

Université de Montréal

Le Boy's Club : Intervention de groupe auprès d'hommes souffrant d'un trouble de l'humeur basée sur l'aide mutuelle, la conscientisation et l'analyse des processus de socialisation masculine

Par
François-Michel Labrie

École de service social
Faculté des études supérieures

Essai critique de stage présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de la maîtrise ès science (M. Sc.) en service social

Juillet 2013

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je désire remercier ma directrice de maîtrise, madame Annie Fontaine, pour ses nombreux commentaires pertinents et ses pistes de réflexion toujours à propos. Je remercie également mes collègues de séminaire : Jean-Gardy Gauthier, Geneviève Desjardins et Catherine Riendeau-Janvier. Tous ensemble, nous avons formé une belle équipe durant le séminaire d'accompagnement du stage.

Un immense merci à mon superviseur de stage, monsieur Yvan Martineau, travailleur social à la clinique externe des troubles anxieux et de l'humeur de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Votre style de supervision a grandement facilité chacune des étapes de ce stage. Ce fut un honneur de pouvoir travailler avec vous.

Je remercie également les sept hommes qui ont eu le courage de s'affirmer et de participer au groupe d'intervention que j'ai expérimenté durant le stage. Messieurs, à votre façon, vous aurez contribué à l'avancement de la connaissance grâce à votre participation. Vous pouvez en être fier.

Je me dois également de soulever la contribution de deux personnes qui m'ont permis de m'orienter dans les débuts de cette maîtrise. Tout d'abord, merci à madame Denise Couture, travailleuse sociale à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, lieu de mon premier stage en travail social. Aussi, merci à monsieur Simon-Louis Lajeunesse, professeur à l'École de service social de l'Université de Montréal, pour sa générosité à mon endroit.

Même s'ils ne liront jamais cet essai, je désire saluer les gens de la Mission Old Brewery, qui ont osé faire confiance à un jeune homme sans expérience lors de la mise en place de nouveaux programmes d'intervention auprès des hommes itinérants : merci à Donald Morin, René Lacroix, Felicia Katsouros et George Ohana de m'avoir donné une chance de montrer ce que je pouvais faire.

Bien entendu, je remercie les membres de ma famille, qui m'ont supporté durant tout ce processus. À ma blonde, Andréane, qui entreprenait un retour aux études alors que je débutais ma maîtrise : nous avons réussi darlin'! Merci aussi à mon frère, Jean-Nicolas, à ma mère Jocelyne, à Richard et à ma belle-famille (Daniel, Pascale et Philippe).

J'ai décidé d'orienter ma maîtrise sur l'intervention à offrir auprès des hommes. Cette idée n'aurait jamais pris forme sans la présence dans ma vie d'un modèle masculin. Normalement, pour chaque garçon, le père représente le premier modèle masculin que l'on côtoie. Je garde ainsi mon dernier remerciement pour mon père, Benoît. Jamais je ne me serais rendu là où je suis aujourd'hui sans ton soutien papa. Merci pour tout!

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	p.ii.
Tables des matières.....	p.iii.
Introduction.....	p.1.
Chapitre 1 : Recension des écrits.....	p.5.
1. Problématique de la condition masculine.....	p.5.
1.1 Évolution des normes de genre et des rôles sexuels.....	p.5.
1.2 Les hommes et la santé.....	p.8.
2. Cadres d’analyses des difficultés vécues par les hommes.....	p.10.
2.1 La socialisation des hommes.....	p.10.
2.2 L’offre de services aux hommes.....	p.15.
3. Méthodes d’intervention auprès des hommes.....	p.16.
3.1 Une approche psychosociale adaptée.....	p.16.
3.2 L’intervention de groupe.....	p.18.
Chapitre 2 : Présentation du projet d’intervention.....	p.21.
1. Description du milieu de stage.....	p.21.
1.1 L’institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal.....	p.22.
1.2 Programme des troubles anxieux et de l’humeur.....	p.24.
2. Présentation du projet d’intervention.....	p.26.
2.1 Le public ciblé par le projet d’intervention.....	p.26.
2.2 Objectifs du projet d’intervention.....	p.29.
2.3 Méthodologie.....	p.30.
2.4 Présentation du cadre d’analyse retenu.....	p.31.

2.5	Approches d'intervention.....	p.35.
2.5.1	La conscientisation.....	p.35.
2.5.2	L'aide mutuelle.....	p.36.
3.	Démarche d'élaboration et d'implantation du projet.....	p.37.
3.1	Démarche d'élaboration du projet.....	p.37.
3.2	Démarche d'implantation du projet.....	p.41.
Chapitre 3 : Analyse critique du projet d'intervention.....		p.43.
1.	Portrait des participants.....	p.43.
2.	Bilan d'implantation du projet.....	p.46.
3.	Bilan de l'intervention.....	p.49.
3.1	Le sentiment de mobilisation.....	p.49.
3.2	Briser l'isolement.....	p.49.
3.3	Normaliser les difficultés vécues.....	p.50.
3.4	Favoriser la connaissance de soi.....	p.51.
3.5	Miser sur les forces pour abaisser le sentiment de honte.....	p.52.
3.6	Prendre conscience des effets de la socialisation masculine.....	p.52.
4.	Analyse des choix méthodologiques.....	p.55.
5.	Questionnements éthiques.....	p.58.
Conclusion.....		p.60.
Bibliographie.....		p.64.
Annexe : Échelle d'Évaluation de la Séance (ÉÉS).....		p.71.

INTRODUCTION

Cet essai critique dresse le portrait d'un stage de trente semaines effectué à la clinique externe des troubles de l'humeur de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, anciennement nommé hôpital Louis-H. Lafontaine. Offrant des services de deuxième et de troisième ligne, l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal se spécialise « à rendre accessibles des soins et des services spécialisés et ultra spécialisés de qualité en santé mentale » (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009, p.3). La clinique externe des troubles de l'humeur est le dernier niveau de service, après une hospitalisation à l'interne et le suivi en hôpital de jour, dans le cadre du programme des troubles anxieux et de l'humeur de l'Institut. Les services de la clinique se positionnent comme étant des services de deuxième ligne. Ils sont offerts aux usagers présentant des troubles dépressifs unipolaires ou des troubles bipolaires jugés plus difficiles à traiter. Ils visent à stabiliser l'état des usagers pour leur permettre un retour en première ligne.

La question de départ de ce projet de maîtrise concerne l'intervention à offrir auprès des hommes qui utilisent les services des institutions de santé et de services sociaux. Il est reconnu que les hommes sont moins nombreux que les femmes à utiliser ces services (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Il est également démontré que la détresse psychologique semble plus fréquemment identifiée chez les femmes que chez les hommes (Gagné et St-Laurent, 2009). Pourtant, ces mêmes auteurs rapportent que les hommes sont de trois à quatre fois plus nombreux à mourir du suicide que les femmes. La détresse psychologique et le risque suicidaire chez les hommes demeurent donc des problèmes sociaux actuels. Il est important de réfléchir sur les pratiques d'intervention à offrir à cette population. En somme, les services offerts aux hommes en difficulté ne seraient pas adaptés pour bien répondre à leurs besoins spécifiques (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Dans un contexte de soins en santé mentale, comment est-il possible de favoriser l'intervention auprès de ces hommes pour répondre à leurs besoins ?

Les processus de socialisation masculine représentent une dimension à prendre en compte pour éclairer cette question. En effet, de nombreuses valeurs, comme l'autonomie, la répression de certaines émotions, la réussite à tout prix et l'esprit de compétition sont associées à la masculinité et sont valorisées chez les hommes (Tremblay et l'Heureux, 2010a). Il s'agit de valeurs reliées à une masculinité plus traditionnelle qui, malgré les nombreux changements sociaux du vingtième siècle, sont encore présentes chez de nombreux hommes (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010). Il est maintenant bien documenté que la forte adhérence à ces valeurs peut nuire à la santé mentale des hommes et peut être également un obstacle dans l'intervention (Brooks, 1998; Dulac, 2001; Cochran et Rabinowitz, 2003; Tremblay et l'Heureux, 2010b). En effet, un processus d'intervention typique demande aux personnes d'être connectées sur leurs émotions, de dévoiler leurs difficultés et de solliciter l'aide d'autrui pour régler les problèmes, ce qui est complètement opposé aux processus de socialisation masculine (Brooks, 1998). Il apparaît donc essentiel d'explorer ces différents processus de socialisation. Ainsi, le stage s'articule autour de l'implantation d'une intervention de groupe auprès des hommes adhérant aux normes de la masculinité traditionnelle.

L'objectif général de ce groupe est d'offrir un espace à ces hommes afin de discuter de l'importance de ces normes masculines et des effets qu'elles peuvent avoir sur la maladie et sur le traitement, afin de favoriser le rétablissement au sein de la clinique. L'intervention vise donc à briser la stigmatisation associée à la maladie mentale en rassemblant des hommes vivant des problématiques communes, à briser l'isolement affectif souvent vécu par ces hommes, à leur permettre de vivre une expérience relationnelle et affective entre hommes axée sur l'écoute et le partage, à nuancer l'adhésion rigide à certaines valeurs et à normaliser le processus de soins. Le cadre théorique choisi pour cette intervention s'inspire de l'interactionnisme symbolique en raison de l'importance des interactions, des normes et des rôles sociaux et leurs influences sur les individus, plus précisément sur les questions de conflits de rôles lorsqu'on ne comble pas les attentes de son rôle social (Lauer et Handel, 1977; Stryker, 1980). Les travaux de Becker (1973) et de Goffman (1975), montrant que ce n'est pas tant l'acte, mais bien la signification accordée par les autres qui crée la déviance et la

marginalisation, offrent également un éclairage interactionniste pertinent sur la construction sociale de cette problématique. Finalement, comme le mouvement féministe a énormément contribué au travail de déconstruction des stéréotypes de genre chez les femmes, un apport identique est requis du côté masculin. Il est alors essentiel d'adopter une position « proféministe libérale » (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010, p.36). Cette prise de position situe le travail d'intervention auprès des hommes en continuité avec l'approche féministe, sans tomber dans une logique d'affrontement des sexes.

Au point de vue de la recherche scientifique et universitaire, les enjeux entourant les problématiques masculines sont concentrés principalement autour de trois sphères de réflexion : la violence conjugale, l'exercice de la paternité ainsi que l'offre de services aux hommes (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010). Le projet de stage s'inscrit donc bien dans l'un de ces grands enjeux. Toutefois, sur cette question précise des services à offrir, les avancées scientifiques sont somme toute assez récentes (Tremblay et L'Heureux, 2010b). Il s'agit ainsi d'un sujet de recherche très actuel, appelé à se développer considérablement au cours des prochaines années. Cet essai se positionne dans cette mouvance. Il est aussi important de noter que la discipline du travail social au Québec a beaucoup contribué à faire avancer les connaissances au sujet des populations masculines (Tremblay et L'Heureux, 2002). Ce projet d'intervention s'inscrit donc dans les valeurs de la discipline, tout en s'appuyant sur de nombreuses études effectuées ici. L'intervention vise à promouvoir un changement dans l'offre de services aux hommes. Elle cible directement les processus de socialisation masculine et permet de sortir d'un cadre de pathologie individuelle pour contrer un problème social, en accompagnant les hommes dans un travail de déconstruction et de reconstruction de l'identité personnelle et sociale. Finalement, le développement du projet s'appuie sur des tentatives d'intervention similaires qui laissent entrevoir des résultats encourageants et qui incitent à poursuivre dans cette voie (Sternbach, 1990; Hetzel, Barton et Davenport, 1994; Cochran et Rabinowitz, 2003; Primack, Addis, Syzdek et Miller, 2010)

Le premier chapitre de cet essai présente une recension des écrits sur la problématique des hommes en difficulté et des services qui leur sont offerts. Le deuxième

chapitre offre une description plus étoffée du projet d'intervention. Le milieu de stage y est décrit en détails, tout comme la méthodologie et les approches d'intervention, le cadre théorique ainsi que la démarche d'élaboration et d'implantation du projet dans le milieu de stage. Le troisième chapitre dresse le portrait des participants du projet, présente ce qui a été observé durant le stage et propose une analyse critique de toute la démarche. En conclusion, on y retrouve des questions à approfondir, de même que certaines recommandations.

CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une recension des écrits concernant la population masculine. En premier lieu, la problématique de la condition masculine est définie en jetant un regard sur l'évolution des normes de genre, des rôles sexuels et sur l'état de santé actuel des hommes au Québec. Par la suite, des cadres d'analyse sur les difficultés vécues par les hommes sont exposés. L'emphase est placée sur la socialisation des hommes et l'offre de services à leur endroit. Ensuite, le chapitre présente quelques méthodes d'intervention, en abordant un modèle d'intervention psychosociale adapté pour cette population spécifique et en décrivant les avantages de l'intervention de groupe. Finalement, le chapitre se conclue avec la question ayant orienté le projet de stage.

1. LA PROBLÉMATIQUE DE LA CONDITION MASCULINE

1.1. Évolution des normes de genre et des rôles sexuels

Afin de mieux comprendre l'état actuel de la problématique, regardons comment la situation a évolué au fil du temps. Il y a moins de cinquante ans, au tournant des années 1960 et 1970, les différentes formes de pouvoir dans la société québécoise demeuraient la chasse gardée de l'homme aux dépens de la femme (Tremblay, 2011). Grâce à l'importance de l'Église catholique comme institution, les hommes exécutaient un contrôle dans toutes les sphères sociales, ce qui favorisait une très grande polarisation des rôles sexuels attendus des hommes et des femmes. Bien entendu, nous ne sommes plus dans ce contexte. Nous sommes passés, en l'espace de cinquante ans, d'une société très patriarcale, dominée par les hommes, à une société un peu plus égalitaire entre les hommes et les femmes, même s'il reste encore beaucoup de travail à faire pour assurer une totale équité entre les sexes. Néanmoins, comment ce changement social a-t-il pu s'opérer si rapidement?

Des auteurs québécois identifient trois éléments centraux dans cette transformation sociale (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010 ; Tremblay, 2011). Premièrement, tout au long des années 1960, le Québec est en pleine Révolution

Tranquille. Durant cette période, « les valeurs religieuses traditionnelles qui sous-tendaient le partage des rôles entre hommes et femmes sont questionnées, puis rejetées » (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004, p.3). Ce mouvement contestataire ne se limite pas uniquement aux questions religieuses. En effet, on observe à la même époque une remise en question de certaines valeurs. Les jeunes ne veulent plus se soumettre à un modèle hiérarchique envers les adultes, qui implique une soumission à une certaine autorité (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010). Le sommet de cette contestation demeure les événements de Mai 68 en France, événements qui ont trouvé échos dans de nombreuses autres sociétés occidentales, dont le Québec. Ce mouvement social est porteur de refus des valeurs paternalistes traditionnelles et peut s'inscrire comme une première remise en question des stéréotypes masculins typiques (Dulac, 1998, dans Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010).

Deuxièmement, il est impossible de parler de remise en question des stéréotypes sexuels masculins sans aborder le mouvement féministe (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010 : Tremblay, 2011). L'apport majeur du mouvement féministe est la déconstruction de nombreux mythes concernant les hommes et les femmes. En raison de cette volonté de vouloir remettre en question les aspects essentialistes et naturels des comportements sexuels, le mouvement féministe a mis en lumière l'importance de l'influence du contexte social sur les comportements, en établissant une distinction entre le sexe biologique et le genre (Tremblay, 2011). Graduellement, les rapports sociaux entre hommes et femmes se modifient et ces dernières obtiennent de nombreux gains (Dandurand, 1985). Elles ont plus d'argent puisqu'elles ont maintenant accès au marché du travail. L'arrivée de méthodes de contraception vient aussi changer les attentes envers les rôles féminins, tout comme la baisse de la pratique religieuse. Vers la fin des années 1970, l'autorité paternelle n'existe plus : on parle maintenant d'autorité parentale conjointe entre hommes et femmes (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Ainsi, le mouvement féministe a permis une certaine forme d'équilibre entre les hommes et les femmes. Ce changement ne s'est pas fait sans conséquences. Le rôle de l'homme traditionnel, en charge de tout, a été grandement modifié suite aux revendications féministes (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010).

Finalement, le troisième élément central dans ce vaste mouvement de changement des rôles sexuels est l'apport du mouvement gai (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010 ; Tremblay, 2011). Plus précisément, l'émergence du mouvement gai a tout d'abord permis de décriminaliser l'homosexualité, pour ensuite l'éliminer comme étant une maladie mentale (Tremblay, 2011). Le mouvement gai a également fait un grand travail sur les perceptions, en tentant de défaire de nombreux stéréotypes des rôles genrés traditionnels, mais aussi des stéréotypes envers les personnes homosexuelles en y apportant beaucoup de nuances (Michaud, 1982, dans Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010). Alors, en un court laps de temps, les rôles sexuels ont énormément changé. Comment les hommes se sont-ils adaptés à ces changements?

Lindsay, Rondeau et Desgagnés (2010) tracent un portrait de l'évolution des groupes d'hommes au Québec. Selon ces auteurs, c'est en se regroupant et en discutant entre eux de ces nombreux changements que les hommes se sont adaptés à ce nouveau climat social. Au départ, à la fin des années 1970, les groupes d'hommes sont fortement influencés par les apports des théories humanistes. Ces groupes laissent un espace aux hommes afin qu'ils puissent s'exprimer. Rapidement, une tendance s'observe : ces hommes, inspirés du mouvement féministe, emboîtent le pas et remettent de plus en plus en question les rôles masculins traditionnels (Tremblay, 2011). Ainsi, la première moitié des années 1980 se caractérise par une réflexion globale sur les normes sociales de la masculinité, plutôt que sur une réflexion personnelle. Par la suite, la fin de la décennie se démarque par un passage à l'acte : il est maintenant temps d'agir pour aider les hommes. L'action auprès des hommes s'est effectuée dans trois sphères précises, soit la problématique de la violence conjugale, la mise en place de conditions optimales permettant aux hommes de jouer leurs rôles de père ainsi que le développement de services d'aide aux hommes en difficulté (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010).

