



La situation sociale d'hommes adultes atteints de troubles anxieux ou de l'humeur

Par

Alexandra Gauthier

Sous la direction de Dominic Bizot et Éric Pilote

**Mémoire présenté à l'Université du Québec à Chicoutimi en vue de l'obtention du grade de
Maître ès arts (M. A.) en travail social**

Soutenue le 4 juin 2024

Québec, Canada

© Alexandra Gauthier, 2024

RÉSUMÉ

La présente étude vise à mieux comprendre les impacts d'un trouble anxieux ou de l'humeur sur la situation sociale d'hommes adultes. Ainsi, 12 entrevues ont été réalisées avec des hommes de 25 à 44 ans ayant un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur. Selon leurs témoignages, il a pu être difficile d'accepter leur état de santé. La peur de déranger, l'impression d'être différent des autres et la perception de la société à l'égard de la santé mentale ont pu influencer leur propension à s'intégrer à leurs pairs ou à chercher du soutien social. Les participants constatent les impacts de leur diagnostic sur leur mode de vie. Ils soulèvent des enjeux en lien avec leur identité et les stratégies utilisées pour se sentir mieux. On note l'usage de l'autorégulation émotionnelle, de solutions exutoires, de soutien social ou professionnel. La plupart des hommes interrogés ont signifié l'importance de normaliser la demande d'aide afin de favoriser l'intégration des hommes auprès des services psychosociaux. De même, selon les partages reçus, le fait de comprendre la réalité des troubles mentaux favoriserait l'acceptation d'un diagnostic, surtout de la part des hommes qui répondent aux critères de la masculinité traditionnelle. Ceux-ci étant souvent plus réfractaire à l'étiquette de trouble de santé mentale.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
DÉDICACE	viii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1	2
SANTÉ MENTALE ET ISOLEMENT SOCIAL.....	2
1.1. État des connaissances	2
1.1.1 Santé mentale.....	2
1.1.2. Santé mentale chez les hommes	5
1.1.3. Santé mentale et isolement social.....	10
1.1.4. Isolement social	11
1.2. Problématique	14
1.3. Pertinence de la recherche	17
CHAPITRE 2	20
CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE	20
2.1 Les déterminants de la santé.....	20
2.1.1. Déterminants sociaux de la santé : l'exclusion sociale.....	22
2.1.2. Exclusion sociale et trouble de santé mentale.....	23
2.2. Théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner	24
2.2.1. Définitions des concepts et processus	24
2.2.2. L'individu et l'endogroupe	27
2.2.3. Stratégies utilisées en cas d'insatisfaction	28
2.3. Pertinence du cadre théorique	33
CHAPITRE 3	34
MÉTHODOLOGIE	34
3.1. But et objectifs de la recherche	34
3.2. Type de recherche	35
3.3. Population à l'étude	36
3.4. Mode de recrutement des participants	39

3.5. Mode de collecte des données	40
3.6. Analyse des données	43
3.7. Considération éthique	45
CHAPITRE 4	47
RÉSULTATS	47
4.1. Caractéristiques sociales et personnelles.	47
4.1.1. Données sociodémographiques.....	47
4.1.2. La manière de réagir aux situations quotidiennes (résilience).....	48
4.1.3. Propension à aller vers les autres	49
4.1.4. Rapport à l'intimité émotionnelle.....	50
4.1.5. L'hygiène de vie	51
4.2. Le diagnostic et ses conséquences	51
4.2.1. Conséquences sur les habitudes de vie et les comportements.....	52
4.2.2. Les conséquences socioéconomiques.....	53
4.2.3. Les conséquences sur les compétences personnelles et sociales	55
4.3. Stratégies d'adaptation utilisées.....	58
4.3.1. Comportements défensifs.....	59
4.3.2. Solutions exutoires	62
4.3.3. Recherche de soutien social ou professionnel.....	64
4.4. Constats et recommandations	69
4.4.1. Personne atteinte d'un trouble de santé mentale.....	70
4.4.2. Entourage	71
4.4.3. Professionnels de la santé	72
4.4.4. La société.....	74
CHAPITRE 5	77
DISCUSSION	77
5.1. Données sociodémographiques, catégorisation et structuration du soi.....	77
5.2. Caractéristiques sociales, personnelles et autoévaluation	78
5.2.1. Statut professionnel.....	79
5.2.2. Genre masculin	79
5.2.3. État de santé mentale.....	80
5.3. Conséquences du diagnostic et comparaison intergroupe	81

