good and to become full » : Everyday eating voiced by male carpenters, drivers and engineers in contemporary Oslo. *Food & Foodways* 13 (1-2), 169-180.

- Ross, C.E. & Bird, C.E. (1994).** Sex stratification and health lifestyle : Consequences of men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 161-178.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. (1997).** *Doctors talking with patients & patients talking with doctors : Improving communication in medical visits.* Auburn House, Westport, CT.
- Rupell Shell, E. (2003).** *Fat wars : The Inside story of the obesity industry.* Atlantic Books, London.
- Saltonstall, R. (1993).** Healthy bodies, social bodies : Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*, 36 (1), 7-14.
- Santé et Services sociaux Québec (2004).** *Les hommes : S'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins.* Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, Québec.
- Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux (1992).** *Enquête sociale et de santé 1992-1993.*
- Schofield, T., Connell, R.W., Walker, L., Wood, J.F. & Butland D.L. (2000).** Understanding men's health and illness : A gender-relations approach to policy, research, and practice. *Journal of American College Health*, 48 (6), 247-256.
- Schwalbe, M. & Wolkomir, M. (2001).** The masculine self as problem and resource in interview studies of men. *Men and masculinities*, 4 (1), 90-103.
- Schwartz, M.B. & Brownell, K.D. (2004).** Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.
- Sellaeg K. & Chapman, G.E. (2008).** Masculinity and food ideals of men who live alone. *Appetite*, 51, 120-128.
- Sobal, J. (1999).** Sociological analysis of the stigmatization of obesity. In : Germov, J. & Williams, L. : *The social appetite : A sociology of food and nutrition*, (187-204), Oxford University Press.
- Statistiques Canada (2003).** *Profil de la santé mentale et du bien-être de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, 2002.*
- Statistique Canada, Division de la statistique de la santé (2004a).** *Obésité mesurée. L'obésité chez les adultes au Canada. Poids et grandeur mesurés.*
- Statistique Canada, Division de la statistique de la santé (2004).** *Les habitudes alimentaires des Canadiens.*
- Stone, S.V., Dembroski, T.M., Costa, P.T. & MacDougall, J.M. (1990).** Gender differences in cardiovascular reactivity. *Journal of Behavioural Medicine*, 13 (2), 137-156.
- Sutkin, L. & Good, G. (1987).** Therapy with men in health-care settings. In : Scher, M. Stevens, M, Good, G. & Eichenfield, G.A. (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with men*, (372-387). Sage, Thousand Oaks, CA.

- Thompson, J.K. & Smolak, L. (2001).** *Body image, eating disorders, and obesity in youth : Assessment, prevention, and treatment.* American Psychological Association, Washington D.C.
- Thompson, J.K. & Stice, E. (2001).** Thin-ideal internalization : Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *American Psychological Society*, 10 (5), 181-183.
- Tibere, L., Poulain, J-P., Pacheco da Costa Proenca, R. & Jeannot, S (2007).** Adolescents obèses face à la stigmatisation. *Obésité*, 2, 173-181.
- Towns, N. & D’Auria, J. (2009).** Parental perceptions of their child’s overweight : An integrative review of the literature. *Journal of the Pediatric Nursing*, 24 (2), 115-130.
- Tremblay, G. (1996).** L’intervention sociale auprès des hommes : Vers un modèle d’intervention s’adressant à des hommes plus traditionnels. *Service Social*, 45 (2), 21-30.
- Tremblay, G. et Thibault, Y. (2002).** *Hommes et santé mentale : Des pistes d’intervention.* Papier présenté au congrès de l’ACFAS, Québec.
- Tremblay, G., Fonséca, F. & Lapointe-Goupil, R. (2003).** *Portrait des besoins d’hommes québécois en matière de santé et de services sociaux.* Comité de travail en matière de prévention et d’aide aux hommes, Québec.
- Van der Maren, J.M. (1996).** *Méthodes de recherche pour l’éducation*, 2^{ème} édition. De Boeck Université, Bruxelles.
- Verbrugge, L.M. (1989).** The Twain Meet : Empirical explanation of sex difference in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 282-304.
- Wandel, M. & Roos, G. (2005).** Work, food and physical activity. A qualitative study of coping strategies among men in 3 occupations. *Appetite*, 44, 93-102.
- Wardle, J., Haase, A.M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. & Bellisle, F. (2004).** Gender differences in food choice : The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27 (2), 107-116.
- Weaver, N.F., Hayes, L., Unwin, N.C. & Murtagh, M.J. (2008).** « Obesity » and « Clinical Obesity », Men’s understandings of obesity and its relation to the risk of diabetes : A qualitative study. *BMC Public Health*, 8, 311-318.
- Weidner, G. & Collins, R.L. (1993).** Gender, coping and health. In : Krohne, H.W. (Ed.), *Attention and avoidance*, (241–265). Hogrefe and Huber, Seattle, WA.
- White, P.G. & Gillett, J. (1994).** Reading the muscular body : A critical decoding of advertisements in « Flex Magazine.» *Sociology of Sport Journal*, 11, 18-39.
- Whitehead, S.M. (2002).** *Men and masculinities.* Polity, Cambridge.
- Wills, W.J. (2005).** Food and eating practices during the transition from secondary school to new social contexts. *Journal of Youth Studies*, 8 (1), 97-110.

Annexe A. Annonce de recrutement

Nous recherchons des hommes québécois avec surpoids

Bonjour,

Nous voulons attirer votre attention sur un projet de recherche actuellement en cours à l'Université de Montréal auprès des hommes québécois en surpoids ayant une préoccupation vis-à-vis de leur corps et de leur poids. Ce projet a pour objectif de fournir une meilleure compréhension des variables explicatives de la préoccupation des hommes québécois avec surpoids à l'égard de leur poids.

Nous souhaitons entendre parler des hommes québécois adultes (18 et plus) en surpoids (IMC > 25) qui se préoccupent de leur poids et de leur corps, consultant ou pas pour leur problème de poids. Leurs vécus, leurs expériences et leurs commentaires pourraient nous aider à mieux comprendre les différentes variables qui déterminent leur préoccupation et leur désir de normaliser leur relation avec la santé, la nourriture, le corps, et le poids. Ces éléments pourraient ensuite donner des pistes pouvant aider les professionnels de la santé à concevoir des programmes et des interventions pour les hommes dans le futur et dans lesquels ils vont pouvoir se reconnaître.