Toujours selon le portrait tracé par Lindsay, Rondeau et Desgagnés (2010), ce n'est qu'au tournant des années 1990 que les questions touchant les masculinités gagnent la sphère publique. Le massacre de quatorze femmes à l'école Polytechnique en décembre 1989 joue un rôle majeur en ce sens. Les différentes interprétations de cet

événement portent le débat à l'échelle provinciale. Le succès du livre *Père manquant, fils manqué* de Guy Corneau serait l'élément central qui aurait donné la légitimité sociale aux préoccupations masculines (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). On reconnaît maintenant les diverses problématiques que peuvent vivre les hommes de nos jours et que celles-ci ont une portée sociale dépassant largement les incapacités individuelles (Lindsay, Rondeau et Desgagnés, 2010). La recherche universitaire et l'implication gouvernementale sur le sujet va donc en grandissant au cours de cette période.

Dans les dernières années, plusieurs publications font état de la santé des hommes au Québec. Ces diverses publications permettent de mieux connaître cette population, de mieux cibler ses besoins ainsi que les réponses à offrir pour venir en aide aux hommes. La prochaine section présente les points saillants de l'état de santé des hommes québécois.

1.2. Les hommes et la santé

Le constat le plus frappant au sujet de la santé des hommes concerne le suicide. En effet, le taux de suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Selon Gagné et St-Laurent (2009), un décès sur trois est lié au suicide, dans le groupe des hommes âgés de trente-cinq à quarante-neuf ans. Ceci est expliqué par le fait que les hommes utilisent des moyens plus drastiques tels les armes à feu, le saut d'une haute structure ou la pendaison, tandis que les femmes utilisent des moyens plus passifs comme la surconsommation de médicaments ou les coupures aux poignets (Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004). Ces mêmes auteurs soulignent aussi que sur une période de douze mois, les idées suicidaires sont présentes sensiblement en même proportion chez les hommes et chez les femmes. En fait, il existe une différence entre les sexes, mais celle-ci est minime (moins de 1% de différence). Toutefois, sur une période de trente ans, soit du début des années 1970 à la fin des années 1990, on remarque que le taux de suicide est en constante évolution, atteignant un pic de 80% des tentatives de suicide complétées par les hommes (Charbonneau, 2000). Plus précisément, les statistiques de l'année 1999 montrent que 1284 des 1620 personnes décédées par suicide

cette année-là sont des hommes. (Gagné et St-Laurent, 2009). Les dernières données sur le suicide au Québec indique que celui-ci est en baisse chez tous les groupes d'âges, autant chez les hommes que chez les femmes (Gagné et St-Laurent, 2009). Cependant, la baisse la moins marquée demeure chez les hommes de deux groupes d'âge, soit ceux âgés entre trente-cinq et quarante-neuf ans, puis ceux âgés de soixante-cinq ans et plus. Bien qu'en légère baisse depuis quelques années, le suicide des hommes demeure un problème social important au Québec.

En observant la situation de plus près, on remarque que ces données sur le suicide sont contradictoires avec d'autres résultats de recherche. Une tendance constatée dans les pays industrialisés se produit également chez nous : de manière générale, les hommes se perçoivent en meilleure santé que les femmes, que ce soit au point de vue physique ou mental (Antil, Bergeron et Cloutier, 2005). Les hommes, peu importe le groupe d'âge, rapportent moins de détresse psychologique que les femmes (Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004; Antil, Bergeron et Cloutier, 2005). Pourtant, comme nous venons de le voir, les hommes meurent plus du suicide que les femmes. Outre le fait d'utiliser des moyens plus violents lors de tentatives de suicide, il existe d'autres facteurs de risque de suicide chez les hommes. L'isolement social est signalé, principalement chez les hommes de vingt-cinq ans et plus (Bergeron et Cloutier, 2005). De manière générale, le réseau de soutien social des hommes est moins élevé et il semblerait qu'ils vivent la solitude beaucoup plus difficilement que les femmes (Antil, Bergeron et Cloutier, 2005). Pour plusieurs hommes, la conjointe représente la seule personne dans le réseau social à pouvoir recevoir les confidences (Tremblay et l'Heureux, 2010b). L'isolement des hommes est donc un facteur de risque assez important.

Aussi, les hommes utilisent beaucoup moins les services de santé que les femmes (Antil, 2005; Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004; Comité de travail en matière prévention et d'aide aux hommes, 2004). Quand ils le font, ils justifient l'utilisation de services par des problèmes de santé physique ou à la suite d'un accident ayant des conséquences sur le plan physique (Antil, 2005). Sur le plan de la santé générale, les hommes présentent plus de comportements à risque : consommation d'alcool, de drogues,

de tabac, de jeu pathologique, comportements sexuels à risque telles la multiplication des partenaires et le fait de ne pas utiliser de condom, mauvaises habitudes alimentaires, surplus de poids et plus grande propension à la criminalité et à la violence (Tremblay et Déry, 2010; Tremblay et Lapointe-Goupil, 2005; Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004; Comité de travail en matière prévention et d'aide aux hommes, 2004).

En résumé, les hommes affirment moins facilement que les femmes les différents problèmes de santé qu'ils peuvent vivre. De plus, on remarque chez eux plus de comportements néfastes et autodestructeurs. Comment est-il possible d'expliquer ces phénomènes? Les auteurs qui se sont penchés sur la question en Occident proviennent de différentes disciplines, allant de la médecine aux sciences humaines comme le travail social, la psychologie et la sociologie (Tremblay et L'Heureux, 2010a). Si les cadres d'analyse, de même que les mentalités d'action varient selon les disciplines et les courants de pensée, il en ressort toutefois un consensus : les normes de socialisation masculine, plus précisément celles associées aux rôles masculins traditionnels, ont un effet néfaste sur la santé des hommes et sur leur perception du soutien psychologique et social dont ils pourraient avoir besoin (Pleck, 1981, 1995; Connell, 1995, 2005; Brooks, 1998; Dulac, 2001; Cochran et Rabinowitz, 2003; Good et Wood, 1995; Oliffe et Phillips, 2008; Primack, Addis, Syzdek et Miller, 2010; Tremblay et l'Heureux, 2010a). La prochaine section se penche sur les cadres d'analyse utilisés pour mieux comprendre la problématique des hommes en difficulté.

2. CADRES D'ANALYSE DES DIFFICULTÉS VÉCUES PAR LES HOMMES

2.1. La socialisation des hommes

Dufault et Tremblay (2010) présentent l'évolution des courants théoriques associés à l'analyse des genres au fil du temps. Deux théories ont particulièrement contribué à changer les mentalités dans l'analyse de la problématique des hommes en difficulté, soit les travaux de Pleck (1981; 1995) et les travaux de Connell (1995;2005). Les théories de ces auteurs ont permis de sortir d'une vision biologique pour aller graduellement vers une approche constructiviste du genre et des rôles sexuels.

Provenant de la psychologie, l'émergence de la théorie de Pleck (1981) s'effectue en réponse aux théories psychanalytiques. Pleck estime que le développement de l'identité sexuelle va au-delà des conflits inconscients vécus de manière individuelle entre la mère et l'enfant. En effet, Pleck intègre l'importance des normes sociales dans le développement de l'identité sexuelle. En société, il y a un rôle sexuel à jouer de façon adéquate. La socialisation a donc une influence sur l'identité sexuelle et la performance de genre. En 1981, Pleck développe ce qu'il appelle à l'époque le *Sex Role Strain* (tension de rôle de sexe), qu'il redéfinit en 1995 par *Gender Role Strain* (tension de rôle de genre) chez les hommes (Dufault et Tremblay, 2010). Selon ce concept, les processus de socialisation chez les garçons, qui induisent les normes culturelles d'une masculinité traditionnelle, sont en fait très dommageables pour ceux qui tentent de s'y conformer. Les caractéristiques de cette masculinité sont de ne pas exprimer certaines émotions comme la peur et la tristesse, se montrer fort, indépendant et régler ses problèmes sans l'aide d'autrui. De plus, il faut éviter toute caractéristique considérée comme étant féminine, ceci pouvant inclure autant l'homosexualité que toute autre forme d'intimité entre hommes, même si cette intimité n'a aucun sous-entendu de nature sexuelle.

Pleck estime que ces processus sont nocifs aux hommes. S'apercevant que ses comportements et attitudes ne concordent pas avec l'image sociale attendue, l'homme qui s'identifie aux normes traditionnelles de la masculinité risque de vivre une terrible impression d'insatisfaction envers lui-même (Dufault et Tremblay, 2010). Il aura ainsi tendance à s'investir encore davantage dans des comportements considérés masculins. Dans sa thèse de doctorat auprès de jeunes hommes sportifs, Lajeunesse (2008) observe ce phénomène et décrit que ces hommes font beaucoup d'efforts pour atteindre un idéal masculin, aux antipodes de la féminité, en tentant de façon démesurée de performer en conformité de genre. Cependant, Pleck estime que cet idéal est très difficilement atteignable. Ainsi, les hommes impliqués dans cette dynamique s'exposent beaucoup à l'échec et vont aussi s'identifier comme les seuls coupables de cet échec. Ceci expliquerait donc la propension qu'ont certains hommes envers la violence et les comportements d'autodestruction (Dufault et Tremblay, 2010).

Alors que les travaux de Pleck sont issus de la psychologie, les travaux de Connell (1995; 2005) proviennent de la sociologie. Connell soutient que la théorie de Pleck place l'homme dans une position de soumission par rapport aux normes sociales. Elle estime que les processus de socialisation entre un individu et la société sont plus interactifs que ne le laisse entendre Pleck (Dufault et Tremblay, 2010). Connell développe plutôt un modèle pluriel selon lequel il y aurait plusieurs formes de masculinité. Toutefois, il y aurait également une hiérarchie, au sommet de laquelle se trouve la masculinité hégémonique (Tremblay, 2011), dont les caractéristiques rejoignent celles de Pleck. On doit éviter de pleurer, éviter le féminin en soi, être fort et dominant, bref se conformer aux normes traditionnelles du genre masculin. En somme, bien qu'on retrouve d'autres formes de masculinités, elles seront toujours subordonnées, soumises à la masculinité hégémonique. Cette forme de masculinité implique la possession du pouvoir et la domination sur les autres, ce qui explique pourquoi elle est en position de supériorité par rapport aux autres formes de masculinités (Dufault et Tremblay, 2010).

Selon Dufault et Tremblay (2010), l'apport de la théorie de Connell se situe au niveau de l'interaction entre les membres d'une société et les normes de celle-ci. En effet, les normes à propos du genre sexuel ne seront pas les mêmes d'une société à l'autre et sont constamment en évolution. Néanmoins, l'hégémonie et les normes de domination se trouvent au premier plan et les hommes qui ne correspondent pas à ces critères de masculinité plus classique sont à risque d'exclusion. Tout comme la tension de rôle de genre définie par Pleck, il faut, selon Connell, constamment prouver son adhésion à la masculinité hégémonique, avec les conséquences déjà mentionnées dans ce texte. La littérature québécoise sur le sujet estime qu'il est essentiel de concevoir les masculinités sous différentes formes dans une société, sans quoi le changement social serait impossible (Tremblay, 2011). Les théories de Pleck et de Connell accordent donc beaucoup d'importance aux normes de socialisation masculines et à leurs effets sur la santé physique et mentale des hommes (Dufault et Tremblay, 2010; Tremblay, 2011).

D'ailleurs, la socialisation serait plus difficile à vivre pour les hommes que pour les femmes selon certains auteurs (Pleck, 1981; Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux,

2010a). Le mouvement féministe a fait un énorme travail afin de briser la hiérarchie masculine dominatrice et pour défaire les stéréotypes sexuels accolés aux femmes. À cet égard, Tremblay et l'Heureux (2010a) rapportent les résultats de différentes études montrant que les sociétés occidentales sont désormais ouvertes à redéfinir le féminin, donc à déconstruire des préjugés envers les femmes. Ces mêmes études indiquent que les stéréotypes masculins sont beaucoup plus tenaces et difficiles à surmonter. Pleck (1981) affirme que les hommes qui ne se positionnent pas en conformité de genre sont beaucoup plus à risque de vivre une stigmatisation sociale que ne le sont les femmes. Bien que ces phénomènes soient perceptibles partout en Occident, des auteurs québécois estiment que la situation du Québec présente deux caractéristiques particulières (Comité de travail en matière d'aide et de prévention aux hommes, 2004). Tout d'abord, le Québec a entamé sa révolution sociale beaucoup plus tardivement que d'autres sociétés, en plus de l'avoir menée plus rapidement. Ceci fait en sorte que les changements attendus ont été plus drastiques, donc plus difficiles à vivre pour certains hommes. Deuxièmement, il existerait une forme de double-discours : on demande aux hommes de ne plus adhérer aux normes masculines traditionnelles, mais les alternatives offertes ne sont guères intéressantes (Dulac, 2001; Comité de travail en matière d'aide et de prévention aux hommes, 2004; Tremblay et l'Heureux, 2010a).

En effet, il semble que, par le biais des médias et de la publicité, seulement deux modèles seraient présentés dans la culture actuelle au Québec : l'homme traditionnel ou l'homme complètement inadéquat incapable de faire quoi que ce soit sans échouer (Nathanson et Young, 2001). Ces auteurs utilisent le terme « misandrie » pour définir la situation. Les conduites de l'homme traditionnel ne sont pas recommandées dans le climat social moderne, mais elles sont encore utilisées comme stratégies de vente de produits (Tremblay et L'Heureux, 2010a). De l'autre côté, on se moque des hommes qui n'arrivent pas à atteindre cet idéal masculin en le dénigrant. Selon Dulac (2001), les hommes se trouvent ainsi démunis, ne sachant plus quelle conduite ils doivent adopter. Également, selon Lajeunesse (2008), la grande tradition des sports d'équipe au Québec, principalement reliée à la popularité du hockey et du football américain, permet toujours la valorisation d'une forme de masculinité hégémonique telle que vue par Connell

(1995). Ceci a une influence tangible sur les jeunes garçons qui idolâtraient beaucoup les sportifs professionnels. Il semble alors que certaines normes associées à la masculinité traditionnelle soient encore valorisées de nos jours.

Dulac (2001) illustre quelques conséquences négatives pour les hommes de se camper dans des comportements traditionnels de la masculinité. En plus d'un double discours envers les garçons, on retrouve également l'utilisation de la violence de la part des pairs pour rejeter tout comportement qui sort du cadre socialement accepté, la négation des problèmes, une tendance à l'isolement en situation de difficulté, la peur de faire rire de soi, l'importance de garder le contrôle en tout temps et la présence d'un important sentiment de honte. À ce sujet, De Gaulejac (1989) affirme que la honte est le pire sentiment qu'il puisse être possible de vivre pour un humain puisqu'il s'attaque aux racines même de l'identité individuelle et de l'existence. Pourtant, la honte est partie constante de la socialisation masculine et représente même le sentiment le plus souvent nommé par les hommes en difficulté (Dulac, 2001; Keefer et Rondeau, 2002).

Il a été mentionné précédemment dans le texte que les hommes utilisent moins les services sociaux que les femmes. Comme nous venons de le voir, la socialisation masculine et l'adhésion aux normes masculines traditionnelles peuvent inhiber la demande d'aide. Tremblay et Déry (2010) présentent des données sur les consultations en CLSC pour des besoins psychosociaux pour l'année 2008-2009. Outre pour le groupe d'âge de zéro à onze ans, on remarque que les femmes utilisent plus ces services que les hommes. La proportion d'utilisation des services est de deux femmes pour un homme dans trois groupes d'âge, soit chez les gens de dix-huit à vingt-neuf ans, ceux âgés entre trente et quarante-neuf ans et aussi chez les gens âgés de soixante-cinq ans et plus. Les données indiquent aussi que les hommes âgés entre trente et soixante-quatre ans sont plus nombreux à consulter que les hommes des autres groupes d'âge. Ainsi, malgré tout, certains hommes utilisent les services. La prochaine section aborde l'offre de services aux hommes.

2.2. L'offre de services aux hommes

Plusieurs auteurs affirment que l'offre de services dans le milieu de la santé et des services sociaux n'est présentement pas adaptée pour la population masculine dite traditionnelle. Brooks (1998) soulève la contradiction que vivent ces hommes entre les attentes envers la clientèle dans les services et les attentes sociales envers les hommes. Selon lui, on demande aux personnes utilisant les services de santé et services sociaux de parler de leurs émotions, incluant la tristesse et la honte, d'accepter l'aide offerte, d'accepter la confrontation avec la souffrance vécue, de dévoiler leurs incapacités à y faire face dans l'immédiat et d'approfondir un travail introspectif pour régler la situation. Or, la socialisation masculine demande les caractéristiques contraires aux hommes, qui doivent plutôt être constamment en contrôle, ne démontrer aucun signe de faiblesse dont certaines émotions, faire preuve de courage devant l'adversité et montrer une capacité à régler leurs problèmes par eux-mêmes.

En somme, les professionnels s'attendent à ce que les gens se comportent comme des utilisateurs de services idéaux, soit selon des caractéristiques typiquement associés à la socialisation féminine (Dulac, 2001; Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Cependant, certains hommes attendent beaucoup trop longtemps avant d'utiliser les services disponibles. Lorsqu'ils le font, ils se présentent souvent en situation de crise et expriment leurs besoins de manière agressive (Dulac, 2001). Ces signaux seraient perçus comme des signes d'une personne dangereuse alors que selon certains, il s'agirait plutôt de la façon dont les hommes expriment leur détresse (Dulac, 2001; Tremblay et l'Heureux, 2002; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; Tremblay, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004; Tremblay et L'Heureux, 2010b).

Ceci nous amène vers un autre constat qui ressort dans la littérature, un constat qui est spécifique à la santé mentale. Plusieurs sont d'avis que les critères d'évaluation et de diagnostic de certaines maladies mentales, plus précisément à propos des troubles de l'humeur et de la dépression, ne sont pas du tout adaptés aux réalités masculines (Cochran et Rabinowitz, 2003; Oliffe et Phillips, 2004; Tremblay, Morin, Desbiens et

Bouchard, 2007; Primack, Addis, Syzdek et Miller, 2010). Alors que les femmes ont plutôt tendance à intérioriser la souffrance vécue, les hommes en dépression vont plutôt tenter de la masquer (Pollack, 1998; Lynch et Kilmartin, 1999). Ainsi, les hommes dépressifs utiliseront une panoplie de solutions actives, comme la consommation de drogues, d'alcool, de jeu, de pornographie ou un investissement accru de leur temps dans des activités de performance, par exemple des heures supplémentaires au travail ou dans une sexualité plus active (Lynch et Kilmartin, 1999; Cochran et Rabinowitz, 2003; Kilmartin, 2005; Oliffe et Philips, 2008). Également, on dénote beaucoup plus d'agressivité et d'irritabilité chez les hommes dépressifs, alors que ces critères ne sont aucunement pris en considération dans le dépistage diagnostique de la dépression (Cochran et Rabinowitz, 2003; Brownhill, Wilhelm, Barclay et Schmied, 2004; Oliffe et Philips, 2008; Romans et Clarkson, 2008). Pour remédier à cette situation, qui a une influence sur le diagnostic et les services reçus, certains auteurs proposent d'établir des critères diagnostics de dépression selon le genre, avec des caractéristiques qui prennent en compte les effets de la socialisation masculine (Pollack, 1998; Cochran et Rabinowitz, 2003).