5.3.1. Comparaison avec des personnes sans diagnostic de trouble de santé mentale	81
5.3.2. Comparaison avec des hommes n'ayant pas de trouble de santé mentale.....	83
5.4. Stratégies d'adaptation utilisées en contexte d'insatisfaction.....	84
5.4.1. Comportements défensifs, solutions exutoires et comportements interpersonnels.....	84
5.4.2. Recherche de soutien social ou professionnel et comportements intergroupes.....	87
5.5. Forces et limites de la recherche	91
5.6. Pistes de réflexion.....	92
CONCLUSION	94
LISTE DE RÉFÉRENCE.....	98
CERTIFICATION ÉTHIQUE	111
ANNEXES	112
Annexe 1 : Fiche descriptive du projet de mémoire.....	112
Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique.....	113
Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement	114

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. THEMES SOUS-THEMES DU GUIDE D'ENTREVUE	42
---	----

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. CARTE DE LA SANTE ET DE SES DETERMINANTS	22
FIGURE 2. REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA THEORIE DE L'IDENTITE SOCIALE (TIS)	29
FIGURE 3. STRATEGIES DE LA THEORIE DE L'IDENTITE SOCIALE	32
FIGURE 4. INFOLETTRE	40

DÉDICACE

La réalisation de ce projet a été un défi personnel difficile et empreint de solitude. Un peu comme si j'avais eu à expérimenter ce que je cherchais à comprendre. À chaque étape, où j'ai pu douter du processus et de moi-même, je me suis rappelé les raisons m'ayant amenée à réaliser cette étude. C'est ce qui m'a encouragée à poursuivre ; pour eux.

J'ai côtoyé, au cours de ma vie, des hommes significatifs pour mon parcours personnel et professionnel. Des hommes courageux avec des histoires qui ne sauraient tenir en quelques mots. J'ai ainsi pu voir le sens du mot souffrance dans les yeux de certains et la difficulté à parler de leur mal. Cette muselière invisible qui semblait les empêcher de crier, de mettre un genou à terre pour avouer qu'ils n'avaient plus la force de continuer. La masculinité toxique, la peur de déranger, le manque d'accessibilité des ressources ou l'incompréhension vis-à-vis une douleur qui peut consumer même le plus fort de tous. Comment combattre des ennemis invisibles alors que nous n'avons pas d'armée pour les vaincre ?

C'est pourquoi je veux dédier ce mémoire à tous ces hommes qui ont un jour ressenti la peur, la douleur et le sentiment d'impuissance. Ces hommes qui ont été contraints de prendre un temps d'arrêt pour mieux repartir...ou qui n'ont malheureusement pas eu cette occasion. Ultimement, je dédie ce mémoire aux participants qui ont accepté de prendre part à cette recherche en me livrant une partie de leur vécu. Merci de votre temps et de votre énergie, je l'apprécie sincèrement.

Puis... Philippe Bélanger. J'aurai aimé que tu puisses lire mon projet terminé. Si seulement on pouvait trouver les mots magiques, une formule miracle pour soulager les maux de l'âme. Nous n'avons eu que très peu de moments, mais ton humanité et ta sensibilité resteront gravées dans mon cœur. J'espère que tu pourras peindre ton nouveau monde de couleurs pastel.

Plus spécifiquement... Je voudrais dédier ce mémoire à Simon-Pierre Chamberland. Je sais que tu croyais en moi et que tu aurais été fier de voir la réalisation de mon projet. Tu voulais tellement y participer. Je peux t'assurer que c'est le cas. Merci de t'être révélé avec authenticité et confiance. Merci d'avoir partagé ta vulnérabilité autant que ta force auprès de moi. Merci Simon de m'avoir donné espoir qu'on puisse changer les choses, ou du moins avoir un impact dans la vie de quelqu'un, si on osait y croire de tout son cœur. Prends soin de toi là-haut... Je pense à toi. Bisou.

REMERCIEMENTS

Par ailleurs, j'aimerais remercier les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à ce fastidieux processus d'étude.

Merci à mon directeur de recherche, Dominic Bizot, d'avoir accepté de me superviser et d'avoir cru à la pertinence de mon sujet.

Merci à Éric Pilote de s'être joint à la direction de ma recherche, de m'avoir lu avec attention et encouragé à un moment crucial pour la finalité de ce projet.

Merci à la Fondation Desjardins, et leurs partenaires, pour m'avoir offert des bourses d'étude permettant d'alléger le poids financier.