La recherche consiste à participer à une entrevue enregistrée d'une durée de 60 à 90 minutes et à compléter un bref questionnaire. **Si l'expérience vous tente, nous vous demandons de nous joindre par téléphone ou par courriel. Des informations plus précises sur le projet pourront vous être transmises par la suite. Une compensation de 20 \$ est prévue pour chaque participant.**

Nous vous remercions à l'avance de l'intérêt que vous porterez à notre projet. Nous sommes sûrs que votre participation pourra éclairer le volet masculin de la problématique pondérale et corporelle. Le projet de recherche est mené par Joost van der Mast, étudiant à la maîtrise recherche en Nutrition avec la collaboration et sous la supervision de Marie Marquis, Ph.D., professeure agrégée au département de Nutrition de l'Université de Montréal.

Sachez que le Comité d'éthique sur la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) autorise cette étude.

Joost van der Mast, étudiant en maîtrise recherche Nutrition, Université de Montréal.

Téléphone : 514 (répondeur).

Courriel :@umontreal.ca

J'autorise le chercheur principal à communiquer avec moi pour me fournir plus d'informations sur le projet de recherche et selon le cas, me faire parvenir les informations nécessaires à la participation par courrier. Je me réserve le droit de changer d'avis et d'annuler ma participation en tout temps.

Nom du participant (lettres moulées) :

Signature :

Date : _____

Téléphone résidence : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____

Veuillez remettre cette feuille à la nutritionniste que vous venez de consulter.

Ou renvoyez cette feuille complétée à l'adresse suivante :

À l'attention de Joost van der Mast, étudiant à la maîtrise

Sécretariat du département de Nutrition

Pavillon Liliane-de-Stewart

2405, chemin de la Côte-Ste-Catherine

Montréal (Québec) H3T 1A8

Téléphone : 514 (répondeur)

Courriel :@umontreal.ca

Annexe B. Questions d'entrevue

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Cette étude à laquelle vous participez concerne les hommes et cherche plus particulièrement à connaître leurs comportements, leurs sentiments et leurs croyances vis-à-vis du poids et du corps. Je cherche à trouver les différents facteurs qui influencent la préoccupation à l'égard du poids. Je suis donc intéressé à vous entendre sur vos habitudes alimentaires, vos connaissances nutritionnelles et sur votre expérience des services de santé. J'aimerais en savoir plus sur vos croyances de santé, sur vos idées d'être un homme, votre perception de votre apparence, de votre corps. Finalement, je voudrais en apprendre davantage sur le rôle de votre culture, de votre vie sociale et des médias dans votre préoccupation à l'égard du poids.

J'aimerais dire d'emblée qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses dans cette étude et le but de l'entrevue est de vous donner l'occasion de parler librement de vos pensées sur ces sujets. Ce qui m'intéresse est de recueillir vos propos qui constitueront de l'information pour mon projet de recherche.

Parfois, je pourrais vous demander de clarifier vos propos un peu dans le but de mieux comprendre ce que vous voulez dire. Sentez-vous libre de me poser des questions si, de votre côté, vous ne me comprenez pas bien mes questions ou mes explications. Aussi, corrigez-moi si je n'ai pas bien interprété vos propos car je voudrais vraiment avoir l'expérience comme vous l'avez vécue.

Je voudrais commencer l'entrevue en vous posant quelques questions sur vous, votre famille et votre comportement alimentaire.

Famille d'origine / Enfance

- 1) Pouvez-vous me décrire l'importance que l'on accordait au poids (préoccupation), à l'apparence physique et à l'alimentation dans votre famille ?

Habitudes alimentaires

- 2) Planifier les repas, faire les courses, lire les étiquettes nutritionnelles sur les emballages, préparer à manger, faire la cuisine...quelle est votre expérience dans ce domaine et qu'en pensez-vous ?

- 3) Existe-t-il, selon vous, un comportement alimentaire typiquement masculin? Existents-ils des aliments « masculins » et des aliments « féminins ? » Quelle est votre opinion ?

Médias et idéaux

Les prochaines questions traitent du rôle des différents médias dans la problématique du poids.

- 4) Quels sont les médias ou les sources d'information que vous pourriez consulter au sujet de la santé, des aliments, de l'apparence, de l'exercice, de la perte de poids ? Y a-t-il des sources d'information dans lesquelles vous avez confiance ? Des messages qui vous ont marqué ?
- 5) Selon vous, quelle est l'image de l'homme moderne ? Sentez-vous une pression d'y adhérer ? Comment ?
- 6) Selon vous, quel est le regard que les médias portent sur les hommes préoccupés à l'égard de leur poids dans leur quête de maigrir ? Comment en parlent-ils ?
- 7) Pouvez-vous donner l'exemple d'un homme, d'un modèle dans les médias que vous appréciez, que vous admirez ? Quels sont ses atouts, selon vous ? Et d'un homme qui ne représente pas du tout la masculinité que vous appréciez ? Quelles sont ses faiblesses ?

Être un homme (masculinité)

Nous allons parler un peu des hommes dans notre société et comment vous les voyez, les hommes.

- 8) Qu'évoque le mot « homme » pour vous ?
- 9) Certains hommes avec surpoids disent se sentir moins masculin, moins viril, qu'en pensez-vous ?
- 10) Plusieurs hommes en surpoids semblent avoir moins d'intérêt pour l'activité physique ou tardent à en faire, comment expliquez-vous cela ?
- 11) Selon vous, les hommes en surpoids, sont-ils stigmatisés, traités différemment ou même discriminés ? Pouvez-vous me raconter votre expérience (relations, travail, quotidien (regards, remarques, actions) ? Comment avez-vous réagi ?

Contrôle du poids et santé

- 12) Qu'évoque le mot « santé » pour vous ? Quelle importance a-t-elle dans votre vie ? Que pensez-vous de votre santé ?