Ces divers constats impliquent qu'il est nécessaire de trouver des pistes d'action différentes pour rejoindre la population des hommes en difficulté qui s'identifient aux caractéristiques d'une masculinité plus traditionnelle. À cet égard, la littérature présente quelques pistes d'intervention qui peuvent être plus appropriées pour cette population.

3. MÉTHODES D'INTERVENTION AUPRÈS DES HOMMES

3.1. Une approche psychosociale adaptée

Dans son rapport final, le Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004) cible plusieurs interventions, à différents niveaux, afin d'améliorer les services aux hommes. En premier lieu, il doit y avoir un travail de fond sur les normes de socialisation masculine. Il s'agit bien entendu d'un objectif qui dépasse grandement le cadre des services de santé et des services sociaux. Toutefois, le Comité recommande qu'un travail de sensibilisation soit fait, autant chez la clientèle que chez les dispensateurs

de services. Il est nécessaire d'aborder avec les hommes les réalités qu'ils vivent dans le travail d'intervention. Pour ce faire, les intervenants doivent être sensibles aux réalités masculines et aux effets potentiels de la socialisation masculine sur la façon dont les hommes vont percevoir les services et interagir dans cet univers. Il importe donc de changer de façon de faire dans les interventions à offrir auprès de cette clientèle. À ce sujet, Tremblay et l'Heureux (2002) ont développé un modèle d'intervention psychosociale adapté à la clientèle masculine plus traditionnelle. Selon ce modèle, il est impératif d'adopter une position constructiviste sur le genre (Tremblay, 2011), de refléter aux hommes la situation inconfortable dans laquelle ils se trouvent et d'explorer cette réalité avec eux. Il est également nécessaire de laisser une partie du pouvoir et du contrôle de l'intervention aux hommes, afin de les mettre plus à l'aise. En effet, s'ils ne sentent pas qu'ils peuvent avoir un certain contrôle, les hommes mettront fin au travail thérapeutique (Dulac, 2001).

Bien que difficile, le travail sur les émotions est une partie essentielle de l'intervention auprès des populations masculines. Cependant, la façon de faire doit être différente de l'approche thérapeutique conventionnelle. Selon Tremblay et l'Heureux (2002), comme les hommes ont plutôt tendance à l'action, il est plus difficile pour eux de traduire leurs émotions en mots. Ce processus doit se faire de façon graduelle, en posant des questions qui traitent de faits concrets plutôt que de rester dans l'abstrait du monde émotionnel (Tremblay et L'Heureux, 2010b). Graduellement, ils développeront leur capacité à être plus connectés sur leurs émotions. En misant sur l'action, mais également sur les capacités, habiletés, qualités et compétences des hommes, il sera beaucoup plus facile de travailler sur le sentiment de honte. Dans une intervention classique qui met l'emphase sur les déficits, le risque d'accentuer le sentiment de honte est trop important. Afin de compléter leur modèle d'intervention, Tremblay et l'Heureux (2010b) ont poussé leur réflexion en proposant plusieurs techniques d'intervention permettant de travailler les émotions. Ils proposent d'établir un contrat de travail clair et coopératif, de travailler à normaliser la perception de la relation d'aide, qui est une atteinte sévère à la masculinité hégémonique, et d'incorporer l'histoire sociale des hommes dans la trajectoire d'aide avec différents outils, comme le génogramme par exemple.

L'intervention principale chez les hommes en difficulté doit se faire à propos de l'isolement qu'ils peuvent vivre (Tremblay et L'Heureux, 2002). Comme il a déjà été mentionné, l'isolement social et affectif est une réalité touchant beaucoup d'hommes, une réalité qui peut être difficile à vivre pour eux et qui peut avoir de nombreuses conséquences. Deux interventions sont suggérées (Tremblay et L'Heureux, 2002). Tout d'abord, lors d'un suivi individuel, il est important d'aider les hommes à investiguer davantage leur réseau social. En travaillant sur cet aspect, certains hommes peuvent arriver à modifier leurs perceptions de certaines personnes de leur réseau social, changeant ainsi de manière positive leurs relations. Il devient possible de briser une sorte de barrière, menant ainsi les hommes à se confier un peu plus à certaines personnes de leur réseau outre que leur conjointe. Cependant, ceci n'est pas possible pour tous. Plusieurs hommes sont vraiment isolés, n'ayant personne dans leur réseau social. Une autre recommandation est de favoriser le travail de groupe auprès de cette population (Tremblay et L'Heureux, 2002; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Dulac (2001) estime aussi qu'il s'agit d'une avenue à privilégier, bien qu'elle ne soit pas sans limites.

3.2 L'intervention de groupe

Dulac (2001) soulève les avantages de l'intervention de groupe auprès des hommes. Le travail de groupe aide à normaliser les difficultés, en permettant une prise de contact avec d'autres hommes vivant des situations similaires. Il permet également de déconstruire de nombreuses idées sur la masculinité. En effet, partager un vécu émotif, vivre une relation d'intimité avec d'autres hommes, s'éloigner d'une forme de compétition masculine pour favoriser le partage sont des avantages du travail de groupe. Il demeure important que le cadre du groupe soit établi clairement, afin d'éviter l'ambiguïté. Les rencontres doivent être régulières, les sujets de discussion connus à l'avance. Tremblay et L'Heureux (2010b) estiment également qu'il peut être intéressant d'établir certains rituels dans ces rencontres. Ces auteurs s'appuient sur les résultats de Lajeunesse (2008) qui a observé que les rituels étaient un élément central dans la cohésion et l'esprit d'équipe des sportifs.

Voyons quelques résultats d'études qui ont appliqué l'une ou l'autre de ces stratégies d'intervention. Forte (2010) a analysé l'intervention de groupe au sujet de nombreuses problématiques : alcoolisme, dépression, divorce, transgenrisme, etc. Il en ressort de manière générale que l'expérience vécue par les groupes était positive. Il a été possible d'y développer un nouveau regard sur soi, mais également sur les structures culturelles et sociales qui entourent les gens. L'expérience subjective a été ramenée au premier plan, ce qui fait cruellement défaut dans le contexte actuel des services d'aide et d'intervention selon cet auteur. Il est important de préciser que Forte a seulement analysé les dynamiques de groupes et n'a pas aucunement investigué les diverses réalités masculines, puisque ceci n'était pas le sujet de son étude. Il ressort toutefois les avantages de l'intervention de groupe.

Toujours dans un contexte d'intervention de groupe, Blanchette et Couto (2010) ont développé un modèle d'intervention de groupe auprès d'hommes impliqués en violence conjugale. Les séances de groupe étaient établies selon les principes définis précédemment, soit l'importance de conserver des rituels, de développer une dynamique de groupe permettant aux hommes de se concentrer sur leur vécu émotif et de favoriser une réflexion sur la socialisation masculine. Selon les auteurs, les changements sont perceptibles rapidement chez les participants et il s'agit d'une expérience à reproduire. Dans une étude menée auprès d'hommes en crise suicidaire, Roy et Des Rivières-Pigeon (2011) ont observé qu'il est plus facile d'entrer en relation d'aide auprès des hommes lorsqu'un espace de négociation des normes masculines était permis dans l'intervention. Cet espace de discussion a permis aux hommes interviewés de voir l'impact de ces normes sociales sur eux, ce qui a facilité l'intervention par la suite. Pour conclure, Primack, Addis, Syzdek et Miller (2010) se sont intéressés à l'intervention de groupe auprès d'une clientèle masculine en santé mentale. Ils ont développé un modèle d'intervention de groupe auprès d'hommes souffrant de dépression. Le modèle s'appelle *Men's Stress Workshop*. L'utilisation du mot stress est volontaire et s'inscrit dans une optique de briser la stigmatisation qu'associent les hommes à la maladie. Participer à un groupe sur la gestion du stress est beaucoup moins stigmatisant que de participer à un groupe de thérapie sur la maladie mentale. Le modèle est une intervention de groupe

traitant la dépression en y abordant les normes sociales de la masculinité. Les auteurs ont observé que les symptômes dépressifs avaient diminué chez les hommes ayant complété toutes les séances du groupe. Selon les participants, la dynamique de groupe, de même que la possibilité de redéfinir certains concepts associés à la masculinité, leur a permis de briser l'isolement et de faire des nouveaux apprentissages pour gérer leurs émotions, ce qui a amélioré leur état mental.

En résumé, ce premier chapitre décrit l'évolution historique de la problématique des hommes en difficultés, expose des cadres d'analyse axés sur la socialisation masculine et sur l'offre actuelle des services afin de mieux comprendre la situation et présente quelques propositions d'interventions, qui misent sur un regard critique des masculinités et sur l'intervention de groupe, pour répondre aux besoins de la clientèle masculine traditionnelle. Cette recension des écrits apporte alors quelques éléments de réponse à la question de départ orientant le stage. Dans un contexte de soins en santé mentale, comment est-il possible de favoriser l'intervention auprès des hommes pour répondre à leurs besoins ?

CHAPITRE 2: PRÉSENTATION DU PROJET D'INTERVENTION

Le premier chapitre de cet essai nous a permis de mieux comprendre certains éléments de la problématique de l'intervention auprès des hommes. Pour répondre à la question concluant ce chapitre, il semble que deux éléments centraux se démarquent. Tout d'abord, une intervention sur les normes de socialisation masculine et sur les valeurs attribuées au rôle masculin traditionnel est souhaitable. Pour ce faire, il semble aussi que l'intervention de groupe soit une méthode d'intervention appropriée. Ainsi, l'objectif de ce projet de stage est d'expérimenter un groupe de soutien pour hommes qui permet une analyse critique des normes de socialisation masculine. Le stage a eu lieu à la clinique externe des troubles anxieux et de l'humeur de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM).

Ce chapitre présente donc en détails le projet d'intervention expérimenté en cours de stage. En premier lieu, on y retrouve une description de l'IUSMM d'abord, puis du programme des troubles anxieux et de l'humeur ensuite. En deuxième lieu, chaque étape du projet est précisée : le public ciblé, les objectifs du projet d'intervention, la méthodologie retenue, le cadre théorique et les approches d'intervention choisies. Finalement, le chapitre se conclue avec une présentation de la démarche d'élaboration du projet et de son implantation dans le milieu de stage.

1. DESCRIPTION DU MILIEU DE STAGE

Avant de faire la description du milieu de stage, il est nécessaire d'apporter une petite précision à propos de son nom. Comme mentionné dans l'introduction de cet essai, l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal s'appelait autrefois l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Or, même s'il possède le titre d'Institut Universitaire en Santé Mentale depuis l'automne 2011, ce n'est qu'en mars 2013 que l'hôpital Louis-H. Lafontaine a changé officiellement son nom pour Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM, 2013). Dans cet essai, le milieu de stage sera donc toujours nommé par son nom actuel. Cependant, les sources de références utilisées pour présenter le milieu ont été

produites avant le changement de nom et sont donc identifiées sous le nom de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

1.1 L'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

Au Québec, le réseau de la santé et des services sociaux est organisé de manière hiérarchique et les services sont divisés sous trois catégories, communément appelées première, deuxième et troisième ligne (MSSS, 2012). En ce qui concerne les soins en santé mentale, Lalonde et Lesage (2001, dans Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005) les présentent selon cette hiérarchie. Alors que les services de première ligne se concentrent principalement sur les problématiques considérées comme étant mineures et passagères, les services de deuxième et de troisième ligne offrent une panoplie d'interventions beaucoup plus spécialisées, s'attaquant aux problématiques de santé mentale plus aiguës et chroniques qui nécessitent des soins plus élaborés. La distinction est importante à faire puisqu'elle permet de mieux saisir la mission du milieu de stage.

L'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal est un établissement offrant des soins en psychiatrie. Il s'agit du plus gros établissement francophone à offrir ce type de services à l'échelle canadienne (Fondation de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012). L'établissement possède la désignation d'Institut universitaire en santé mentale en raison de son affiliation à l'Université de Montréal. L'extrait suivant décrit de quelle façon se définit l'Institut :

Un établissement universitaire offrant des services de 2^e et 3^e ligne en santé mentale a pour mission d'offrir des services cliniques, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des moyens d'intervention en santé mentale et de fonder ses politiques, programmes et interventions sur les données factuelles. Il ne s'agit pas seulement de choisir en fonction des données factuelles, mais aussi de démontrer que les résultats obtenus sont conformes aux meilleures pratiques et enfin, d'innover, de rechercher de meilleures interventions cliniques et pratiques de gestion. (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009, p. ix).

Comme on le voit, la mission de l'établissement ne se limite pas uniquement à des services d'intervention spécialisés. Il y a également une volonté de production du savoir, de diffusion des connaissances, mais aussi une grande importance accordée à la gestion.

Cette précision est nécessaire à soulever puisque les valeurs guidant les décisions sont fortement influencées par tous ces principes.

Le site internet de l'IUSMM dresse le portrait des valeurs qui définissent sa mission. Les valeurs entourant les modes de gestion y figurent à l'avant plan. Cinq grandes valeurs de gestion sont identifiées : « innovation, compétence, performance, ouverture et intégrité, confiance et responsabilisation » (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012, para. 1). Il ne s'agit pas des seules valeurs endossées par l'Institut. Effectivement, un énoncé de valeurs éthiques (2006) est également mis à disposition pour guider les actions de toute personne, autant les usagers que les employés. Cinq valeurs principales, qui doivent régir toutes les conduites et les gestes posés, sont définies dans cet énoncé. Ces valeurs sont « le respect, la bienveillance et la bienfaisance, l'autonomie, l'équité et l'intégrité et la sécurité » (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2006, p.7). Avec cet énoncé, l'établissement veut assurer le respect des droits de tous et maximiser l'implication des personnes utilisatrices de services dans les processus d'intervention. De plus, cet énoncé vient baliser le travail de chaque employé, en insistant sur les aspects de confidentialité et de secret professionnel, tout en précisant les conduites générales à adopter en tout temps.

En tant qu'établissement du réseau de la santé et des services sociaux, l'IUSMM est principalement financé par les gouvernements. Selon le rapport annuel 2010-2011, sur des revenus totaux de 151 millions de dollars, près de 140 millions de ces revenus proviennent de sources publiques. Deux autres sources de financement sont aussi répertoriées dans le rapport annuel. Les dons offerts à l'Institut, que ce soit des dons individuels ou provenant des entreprises, s'élèvent à un peu plus de 8 millions de dollars. Également, d'autres revenus estimés à près de 3,5 millions de dollars sont inclus dans le calcul budgétaire. Ces contributions proviennent essentiellement des différentes campagnes de financement et d'évènements organisés par la Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (2012).

En 2005, l'Institut a amorcé une réflexion afin d'optimiser les services donnés et d'assurer un meilleur accès pour les personnes ayant besoin de soins spécialisés en santé

mentale (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005; 2012). Ainsi, en 2007, une nouvelle organisation des différents services a été mise en place, soit des services cliniques offerts par départements spécialisés dans une problématique de santé mentale précise :

L'approche par programmes spécifiques vise à offrir des services personnalisés, coordonnés et continus à une clientèle cible par des équipes multidisciplinaires spécialisées et surspécialisées, à partir des besoins, des caractéristiques, des épisodes de soins, des particularités de cette même clientèle. (Jacob, 2005, cité dans Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009, p.vi).

Les services cliniques à l'IUSMM sont donc répartis sous sept programmes différents : « Évaluation et interventions brèves, gérontopsychiatrie, troubles psychotiques, troubles anxieux et de l'humeur, troubles relationnels et de la personnalité, psychiatrie en déficience intellectuelle, dépendances et santé mentale » (Hôpital Louis-H Lafontaine, 2009, p.vi). Le stage à la base de cet essai critique a eu lieu dans le programme des troubles anxieux et de l'humeur.

1.2 Programme des troubles anxieux et de l'humeur

Pour chacun de ses programmes spécifiques, la Direction des services cliniques de l'Institut a produit un document offrant une description complète des services offerts, de la population ciblée par ces services ainsi que les objectifs à atteindre. Les informations présentées dans la prochaine section sont tirées du document *Programme troubles anxieux et de l'humeur : Programmation clinique* (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009).

Le programme se situe en soins de deuxième ligne. Bien que les services offerts soient d'abord axés sur les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, il n'est pas exclu que d'autres problématiques soient présentes en comorbidité chez les usagers. Par contre, pour bénéficier des services du programme, le trouble anxieux ou de l'humeur doit représenter la problématique principale. Les critères d'admission principaux tournent autour du degré d'intensité et de la complexité du trouble en question. Des symptômes sévères et persistants, un risque de passage à l'acte suicidaire élevé, une incapacité fonctionnelle ou « l'échec de deux essais thérapeutiques adéquats » (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009, p.5) représentent les quatre indicateurs de la sévérité de la maladie.

Deux formes de traitement sont considérées comme des essais thérapeutiques adéquats : un suivi psychothérapeutique de dix rencontres hebdomadaires consécutives et la prise régulière d'une médication antidépressive, à dose plus élevée que le dosage minimum disponible, pour une durée variant entre deux et trois mois.

Les services du programme sont répartis en trois secteurs, soit l'unité de traitement intensif en hospitalisation, l'hôpital de jour et les cliniques externes. Puisque le stage s'est déroulé en clinique externe, la description des services des deux autres secteurs sera succincte. Les usagers sont hospitalisés lorsque leur état de santé mentale est jugé à risque, pour eux-mêmes ou pour autrui. En misant sur des interventions brèves et intensives, on vise une hospitalisation la plus courte possible et les usagers obtiennent leur congé dès que la gravité des symptômes a diminué. L'hôpital de jour est une autre forme d'intervention intensive. Pour une durée de huit semaines, différents ateliers sont mis en place avec les usagers pour leur permettre de mieux composer avec la maladie dans la vie de tous les jours. Les personnes demeurent dans leur milieu de vie et se déplacent pour venir à l'hôpital à chaque jour. L'hôpital de jour vise à réduire le temps d'hospitalisation, voire à l'éviter complètement si possible.