Merci à ma famille ; Sabrina, Sandrine, Audrey et Vincent. Je vous aime plus que trois fois mille. On se rappelle que « le tout est plus grand que la somme de ses parties » (Aristote).

Mon père, Pierre Gauthier, qui m'a montré qu'il faut de la force pour accepter ses limites. Merci, papa, d'avoir eu le courage de travailler sur toi-même et de m'avoir fait évoluer par le biais de ton vécu particulier. Merci pour les discussions animées, les nombreux bureaux improvisés pour que je rédige à tes côtés, au milieu du bran de scie ou au centre de la charpente du garage. Merci d'avoir su m'écouter, me « challenger » et surtout m'aimer. Tu as été la source de mon inspiration et un moteur m'encourageant toujours à me surpasser.

Ma mère, Kathia Hudon, pour sa présence significative cette dernière année. Merci, maman, pour mon ménage, mon lavage et les nombreuses heures à m'écouter lire les mêmes passages pour que je puisse trouver la bonne formulation. Merci de m'avoir expliqué les émissions que je n'écoutais qu'à moitié puisque je rédigeais à tes côtés. Tu m'as toujours fait sentir que je pouvais y arriver.

Enfin, merci à ceux et celles qui ont cru en moi, et qui m'ont aidé de diverses manières à cheminer et atteindre mes objectifs ; Djon, Kim, Nathalie et Fabienne. Vous avez été de précieux alliés au cours de mon cheminement. Les moments partagés et les discussions enrichissantes ont rendu mon parcours plus agréable.

INTRODUCTION

Chaque jour, nous rencontrons des gens avec lesquels nous pouvons développer ou non des liens plus étroits. Nous sommes des êtres apprenant et s'ajustant à notre réalité par le biais de nos interactions avec les autres. Ces contacts sont source de réconfort et bien souvent de motivation. Toutefois, il peut arriver au cours d'une vie que certains événements ou certaines conditions nous amènent à être isolés du reste du monde. Cela peut être à la suite d'événements particuliers ; parfois, c'est la crainte d'être jugé négativement qui provoque cet isolement ou encore une réelle stigmatisation. L'âge, un handicap physique ou des troubles de santé mentale ne sont que quelques exemples pouvant provoquer cette situation. De même, les rôles sociaux attendus par la société, en lien avec la socialisation liée aux genres, peuvent influencer sur les interactions sociales des individus. On peut notamment soulever le fait que les hommes peuvent avoir plus de difficultés à verbaliser leurs émotions et à s'ouvrir sur l'état de leur santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2022). Cela laisse penser qu'ils pourraient être enclins à s'isoler en cas de difficulté. Par conséquent, l'être humain étant avant tout un être social ayant besoin d'interactions continues avec autrui, quels sont les impacts de l'isolement social lorsqu'un homme est atteint d'un trouble mental ? Quels enjeux cet isolement peut-il amener ? Comment pouvons-nous agir pour diminuer les risques liés à l'isolement social ? L'objet de ce mémoire est de présenter les observations effectuées auprès de 12 hommes âgés de 25 à 44 ans, atteints de trouble anxieux ou de l'humeur, en lien avec leur situation sociale. Ainsi, le travail qui suit énoncera la problématique, le cadre théorique, la méthodologie, les résultats observés et une discussion à ce propos.

CHAPITRE 1

SANTÉ MENTALE ET ISOLEMENT SOCIAL

1.1. État des connaissances

1.1.1 Santé mentale

Depuis plusieurs années, la perception de la société à l'égard des individus vivant avec des problèmes de santé mentale s'est modifiée et a évolué dans le but d'améliorer leurs conditions de vie. Autrefois perçus et traités comme des « fous », des « dangereux », ces derniers se retrouvaient démunis, incompris et sans ressource (Dorvil, 1987 ; Galbrun, 2015.). Cette situation pouvait être attribuable, entre autres, à une méconnaissance des causes et des manifestations de la maladie mentale (Poulin & Lévesque, 1995 ; Vigneault, 2017.). Au fil des ans, plusieurs modifications ont été apportées dans la collectivité afin de sensibiliser la population à la réalité des troubles psychologiques et psychiatriques. Il y a eu, notamment, des changements quant aux termes utilisés pour désigner les personnes qui en sont atteintes. Aujourd'hui, faire référence à la maladie mentale pour décrire l'identité d'un individu contribue à le stigmatiser davantage et n'est plus socialement acceptable (St-Louis, 2022). En ce sens, les personnes concernées par ce type de problématiques sont passées du statut de « dangereuses », « folles » ou « malades mentales » à celui « de gens atteints de problèmes de santé mentale », réduisant ainsi la perception péjorative de cette condition de santé (Institut national de santé publique du Québec, 2013). En conséquence, des ressources ont été mises en place, des campagnes de sensibilisation ont été réalisées et des recherches ont été effectuées afin d'améliorer les connaissances à ce propos. En plus des soins pouvant être prodigués qui, eux aussi, ont connu des améliorations. Sachant qu'une personne sur cinq était susceptible, en 2018, d'être atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie et que ce serait désormais une personne sur trois