- 13) Qu'évoque le mot « surpoids » ou « obésité » pour vous ?
- 14) Selon vous, quel doit être l'objectif d'un contrôle ou d'une perte de poids (la santé, le poids, la performance, l'apparence, la musculation) ? Quels sont les moyens à notre disposition ?
- 15) Quel est pour vous le lien entre votre santé et votre poids (fitness et pas « fatness ») ?
- 16) Comment décririez-vous le support personnel que vous avez eu dans vos démarches de contrôle de poids (société, personnes) ? Qu'est-ce qui vous aiderait ?

Services de santé

Comme dernier sujet, j'aimerais que nous abordions le rôle des services de santé dans la problématique du poids.

- 17) Il semble que les hommes consultent difficilement pour un problème de poids ? Pourquoi pensez-vous ?
- 18) Avez-vous déjà consulté pour votre poids ? Si non, pourquoi pas ? Si oui, pouvez-vous me raconter l'expérience ?
- 19) Qu'auriez-vous à dire aux professionnels de la santé traitant la problématique du poids ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré (approche, outils) ? Qu'attendez-vous d'une consultation pour contrôler le poids ?
- 20) L'intervenant d'une consultation dans le domaine de la perte de poids, doit être préférablement une femme pour certains ou un homme pour d'autres. Quelle est votre opinion ?

Complément

- 21) Avec une baguette magique, que changeriez-vous à votre corps, à votre poids ? En vous transposant dans ce nouveau corps quels changements envisagez-vous dans votre vie ? (au niveau de l'alimentation, des activités, de l'emploi du temps, des relations (sociales, intimes), de votre estime de soi, de votre bonheur ?)
- 22) Pouvez-vous me raconter une expérience que vous avez vécue (qui vous a aidé beaucoup et) qui vous a rendu particulièrement heureux par rapport à votre poids, par rapport à votre corps ? Prenez quelques minutes pour y penser.
- 23) Le 6 mai dernier, l'organisme *Équilibre* (Groupe d'action sur le poids) a proposé au public intéressé 10 façons de célébrer la *Journée internationale sans diète* (voir feuille ci-jointe). Pouvez-vous nous indiquer quelle façon vous touche particulièrement (positivement ou négativement) et dites-nous pourquoi ?

Nous avons couvert beaucoup de sujets aujourd'hui mais peut-être y a-t-il quelque chose qui n'a pas été abordée que vous estimez pertinent dans ce contexte ou que vous aimeriez ajouter pour compléter notre discussion.

Peut-être il y a eu des sujets qui n'étaient pas faciles à aborder pour vous ; y a-t-il des clarifications que vous aimeriez apporter ?

J'aimerais vous remercier de cette entrevue, je suis très content que vous m'ayez donné cette opportunité de parler de ce sujet délicat et assez nouveau avec vous. Je suis sûr que vos informations trouveront une bonne place dans les conclusions de mon travail.

Avec votre permission, j'aimerais vous appeler, si nécessaire, dans les prochaines semaines pour clarifier éventuellement quelques informations pour mieux comprendre et faire le feedback de quelques aspects de l'entrevue. Si de votre côté, vous voulez clarifier quelques aspects de l'entretien ou vous avez des questions, vous pourriez toujours me joindre.

Annexe C. Questionnaire

Numéro du sujet : _____ Âge : _____

Occupation actuelle : Étudiant _____ Employé _____
 Sans emploi _____ Retraité _____
 Autre _____

Statut marital : Sans conjoint(e) _____ Avec conjoint(e) _____

Enfants : Oui _____ Non _____

Orientation sexuelle : Hétérosexuel _____ Homosexuel _____

Origine ethnique : Caucasien _____ Africain _____ Asiatique _____
 Autre : _____ (préciser s.v.p.)

Revenus : < 15 000 \$ _____ 15 - 29 999 \$ _____
 30 – 45 000 \$ _____ > 45 000 \$ _____

Scolarité : Secondaire non complétée _____ Secondaire complétée _____
 Collégiale non complétée _____ Collégiale complétée _____
 Universitaire non complétée _____ Universitaire complétée _____

Poids actuel : _____ kg Taille : _____ m

Poids désiré : _____ kg

Avez-vous consulté pour votre problème de poids ? Oui _____ Non _____

Si oui, chez qui ? Diététiste/Nutritionniste _____ Psychologue _____
 Psychothérapeute _____ Entraîneur _____
 Médecin _____ Autre _____ (préciser s.v.p.)

Annexe D. Stimuli et leur justification d'utilisation

Les stimuli ont été présentés au participant par l'étudiant chercheur quand un nouveau sujet a été abordé au cours de l'entrevue pour ainsi « nourrir » la discussion. Il s'agit des titres d'articles de journaux d'un grand tirage (*Le Devoir*, *LaPresse*), des titres d'articles de magazines traitant de la préoccupation à l'égard du poids (*Psychologies*) ou encore des livres grand public et des sites web (québécois et français) sur l'alimentation, la santé et le contrôle du poids. Pour une des questions complémentaires, du matériel promotionnel de l'organisme *Équilibre* a été utilisé.

Les chercheurs ont bien pris soin d'assurer une objectivité minimale des titres pour ne pas biaiser la réflexion (libre) du participant. Les stimuli servent principalement à amener les participants à considérer dans leur réflexion différents aspects du sujet abordé.

Stimuli de la section **Habitudes alimentaires** de l'entrevue :

- 1) « *Hommes et femmes diffèrent dans leurs habitudes alimentaires* », *LaPresse* du 19 mars 2008.
- 2) « *Les vertus santé sur les emballages influencent peu les Québécois* », *Forum Université de Montréal* du 25 mars 2008.
- 3) « *À l'âge adulte, l'alimentation peut avoir une influence sur l'image de soi* », entretien avec le sociologue français Jean-Pierre Poulain sur le site web www.lesieur.fr
- 4) « *Les hommes canadiens refusent de renoncer à la viande rouge* », *LaPresse* du 18 mai 2008.

Stimuli de la section **Médias et idéaux** de l'entrevue :

- 5) « *Masculinité et publicité* », sur le site www.education-medias.ca
- 6) « *Magazines pour hommes et construction de la masculinité* », sur le site www.education-medias.ca

Stimuli de la section **Contrôle du poids et santé** de l'entrevue :

- 7) « *Augmentation significative de l'obésité au Québec* », *LaPresse* du 20 mars 2008.
- 8) « *Avez-vous l'étoffe d'un centenaire?* », *LaPresse* du 18 mars 2008.