La clinique externe des troubles de l'humeur est divisée en trois sites, qui possèdent chacun leur expertise précise. La clinique située à Anjou se concentre exclusivement sur les troubles anxieux, la clinique située à St-Léonard est spécialisée dans les troubles de l'humeur et la clinique Bédard intervient auprès des usagers ayant un trouble anxieux ou de l'humeur en comorbidité avec un trouble de la personnalité. Le stage a eu lieu à la clinique externe de St-Léonard, axée sur les troubles de l'humeur. Les usagers de la clinique souffrent principalement de troubles dépressifs unipolaires ou de troubles bipolaires. Les objectifs de la clinique externe sont d'effectuer diverses interventions afin de réduire de façon maximale les symptômes des troubles de l'humeur. Les services de deuxième ligne visent avant tout à soutenir les services de première ligne lorsque ceux-ci ne peuvent répondre adéquatement aux besoins des gens (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005). Ainsi, bien que le rétablissement complet puisse être un objectif, la clinique externe vise avant tout à stabiliser l'état des usagers pour leur permettre de

retourner vers la première ligne. Les plans d'intervention sont réévalués à intervalles de six mois. La pharmacothérapie demeure une activité clinique primordiale au sein de l'établissement, mais ne représente pas le seul soutien offert. En effet, l'optimisation du fonctionnement psychosocial est un objectif aussi central dans la démarche de la clinique. À cet égard, les objectifs sont d'outiller les usagers à mieux connaître les troubles de l'humeur et leurs manifestations, tout en permettant le développement de diverses stratégies pour faire face aux différents défis de la vie. Ainsi, des psychothérapies individuelles et en groupe, inspirées de différentes approches théoriques en psychologie sont offertes. Des groupes de psychoéducation sont également disponibles, tout comme une psychothérapie de groupe pour les deuils. Parmi les autres services offerts, on retrouve des services de réadaptation aux habiletés quotidiennes, l'orientation au niveau socioprofessionnel, de même que des suivis variant en intensité. Les activités sont offertes en multidisciplinarité et on retrouve parmi le personnel de la clinique des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et des infirmières bachelières.

Cette description de l'IUSSM, d'abord et du programme des troubles anxieux et de l'humeur, ensuite, nous aide à mieux connaître le milieu de stage et le contexte dans lequel le projet d'intervention a eu lieu. La prochaine section du chapitre présente en détails le projet d'intervention expérimenté dans le cadre de ce stage.

2. PRÉSENTATION DU PROJET D'INTERVENTION

2.1 Le public ciblé par le projet d'intervention

Comme il a été mentionné en introduction, l'intervention auprès des hommes en santé mentale représente l'élément de base de cet essai de maîtrise. Afin de viser ce public, rappelons quelques données importantes présentées dans le premier chapitre. Les hommes utilisent moins les services que les femmes (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; Antil, 2005). Même si la détresse psychologique semble moins fréquemment rapportée, il n'en demeure pas moins que près de 80% des suicides complétés au Québec le sont par des hommes (Gagné et St-Laurent, 2009). Le

Plan d'action en santé mentale 2005-2010 soulève les mêmes constats et précise que :

La population masculine doit faire l'objet d'une attention particulière. Des stratégies doivent être adaptées pour rejoindre plus précocement les hommes présentant des risques suicidaires et pour adapter les services à leurs réalités et à leurs besoins dans une perspective de changement à long terme (MSSS, 2005, p.59).

L'intervention auprès de cette population est un défi. Nous avons vu précédemment que selon certains auteurs, il semblerait que les réponses présentement offertes dans le réseau de la santé et des services sociaux ne soit pas adaptées à leurs besoins spécifiques (Dulac, 2001; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; Tremblay et L'Heureux, 2010). En effet, éviter toute caractéristique féminine en soi, contrôler ses émotions, accorder une grande importance à la réussite, au succès, à la puissance et devoir régler seul ses problèmes sans obtenir l'aide d'autrui sont des valeurs qui sont encore fortement encouragées chez les hommes dans nos sociétés (Tremblay et L'Heureux, 2010a, Roy et Des Rivières-Pigeon, 2011). Cependant, ces caractéristiques sont diamétralement opposées à celles qui sont valorisées dans les services en santé mentale (Brooks, 1998). Plus précisément, les services seraient plus adaptés aux personnes qui présentent les caractéristiques idéales pour un cheminement thérapeutique, c'est-à-dire une reconnaissance de ses difficultés et une bonne capacité d'introspection, caractéristiques qui ne sont pas valorisées chez les hommes (Brooks, 1998, Dulac, 2001; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004, Tremblay et L'Heureux, 2002, 2010).

Parmi les personnes qui utilisent les services de la clinique externe, les hommes présentant une plus grande résistance à l'intervention sont les usagers ciblés pour le projet d'intervention. Si les valeurs mentionnées plus haut de contrôle de soi, de réussite et d'indépendance sont associées à une masculinité traditionnelle (Tremblay et L'Heureux, 2010a), il a été démontré qu'une forte adhérence à ces valeurs peut avoir un effet important sur la santé mentale des hommes et peut augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire (Good et Wood, 1995; Shepard, 2002; Oliffe et Phillips, 2008). Selon une théorie développée par Pleck (1981; 1995) présentée dans le chapitre 1, les hommes

en accord avec ces valeurs plus traditionnelles sont à risque de se retrouver en conflit de genre. Ceci signifie qu'il existe un écart important entre la réalité, soit la présence d'un problème de santé mentale qui nécessite de l'aide externe, et le fait d'être en accord avec les valeurs associées à la masculinité traditionnelle. La notion de conflit de rôle de genre chez les hommes en détresse est étudiée depuis plusieurs années et a été démontrée à de nombreuses reprises (O'Neil, 2008). Les hommes à risque de conflit de rôle de genre sont les usagers ciblés pour le projet d'intervention, puisqu'ils sont plus susceptibles d'être identifiés comme des cas difficiles à traiter.

Dans la section présentant le milieu de stage, nous avons vu que la clinique externe des troubles de l'humeur intervient principalement auprès de gens ayant un trouble dépressif majeur ou une maladie affective bipolaire. Il est nécessaire de définir ces deux maladies puisqu'en début de projet, une emphase importante a été accordée au diagnostic des usagers pressentis pour participer au projet d'intervention. « Le trouble bipolaire inclut nécessairement l'existence de deux formes de pathologie (dépressive et maniaque) au cours de l'évolution de la maladie » (Leblanc, 1999, p.308), alors que le trouble dépressif majeur implique uniquement l'aspect dépressif (Leblanc, 1999). Puisqu'il s'agit d'une intervention de groupe, la volonté de départ était de rassembler des gens ayant un diagnostic semblable. Lors des premières discussions avec le superviseur de stage, monsieur Martineau, ce dernier m'a informé que dans ses suivis actifs, la plupart des hommes avaient un diagnostic de maladie affective bipolaire. Ainsi, en début de stage, les hommes souffrant d'une maladie affective bipolaire étaient ciblés pour participer au groupe. Toutefois, le critère du diagnostic pour le public ciblé par le projet a été laissé de côté en cours de route. Cet aspect sera davantage approfondi lors de la présentation de la démarche d'implantation du projet. Les usagers de la clinique ayant tous une problématique associée à l'humeur, précisons simplement que les participants ont été sélectionnés selon leur volonté de participer à une intervention de groupe qui aborde les normes de socialisation masculine et ses effets sur l'humeur.

En fait, un seul critère d'exclusion a été identifié afin de guider la sélection des participants au projet : l'instabilité d'un point de vue psychiatrique. Les psychiatres de la

clinique ont été des acteurs concernés par le projet tout au long du processus. Ce sont eux qui évaluent la pertinence de référer leurs patients auprès des travailleurs sociaux. Il a été nécessaire que chaque psychiatre donne son accord pour qu'un patient participe au projet d'intervention. Il a donc été entendu que les patients jugés trop instables ne seraient pas inclus dans la clientèle ciblée pour le projet, pour ne pas placer ces patients dans une situation à risque pour leur santé.

2.2 Objectifs du projet d'intervention

Le premier critère présenté dans la description du public ciblé par le projet concerne la résistance à l'intervention de la part de certains hommes. Le projet cible précisément ces hommes qui sont considérés comme étant plus résistants, moins mobilisés et plus stagnants dans l'évolution de leur condition. En effet, les objectifs généraux de ce projet d'intervention sont de réduire cette résistance à l'intervention et d'augmenter la mobilisation des usagers afin de briser cet immobilisme. Ces objectifs ont été établis pour s'assurer que le projet corresponde bien à certains besoins du milieu de stage. Cet élément sera défini plus en détails dans la section d'élaboration du projet, à venir dans ce chapitre.

Le projet identifie également quelques objectifs spécifiques reliés à l'intervention. Nous avons vu le lien entre l'adhérence aux normes masculines traditionnelles et les effets négatifs sur la santé mentale. Le projet vise alors à prendre conscience des effets de la socialisation masculine sur la santé mentale et à nuancer les valeurs masculines traditionnelles afin d'augmenter les chances de rétablissement. Dans le même ordre d'idées, les hommes qui s'identifient au modèle masculin traditionnel peuvent penser qu'ils sont les seuls à blâmer pour les difficultés vécues. Il apparaît alors un autre objectif, soit de briser la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale et de normaliser les situations vécues par ces hommes en détresse. Puisque l'isolement social et affectif chez les hommes a été identifié dans le premier chapitre, le projet vise à briser cet isolement. De plus, nous avons soulevé le défi que peut représenter le travail d'introspection et de connexion sur les émotions auprès des hommes. Un autre objectif est donc de faciliter cette introspection. Finalement, l'identification d'un grand sentiment

de honte chez les hommes en difficulté a été nommé. Un dernier objectif du projet d'intervention est d'augmenter le sentiment de compétence chez les hommes en utilisant une approche positive axée sur les forces et les compétences.

2.3 Méthodologie

Pour atteindre ces objectifs, l'intervention de groupe est la méthode retenue, car elle est fortement suggérée auprès de la population masculine (Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002, 2010b; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Tout d'abord, il s'agit d'une importante démarche qui s'inscrit dans un processus de changement social, puisque les buts visés par ce type d'intervention touchent plusieurs points, dont le travail clinique comme tel, mais également une redéfinition de certains concepts sociaux (Sternbach, 2001). L'intervention de groupe serait la plus efficace pour effectuer un travail sur les normes de socialisation masculine, permettant autant un travail personnel qu'une réflexion critique sur la pression sociale associée au rôle de l'homme (Silverberg, 1986; Sternbach, 1990; Hetzel, Barton et Davenport, 1994). De plus, les groupes de pairs, soit le rassemblement de personnes vivant une problématique commune, représentent les meilleurs moyens dont dispose le travail social pour intervenir dans l'univers social selon certains auteurs (Chovanec, 2009; Forte, 2010). Ainsi, il s'agit d'un outil très utile permettant de briser l'isolement (Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2010b), sans oublier que le travail de groupe auprès des hommes peut permettre la création de liens entre les expériences personnelles vécues et le contexte social dans lequel ces expériences se déroulent (Dulac, 2001). Selon Carrette (2000), le travail social possède cette capacité de situer l'intervention dans un contexte beaucoup plus large que les incapacités individuelles, en explorant également les structures sociales et leurs effets sur les gens. Dulac (2001) estime qu'il est essentiel d'adopter une telle position dans le travail de groupe auprès des hommes. Selon lui, il est nécessaire d'effectuer un travail sur les émotions et sur les pensées inadéquates des hommes. Toutefois, il croit que ce travail ne sera pas optimal si le contexte social de la masculinité n'est pas exploré durant les séances de groupe. De plus, cet auteur soulève un autre avantage de l'intervention de groupe auprès des hommes : en permettant un espace de partage et de discussion intime, cette méthode d'intervention favorise le

développement de liens affectifs et peut réduire l'aspect compétitif souvent présent entre hommes.

L'intervention de groupe expérimentée dans le stage s'appuie sur un modèle élaboré par l'école de travail social de l'Université de Boston, présenté par Sternbach (2001). Selon cet auteur, qui a développé une expertise d'intervention de groupe auprès des hommes, ce modèle fournit un cadre d'intervention optimal pour le travail avec les hommes. L'évolution suit cinq phases. La première consiste à créer un environnement sécuritaire pour les participants. La réduction de la honte et le bris de l'isolement figurent dans cette phase. Ensuite, le groupe entre dans une phase de construction de cohésion et d'empathie. À cette étape, les hommes découvrent qu'ils ne sont pas les seuls à vivre une situation difficile, ce qui abaisse le sentiment de honte et crée un sentiment d'unité. Lors de la troisième phase, appelée différenciation, les échanges deviennent plus intimes, personnels et authentiques et la vision des rapports entre homme peut commencer à se modifier. La quatrième phase vise à appliquer les apprentissages faits dans le groupe dans les autres sphères de vie. Finalement, la dernière étape est la conclusion des séances de groupe et la préoccupation est alors de favoriser la transition puisque la fin du groupe peut faire émerger certaines émotions.

2.4 Présentation du cadre d'analyse retenu

La théorie de l'interactionnisme symbolique a été retenue pour servir de cadre d'analyse, principalement grâce à l'éclairage qu'elle apporte cette théorie à la compréhension des phénomènes de déviance et de marginalité. Une condition importante du travail auprès des populations masculines est de regarder plus loin que les caractéristiques et incapacités individuelles (Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2010b). Il faut également prendre en compte le contexte social de la masculinité. Un cadre théorique inspiré de l'interactionnisme symbolique permet d'effectuer ce recul puisque dans cette perspective, il est nécessaire de comprendre l'interaction entre une personne et l'univers social dans lequel elle évolue (Lauer et Handel, 1977, Winkin, 2007).

La théorie de l'interactionnisme symbolique s'appuie sur trois concepts principaux (Blumer, 1969). Premièrement, les personnes vont comprendre les situations et poser leurs actions en regard de la signification qu'ils y accordent. Deuxièmement, ces significations personnelles sont construites socialement. Elles s'acquièrent grâce aux différents processus d'interaction dans une société. Troisièmement, puisque les significations se construisent par l'interaction, c'est également par cette interaction qu'elles vont se modifier. L'interaction est donc un concept fondamental dans cette théorie. McCall (2003) définit l'interaction comme étant un processus d'influence mutuelle entre deux ou plusieurs éléments. Il peut s'agir d'individus, mais également de normes sociales. Par les phénomènes de socialisation, l'individu peut alors faire l'acquisition des normes et des attentes envers lui-même, mais également envers les autres (Lauer et Handel, 1977; McCall, 2003; Winkin, 2007). Ces processus permettront d'apprendre la façon adéquate de se comporter et d'agir dans une situation particulière, selon les normes qui régissent cette situation. Ceci permet aussi la possibilité de partager des points de vue qui viendront par la suite modifier les perceptions et les attentes envers un rôle précis (Lauer et Handel, 1977; Stryker, 1980).

Les rôles occupent une place importante en interactionnisme symbolique puisqu'ils fournissent le cadre de référence des interactions (Lauer et Handel, 1977). Selon Dolch (2003), dans une perspective interactionniste, le concept de rôle implique qu'il existe des attentes précises envers ce rôle, que ces attentes sont acquises par la socialisation et que les gens vont se comporter afin de laisser une impression sur les autres. Cependant, le comportement n'est pas nécessairement toujours prévisible, puisque selon lui, les rôles ne sont pas imposés aux gens. En effet, rappelons que les gens agissent dans une situation selon l'interprétation qu'ils en font (Blumer, 1969; Lauer et Handel, 1977; Winkin, 2007). Par contre, Stryker (1980) estime que plus une personne performe selon les attentes précises d'un rôle social donné, plus grande est la probabilité que cette performance reflète les normes et les valeurs d'une société en fonction de ce rôle. Il est donc primordial de se comporter selon les attentes que les autres ont envers nous-mêmes. Un conflit de rôle a lieu lorsqu'une personne ne comble pas les attentes de son rôle social (Lauer et Handel, 1977).

Les travaux des pionniers de cette perspective théorique nous montrent bien que les perceptions sont modulées par le regard porté par autrui, et non simplement par une simple défaillance personnelle. À cet égard, Becker (1973) a montré que même si une personne ne se perçoit pas comme étant déviante, la simple transgression d'une norme sociale suffit pour entraîner quelqu'un dans un processus de marginalisation. Cependant, ce cycle peut se compléter par lui-même. Lorsque quelqu'un est identifié comme étant déviant, qu'on lui envoie le message qu'il ne correspond pas aux normes sociales, il est possible que cet individu intègre à son identité cette caractéristique de déviance. Quand ceci se produit, Becker (1973) estime que l'application de l'étiquette de déviance sera complétée. Cette réalité peut être observable. Des hommes ayant participé à un groupe de soutien ont avoué avoir commencé le groupe en ayant l'impression qu'ils n'étaient pas de vrais hommes, puisqu'ils avaient besoin d'aide (Hetzl, Barton et Davenport, 1994). La conséquence directe de cette idée de ne pas être à la hauteur consiste à tout faire pour prouver sa masculinité (Pleck, 1981, 1995; Dulac, 2001; Lajeunesse, 2008; Tremblay et L'Heureux, 2010a). Les hommes qui se retrouvent dans cette dynamique se sentiront marginalisés et maintiendront des comportements néfastes pour eux, plutôt que de s'associer à des caractéristiques féminines en avouant avoir besoin d'aide (Evans, Frank, Oliffe et Gregory, 2011). Pour Becker, « le comportement est une conséquence de la réaction publique à la déviance plutôt qu'une conséquence des qualités inhérentes de l'acte déviant » (Becker, 1973, p.35). On s'éloigne donc des uniques dispositions individuelles pour expliquer une problématique.