depuis la crise sanitaire des dernières années, il devient primordial de s'intéresser à cette problématique sociale (Institut Universitaire en Santé mentale de Montréal, 2018 ; Fondation Douglas, 2021).

En outre, malgré les progrès notables réalisés dans les approches en santé mentale, on peut toujours percevoir des lacunes quant à la compréhension de la réalité qu'une telle condition peut amener, aux ressources offertes et à la possibilité de rétablissement des personnes en souffrant. En dressant un portrait statistique des conditions de santé mentale, au sein de la population mondiale, dans les dernières années, on peut observer plus en détail l'ampleur de la situation. On constate, de prime abord, que cinq des dix causes les plus importantes d'incapacité dans le monde relèvent des troubles mentaux (Fondation Douglas, 2021). En ce qui concerne la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes, la dépression ainsi que les problèmes d'anxiété seraient actuellement les maladies mentales les plus présentes au sein de la population. En effet, on note que les troubles anxieux touchent 5 % des habitants et qu'ils sont la cause d'un handicap de niveau léger à grave dans la réalisation des tâches quotidiennes (Association canadienne en santé mentale [ACSM], 2018). De plus, ce serait entre 2,1 et 3,4 millions de Canadiens et de Canadiennes qui seraient touchés par une dépression majeure (Fondation Douglas, 2021). Sans oublier que près de 4 000 personnes décéderaient à la suite d'un suicide chaque année au Canada (Fondation Douglas, 2021).

Pourtant, devant ces chiffres importants, près de la moitié des gens estimant avoir déjà été atteints de dépression ou de trouble d'anxiété n'ont jamais consulté de spécialiste à ce propos (ACSM, 2022). Encore aujourd'hui, il semble que les préjugés

entourant les troubles anxieux ou de l'humeur incitent près de deux tiers des personnes qui en souffrent à ne pas aller chercher l'aide dont elles ont besoin (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018). D'ailleurs, 46 % de la population canadienne pensent que les gens utilisent un trouble psychologique pour justifier un mauvais comportement. De même, seulement la moitié des Canadiens et Canadiennes se disent à l'aise de parler à des amis ou des collègues du fait qu'un membre de leur famille souffre de problème de santé mentale (ACSM, 2022). À cet effet, durant la pandémie, il a été possible de constater que le système de soin en santé mentale était défaillant au Canada. Conséquemment, il importerait d'investir dans les programmes et services en ce sens (ACSM, 2020). En effet, 1,6 million de Canadiens et Canadiennes déclaraient, avant même que la pandémie ne les frappe, avoir des besoins de soins non satisfaits en matière de santé psychologique (ACSM, 2020). Selon la chercheuse Emily Jenkins, professeure en sciences infirmières à l'Université de la Colombie-Britannique (cité dans ACSM, 2020 : page 30), : « la pandémie n'a fait qu'accentuer les inégalités persistantes au Canada en ce qui concerne la santé mentale et empirer la situation des personnes déjà vulnérables en raison d'expériences de marginalisation ».

Cette réalité laisse croire que les personnes aux prises avec une détresse psychologique peuvent faire face à un manque de ressources (ACSM, 2020). De surcroît, cela peut amener une souffrance importante augmentant le risque d'idéations suicidaires. D'ailleurs, le suicide représente 16 % de tous les décès chez les 25 à 44 ans (ACSM, 2021). En 2016, cette tranche d'âge était également l'une des plus touchées par les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux (Commission de la santé mentale du Canada, 2018). Ces adultes constituent le groupe comptant l'une des plus fortes

proportions de personnes à vivre un stress quotidien élevé (Institut de la statistique du Québec, 2016). Ce constat a été exacerbé lors de la pandémie, principalement chez les personnes ayant vécu des effets comme l'isolement social, la perte d'emploi et des changements dans les relations. En effet, si les jeunes de 15 à 24 ans sont désormais dans la tranche d'âge la plus à risque de souffrir de trouble anxieux ou de l'humeur, il n'en demeure pas moins que le dépistage positif de ces troubles mentaux à augmenter chez les 25 à 44 ans (Statistique Canada, 2021). On note ainsi que les adultes de 25 à 44 ans souffrant de dépression majeure sont passés de 18 % à 23 %, et de 15 % à 20 % pour l'anxiété généralisée, cette hausse étant notable entre l'automne 2020 et le printemps 2021 (Statistique Canada 2021).