- 9) « *Les Québécois mangent « anticancer* », *LaPresse* du 3 novembre 2007.
- 10) « *Faites attention* », article du médecin psychiatre français Gérard Apfeldorfer sur le site www.gros.org, février 2008.
- 11) « *Les aliments contre le cancer* », livre de Richard Béliveau et Denis Gingras, Éditions du Trécarré, 2005.
- 12) « *Dictature des régimes, attention !* », livre de Gérard Apfeldorfer et Jean-Pierre Zermati, Éditions Odile Jacob, 2006.
- 13) « *Gras ou pas, ça change quoi ?* », *Le Devoir* du 18-19 février 2006.

Stimuli de la section **Services de santé** de l'entrevue :

- 14) « *Aider les hommes aussi* », livre de Germain Dulac, VLB éditeur, 2001.

Stimuli de la section **Complément** de l'entrevue :

- 15) « *10 façons de célébrer La journée internationale sans diète* », matériel promotionnel de l'organisme *Équilibre, Groupe d'action sur le poids*, du 6 mai 2008.

10 FAÇONS DE CÉLÉBRER LA JOURNÉE INTERNATIONALE SANS DIÈTE



1. Je ne m'interdis aucun aliment que j'aime. Lorsque je m'offre ces petits plaisirs, j'en profite pleinement, sans culpabilité. Je savoure chaque bouchée.
2. Je cultive le plaisir de bien manger en découvrant de nouvelles saveurs. Je me rappelle que manger sert à nourrir mon corps, cette merveilleuse machine dont je dois prendre soin.
3. Je mange à ma faim. Je me fie aux signaux de faim et de satiété que mon corps m'envoie pour identifier les quantités d'aliments dont j'ai besoin plutôt que de me fier aux règles préétablies par des diètes.
4. Je mets de côté les modèles de beauté irréalistes de notre société pour ainsi mieux respecter les différents formats corporels, en commençant par le mien!
5. Je passe moins de temps à me préoccuper de mon apparence et davantage à me faire plaisir.
6. Je reconnais mes qualités et mes talents. Je les apprécie et je donne l'opportunité aux autres de les découvrir.
7. Je cesse de faire ou d'accepter des commentaires désobligeants sur mon apparence.
8. Je relègue les diètes aux oubliettes.
9. Je fais de l'activité physique pour le plaisir, et je m'accorde des moments de détente.
10. J'ai confiance en mes capacités.

Une initiative de



ÉQUILIBRE

Groupe d'action sur le poids

Annexe E.**Liste de codes**

CODES	DÉFINITION - DESCRIPTION
COMPRéseauSocialNégatif	<p>Réseau social moins développé, support plus difficile: comportements de risque (malsains, peu d'adhérence aux conseils).</p> <p>Type de relations différent par masculinité: de ne pas parler de ces choses-là, de ne pas partager.</p> <p>Jalousie, incompréhension.</p>
COMPRéseauSocialPositif	<p>Réseau social mieux développé, plus de support, des encouragements, accès à des informations.</p> <p>Reçoit un support même si ce n'est pas toujours assez ou dans la forme désirée.</p>
COMPRéseauSocialMasculinité	<p>Déni, distraction, alcool au lieu de reconnaître le besoin d'aide. Cacher maladie, vulnérabilité, détresse, déni douleur, se confier plus difficilement.</p> <p>Isolement, essayer de s'en sortir tout seul. Attente avant de chercher l'aide. Moins grands utilisateurs services de santé.</p> <p>Consulter vu comme féminin (prendre rendez-vous, les accompagner).</p> <p>Entourage peu au courant du mal-être. Entourage les croit invulnérable et devient moins attentif.</p> <p>Maladie, âge, santé défaillante ou peur comme raison de s'occuper de sa santé, alimentation ou poids. Est inquiet.</p> <p>Souvent par conseil extérieur (médecin, professionnel santé, famille, amis). Comportements de risque jusque là.</p>
COMPAlimMasculinité	<p>Choix aliments typiques : Viande, gras, sel, fastfood, peu de portions F&L et PL, alcool, apport élevé lipidique et calorique (restauration rapide). Quantité de nourriture.</p> <p>Ne pas faire attention au côté santé des mets, des ingrédients.</p> <p>Symbolique, masculinité, force, pouvoir et virilité (viande). Échelle sociale des aliments. Statut social, refus féminité.</p> <p>Ne s'occupe pas de la cuisine ou de temps en temps, le weekend, en faisant le BBQ, des plats de viande, des grosses quantités.</p> <p>Manger vite. Manger au delà de sa faim.</p>
COMPAlimDésordre	<p>Connaît des désordres alimentaires : hyperphagie, périodes de boulimie ou d'anorexie, de contrôle. Grignotage la nuit, durant la journée. Pas pouvoir se contrôler par moments.</p> <p>Mangeur extrêmement difficile en étant jeune.</p> <p>Activité physique excessive avec produits dopants. Préoccupé par son poids, par son image, par le regard des autres. Relation affective avec la nourriture, avec la mère.</p>
COMPAlimParentsAlimentation	<p>Parents, substituts ou famille ont légué leurs habitudes alimentaires : bonne ou mauvaise cuisine, choix 'bons ou mauvais' aliments et la façon de manger. Famille et amis ont une influence positive ou négative dans plusieurs domaines. Jouent le modèle.</p> <p>Socialisation différente des hommes : préparation des repas, faire les courses.</p> <p>Parents, substituts ou famille ont légué leur génétique aussi.</p>