De son côté, Goffman (1961) s'est intéressé spécifiquement à la question de la santé mentale, plus précisément à la psychiatrie et à l'asile comme institution. Selon lui, le système psychiatrique contribue à accentuer les phénomènes de marginalisation et d'étiquetage (Goffman, 1961). La psychiatrie sort les gens de leurs contextes de vie afin de les traiter dans un univers parallèle (l'asile) qui est complètement différent et impersonnel. En effet, dans l'univers psychiatrique, les personnes sont isolées de leur mode de vie de tous les jours. Leur univers symbolique est mis de côté en raison de la dynamique de pouvoir qui existe en psychiatrie. Goffman estime que la psychiatrie se positionne en expert, imposant les solutions aux malades sans que ceux-ci ne puissent y

contribuer. Les malades se doivent de jouer le rôle attendu d'eux et se contenter de faire ce qu'on leur dit afin de guérir. Goffman a aussi analysé la dynamique du genre dans un court essai (1977). Puisque toute interaction est définie dès la naissance, par le sexe biologique, tout geste qui vient bouleverser l'identité de genre a des conséquences sociales importantes. Il en conclut que l'identité de genre est la facette de l'identité la plus importante dans nos sociétés modernes et que la transgression de cette identité est un puissant symbole de marginalité. L'interactionnisme symbolique stipule en effet que l'identité de genre est construite socialement et se développe dans un processus continu d'interaction (Stewart, 2003). Par la socialisation à l'enfance, les garçons et les filles apprennent quelles sont les normes sociales attribuées à chaque sexe. Cependant, l'apport intéressant de l'interactionnisme se situe à propos de la performance de genre. S'appuyant sur Goffman (1959), Stewart (2003) précise que nous ne sommes pas des hommes ou des femmes, mais que nous nous comportons socialement en tant qu'hommes ou femmes.

L'interactionnisme symbolique permet de mettre l'emphase sur les différentes façons dont les hommes ont intégré les normes sociales associées au genre (Cahill, 1986, dans Roy, 2010). Il est aussi très utile en application pour l'intervention de groupe. Comme le changement se produit par l'interaction, une intervention de groupe permet un lieu d'échange et d'interaction entre les membres. Donc, les diverses interactions peuvent permettre aux hommes de « modifier les représentations qu'ils ont des rôles de genre » (Roy, 2010, p.183). De son côté, Forte (2004a) estime que l'interactionnisme symbolique est le cadre de référence le plus adapté au travail social. Selon cet auteur, il s'agit de la première théorie qui a permis d'inclure les aspects sociaux des émotions et qui a permis de se détacher des théories plutôt issues de la psychologie. Également, la nécessité de voir chaque contexte particulier et l'importance d'éviter la stigmatisation sont deux autres éléments de l'interactionnisme symbolique qui se marient bien avec la vision du travail social. L'utilisation de ce cadre théorique permet une meilleure compréhension du vécu subjectif et intersubjectif des personnes. Ceci réduit les chances de se concentrer uniquement sur les déficits de la personne et permet de voir les éléments sociaux dans une problématique (Forte, 2004b). Dans le travail auprès des hommes, il est important de

souligner les forces que ceux-ci ont développées au fil des années, tout en recadrant l'expérience vécue dans un contexte social précis (Dulac, 2001). Maintenant, regardons les approches qui permettent d'effectuer un travail d'intervention dans une perspective interactionniste.

2.5 Approches d'intervention

Cherrier (2004) estime que les milieux de pratiques en santé mentale doivent faire plus de place à l'intervention de groupe qui a une visée sociale. Bien que son modèle de travail ne s'appuie pas directement sur l'interactionnisme symbolique, il utilise deux approches d'interventions qui s'inscrivent dans une philosophie semblable: la conscientisation et l'aide mutuelle.

2.5.1 La conscientisation

Freire (1980) a étudié l'oppression en analysant les dynamiques de pouvoirs entre les gens dominants et les gens dominés dans une société. Selon lui, un élément important de cette dynamique est le pouvoir prescriptif qu'exerce le groupe dominant sur le groupe dominé, peu importe le contexte dans lequel s'exerce cette domination. Si la solution au problème est élaborée et définie par le groupe dominant, il n'y aura aucun changement social : il n'y aura que des changements d'individus qui tenteront de s'adapter à une réalité imposée par des gens qui ne vivent pas cette même réalité. Freire estime alors qu'il est nécessaire que les gens dominés parviennent à développer une conscience critique des éléments qui les entourent. En effectuant ce travail de réflexion, les gens parviennent ainsi à bien identifier les éléments sociaux et structurels qui influencent leur vie, tout en s'appropriant le pouvoir d'agir sur ces éléments. Le travail ne s'effectue pas uniquement sur des déficits individuels dans cette vision. Appliquée à la problématique présente, la conscientisation permettrait aux hommes d'avoir un regard plus critique sur les normes de socialisation masculine qu'ils ont intégrées. Prendre conscience de l'influence de ces normes sur soi est un premier pas vers le changement.

Dans l'approche de la conscientisation, plusieurs facteurs doivent être réunis pour permettre un réel changement. Comme mentionné, il faut prendre conscience de

l'influence de notre société sur notre vie de tous les jours. Il faut aussi que la personne opprimée soit en mesure de s'exprimer sur ce qu'elle vit. À cet égard, revenons aux critiques de Goffman (1961), présentées précédemment dans ce chapitre. Il est impensable de développer une réflexion critique sur le monde qui nous entoure s'il est impossible de s'exprimer. Selon Goffman (1961), la psychiatrie se positionne comme l'expert ayant les solutions à apporter aux malades, ceux-ci devant uniquement se contenter de faire ce qu'on leur dit afin de guérir. Une approche inspirée de la conscientisation de Freire (1980) permet de briser cette mentalité. En effet, les solutions doivent être élaborées par les personnes vivant la situation d'oppression. Également, le travail ne peut s'effectuer seul. Le partage et l'échange avec autrui sont essentiels. Freire (1980) soutient que si les gens demeurent isolés, la domination devient intériorisée et les gens se sentiront les seuls responsables de leurs problèmes, rejoignant ainsi les idées de Becker (1973) sur la déviance.

C'est ici que l'intervention de groupe peut prendre tout son sens. Il est important que des gens vivant une problématique commune puissent se retrouver ensemble afin de partager leur vécu et élaborer ensemble de nouvelles pistes d'action. Cependant, il existe plusieurs façons différentes de faire de l'intervention de groupe. Toseland et Rivard (2005, dans Turcotte et Lindsay, 2008) font la distinction entre « les groupes de tâche et les groupes de traitement » (Turcotte et Lindsay, 2008, p. 19). Les groupes axés sur la tâche ont plutôt des visées organisationnelles, alors que les groupes de traitement se concentrent sur le travail d'intervention auprès des usagers d'un service. Bien qu'il puisse y avoir certaines similitudes entre les types de groupes, on retrouve cinq méthodes d'intervention qui diffèrent au sujet des objectifs, du rôle que doit jouer l'intervenant et sur les différents moyens à mettre en place pour réaliser l'intervention. Ces cinq types sont : « groupes de thérapie, de soutien, d'éducation, de croissance et de socialisation » (Turcotte et Lindsay, 2008, p.20).

2.5.2 L'aide mutuelle

Steinberg (2004) estime que les groupes de soutien utilisant une approche d'aide mutuelle s'inscrivent le mieux dans les valeurs du travail social. Ce type d'intervention

permet de répondre à des besoins d'ordre personnels, relationnels, tout en situant l'intervention dans un contexte plus large, en prenant en compte l'influence des déterminants sociaux sur la vie des gens. De plus, cette approche mise avant tout sur les forces, au lieu de se concentrer uniquement sur les problèmes et les carences. Il s'agit également d'un processus dans lequel s'engagent les participants. En misant sur les interactions entre les participants d'un groupe, l'aide mutuelle met en commun un vécu qui pourra aider les autres et soi-même à la fois. Ceci permet donc aux gens de reprendre du pouvoir sur leur vie, tout en proposant des solutions aux problèmes qui vont au-delà du changement individuel (Turcotte et Lindsay, 2008). Shulman (2006) présente les éléments qui favorisent le changement individuel et social de l'aide mutuelle. Cette approche brise l'isolement et fait réaliser que d'autres gens vivent des situations similaires. De par les échanges et l'interaction, on y retrouve une forme de soutien, mais aussi des idées différentes, ce qui permet l'acquisition de nouveaux points de vue sur la situation. Le fait de voir le cheminement des autres peut inciter à la mobilisation. L'aide mutuelle, en raison du soutien qu'elle apporte, peut créer un climat permettant aux gens de travailler sur des éléments plus difficiles, ce que ne permet pas toujours l'intervention individuelle.

S'appuyant sur un cadre d'analyse inspiré de l'interactionnisme symbolique et misant sur deux approches d'intervention, la conscientisation et l'aide mutuelle, regardons comment s'est développé le projet d'intervention au fil du temps. La dernière section de ce chapitre présente les étapes d'élaboration du projet, de ses débuts jusqu'à la version finale qui a été expérimentée en cours de stage, et décrit le processus d'implantation du projet au sein de la clinique externe des troubles anxieux et de l'humeur de l'IUSMM.

3. DÉMARCHE D'ÉLABORATION ET D'IMPLANTATION DU PROJET

3.1 Démarche d'élaboration du projet

La réflexion initiale du projet d'intervention a débuté après la lecture du rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes (2004). Ce rapport

fait le point sur la santé physique et mentale, sur les habitudes de vie des hommes et décrit quelques problématiques sociales généralement attribuées aux hommes, comme par exemple la toxicomanie, la présence de comportements violents, la criminalité et le suicide. Il offre aussi une analyse critique des processus de socialisation masculine et de l'offre actuelle de services aux hommes du Québec. Le rapport termine sur treize recommandations afin de favoriser l'intervention auprès des hommes. Parmi ces recommandations, on suggère de miser sur les interventions de groupe, préférablement en contexte de pairs aidants ou de groupes gérés sans la présence d'un intervenant professionnel. Le Comité mentionne également qu'une analyse critique de la socialisation masculine doit être faite à plusieurs niveaux et qu'en ce sens, elle peut servir de base pour une intervention auprès de cette population.

Ainsi, au départ, l'objectif général du projet d'intervention était de faire cette analyse critique de la socialisation masculine avec des hommes utilisant les services de première ligne. Le stage devait avoir lieu en CLSC. Cependant, il n'a pas été possible d'obtenir un milieu de stage en CLSC pour ce projet, qui a été récupéré par la clinique externe des troubles de l'humeur de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Rappelons que la clinique offre des services spécialisés de deuxième ligne. Comme mentionné dans la section présentant les objectifs, il a été nécessaire d'adapter le projet aux besoins de la clinique. Ainsi, cette analyse critique de la socialisation masculine et de ses impacts sur la santé mentale est passée d'objectif principal à objectif secondaire. À l'IUSMM, chaque nouveau projet d'intervention doit être approuvé par un comité de programmation clinique. Pour que le projet puisse être accepté, nous avons eu à modifier l'objectif principal, qui est désormais de rejoindre les hommes de la clinique considérés comme résistants à l'intervention et difficilement mobilisables. Il a été proposé au comité de programmation que d'offrir une intervention de groupe axée sur la socialisation masculine pouvait représenter une première étape vers un processus de rétablissement à long terme et pouvait convaincre les participants de s'investir dans une autre démarche d'intervention thérapeutique suite à leur participation à ce groupe. Les autres objectifs du projet ont déjà été présentés dans ce chapitre. Ils n'ont pas été modifiés en cours de route.

Au départ, le nombre de séances de groupe visé variait entre huit et dix, ce qui correspond au nombre de séances de projets d'intervention similaires testés dans la littérature (Sternbach, 1990; Hetzel, Barton et Davenport, 1994; Primack et al., 2010). Finalement, suite à des recommandations du superviseur de stage et du comité de programmation clinique, le nombre total de séance a été fixé à six. Le comité estimait qu'il était plus prudent pour ce projet-pilote de réduire le nombre de séances, afin de circonscrire plus efficacement le travail d'intervention. Quant à lui, le superviseur de stage, connaissant bien les participants recrutés pour le projet, jugeait qu'un nombre trop élevé de séances pouvait nuire à l'adhésion des participants. La durée des séances a été fixée à deux heures, ce qui est la norme dans le milieu de stage pour la pratique de groupe.

Peu importe le type de groupe, il est nécessaire que la première séance et la dernière séance aient des fonctions spécifiques (Sternbach, 1990; 2001, Dulac, 2001; Philips, 2001; Turcotte et Lindsay, 2008; Wickham, Pelech et Basso, 2009). La première séance doit servir afin de jeter les bases de l'intervention de groupe. Les participants doivent se présenter afin d'apprendre à se connaître. Les objectifs du groupe doivent être présentés, de même que les règles de fonctionnement. Dans le même ordre d'idées, la dernière séance doit pouvoir donner lieu à un bilan du groupe, afin de faire le point sur le cheminement, les acquis et permettre une transition vers le futur. Il a donc été clairement établi que la première et la dernière séance du groupe allaient remplir ces fonctions. La littérature propose différents sujets et techniques d'intervention à mettre en place dans un groupe d'intervention pour hommes. Il y avait donc beaucoup de possibilités pour les quatre autres séances. Cependant, Tremblay et L'Heureux (2010a) soulèvent qu'en ce qui concerne la socialisation masculine, quatre éléments sont associés à une masculinité plus traditionnelle : régler ses problèmes de manière autonome, le statut social de réussite, éviter ce qui est féminin en soi et le contrôle des émotions. Les séances ont donc été construites autour de ces thèmes, dans cet ordre.

Les séances ont été élaborées selon un modèle développé par Sternbach (1990; 2001), dont les cinq phases d'évolution d'une démarche de groupe entre hommes ont été

présentés dans la section des objectifs du projet. Cet auteur propose aussi une méthode précise d'animation qui a guidé le développement des séances. Le sujet du jour est présenté et, à tour de rôle, chaque participant s'exprime librement sur le sujet, sans que les autres puissent prendre la parole. Ceci permet de développer l'écoute. Lorsque tout le monde s'est exprimé, un exercice thématique est proposé afin de servir de base pour les échanges et les discussions. Certains choix d'exercices sont appuyés par la littérature. Par exemple, Tremblay et L'Heureux (2010b) suggèrent d'utiliser un outil de comparaison entre les émotions montrées publiquement et celles vécues personnellement lorsqu'on aborde le sujet des émotions. D'autres exercices ne se retrouvent pas nécessairement dans la littérature, mais ont été approuvés par le superviseur de stage puisqu'ils correspondent à la réalité vécue par les usagers et par le milieu d'intervention. Une réflexion sur le parcours d'utilisation des soins en psychiatrie et la norme sociale de régler ses problèmes de façon autonome a été élaborée dans le cadre du groupe. Les séances oscillent entre une réflexion sur soi et une réflexion sociale sur la masculinité, équilibre qui est nécessaire à maintenir dans les groupes d'hommes (Dulac, 2001). L'animation des séances a été planifiée en duo, avec l'étudiant comme animateur principal et le superviseur de stage dans un rôle de soutien et d'observateur.

Afin de mesurer l'atteinte des objectifs, trois mesures ont été mises en place. Tout d'abord, à chaque semaine, un cahier du participant a été remis aux hommes du groupe. Il est demandé aux participants de répondre aux questions, qui sont en lien avec ce qui a été vu dans la séance. Ce cahier permet de dresser un bilan de vie, un bilan de chaque séance, de prendre conscience de l'influence des normes sociales sur soi, d'identifier des aspects à travailler et établir des objectifs pour améliorer ces aspects nommés. De plus, à la fin de chaque séance, les participants ont rempli le formulaire Échelle d'Évaluation de la Séance (ÉÉS) (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2010). Il a été demandé par le comité de programmation de la clinique de faire remplir ce formulaire aux participants. Ceci permet d'évaluer la perception des participants en ce qui concerne la qualité des relations avec les autres, la satisfaction envers le thème et les exercices du jour, l'appréciation de l'approche d'intervention de même que la satisfaction générale de la rencontre. Les participants donnent une note sur dix à chaque dimension. Finalement, une rencontre

individuelle post-groupe avec chacun des participants a été planifiée, une fois les séances terminées. Cette rencontre a permis de faire un retour individuel avec chaque participant, afin de voir si la personne a atteint les objectifs qu'elle s'était fixée au départ.

3.2 Démarche d'implantation du projet

Comme il a été mentionné dans la partie élaboration du projet, il a été nécessaire de présenter le projet d'intervention au comité de programmation de la clinique afin que celui-ci soit approuvé comme projet-pilote. La présentation au comité a eu lieu à la fin du mois de novembre 2012, alors que le processus d'élaboration n'était pas encore terminé. Le projet a été accepté, moyennant certaines modifications. Ainsi, il a été demandé de changer le nom du groupe. Initialement nommé « groupe de soutien pour hommes », le groupe a été rebaptisé « groupe d'intervention pour hommes ». Rappelons qu'il a aussi été nécessaire de changer l'objectif principal pour que le projet soit accepté. Le comité a accepté le projet sans trop vouloir le modifier puisqu'il s'agissait d'un projet de stage universitaire. Par contre, bien que le projet ait été bien reçu par le comité lors de la présentation, un membre a affirmé que le projet aurait été refusé s'il avait été présenté par un travailleur social employé de l'hôpital, puisque l'approche proposée n'est pas tout à fait conforme à la philosophie d'intervention, ni au mandat de la clinique. En effet, selon le guide de programmation clinique du programme des troubles anxieux et de l'humeur, les approches psycho éducatives, cognitives et comportementales sont davantage valorisées pour le travail de groupe (Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009).

Le recrutement pour le projet avait tout de même débuté avant la présentation au comité de programmation. Le recrutement s'est fait à partir des dossiers actifs du superviseur de stage. Ce dernier a effectué une première sélection parmi les hommes auprès de qui il effectue un suivi social, en identifiant ceux qui pourraient être intéressés à une démarche de groupe. Douze candidats ont été retenus. Ces candidats ont été rejoints de deux façons. Tout d'abord, des contacts téléphoniques ont été faits par l'étudiant. De plus, lorsqu'un rendez-vous de suivi était déjà planifié, le superviseur de stage en profitait pour parler du projet aux usagers. Il a été possible de cette façon de recruter six participants pour le projet. Une entrevue individuelle pré-groupe a été menée avec chacun

d'eux, afin de créer un premier contact, de leur expliquer les objectifs et le thème du projet d'intervention. Au départ, six hommes ont donné leur accord pour participer au groupe. Or, un septième homme s'est joint au groupe en cours de route.

Tel que décrit dans la présentation du public ciblé, une attention était portée sur le diagnostic émis par les psychiatres, dans une volonté de rassembler des gens vivant une problématique commune. Cet aspect a été mis de côté dans la sélection des participants. De plus, aucun questionnaire mesurant l'adhésion aux normes masculines traditionnelles, ni au conflit de genre, n'a été employé pour sélectionner les participants. Les participants ont été sélectionnés en raison de leur intérêt et de leur volonté à participer à un groupe de soutien pour hommes ayant pour thématique de base la socialisation masculine. Il aurait été difficile d'atteindre un nombre minimal de participants s'il avait fallu les choisir en fonction de leur adhésion aux normes masculines traditionnelles ou en fonction d'un diagnostic identique. Le processus de sélection a été difficile à compléter. Deux semaines avant le début du groupe, seulement deux personnes avaient confirmé leur participation. Un effort de persuasion supplémentaire de la part du superviseur de stage a été requis pour convaincre certains participants. De plus, un participant qui ne semblait pas correspondre au profil recherché en raison de son diagnostic de trouble envahissant du développement a été sollicité pour participer au groupe, ce qu'il a accepté.