CODES	DÉFINITION - DESCRIPTION
COMPAlimParentsPréoccOui	Parents, substituts ou famille ont légué leur préoccupation pour le poids ou pour l'image du corps. Aussi une préoccupation pour l'alimentation par rapport à la maladie.
COMPAlimParentsPréoccNon	Parents, substituts ou famille n'ont pas vraiment légué leur préoccupation pour le poids ou pour l'image du corps. Famille et amis ont une influence positive dans plusieurs domaines.
COMPAlimSanté	Socialisation positive des hommes : saine préoccupation poids (surveillance) , peu d'importance faire régime. A des habitudes alimentaires saines qualitativement et/ou quantitativement. Regarde les étiquettes, choisit soigneusement ses aliments, la façon de les apprêter, etc.. Connaît très bien, s'y intéresse, cherche à apprendre, d'en savoir davantage. Considère le sommeil, le bien-être...
COMPAlimSatisfaction	Satisfaction, goût, pouvoir rassasiant (travail) des plats important ainsi que le côté pratique (facile à préparer et consommer). Faire valoir le plaisir, le côté hédonique. Peu d'intérêt et importance pour aliments santé ou allégés car manque de goût, de satisfaction et de pouvoir rassasiant. Ennui envers ces plats. Importance moindre de faire régime ou surveiller poids (masculinité), donc un autre choix alimentaire. Manger sainement représente la féminité.
CROYMascExpression	Hommes moins expressifs. Difficulté de parler de sa douleur physique ou émotionnelle (poids, désir perte de poids (féminité !) devant professionnel santé homme ou femme ou envers famille ou amis. Médias infantilise les hommes dans quête de la santé.
CROYMascImage	Raison valable de vouloir perdre du poids est la santé et ne pas l'esthétique...la réalité se cache... Franchise hommes difficile. Insatisfaction avec son corps : poids ou musculature (chacun son contexte social). Souffrance car souvent inaccessible. Masculinité nouvelle : Homme davantage défini par le corps (médias, norme culturelle). Pression de conformité. Se sentir moins masculin ou viril en étant en surpoids. Voulant plaire aux femmes.
CROYMascStatutTraditionnel	Même préoccupation de son image sociale (plus psychologique). Masculinité traditionnelle, hégémonique qui influence négativement le comportement de santé. Différents accents selon sa culture, son ethnie, sont statut social et économique (compétition, socialisation ainsi). Genre masculin en partie construit dans relations de pouvoir et ainsi moins bonne écoute besoins et douleurs, ignorance faiblesse et vulnérabilité, besoin d'aide. Se montrent autoritaire, robuste, fort, dominant, supérieur, parfois dans l'émotivité. En règle générale contrôle émotionnel et physique. Des comportements de santé demande mise de côté ou rejet des constructions de masculinité et cautionnent celles de la féminité. Pression sociale. Ridiculisé, puni ou taquiné si refus. Ne s'occupe pas de la cuisine.
CROYMascStatutNouveau	Fait de l'exercice pour faire des muscles (perdre du poids ?). Désapprobation préoccupation image du corps (?) Acceptation d'une masculinité nouvelle, plus axée sur le physique et l'esthétique. Même le paraître sur un plan psychologique. En réaction à l'homme traditionnelle. Rejoint l'image prônée par les médias.
CROYMascStatutNoGay	L'homme qui se contrôle, qui ne se laisse pas aller. Trop gay, trop efféminé. Une masculinité jugée molle, sans force.

CODES	DÉFINITION - DESCRIPTION
CROYMascStatutMacho	Une masculinité macho, basée sur la séduction, cruiser.
CROYMascStatutÉquilibré	<p>La dernière née : une masculinité plus équilibrée: Homme plus sensible. capable de communiquer. Homme moins à la recherche de la perfection physique, de la performance ou de la santé. Homme critique.</p> <p>Homme en surpoids n'est pas forcément moins viril.</p>
CROYPertepoidsApparence	<p>L'homme croît devoir perdre du poids pour se conformer à une image, pour améliorer son apparence (mince ou musclé). Perdre du poids pour plaire davantage à quelqu'un.</p>
CROYPertepoidsBien-être	<p>L'homme croît devoir perdre du poids pour son bien-être, se sentir bien dans son corps. Viser le long terme et la manière employée. Il ne veut pas se laisser guider par un chiffre sur la balance.</p>
CROYPertepoidsPoids-santé	<p>L'homme croît devoir perdre du poids pour regagner la santé (sans avouer que le lien soit forcément linéaire) ou pour être plus performant dans différents domaines... Vouloir atteindre un chiffre sur la balance, un IMC. Le poids donnerait la santé et.... Fixation poids ou santé.</p>
CROYSantéPositive	<p>Croyance positive de sa santé, croyance d'en faire beaucoup ou plus que les autres.</p> <p>Perception de leur poids selon autre échelle de valeurs, plus de satisfaction, sous-estimation. Poids réel versus poids ressenti (ex. se sentant bien tout en étant en surpoids). Perception de leur corps avec plus de satisfaction : image du corps hétérogène : mince-musclé versus gros-musclé. Perception de leur alimentation avec plus de satisfaction.</p> <p>Se sentir invulnérable. Pas se réaliser l'impact de leurs actions sur la santé (future). Hommes socialisés ainsi dès leur jeune âge.</p>
CROYSantéCtrôle/MotivPeuoupas	<p>'Locus of control' : Contrôle personnel sur la santé peu développé (plutôt une ignorance) donc habitudes alimentaires, contrôle de poids et style de vie sain compromis.</p> <p>Stade changement de comportement (Prochaska) : Moins prêt à changer (déli) et moins enclins à maintenir changements. Moins de motivation.</p>
CROYSantéCtrôle/MotivPositive	<p>Contrôle personnel sur la santé pas mal développé (au courant) donc habitudes alimentaires, contrôle de poids et style de vie sain subissent une influence positive.</p> <p>Prêt à changer (déli) et enclin à maintenir changements.</p>
CROYSantéPréoccupation	<p>L'homme s'intéresse à la santé, le bien-être et trouve que c'est important. Vise un équilibre mais ne fait pas toujours le nécessaire. La santé est quelque chose qui ne vient pas automatiquement, ça se travaille, ça s'entretient. Surtout un sentiment qui vient en vieillissant, avec l'âge, en devenant malade plus souvent.</p> <p>S'inquiète de l'obésité et les problèmes accompagnants.</p>
CROYSantéTraditionnelle	<p>Voir le corps comme une machine (fonctionnalité), la santé est presque un acquis. Vue très masculine du corps : mettre du carburant (alimentation) pour le faire fonctionner. Le plaisir est secondaire aussi bien dans l'alimentation que l'exercice physique.</p>
CROYSantéAlternative	<p>La santé est vue comme l'opposé de la maladie. Manger mal attaque la santé et l'exercice. Faire de l'exercice = perdre du poids. Croît à la santé obtenue par une voie alternative comme la naturopathie, l'ostéopathie, la posture, la psychothérapie, la méditation, etc. La santé se traduit en un côté physique et un côté psychologique. Le bien-être à ces niveaux est prioritaire, pas de correspondre à des normes sociales.</p> <p>Pas seulement voir la santé comme l'opposé de la maladie. Interaction physique, psychologique, émotions...</p>