Le processus d'élaboration et d'implantation a été long et ardu par moments. Cependant, le travail a porté fruit. Le projet a été implanté à la clinique dans un format pratiquement identique à celui conçu au départ. Un nombre suffisant d'hommes, soit six, ont confirmé leur participation à ce projet. Le projet a eu lieu et a été complété tel que prévu. Le prochain chapitre présente donc les résultats du projet d'intervention et propose une analyse critique de la démarche.

CHAPITRE 3: ANALYSE CRITIQUE DU PROJET D'INTERVENTION

Ce troisième chapitre présente les différentes observations qui ont été constatées tout au long du stage. La première section de ce chapitre dresse un portrait sommaire des hommes ayant pris part à la démarche de groupe, tout en soulevant les problématiques principales vécues par ces derniers. La deuxième section permet de faire le bilan de l'implantation du projet dans le milieu, en identifiant autant les facteurs ayant favorisé que ceux ayant nui à la démarche d'implantation, d'un point de vue organisationnel, professionnel et sociétal. Finalement, la troisième section de ce chapitre offre le bilan de l'intervention ayant été expérimentée dans le cadre de ce stage. Cette section présente les différents résultats observés de cette intervention en fonction des objectifs établis et identifie quelques facteurs ayant eu une influence sur les résultats et l'impact du projet dans le milieu. On y retrouve aussi une analyse critique des choix retenus pour le cadre théorique, la méthodologie et les approches d'intervention. En conclusion, ce chapitre présente des questionnements éthiques ayant été soulevés en cours de projet.

1. PORTRAIT DES PARTICIPANTS

Tout d'abord, âgé de soixante-dix sept ans, monsieur A¹ est l'homme le plus âgé du groupe. Monsieur est ingénieur de formation, désormais à la retraite. Divorcé, il est père d'un homme de quarante-et-un an lui aussi aux prises avec un problème de santé mentale. Monsieur A souffre d'une maladie affective bipolaire et il est connu de l'Institut depuis les années 1970. Il habite dans une ressource de type familial depuis environ quinze ans et son état général est plutôt stable. Monsieur a vécu des situations d'intimidation et d'injustice au travail. Il attribue l'apparition de sa maladie à un épuisement professionnel. Monsieur a été hospitalisé à plusieurs reprises au cours de sa vie. Sa dernière hospitalisation remonte à 2008.

Monsieur B est un homme de cinquante-quatre ans d'origine italienne. Il habite avec ses parents. Comptable de formation, il n'a pas été en mesure de travailler à temps

¹ Afin d'assurer la confidentialité, une initiale a été attribuée à chaque participant.

plein depuis les trente dernières années. Monsieur accorde beaucoup d'importance au travail et perçoit son incapacité de maintenir un emploi à temps plein comme un grand échec. Il dit se sentir un fardeau par rapport aux membres de sa famille qui ne comprennent pas vraiment la maladie mentale selon lui. Ses parents et son frère, qui occupe un bon emploi, pensent qu'il est paresseux et fainéant. Monsieur B souffre d'une maladie bipolaire et a été hospitalisé à de nombreuses occasions dans le passé. Sa dernière hospitalisation a eu lieu en 2011.

Monsieur C est l'homme qui s'est joint au groupe en cours de route. Il est âgé de quarante-six ans. Il est marié et père de deux enfants adultes. Il est grand-père également. Monsieur souffre d'une maladie affective bipolaire et a été hospitalisé à trois reprises. Sa dernière hospitalisation remonte à 2006. Monsieur vient de recevoir un diagnostic d'invalidité pour le retour au travail et a beaucoup de difficulté à l'accepter. Il se définit beaucoup par le travail et ne voit pas comment il peut être utile à sa famille et à la société s'il ne travaille pas. Monsieur C n'a pas de formation professionnelle spécifique. Depuis quelques semaines, monsieur se sent dépressif et a de la difficulté à se mobiliser dans la vie de tous les jours. Il pense au suicide. Au départ, monsieur C a refusé l'invitation de participer au groupe. Il a pris plus tard l'initiative par lui-même de s'intégrer au groupe, pensant qu'il pourrait s'agir d'un bon moyen pour retrouver une motivation.

Monsieur D est un homme âgé de quarante-six ans. Il a été hospitalisé suite à une tentative de suicide en 2011. Il a reçu un diagnostic de trouble d'adaptation avec humeur dépressive. Il n'a pas été hospitalisé depuis. Monsieur D souffre de nombreux problèmes de santé physique. Il perd progressivement la vue et est diabétique. Monsieur est plâtrier et travaillait à son compte. Il est maintenant incapable de travailler en raison de sa santé physique. Ses conditions de vie se sont détériorées depuis environ trois ans. En plus de ses problèmes de santé, monsieur est très isolé. Les membres de sa famille ne lui parlent plus depuis sa tentative de suicide. Il vit seul. Financièrement, son budget est très serré et ceci ne lui permet pas de sortir pour faire des activités. Monsieur D passe beaucoup de temps seul chez lui et entretient peu de contacts sociaux. Il dit ressentir énormément de frustration par rapport à sa situation. Même s'il n'envisage plus de faire un passage à

l'acte suicidaire, le désir de mourir demeure présent chez lui. Mentionnons aussi que dans sa jeunesse, il a été victime d'agression sexuelle de la part d'un oncle. Monsieur D a fait une démarche de groupe dans le passé par rapport à cette agression et a beaucoup apprécié l'expérience.

Monsieur E est le plus jeune participant du groupe. Il est âgé de trente-deux ans. Il est le seul à ne pas avoir de diagnostic de trouble de l'humeur. Monsieur E souffre plutôt d'autisme. L'anxiété est aussi très présente chez lui. Il est le seul à n'avoir jamais été hospitalisé parmi les participants. Par contre, il est suivi en psychiatrie depuis l'âge de dix-sept ans. Monsieur habite dans une ressource de type familial. Son état s'est beaucoup amélioré dans les dernières années. La problématique principale relevée chez monsieur E concerne l'estime de soi. En raison de son autisme, il a vécu du rejet et de l'intimidation dans sa jeunesse. De plus, il a de la difficulté à maintenir sa concentration, ce qui a nui dans ses projets d'études ou de travail. Ainsi, il a beaucoup de difficulté à se définir positivement, à voir ses forces, ses qualités et à envisager l'avenir avec optimisme.

Il ne reste qu'à décrire brièvement le portrait des deux hommes ayant abandonné la démarche. L'un d'entre eux habite dans les Laurentides, ce qui rendait ses déplacements plus difficiles. La grande distance entre son domicile et l'Institut, de même que des ennuis pour se déplacer, l'ont incité à interrompre les séances. Il est intéressant de noter que cet homme a apprécié le groupe, même s'il n'a fait qu'une seule séance, et qu'il aurait aimé poursuivre sa participation. En ce qui concerne le deuxième homme ayant abandonné, le portrait est différent. Il s'agit d'un homme d'origine italienne, âgé dans le début de la cinquantaine, avec un diagnostic de maladie affective bipolaire. Il habite avec ses parents octogénaires et ces derniers sont en perte d'autonomie. La situation vécue à la maison a eu un effet sur la santé mentale de ce participant. Il s'est absenté sans avertir à la deuxième séance de groupe, puis a été hospitalisé par la suite.

Quelques constats généraux émergent de ces portraits. Tout d'abord, le diagnostic de maladie affective bipolaire est celui qui est le plus répandu chez les participants. Parmi

les sept hommes ayant participé au groupe, cinq souffrent de cette maladie. La majorité du groupe est constituée de Québécois francophones, outre deux hommes d'origine italienne. La plupart des participants est âgée entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans. De plus, parmi ceux ayant complété les séances de groupe, seul monsieur C, est en relation de couple, les autres étant célibataires. Après ce court compte-rendu des participants, la prochaine section présente donc un bilan de l'implantation du groupe au sein de l'Institut.

2. BILAN D'IMPLANTATION DU PROJET

Différents facteurs organisationnels, professionnels et sociétaux ont influencé le projet en cours de route. D'un point de vue organisationnel, certains facteurs ont facilité la démarche, alors que d'autres, sans nécessairement bloquer le processus, ont nécessité un ajustement du projet aux besoins du milieu. Un facteur facilitant repose tout d'abord sur la mission d'enseignement de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Le projet d'intervention a été présenté comme étant avant tout un projet de stage et une opportunité d'apprentissage en travail social, renforçant ainsi cette volonté d'enseignement et de développement des connaissances. De plus, l'utilisation d'une stratégie d'ouverture et de collaboration envers le milieu de stage a certainement été un facteur facilitant. En effet, nous avons présenté le projet d'intervention au comité de programmation clinique du programme des troubles anxieux et de l'humeur. Le fait d'avoir présenté le projet à ce comité, d'avoir accueilli leurs recommandations et d'avoir mis en application certaines de celles-ci a grandement facilité la démarche d'implantation. À titre d'exemple, notons que la suggestion d'utiliser l'Échelle d'Évaluation de la Séance (ÉÉS) provient d'une personne membre du comité.

En contrepartie, les orientations cliniques du milieu peuvent être identifiées comme un facteur ayant demandé une souplesse de notre part. Tel que présenté dans le deuxième chapitre, les services de groupe offerts à la clinique externe des troubles de l'humeur utilisent des approches cognitives, comportementales et psycho éducatives. Les groupes de thérapie sont habituellement dirigés par des psychologues. Ainsi, une

approche basée sur l'aide mutuelle et la conscientisation ne s'inscrit pas nécessairement dans les orientations cliniques du milieu de stage. D'ailleurs, un membre du comité de programmation a exprimé ouvertement qu'il aimait plus ou moins l'idée d'expérimenter une telle approche en services de deuxième ligne en santé mentale. Ce dernier jugeait plutôt qu'il s'agissait d'une approche de première ligne. Il a donc été nécessaire d'ajuster le projet d'intervention aux besoins du milieu. Pour ce faire, nous avons établi que l'objectif général du projet était de rejoindre une clientèle résiduelle, plus difficile à mobiliser dans une intervention plus traditionnelle. Présenté sous cet angle, le projet s'inscrivait plus facilement dans la réalité du milieu, facilitant son implantation.

Au plan professionnel, il n'y a pas eu de facteurs nuisant à la démarche d'implantation. Au contraire, les employés de la clinique se sont montrés très ouverts, intéressés et enthousiastes envers le projet d'intervention. Lors de la présentation du projet au comité de programmation clinique, les différents commentaires de la part des gens présents visaient surtout à améliorer la démarche et à faciliter son évolution dans le milieu. De plus, certains psychiatres de la clinique se sont investis auprès de potentiels candidats pour le groupe. En effet, ces psychiatres ont vanté la démarche auprès des patients pour les inviter à y participer. À un certain moment durant la phase d'implantation, nous avons aussi sollicité l'aide des autres professionnels de la clinique pour le recrutement. Finalement, cet apport n'a pas été nécessaire, puisque nous avons réussi à recruter par nous-mêmes le nombre de participants voulu pour le projet. Toutefois, il est important de mentionner que les employés de la clinique ont fait preuve d'ouverture par rapport au projet et qu'à leur façon, ils ont fait ce qu'ils ont pu pour en faciliter la réussite. Par contre, au niveau professionnel, le facteur principal ayant facilité la démarche demeure l'apport du superviseur de stage, monsieur Yvan Martineau. Son expérience, sa grande connaissance du milieu et le lien de confiance qu'il a développé au fil du temps avec les hommes ayant participé au groupe ont grandement contribué au succès de l'implantation. Certains participants ont accepté de rejoindre le groupe en raison d'un effort de persuasion de monsieur Martineau.

Bien entendu, choisir le sujet des processus de socialisation masculine implique qu'il faille prendre en compte ces enjeux lorsque l'on fait un bilan d'implantation d'un point de vue sociétal. Dans un chapitre précédent, il a été mentionné que les quatre principales caractéristiques associées à une masculinité traditionnelle sont d'éviter ce qui est lié à la féminité, de faire preuve d'autonomie, de réprimer certaines émotions et d'accorder de l'importance au succès (Tremblay et L'Heureux, 2010a). Aussi, bien que l'intervention de groupe soit une méthode d'intervention appropriée auprès des hommes, il ne faut pas oublier qu'au départ, cette méthode peut être très angoissante pour ces derniers (Dulac, 2001). En effet, la seule idée d'exposer ses faiblesses, ses émotions et ses échecs devant d'autres hommes peut en intimider certains et les empêcher de s'investir dans une démarche de groupe.

Il est pertinent de réfléchir comment ces facteurs sociétaux ont influencé l'étape du recrutement des participants qui a sans aucun doute été la partie du stage la plus difficile à compléter. Deux semaines avant la date prévue pour débiter le groupe, seulement deux personnes avaient confirmé leur présence. Il est difficile de dire jusqu'à quel point les facteurs nommés ont joué un rôle dans le recrutement des participants, plus précisément dans le refus de certaines personnes de joindre le groupe. Il est toutefois permis de penser que ces facteurs ont influencé la démarche de recrutement. Pour certains auteurs, le lien de confiance est la première étape à franchir dans le travail d'intervention auprès des hommes (Dulac, 2001; Sternbach, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2010b). C'est d'ailleurs ce lien de confiance, déjà créé par le superviseur de stage envers sa clientèle, qui a permis de recueillir un nombre suffisant de participants pour la mise en place de l'intervention.

Somme toute, la démarche d'implantation dans le milieu s'est très bien déroulée. Malgré quelques doutes émis à propos des approches d'aide mutuelle et de conscientisation privilégiées dans ce projet, cette initiative de groupe a été bien accueillie dans le milieu de stage. L'intervention s'est donc déroulée, ne reste qu'à en présenter le bilan dans la prochaine section.

3. BILAN DE L'INTERVENTION

3.1 Le sentiment de mobilisation

Modifié en cours de projet, l'objectif général de la démarche d'intervention était de créer un sentiment de mobilisation auprès d'une clientèle du programme des troubles anxieux et de l'humeur jugée plus difficile à traiter. La rencontre individuelle de bilan effectuée quelques semaines après la dernière séance de groupe, de même que certaines observations du superviseur de stage, permettent de bien saisir le degré d'atteinte de cet objectif. Il semble en effet que cette volonté d'aller vers l'action ait été entendue par la plupart des participants. Pour certains participants, tels monsieur B et monsieur E, ce sentiment de mobilisation est nommé clairement. Ces hommes désirent en effet vouloir prendre des moyens pour être plus autonomes et avoir une meilleure hygiène de vie. Monsieur E a établi comme objectif de vie de quitter sa ressource d'hébergement pour éventuellement vivre en appartement autonome. Pour monsieur B, l'objectif est de prendre soin de sa santé et de s'occuper en intégrant un centre de jour. Quant à monsieur A, il affirme que sa participation au groupe lui a permis de faire un bilan de vie. Ceci lui a permis d'identifier les nombreux facteurs de protection qu'il a su mettre en place au fil des ans. Il dit également que le groupe lui rappelle les efforts quotidiens qu'il doit continuer à appliquer. En ce qui concerne messieurs C et D, ce sentiment de mobilisation n'est pas nommé explicitement. Par contre, les deux hommes retirent de leur participation au groupe une expérience positive. Monsieur D a nommé avoir retrouvé un sentiment d'utilité, puisque son parcours de vie et ses partages ont été très inspirants pour les autres participants. Dans le cas de monsieur C, il est possible de penser que le fait d'avoir joint le groupe plus tardivement ait joué un rôle dans l'atteinte de cet objectif. Cependant, la décision de rejoindre le groupe après le début de séance par choix personnel indique malgré tout une certaine volonté de sa part.

3.2 Briser l'isolement

Un objectif important du projet était aussi de briser l'isolement vécu par ces hommes. Il s'agit d'un grand avantage de l'intervention de groupe, tel que mentionné dans le chapitre 1 (Dulac, 2001; Sternbach, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002, 2010b;

Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004; Steinberg, 2004). Il est intéressant de constater que cet objectif a été atteint très tôt en cours d'intervention. En effet, dès la fin de la première séance de groupe, lorsque les participants ont été interrogés sur ce qu'ils avaient retenu ou apprécié de la séance, la réponse a été unanime. Tous ont mentionné avoir apprécié de pouvoir partager en groupe et ont également affirmé qu'ils avaient l'impression d'être moins seul dans leur vécu. La rapidité avec laquelle ce sentiment de reconnaissance de l'expérience subjective s'est installé à l'intérieur du groupe a été une agréable surprise. Nous ne pensions pas que cette cohésion allait se créer si rapidement. De plus, certains participants ont créé des liens à l'extérieur du groupe. Ceci a été utile surtout pour messieurs B et D qui souffrent d'isolement. Pour les autres participants du groupe, le fait d'avoir renforcé l'importance du réseau de soutien a permis de rappeler le rôle capital que peut jouer le réseau sur le fonctionnement social.

3.3 Normaliser les difficultés vécues

L'observation nous amène vers l'objectif établi de normaliser les difficultés vécues et la nécessité d'avoir des soins. Il a été présenté dans le chapitre 1 que pour les hommes s'identifiant aux normes de la masculinité traditionnelle, la relation d'aide et les difficultés pouvaient être perçues comme anormales (Pleck, 1981, 1995; Connell, 1995, 2005; Brooks, 1998; Dulac, 2001; Cochran et Rabinowitz, 2003; Good et Wood, 1995; Oliffe et Phillips, 2008; Primack, Addis, Syzdek et Miller, 2010; Tremblay et l'Heureux, 2010a). Il est permis d'avancer qu'il n'a pas été nécessaire de travailler sur cet objectif pour l'atteindre. En effet, chez tous les participants du groupe, le fait d'avoir un suivi en psychiatrie n'est pas perçu comme quelque chose de problématique, bien au contraire. Les participants ont exprimé le fait que la relation d'aide est un facteur de protection pour eux. La plupart des participants utilisent les services en santé mentale depuis plusieurs années. Ainsi, il est normal, voire nécessaire, pour eux de conserver un suivi afin de stabiliser leur état. Cependant, ils reconnaissent que leur point de vue a changé au fil des ans. Ainsi, tous les participants, sauf monsieur E, ont affirmé que dans les premiers temps, ils doutaient beaucoup de la nécessité d'un suivi et ne pensaient pas qu'ils avaient un problème de santé mentale. Rappelons que pour monsieur E, l'annonce d'un

diagnostic a été vue comme un soulagement. Les participants reconnaissent qu'ils sont beaucoup plus stables depuis qu'ils sont suivis sur une base régulière par la clinique. Pour certains, la médication a un rôle majeur à jouer, alors que d'autres identifient plutôt le support psychosocial comme élément essentiel. Les participants sont, pour la plupart, très reconnaissants envers le travail de monsieur Martineau à leur endroit. Les discussions entourant la relation d'aide ont donc plutôt adopté un ton plutôt convivial, puisque le sujet n'a pas fait émerger de résistance chez les participants.