CODES	DÉFINITION - DESCRIPTION
CROYObésitéÉquilibrée	<p>L'homme a une opinion équilibrée des obèses. Pas forcément de leur faute. Considère génétique, désordre métabolique ou alimentaire, choix alimentaire ou style de vie non appropriés. Un peu de compassion, de compréhension, d'ouverture. Essayer de se mettre à la place de la personne. Plutôt indulgent. Peu de jugement.</p> <p>Surpoids est visible. Obésité encore davantage et handicape dans les mouvements. Mais peut être performant dans le travail comme les non gros.</p> <p>Ne veulent pas être reconnu comme tel....?</p>
CROYObésitéPréjugé	<p>Surpoids doit être de leur faute, manque de volonté, laisser-aller. Jugement sévère. Doit être moins productif dans son travail. Obésité versus surpoids souvent vu comme moins volontaire, plus génétique, jugement moins sévère, pitié. Dégoût envers l'obésité.</p> <p>Stéréotype négatif de l'obèse : Ils doivent se sentir mal vis-à-vis de leur corps. Présumé d'avoir une pauvre image corporelle (pas toujours le cas). Des jugements envers eux, leur façon de se nourrir, de faire...</p>
FACTSocialÉducNégative	<p>Éducation sociale des parents ou famille suivant une masculinité plutôt traditionnelle ou nouvelle peut affecter la santé des hommes.</p> <p>Moins de chaleur humaine, 'il faut être fort', se faire décourager ou pénaliser la faiblesse, la vulnérabilité ou d'aller chercher de l'aide, de ne pas exprimer ses émotions. 'Débrouille-toi !</p> <p>Se lancer dans des comportements à risque.</p> <p>Peu ou pas appris la saine alimentation, l'exercice (sport) ou la saine gestion du poids car famille ou amis se sont mal occupés de ça.</p> <p>Taquinage (d'être gros, mince, moche), se laisser influencer négativement par les amis ou fratrie (appartenance, comparaison) vers des habitudes néfastes.</p>
FACTSocialÉducPositive	<p>Éducation sociale des parents suivant une masculinité plutôt équilibrée.</p> <p>Le fait d'avoir des enfants incite à faire attention à sa santé et celle des enfants.</p>
FACTSocialVie	<p>Changement de vie : travail, retraite ou fondement d'une famille à la base d'un surpoids ou des changements d'habitudes de vie. Blessure sportive, accident, avançant dans l'âge... Isolement, manque d'amis.</p>
FACTCultNutritionpeu	<p>S'intéresse dans un ou plusieurs aspects.....mais plutôt passivement. Manque d'intérêt, manque de moyens (pauvreté), manque de temps (travail ou autre).</p> <p>Manque de connaissance ou aptitude chez l'homme au niveau alimentation et liens avec santé. Difficile ainsi l'adoption de saines habitudes de vie, réduire autres risques et trouver le chemin vers les services de santé.</p> <p>Manque lien éducatif des services de santé avec les hommes.</p>
FACTCultMédiaMascTraditionnelle	<p>Les médias entretiennent croyances et stéréotypes masculins : comportements à risque, alcool, plus souvent obèse, invulnérable tout en restant en bonne santé : la masculinité traditionnelle ou hégémonique.</p> <p>Des sportifs performants charismatiques.</p>
FACTCultMédiaMascNouvelle	<p>Médias font promotion d'un idéal minceur/musculature modérée et du fitness par l'exercice (stigmaté pour ceux en surpoids). Un homme qui prend soin de lui. Homme qui sait cuisiner</p> <p>Un média qui reconnaît la difficulté de surpoids qui affecte les hommes. Conscientisation.</p>
FACTCultMédiaMascÉquilibrée	<p>Média font état d'une masculinité plus équilibrée, moins axée sur l'apparence, poids ou musculature....plus de bien-être... Parlent des hommes en quête de perdre du poids d'une façon plus nuancée.</p>