3.4 Favoriser la connaissance de soi

Un autre objectif identifié était de favoriser le travail d'introspection et de connaissance de soi. Cet aspect de l'intervention avec les hommes peut être complexe, mais il est essentiel de le faire (Dulac, 2001; Sternbach, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002; 2010b). Il est difficile de dire à quel point cet objectif a été atteint par les participants. Bien entendu, les différents partages au fil des séances ont permis d'offrir des discussions intéressantes sur des éléments personnels. Ainsi, il a été demandé aux participants durant une séance d'identifier leurs forces. Certains participants, comme monsieur E par exemple, avaient de la difficulté avec cet exercice. Le soutien des autres membres du groupe a permis d'apporter à chacun un point de vue différent sur soi-même. Ainsi, les perceptions de soi ont pu être modifiées en cours de route pour quelques participants. Aussi, ce thème d'introspection et de connaissance de ses émotions a été l'objet d'une séance. Cependant, cette séance a été de loin la séance la plus difficile du point de vue de l'intervention. Les participants parlaient de sujets hors thématique et il a été nécessaire de recadrer le groupe à plusieurs reprises durant la séance. Il a été aussi nécessaire de confronter les participants sur le fait qu'ils évitaient le sujet. Le cahier du participant, remis à chaque semaine, avait pour but de favoriser cette introspection et ce travail sur soi. Or, il se trouve que seulement deux participants sur les sept l'ont rempli de manière assidue. En bilan d'après-groupe, monsieur A a reconnu que l'exercice du cahier lui a été très utile. Quant à lui, monsieur C nomme que sa participation l'a aidé à identifier plus facilement les émotions qu'il peut vivre. Les autres participants ne voyaient pas la nécessité de remplir le cahier et la démarche était proposée sur une base

volontaire seulement. En somme, l'objectif de favoriser le travail d'introspection et de connaissance ne semble pas avoir été atteint de la façon espérée avant le début du groupe.

3.5 Miser sur les forces pour abaisser le sentiment de honte

Observons maintenant l'objectif de diminuer la honte par une intervention axée sur les forces. La honte est un sentiment très présent dans la socialisation masculine et chez les hommes ayant besoin d'aide (Hetzl, Barton et Davenport, 1994; Dulac, 2001; Keefer et Rondeau, 2002). Il est donc important de noter que ce sentiment de honte a été vécu et nommé par tous les participants du groupe, et encore plus important de mentionner que le sujet a été amené par un partage d'un participant, monsieur D. Au cours de la deuxième séance, il a exprimé avoir ressenti beaucoup de honte dans sa vie et que ce sentiment demeure présent chez lui à ce jour. Cette déclaration a beaucoup touché les participants, qui se sont exprimés tour à tour sur ce sentiment de honte vécu. Notons ici également un événement révélateur. Au cours d'une séance, monsieur B a partagé au groupe qu'il avait une entrevue pour un emploi. Pour lui, le travail est une valeur très importante. Les participants ont été très valorisants à son endroit. Or, la semaine suivante, monsieur B ne s'est pas présenté à la séance. À son retour au groupe, il a nommé ne pas avoir obtenu l'emploi et a expliqué son absence par la honte ressentie de cet échec. Tout au long des séances, l'esprit de cohésion formé à l'intérieur du groupe a permis de soulever des qualités et des forces sous-estimées pour tenter de réduire ce sentiment de honte. Monsieur D a beaucoup encouragé monsieur E dans sa quête d'autonomie. Messieurs A, D et E ont réussi à faire comprendre à monsieur C qu'il pouvait bénéficier d'un réseau soutenant et que ceci était un élément très positif. Ce ne sont qu'ici que quelques exemples qui témoignent bien que la valorisation et l'encouragement ont été présents à l'intérieur du groupe. En rencontre de bilan, les participants ont tous nommé que le groupe les avait beaucoup aidés à améliorer leur estime de soi.

3.6 Prendre conscience des effets de la socialisation masculine

Il ne reste qu'un seul objectif à décrire, et même si cet objectif est passé d'objectif principal du projet à objectif secondaire en cours de route, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de l'objectif se situant au cœur de la problématique de cet essai. Tout le projet

d'intervention a été conçu afin de tenter de nuancer certaines normes de socialisation masculine et de prendre conscience des effets de cette socialisation sur les hommes. Cependant, il a été constaté assez rapidement dans l'intervention que cet objectif ne serait pas atteint. En effet, l'objectif n'a pas été atteint parce que les participants au groupe ne se retrouvaient pas ouvertement dans une dynamique de conflit de rôle de genre. Ceci ne signifie pas que les participants ne s'identifient pas à certaines normes masculines associées aux rôles traditionnels. Dans la description des participants au début de ce chapitre, on y retrouve pour chacun des enjeux reliés au monde du travail. Les hommes qui ont participé au groupe s'identifient beaucoup au travail et ils admettent pour la plupart qu'il s'agit du rôle principal qui leur permet de se définir au niveau de l'identité. Or, il se trouve que les participants, pour des raisons variées, n'occupent pas d'emploi présentement. Il a été observé que les participants du groupe ont beaucoup de difficulté à se trouver un autre rôle social que celui procuré par le monde du travail. Seul monsieur A se dit à l'aise avec le fait de ne pas travailler puisqu'il est maintenant retraité. Par contre, il a nommé avoir eu de la difficulté à ses premières années de retraite, puisque son travail était la facette principale de son identité. Contrairement aux autres participants, monsieur A a réussi à se trouver un autre rôle social au fil des ans, en misant sur ses relations avec ses proches et son rôle de père. Les autres participants ont tous nommé ne pas être en mesure de combler un autre rôle social en étant sans emploi et que ceci est très difficile à vivre pour eux. On peut donc faire un certain lien avec la norme sociale accordant de l'importance au succès, au travail et au prestige (Tremblay et L'Heureux, 2010a).

Il faut toutefois nuancer cette observation. Les participants nomment que l'emploi est le principal facteur social d'intégration dans notre société, peu importe le sexe. Au-delà de ne pas atteindre un standard masculin, les participants définissent plutôt leurs difficultés à l'emploi comme l'échec de l'atteinte d'un standard social. Le fait de souffrir d'une maladie mentale s'inscrit dans une logique similaire. La maladie est un autre facteur très invalidant d'un point de vue social. Il en ressort alors que les participants ont tous exprimé ressentir un important sentiment d'exclusion sociale et de marginalisation, qu'ils associent beaucoup à des normes sociales attendues envers tous et toutes plutôt qu'aux normes sociales liées à la masculinité.

On peut également remarquer une certaine identification à la norme sociale de contrôler ses émotions en public pour les hommes (Tremblay et L'Heureux, 2010a). Ce chapitre a déjà présenté des observations sur la séance de groupe traitant de ce sujet, séance qui a été la plus difficile à diriger en termes d'intervention. En ce qui concerne la norme de l'autonomie et de régler ses problèmes sans l'aide d'autrui (Tremblay et L'Heureux, 2010a), il a été démontré précédemment que pour les participants, la relation d'aide n'est plus considérée comme étant inutile, mais sa pertinence a déjà été questionnée par le passé. On pourrait alors penser qu'à un autre moment de leur vie, les participants pouvaient s'identifier à cette norme sociale. Or, ce n'est plus le cas aujourd'hui, et ce constat était bien intégré chez les participants avant même le début du groupe.

Maintenant, pour la dernière norme associée à une masculinité traditionnelle, soit le fait d'éviter le féminin en soi (Tremblay et L'Heureux, 2010a), les discussions sur le sujet laissent penser qu'il ne s'agit pas d'un enjeu important pour les participants. Pour eux, les difficultés reliées à la santé mentale, les besoins à combler pour avoir une vie épanouie et les solutions à apporter pour se rétablir ne sont pas différenciés selon le sexe. La perception de la masculinité des participants se rapproche alors beaucoup plus de la théorie de Connell (1995;2005) sur la possible présence de multiples masculinités dans une société, que de la théorie de Pleck (1981; 1995) sur l'importance d'adhérer à une masculinité traditionnelle. Ainsi, les besoins exprimés par les participants au fil des séances touchaient beaucoup plus le sentiment d'exclusion et de marginalité sociale qu'un sentiment d'échec de sa masculinité. En ce sens, les discussions sur la performance de genre au masculin ont été quelque peu mises de côté. Voici pourquoi nous affirmons que l'objectif de prendre conscience des effets de la socialisation masculine n'a pas été atteint. Ceci conclut la description des observations relevées en cours de projet. La prochaine section procède à l'analyse des choix méthodologiques du projet.

4. ANALYSE DES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

L'interactionnisme symbolique s'avère un bon choix de cadre d'analyse, car certains éléments observés au cours de l'intervention rejoignent les concepts fondamentaux de cette perspective théorique. La notion de rôle se démarque principalement, puisque de nombreuses discussions du groupe ont tourné autour de l'importance des rôles sociaux. Bien entendu, le groupe aura été un espace d'interaction permettant la mise en commun de perceptions, laissant place à un échange qui peut contribuer à l'acquisition de nouvelles significations. Les séances ont également permis aux participants d'aborder l'importance des normes sociales et l'effet qu'elles pouvaient avoir sur leur rétablissement. On y retrouve ici les concepts de base de l'interactionnisme symbolique tels que définis par Blumer (1969). De plus, les notions de déviance et de marginalité ont été abordées. Il est d'ailleurs intéressant de soulever ici que les participants ont exprimé des critiques envers la psychiatrie similaires à celles de Goffman (1961) présentées dans le chapitre 2. La dynamique de déviance décrite par les participants rejoint les travaux de Becker (1973). Ce n'est donc pas tant de souffrir d'une maladie mentale ou de ne pas être en mesure d'occuper un emploi qui crée ce sentiment d'exclusion, mais bien la signification sociale péjorative attribuée à ces éléments qui produisent ce sentiment de marginalité.

C'est ainsi que le choix des approches d'intervention semble également très approprié, surtout en ce qui concerne l'aide mutuelle. Alors que les participants ont critiqué la répartition du pouvoir dans l'univers de la psychiatrie, le choix d'une approche d'aide mutuelle semble avoir atteint les objectifs poursuivis par celle-ci, soit de permettre un partage de ce pouvoir, d'augmenter le sentiment d'utilité en situant les participants à la fois dans un rôle d'aidé que d'aidant, de briser le sentiment d'isolement et de créer un climat d'entraide assez fort pour initier le changement (Steinberg, 2004). Il est aussi important de relever que l'essai de cette approche dans un milieu d'intervention aussi structuré et professionnel que l'IUSSM a permis de faire réfléchir le milieu de stage à l'apport que peut avoir le travail social en milieu psychiatrique. Dans ce contexte, le travail social est plutôt vu comme une discipline de soutien aux autres disciplines à

caractère médical, ce qui est un facteur important à soulever du point de vue organisationnel. De par ses valeurs et ses méthodes d'intervention propres, le travail social peut toutefois contribuer beaucoup plus au rétablissement des usagers. À ce sujet, les résultats de l'Échelle d'Évaluation de la Séance (ÉÉS) indiquent que les participants ont beaucoup apprécié la méthode d'intervention. À chaque semaine, les résultats observés de cette échelle ont été très positifs. Aussi, lors de la présentation finale au comité de programmation clinique, l'importance de la stigmatisation vécue par les usagers a été soulevée comme l'élément principal à retenir et à miser davantage pour la programmation future de la clinique. Nous rejoignons ainsi les propos de Cherrier (2004) qui insiste sur la nécessité d'accorder plus de place à l'intervention de groupe à caractère social dans les milieux de pratique en psychiatrie.

En ce qui concerne la conscientisation, il est possible d'avancer que certains objectifs de cette approche d'intervention aient été atteints. Cette approche vise essentiellement à donner la parole aux gens qui généralement ne peuvent s'exprimer, pour leur permettre de générer leurs propres solutions (Freire, 1980). Les participants ont eu la chance de parler de choses qu'ils n'auraient pu faire dans un contexte d'intervention classique. Il aurait été difficile pour eux dans un autre contexte de critiquer aussi ouvertement l'approche psychiatrique. Selon la théorie de Freire (1980), le groupe dominant n'aurait pas accepté de se faire critiquer par le groupe dominé, de peur de perdre son pouvoir. Cependant, le choix de l'approche de la conscientisation avait été fait dans le but de prendre conscience des effets de la socialisation masculine traditionnelle sur le rétablissement. Dans cette optique, cette approche d'intervention n'a pas atteint son objectif. Il nous semble que ceci s'explique par un problème de recrutement que par le choix de cette approche d'intervention. Cette approche aurait été pertinente auprès d'hommes en conflit de rôle de genre. Toutefois, s'il avait fallu retenir le critère du conflit de rôle de genre pour la sélection des participants, le groupe n'aurait pas pu être mis en place, puisqu'il aurait été très difficile d'atteindre un nombre minimal de participants.

Le choix du modèle d'intervention de Sternbach (1990; 2001) a été un choix très judicieux. Tout d'abord, il est intéressant de remarquer que le groupe a suivi une évolution telle que décrite par le modèle, qui a été présenté dans le chapitre 2. En permettant de bien connaître les étapes d'évolution du groupe, le choix de ce modèle a permis de bien adapter l'intervention aux besoins des participants. De plus, la méthode d'intervention du modèle a bien servi la démarche de groupe. Débuter et terminer les séances par un rituel, soit servir du café en début de séance et la terminer par une discussion d'intérêt général comme le sport ou la politique, a grandement contribué au succès du groupe, comme l'avait soulevé Lajeunesse (2008). Aussi, la structure d'une séance, telle que proposée par Sternbach (1990; 2001), a fourni un équilibre intéressant pour le partage du pouvoir dans l'intervention. Le modèle propose un cadre clair et structuré, avec un sujet précis à l'ordre du jour. Il propose également d'alterner entre des moments où un participant parle sans que personne ne l'interrompe et des moments où des échanges en groupe ont lieu. En respectant cette méthode, il a été possible d'offrir un contexte assez sécurisant pour les hommes pour leur permettre de se faire confiance entre eux et de se révéler. Le cadre d'intervention a semblé aussi être assez souple pour donner aux hommes un sentiment de pouvoir nécessaire dans l'intervention (Dulac, 2001; Tremblay et L'Heureux, 2002; 2010b), mais également assez ferme pour éviter une désorganisation à l'intérieur du groupe (Dulac, 2001). Les interventions de recadrage ont été très bien reçues par les participants. Nous croyons que ceci est en lien avec ce partage équilibré du pouvoir au sein du groupe.

Malgré le changement de l'objectif principal du groupe pendant sa conception et malgré que nous estimons que certains objectifs n'aient pas été atteints, nous retenons que les choix méthodologiques ont été appropriés dans l'ensemble. Pour conclure ce chapitre, voici la présentation de questionnements éthiques s'étant produits en cours de route.

5. QUESTIONNEMENTS ÉTHIQUES

Trois questionnements éthiques ont été soulevés en cours de projet. Parmi ces questionnements, deux concernent directement le contenu de certains échanges. Ce chapitre a déjà abordé la réflexion critique envers le système psychiatrique émis par certains participants. Plus précisément, le travail d'un psychiatre de la clinique, dans son approche et sa façon de gérer les situations, a été critiqué par des participants insatisfaits des services reçus de ce professionnel par le passé. Deuxièmement, deux participants ont exprimé ouvertement avoir des idées suicidaires en cours de séance. Ces deux situations ont induit des questionnements éthiques sur la position à adopter en tant qu'intervenant en charge du groupe face à ces propos. Fallait-il laisser aller la discussion ou était-il nécessaire d'intervenir pour l'interrompre et changer de sujet? Dans les deux cas, le positionnement face aux questionnements a été le même, soit de laisser la discussion avoir lieu. Les critiques envers le système psychiatrique et le travail du psychiatre étaient verbalisées de manière appropriée. Les propos concernant le suicide ne laissaient pas entrevoir un risque de passage à l'acte imminent. Ainsi, le fait de laisser les participants s'exprimer sur leurs frustrations et leur tristesse a plutôt donné lieu à des échanges riches en émotions, ce qui était après tout un objectif à atteindre.

Le dernier questionnement éthique est relié au seul facteur d'exclusion identifié pour le projet, soit le fait de ne pas sélectionner des gens à risque de se trouver en situation de crise. Malheureusement, ceci s'est produit pour un participant, qui a quitté le groupe après la première séance. L'agitation était palpable dans son cas et il a été nécessaire d'intervenir à quelques reprises lors de la séance pour le contenir et s'assurer qu'il ne monopolise pas le groupe. Il a donc fallu réfléchir à la question suivante : comment allions-nous désamorcer la situation si ce participant se présentait à la deuxième séance? Nous savions que son état ne lui permettait pas de tirer les bénéfices des séances, que sa présence risquait de perturber l'évolution du groupe et que la situation pouvait placer tout le monde dans une situation inconfortable. Monsieur Martineau et moi-même avons donc établi une stratégie pour être prêts à intervenir de manière adéquate. Si ce participant se présentait, il était convenu que monsieur Martineau l'aurait retiré du groupe

pour procéder à une intervention individuelle avec lui, alors que je m'occuperais d'expliquer la situation aux autres participants. Finalement, cette situation n'a pas eu lieu, puisque le participant ne s'est pas présenté aux autres séances et a été hospitalisé peu de temps après la première séance du groupe.

Ce troisième chapitre nous a permis de faire une analyse critique du projet d'intervention dans sa globalité. Après avoir présenté un portrait général des hommes ayant participé à la démarche, nous avons pu dresser un bilan complet de la démarche, de son implantation dans le milieu aux différentes observations permettant d'analyser l'atteinte des objectifs d'intervention établis. Nous avons analysé nos choix méthodologiques et soulevé quelques questionnements éthiques s'étant présentés en cours de route. Puisque la plupart des objectifs établis ont été atteints, nous estimons que le projet d'intervention expérimenté dans le cadre de ce stage à la clinique externe des troubles de l'humeur de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal a été un succès.