CODES	DÉFINITION - DESCRIPTION
FACTCultMédiaCritique	<p>Homme est critique et cynique à l'égard des messages gouvernementaux ou venant d'internet ou d'autres médias. Peut être perçu comme une intrusion. L'homme veut avoir droit au plaisir et responsabilité individuelle (homme traditionnel : autonomie, raison, contrôle).</p> <p>Esprit très scientifique. Parfois manifestation d'un désintérêt.</p>
FACTCultMédiaIntérêt	<p>S'intéresse aux messages de santé, d'alimentation et d'autres dans les médias. L'homme pense que les médias ont un rôle à jouer en promouvant la santé auprès de la population, en suggérant des pistes (pas seulement les coûteuses) dans leur monde quotidien. Jouer davantage un rôle de coach.</p>
FACTCultMédiaPoids	<p>Les médias ne s'occupent pas vraiment de l'homme en recherche d'une perte de poids, n'en font pas l'écho.</p> <p>Envie que les médias organisent des sorties en groupes, plus adaptées pour des personnes avec surpoids.</p>
FACTPsysocialExercice	<p>L'impact psychosocial difficile des hommes : estime soi, réseau social. confiance sociale, implication sociale.</p> <p>Homme en surpoids (ou en souspoids) a peur et est gêné dans l'exercice physique, clubs de gym. A peur de ne pas pouvoir être compétitif. Manque de motivation. Pour certains expliqué comme de la paresse, comme un manque de temps par le travail ou par un manque d'intérêt.</p>
FACTPsysocialStigmPoids	<p>L'impact psychosocial difficile des hommes vis-à-vis d'une stigmatisation de leur surpoids (et aussi sous-poids), apparence ou alimentation. Estime de soi, réseau social. confiance sociale.</p>
FACTPsysocialMasculinité	<p>Se sentir perdu en tant qu'homme, être critique envers sa masculinité à cause d'un surpoids ou un décalage avec sa masculinité (souvent la traditionnelle se confronte avec la nouvelle masculinité axée sur l'apparence).</p> <p>Les femmes ont le même travail que les hommes.</p>
FACTPsysocialOk	<p>L'homme ne rencontre pas de discrimination. Il dit de ne pas en percevoir clairement (ne veut pas en voir, ne veut pas le dire ?)</p> <p>Ne fait pas d'activité physique par limitation physique ; il est trop lourd, n'y arrive pas, épuisement, articulations trop sollicitées, etc. Ils disent que ce ne sont pas forcément le regard ou la stigmatisation des autres.</p>
SERVAccèsArgent	<p>Les frais ou les frais perçus des services de santé sont trop élevés. Ne vaut pas la peine de les payer pour ce genre de problèmes.</p> <p>Manque de temps. Trop loin géographiquement.</p>
SERVAccèsIgnorance	<p>Fausse perception des services de santé comme principalement pour femmes et enfants. Trop inaccessible, trop difficile d'avoir un rendez-vous. Ne pas savoir à qui s'adresser.</p>
SERVAccèsMasculinité	<p>Trop gêné pour s'adresser pour un problème de poids ou d'alimentation à un professionnel ; c'est un problème de femmes... Difficulté d'expression, vouloir cacher plutôt ses émotions. Essayer de s'en sortir tout seul.</p> <p>Difficile pour l'homme de persévérer ou pour donner le problème de l'importance dans sa vie. Donc motivation voilée...</p>
SERVBiaisCommunication	<p>Interaction et communication professionnel/client se caractérise par moins de conseils, des conseils moins élaborés et sont accordés moins de temps de consultation. Les services de santé ne réagissent pas où d'une mauvaise manière sur le problème, les maladies qui leur sont présentés. Manque de professionnalisme, d'uniformité.</p> <p>Hommes parlent de leurs problèmes physiques ou de santé davantage que de leurs problèmes émotionnels et mentaux.</p>

CODES

DÉFINITION - DESCRIPTION

SERVBiaisCroyance	<p>Contribution services de santé au portrait de l'homme fort en bonne santé ne voulant pas s'occuper de sa santé. Ainsi véritable état de santé occulté. Ignorance de la forme de la masculinité comme facteur de risque: 'Comportements de risque sont inhérents à tous les hommes'.</p> <p>Ainsi, les hommes font difficilement appel à eux et suivent moins bien leurs conseils ou mettent moins en place les changements préconisés.</p>
SERVBesoinAutonomie	<p>L'homme a besoin de rester maître, rester responsable et autonome dans ses démarches de santé et de perte de poids (masculinité traditionnelle). Les services de santé et les professionnels doivent travailler sur ça, la motivation, l'estime de soi, donner des outils pour qu'il puisse continuer le travail tout seul. L'homme peut avoir besoin des encouragements.</p>
SERVBesoinIndividuel	<p>L'homme a besoin d'une approche plus individualisée, personnalisée qui prend en compte les particularités individuelles, son passé. Approche plus psychologique individuelle. Prendre le temps.</p>
SERVBesoinDouceur	<p>L'homme a besoin d'une communication plus appropriée, plus respectueuse. Il a besoin d'un professionnalisme, d'une connaissance. Besoin des encouragements de la part du monde médical, de la famille, des amis. Les services de santé et les professionnels doivent aller chercher les hommes, les rassurer dans leur masculinité aussi.</p>
SERVBesoinDirection	<p>L'homme a besoin des directifs clairs (peut être en douceur) pour savoir à qui s'adresser, quoi faire....il faudrait expliquer, afficher, même aller chercher l'homme en quête d'aide, la main tendue.</p> <p>Une approche plus axée sur le poids, l'alimentation et même l'apparence physique.</p>
SERVBesoinGroupe	<p>L'homme a besoin d'une approche de groupe, de parler de ses problèmes, de l'écoute, de communiquer, échanger avec des semblables, d'avoir de l'encouragement, de la motivation ainsi.</p>
SERVBesoinIntervenantHomme	<p>Besoin d'un intervenant homme car on se comprendra mieux vivant en tant qu'homme.</p>
SERVBesoinIntervenantFemme	<p>Besoin d'une intervenant femme. Se sent mieux à l'aise en face d'une femme. Peut-être la relation homme femme qui joue....</p>
FUTURApparence	<p>L'homme voudrait augmenter sa taille. L'homme voudrait changer son apparence, des parties de son corps : visage, fesses, bras, torse, pénis.... Il voudrait être plus musclé. Enlever des cicatrices, le ventre...</p> <p>L'homme a envie qu'on le trouve beau, qu'on le remarque, que son apparence soit positive dans le regard de soi et les autres. Il aimerait recevoir des commentaires positifs. Il souhaite pouvoir être fier de son corps.</p> <p>Ce sera plus facile de s'habiller et de se montrer.</p>
FUTUREstimeso	<p>L'homme voudrait un bien-être psychologique. Il aimerait avoir une meilleure estime de soi, d'être moins gêné, être plus motivé pour commencer des projets et autres.</p> <p>Penser plus à soi, prendre du temps pour soi, prendre le temps de vivre. S'accepter, s'accorder du plaisir à plusieurs niveaux : échange, amis, famille, travail, voyage, projets....même la santé....autres activités.</p>
FUTURBien-êtrephysique	<p>L'homme voudrait diminuer son poids ou augmenter sa taille mais pas pour l'apparence. Il voudrait être surtout en meilleure santé et le rester.</p> <p>L'homme voudrait être mieux dans mes mouvements, être (se sentir) plus léger. Il aspire à un bien-être physique. Se sentir fort, fit.</p> <p>Physiquement les choses seraient plus faciles : sport, activités.</p> <p>S'accepter, s'accorder du plaisir à plusieurs niveaux : alimentation, exercice, relaxation, la santé et autres activités...</p>

Annexe F. Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant de signer.

Titre du projet

« Mâle dans leur poids. » Une étude sur les variables explicatives de la préoccupation des hommes québécois avec surpoids à l'égard du poids.

Responsables recherche

Joost van der Mast, étudiant à la maîtrise recherche, Département de Nutrition, *Université de Montréal*.

Marie Marquis, PhD, professeure agrégée au Département de Nutrition, *Université de Montréal*.

Description du projet

La prévalence d'obésité augmente parmi les hommes ainsi que les problèmes de santé accompagnants. Les hommes en surpoids ne s'expriment guère à ce sujet, ils consultent peu et donc il existe une connaissance limitée de leurs souffrances possibles. Il est fort possible qu'un programme d'intervention auprès des hommes préoccupés par leur poids et soucieux de leur corps mérite une approche spécifique.

C'est pour ces raisons que ce projet cherche à mieux comprendre les variables qui expliquent la préoccupation des hommes en surpoids à l'égard de leur poids. Enfin, pour pouvoir combler ce manque de connaissances, il est nécessaire que nous parlions avec ces hommes, que nous recueillions leurs sentiments et leurs propos sur la santé, l'alimentation, la masculinité, la stigmatisation, l'image du corps ou encore la perte de poids.

Il est prévu d'inclure dans ce projet de recherche les entretiens d'une vingtaine de participants.

Objectif de la recherche

L'objectif principal de ce projet de recherche est d'explorer des variables associées à la préoccupation des hommes québécois avec surpoids à l'égard de leur poids.

Il y aura **quatre objectifs spécifiques** qui sont en lien avec les variables déterminantes de la santé des hommes appliquées à l'obésité :

- explorer les comportements de santé dans la problématique du poids par l'étude de leurs comportements alimentaires, de leur réseau social et de leurs habitudes de fréquentation des services de santé ;
- explorer les croyances de santé que les hommes entretiennent dans la problématique du poids incluant leur définition de la santé, de leur contrôle personnel sur la santé, de leur image corporelle, de l'importance des valeurs associées à la masculinité et de l'expression de douleurs physiques et émotionnelles ;
- explorer les facteurs sociaux, culturels, économiques et psychologiques dans la problématique du poids comme le statut socio-économique, l'âge, le statut marital, l'éducation sociale reçue, le rôle des médias (et la perception de ses messages), les connaissances en nutrition des hommes et les facteurs psychologiques face à la stigmatisation du poids ;
- explorer la place des organisations de services de santé et de la perception de celles-ci dans la problématique du poids comme les barrières à leur utilisation, le biais médical des professionnels et l'approche et la communication entre professionnel de la santé et le patient.

Nature de la participation

Si vous acceptez de participer au projet, vous répondrez aux questions du chercheur et vous parlerez de votre expérience au cours d'une entrevue, au terme de laquelle, on vous remettra un questionnaire qui prendra approximativement 5 minutes à remplir. L'échange sera d'une durée de 60 à 90 minutes approximativement, sera mené par l'étudiant chercheur et sera enregistré sur magnétophone, puis retranscrit pour être analysé. L'entrevue aura lieu dans les locaux du département de Nutrition de *l'Université de Montréal*

Vous autorisez l'étudiant chercheur de vous appeler, si nécessaire, dans les semaines qui suivent l'entrevue, pour clarifier éventuellement quelques informations pour mieux comprendre et faire le feedback de quelques aspects de l'entrevue. De votre côté, si vous voulez clarifier quelques aspects de l'entrevue ou vous avez des questions, vous pourriez toujours joindre l'étudiant chercheur.

Avantages et bénéfices

En participant à l'étude vous prendrez conscience de vos sentiments et de vos attitudes vis-à-vis de votre poids et de votre corps.

Votre participation contribuera à la connaissance des variables qui déterminent et expliquent la préoccupation des hommes québécois en surpoids à l'égard de leur poids. Il s'agit d'un champ de recherche peu développé qui nécessite cette connaissance car elle pourrait permettre le

développement des programmes d'intervention plus spécifiques pour ces hommes et surtout plus efficaces.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients

Les chercheurs ne prévoient pas de risques associés à ce projet de recherche. Si toutefois un répondant fait face à une prise de conscience donnant lieu à une réaction émotive ou psychologique durant ou (dans les jours ou semaines) après sa participation, il sera, sur sa demande (et à ses frais), référé à un psychologue de la *clinique médicale universitaire* pour qu'il puisse intervenir.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela ne vous nuise.

Confidentialité

Tous les renseignements obtenus dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Pour ce faire, ces renseignements seront codés durant l'analyse et mis sous clé.

Les informations obtenues dans ce projet, incluant les questionnaires et les verbatim des enregistrements audio, ne serviront qu'à la recherche et le tout sera conservé au bureau des chercheurs, Joost van der Mast et Marie Marquis dans un classeur sous clé à *l'Université de Montréal*. Les verbatim et les questionnaires seront détruits sept ans après le début du projet.

Les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le *Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM)* de *l'Université de Montréal*. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Personnes ressources

En tout temps, les personnes suivantes pourront répondre à vos questions :

Joost van der Mast, étudiant chercheur : 514

Marie Marquis, responsable de la recherche : 514 poste

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de *l'Université de Montréal*, au numéro de téléphone (514) ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Déclaration du participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant la nature et le déroulement de ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Le Comité d'éthique et de la recherche de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal (CERFM) a pris connaissance et a approuvé ce projet de recherche.

Je, soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie :

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement;
- b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

_____	_____	_____
Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date

Informations de type administratif

L'original du formulaire sera conservé au bureau des chercheurs, Joost van der Mast et Marie Marquis dans un classeur sous clé à l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le 26 juin 2008.

Numéro de référence: **CERFM (08) # 313**

Annexe G.

<p style="text-align: center;">CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)</p>
--

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

**« Mâle dans leur poids. » Une étude sur les variables explicatives de la préoccupation des
hommes québécois avec surpoids à l'égard du poids.**

présenté par : Joost van der Mast et Marie Marquis

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Isabelle Ganache, présidente

Date d'étude : 10 juin 2008

Date d'approbation : Modifié et approuvé le 26 juin 2008

Numéro de référence : **CERFM #318**

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

SE CONFORMER A L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITE DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNEES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.

SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTERIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

TRANSMETTRE IMMEDIATEMENT AU CERFM TOUT EVENEMENT INATTENDU OU EFFET INDESIRABLE RENCONTRES EN COURS DE PROJET.

COMPLETER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.