CONCLUSION

En résumé, ce projet de stage visait à répondre à la question suivante : dans un contexte de soins en santé mentale, comment est-il possible de favoriser l'intervention auprès des hommes pour répondre à leurs besoins ? Pour tenter de répondre à cette question, un groupe de soutien pour hommes souffrant d'un trouble de l'humeur a été expérimenté à la clinique externe des troubles de l'humeur de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Appuyé sur deux approches d'intervention, la conscientisation et l'aide mutuelle, ce groupe de soutien d'une durée de six séances visait à intervenir auprès des hommes qui s'identifient aux normes traditionnelles de la masculinité. L'objectif général était de rejoindre des hommes considérés plus résistants à l'intervention afin de susciter chez eux un sentiment de mobilisation. Les autres objectifs étaient de briser l'isolement, de réduire le sentiment de honte en augmentant le sentiment de compétence, de normaliser les difficultés et le parcours de soins, de favoriser la connaissance de soi et de prendre conscience des effets de la socialisation masculine sur soi.

Les différentes observations laissent penser que l'intervention expérimentée durant ce stage offre une bonne piste de réponse à la question de départ du projet. Plusieurs participants ont nommé avoir retrouvé une motivation pour leurs projets futurs. Les objectifs touchant l'isolement, la honte, le sentiment de compétence et la perception concernant la relation d'aide semblent avoir été atteints. Pour ce qui est des deux autres objectifs, soit la connaissance de soi et la prise de conscience des effets de la socialisation masculine, bien que ces objectifs n'ont pas été atteints de la manière voulue en début de stage, il n'en demeure pas moins que ces éléments ont quand même été abordés durant les séances. L'intervention de groupe sous forme de groupe de soutien inspirée des approches de conscientisation et d'aide mutuelle nous apparaît donc une méthode d'intervention très appropriée pour le travail auprès des hommes, mais également pour le travail en santé mentale, indépendamment du genre ou de la problématique de santé mentale.

L'expérimentation d'un groupe de soutien pour hommes dans un milieu d'intervention de deuxième ligne en santé mentale a été une expérience très enrichissante. Tout d'abord, il a été très audacieux d'utiliser une approche d'aide mutuelle et de conscientisation dans un milieu de stage très axé sur une approche médicale, qui appuie ses pratiques cliniques principalement sur une recherche scientifique d'inspiration positiviste. Présenter un projet d'intervention d'influence socioconstructiviste dans un tel contexte est donc forcément innovateur, puisque cela implique une méthode de travail fondamentalement différente. Le fait d'utiliser des méthodes différentes permet donc d'obtenir des résultats différents, et ce projet de stage peut en témoigner. En effet, l'élément central qui ressort de ce projet d'intervention demeure l'importance des déterminants sociaux sur la santé mentale des individus. La stigmatisation, le sentiment de déviance et de marginalité ne sont pas des déterminants biologiques. Il aurait été très difficile de mettre en lumière l'importance de ces phénomènes sociaux en utilisant les approches d'intervention généralement utilisées à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal.

L'innovation de ce projet consiste à souligner l'importance capitale de la présence du travail social et de l'intervention sociale, même dans un contexte médical. Ce projet d'intervention a été construit en cohérence avec les valeurs fondamentales de la discipline du travail social. Les observations laissent penser qu'il s'agit d'une voie à poursuivre pour l'intervention. La recension des écrits, la construction du projet et les choix méthodologiques sont inscrits dans une logique constructiviste visant le changement social. Bien que la portée globale du projet soit très limitée, il est tout de même intéressant de souligner que l'impact du projet dans le milieu a été remarqué. Le travail social en milieu hospitalier a un rôle essentiel à jouer et un tel projet permet de rappeler le potentiel de cette discipline, potentiel qui est parfois délaissé dans ce milieu.

Rappelons qu'au départ, ce projet d'intervention devait être expérimenté en CLSC, où l'intervention est beaucoup plus de nature psychosociale et moins de nature médicale. De plus, nous avons effectué ce projet auprès d'hommes utilisant des services depuis plusieurs années. Ceci fait en sorte que la clientèle ciblée pour le projet, soit les

hommes ouvertement en accord avec les valeurs d'une masculinité traditionnelle, a été laissée de côté afin de bien mener à terme le projet dans le milieu de stage. Nous pensons qu'il aurait été beaucoup plus facile de retrouver notre clientèle ciblée de départ en CLSC. Comme ces établissements offrent des services de première ligne, nous estimons qu'il y aurait eu un bassin plus large d'hommes utilisant les services pour une première fois, avec une possibilité de trouver des hommes s'identifiant aux valeurs masculines traditionnelles. Il serait alors très intéressant de tester la même formule d'intervention dans un CLSC auprès d'hommes effectuant une première demande de services. Avec une méthodologie de sélection de participants concentrée spécifiquement pour les hommes en conflit de rôle de genre, nous pensons qu'il serait possible de recruter un nombre suffisant de participants et de mettre en place cette intervention de groupe. Il serait alors possible de travailler les effets de la socialisation masculine en objectif principal, et non de la déplacer en objectif secondaire, comme il a été nécessaire de faire au cours de ce stage.

Néanmoins, nous estimons que la pratique d'intervention de groupe dans une formule de groupe de soutien est une pratique qui peut convenir à différentes populations. Tout d'abord, le stage a permis de voir qu'il s'agit d'un outil intéressant pour intervenir auprès des populations masculines. Alors que nous visions des hommes aux caractéristiques traditionnelles, la méthode a été tout aussi pertinente et efficace auprès d'hommes n'adhérant pas complètement à ces normes. Le fait de rassembler des gens vivant une problématique commune représente déjà en soi un levier d'intervention puissant. Par contre, nous pensons que la formule employée d'aide mutuelle crée une ambiance particulière favorisant à la fois le changement personnel et social. En ce sens, nous rejoignons les positions de certains auteurs, qui considèrent cette méthode d'intervention comme étant la façon par excellence d'appliquer les valeurs du travail social en action (Sternbach, 2001; Forte, 2004; Steinberg, 2004). Comme Cherrier (2004), nous croyons que les groupes de soutien ont leur place dans les soins de deuxième et de troisième ligne en santé mentale et qu'il serait nécessaire que cette forme d'intervention soit plus exploitée et reconnue à sa juste valeur. Nous encourageons ainsi les intervenants sociaux à tenter de mettre en place ces pratiques dans différents milieux

d'intervention. Contrairement à ce professionnel de l'IUSMM qui trouve que les groupes de soutien ne sont pas une méthode adaptée en soins spécialisés, nous croyons plutôt que cette forme d'intervention de groupe, mise en place et animée par un intervenant social, peut représenter un moyen aussi efficace qu'un autre afin de répondre aux besoins de la clientèle d'un milieu spécifique. Dans une perspective multidisciplinaire, il s'agit ici de l'apport spécifique que peut avoir le travail social. Nous sommes toutefois conscients que différents facteurs organisationnels entrent en ligne de compte et qu'il est impossible d'appliquer cette méthode dans tous les milieux. Nous suggérons alors aux intervenants sociaux de bien connaître les différents groupes de support existant dans les organismes communautaires desservant leur territoire de pratique et de ne pas hésiter à y référer les personnes en besoin.

Nous retenons de tout ce projet que malgré le fait que les sociétés évoluent, certaines valeurs prennent plus de temps à changer. Nous avons observé la présence de certaines attitudes reliées aux valeurs de la masculinité traditionnelle chez les participants, même si ceux-ci n'étaient pas nécessairement en conflit de rôle de genre. Il existe encore un contexte social favorisant le maintien des valeurs masculines traditionnelles. Nous pensons donc qu'il est important de continuer les recherches auprès des populations masculines et de continuer à trouver des moyens pour rejoindre ces hommes, qui peuvent devenir vulnérables lorsqu'ils éprouvent des difficultés. Bien que la portée de cet essai soit modeste, nous sommes fiers de pouvoir y apporter notre contribution.

BIBLIOGRAPHIE

Addis, M. E., & Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58 (1), 5-14.

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

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

Becker, H. S. (1973). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.

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

Blanchette, D., & Couto, E. (2010). Un modèle d'aide aux hommes pour sortir de l'impasse de la violence conjugale. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S.G. Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (p.373-395). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.

Brooks, G.R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Fransisco : Jossey-Bass.

Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). "Big Build": Hidden Depression in Men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921-931.

Carette, J. (2000). Travailler le social: pour une redéfinition. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 13(1), 1-4.

Charbonneau, L. (2000). Pour prévenir le suicide... Agissons! Dans Association québécoise de suicidologie. *Prévenir le suicide au masculin, document de réflexion pour la semaine provinciale de prévention du suicide 2001* (p.7-8). Montréal, Québec : AQS.

Cherrier, J.-F. (2004). La réappropriation du pouvoir: une réponse en santé mentale pour l'accueil de demandeurs d'asile. *Intervention*, 120, 41-50.

Chovanec, M.G. (2009). Facilitating change in group work with abusive men : Examining stages of change. *Social work with groups*, 32, 125-142.

Cochran, S. V., & Rabinowitz, F.E. (2003). Gender-Sensitive Recommendations for Assessment and Treatment of Depression in Men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 132-140.

Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Connell, W.R. (1995). *Masculinities*. Cambridge : Polity.

Connell, W.R., & Messerschmidt, J.W. (2005). Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. *Gender and Society*, 19(6), 829-859.

Dandurand, R. B. (1985). Les dissolutions matrimoniales, un phénomène latent dans le Québec des années 60. *Anthropologies et sociétés*, 9(3), 87-115.

De Gaulejac, V. (1989). Honte et pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 128-137.

Dolch, N.A. (2003). Role. Dans L.T. Reynolds & N.J. Hermann-Kinney (dir.), *Handbook Of Symbolic Interactionism* (p.391-410). Walnut Creek: AltaMira Press.

Dufault, S. G., & Tremblay, G. (2010). Cinq paradigmes compréhensifs des hommes et des masculinités: Proposition d'une classification originale. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S.G. Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (p.61-90). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

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

Evans, J., Frank, B., Oliffe, J., & Gregory, D. (2011). Health, illness, men and masculinities: a theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health* 8(1), 7-15.

Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2012). *Mission*. Repéré à <http://www.hlhl.qc.ca/fondation/potrait/mission.html>.

Forte, J. (2004a). Symbolic Interactionism and Social Work: A Forgotten Legacy, Part 1. *Families in Society*, 85(3), 391-400.

Forte, J. (2004b). Symbolic Interactionism and Social Work: A Forgotten Legacy, Part 2. *Families in Society*, 85(4), 521-530.

Forte, J. (2010). Transformation through Interaction: A Meta-Ethnographic Synthesis of Research Reports on Mutual Aid Groups. *Qualitative Social Work* 9(2), 151-168.

Freire, P. (1980). *Pédagogie des opprimés*. Paris: Librairies François Maspero.

Gagné, M., & St-Laurent, D. (2009). *La mortalité par suicide au Québec : Tendances et données récentes- 1981 à 2007*. Québec, Québec : Institut National de Santé Publique.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and others inmates*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1975). *Stigmate*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Goffman, E. (1977). The arrangement between the sexes. *Theory and Society*, 4(3), 301-333.

Good, G.E., & Wood, P.K. (1995). Male gender role conflict, depression and help seeking: Do college men face double jeopardy? *Journal of Counseling and Development*, 74, 70-75.

Hetzel, R.D., Barton, D.A., & Davenport, D.S. (1994). Helping men change : A group counseling model for male clients. *Journal for specialists in group work*, 19(2), 52-64.

Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2005). *L'organisation des soins et des services cliniques: Cadre de référence*. Montréal, Québec: Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2006). *Énoncé de valeurs éthiques*. Montréal, Québec: Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Hôpital Louis-H. Lafontaine (2009). *Programme troubles anxieux et de l'humeur : Programmation clinique*. Montréal, Québec : Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Hôpital Louis-H. Lafontaine (2010). *Échelle adaptée par l'Équipe rapide d'intervention de crise du PTAH-HLHL d'après Scott D. Miller et Barry L. Duncan (SRS)*. Montréal, Québec: Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2012). *Nos Valeurs*. Repéré à <http://www.hlhl.qc.ca/hopital/a-propos/nos-valeurs.html>.

Hôpital Louis-H. Lafontaine. (s.d.). *Rapport Annuel 2010-2011*. Montréal, Québec: Hôpital Louis-H. Lafontaine.

- Keefler, J., & Rondeau, G. (2002). Men and shame. *Intervention (116)*, 26-36.
- Kilmartin, C. (2005). Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *Journal of men's health and gender*, 2 (1), 95-99.
- Lajeunesse, S.L. (2008). *L'épreuve de la masculinité : Sports, rituels et homophobie*. Béziers : H&O Éditions.
- Lauer, R. H., & Handel, W.H. (1977). *Social Psychology: The Theory and Application of Symbolic Interactionism*. Boston : Houghton Mifflin Company.
- Leblanc, J. (1999). Troubles de l'humeur (affectifs). Dans P. Lalonde, J. Aubut, & F. Grunberg (dir.), *Psychiatrie Clinique: Une approche bio-psycho-sociale* (p.286-329). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Lindsay, J., Rondeau, G., & Desgagnés, J.-Y. (2010). Bilan et perspectives du mouvement social des hommes au Québec entre 1975 et 2010. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S.G. Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (p. 1-43). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Lynch, J., & Kilmartin, C. (1999). *The pain behind the mask. Overcoming masculine depression*. New York : The Haworth Press.
- McCall, G.J. (2003). Interaction. Dans L.T. Reynolds & N.J. Hermann-Kinney (dir.), *Handbook Of Symbolic Interactionism* (p.327-348). Walnut Creek: AltaMira Press.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Québec, Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Centres de santé et de services sociaux - Réseaux locaux de services*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>.
- Nathanson, P., & Young, K. (2001). *Spreading misandry : The teaching of contempt for men in popular culture*. Montréal, Québec: McGill-Queen's University Press.
- Oliffe, J. L., & Phillips, M.J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health* 5(3), 194-202.
- O'Neil, J. M. (2008). Summarizing 25 years of research on men's gender role conflict using the Gender Role Conflict Scale: New research paradigms and clinical implications. *The Counselling Psychologist*, 36 (3), 358-445.

Phillips, J. (2001). *Groupwork in Social Care: Planning and Setting Up Groups*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Pleck, J. H. (1981). *The myth of masculinity*. Cambridge: MIT Press.

Pleck, J.H. (1995). The Gender Role Strain Paradigm: An Update. Dans R.F. Levant & W.S. Pollack (dir.), *The new psychology of men* (p. 11-32). New York: Basic Books.

Pollack, W.S. (1998). *Real boys: Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York: Random House.

Primack, J. M., Addis, M.E., & Miller, I.W. (2010). The Men's Stress Workshop: A Gender-Sensitive Treatment for Depressed Men. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 77-87.

Romans, S. E., & Clarkson, R.F. (2008). Crying as a Gendered Indicator of Depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 237-243.

Roy, V. (2010). Être une femme, être un homme et intervenir auprès des clientèles masculines : Le point de vue de conjoints qui ont des comportements violents. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S.G. Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (p.177-197). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Roy, P., & Des-Rivières-Pigeon, C. (2011). « Je n'ai pas honte à avoir besoin d'aide » : La négociation des normes masculines chez les hommes suicidaires. *Intervention* 135 (2), 50-60.

Shepard, D. (2002). A negative state of mind: Patterns of depressive symptoms among men with high gender role conflict. *Psychology of Men and Masculinity*, 3, 3-8.

Shulman, L. (2006). *The Skills of Helping: Individuals, Families, Groups and communities* (5th ed.). Belmont : Thomson- Brooks/ Cole.

Silverberg, R.A. (1986). *Psychotherapy for men : Transcending the masculine mystique*. Springfield: Thomas.

Steinberg, D.M. (2004). *The Mutual-Aid Approach to Working with Groups: Helping People Help One Another* (2nd ed.). New York: The Haworth Press Inc.

Sternbach, J. (1990). The men's seminar : An educational and support group for men. *Social work with groups*, 13(2), 23-39.

Sternbach, J. (2001). Men connecting and changing-stages of relational growth in men's groups. *Social work with groups*, 23(4), 59-69.

- Stewart, M.W. (2003). Gender. Dans L.T. Reynolds & N.J. Hermann-Kinney (dir.), *Handbook Of Symbolic Interactionism* (p.761-785). Walnut Creek: AltaMira Press.
- Stryker, S. (1980). *Symbolic Interactionism: A Social Structural Version*. Menlo Park, Californie : The Benjamin/Cummings Publishing Company.
- Tremblay, G. (2011). Au-delà des frontières, l'interculture-action pour mieux avancer dans les études sur les hommes et les masculinités. *Intervention*, 135(2), 6-16.
- Tremblay, G., & Déry, F. (2010). La santé des hommes au Québec. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S.G. Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (p. 305-329). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G., Fonséca, F., & Lapointe-Goupil, R. (2004). *Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux*. (Collection études et analyses, numéro 31). Québec, Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Tremblay, G., & Lapointe-Goupil, R. (2005). Habitudes de vie et comportements liés à la santé chez les hommes québécois. Dans G. Tremblay, R. Cloutier, T. Antil, M.-E. Bergeron & R. Lapointe-Goupil (dir.), *La santé des hommes au Québec* (p.71-114). Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- Tremblay, G., & L'Heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergent d'intervention clinique. *Intervention* (116), 13-25.
- Tremblay, G., & L'Heureux, P. (2010a). La genèse de la construction de l'identité masculine. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S.G. Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (p. 91-123). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G., & L'Heureux, P. (2010b). Des outils efficaces pour mieux intervenir auprès des hommes traditionnels. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S.G. Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (p. 125-151). Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G., Morin, M.-A., Desbiens, V., & Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Québec, Québec : CRI-VIFF.
- Turcotte, D., & Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2^e éd.). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeurs.

Wickham, E., Pelech, W., & Basso, R. (2009). *Group Work Practice : An intégration of expérience, theory and practice (3rd ed.)*. Toronto, Ontario : Thompson Educational Publishing Inc.

Winkin, Y. (2007). Interactionnisme Symbolique. *Dictionnaire de Sociologie*. Paris, Encyclopedia Universalis: Albin Michel.

ANNEXE