1.1.2. Santé mentale chez les hommes

Parallèlement, on constate que le taux de suicide relié à la dépression dépasserait le nombre de décès sur les routes du Québec (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018). À cet effet, il importe de préciser que 80 % des personnes décédées par suicide seraient des hommes (Association québécoise de prévention de suicide [AQPS], 2016). D'autant plus que cette statistique ne tient pas compte de ceux ayant fait une ou plusieurs tentatives au cours de leur vie sans avoir complété leur suicide.

Par ailleurs, en 2021, à la suite des répercussions de la pandémie mondiale, on constate que les femmes et les jeunes adultes sont plus à risque de vivre des symptômes anxieux ou dépressifs, mais que les hommes sont plus susceptibles de présenter des idées suicidaires (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021). Puis, les hommes se distinguent des femmes en ce qui a trait à l'expression de leur vulnérabilité. De même, le choix des moyens utilisés lors d'un passage à l'acte

suicidaire diffère. Ceux-ci sont davantage portés à choisir des méthodes à haut risque (armes à feu, suffocation, etc.) et avoir recours à l'alcool et aux drogues (INSPQ, 2023). L'agressivité, l'impulsivité et l'utilisation d'alcool, qui sont souvent reliées à la dépression masculine, sont associées à des tentatives plus sérieuses en matière de suicide (Ogroniczuk, Oliffe, Kuhl & Gross, 2016). Ainsi, si une méthode plus souvent reliée à la gent féminine est utilisée (surdose de médicaments, automutilation et autres), la létalité des gestes suicidaires peut tout de même être supérieure chez les hommes pour ces raisons (Peretti-Watel 2006). Il est donc important de tenir compte des facteurs de risque pouvant mener aux idées suicidaires chez les hommes. D'autant plus que les professionnels de la santé auraient tendance à réaliser des consultations plus brèves, à moins repérer et s'impliquer en matière de maladies mentales chez les usagers masculins (Commission de la santé mentale du Canada 2022).

De ce fait, bien que les femmes soient surreprésentées en ce qui a trait au risque d'être touchées par un trouble anxieux ou de l'humeur et que la dépression majeure est le principal facteur de risque suicidaire (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2023), on ne peut pas ignorer que les hommes représentent près de 80 % des décès par suicide. En ce sens, il est possible de croire que ces derniers, bien qu'ils soient sous-représentés dans les statistiques de gens atteints de troubles anxieux ou de l'humeur, sont en réalité moins susceptibles d'aller chercher l'aide dont ils ont besoin lors d'un malaise psychologique (Audet & Tremblay, 2019). D'ailleurs, les hommes qui adhèrent de façon plus stricte aux idéaux masculins véhiculés (force, stoïcisme, autonomie) sont plus à même de ne pas aller chercher de l'aide ou de montrer un engagement moins sérieux envers une démarche psychosociale en cessant les

consultations. Ils ont une moins bonne perception de la maladie mentale et le sentiment de stigmatisation est plus oppressant (Perron 2014 ; Roy, Tremblay & Guillemet 2016). Aussi, les hommes ayant fait une tentative de suicide rapportent un sentiment d'isolement grandissant qui les empêche encore davantage de demander du soutien auprès de leurs proches ou de professionnels de la santé avant un acte suicidaire (Commission de la santé mentale du Canada, 2022). Dans une étude de Hoy et ses collègues en 2012 (cité dans la Commission de la santé mentale du Canada, 2022 : page 8.), on soulève quatre facteurs pouvant nuire à la demande d'aide chez les hommes soit : la stigmatisation sociale ; l'appréhension à l'égard des professionnels de la santé et de la prescription de médicaments ; les difficultés à partager leurs problèmes et leurs émotions, ainsi qu'une préférence pour l'autogestion de leur santé. En ce sens, le diagnostic et le portrait statistique réel de leur état de santé mentale seraient plus difficiles à établir, et pourraient même être biaisés, cachant ainsi l'ampleur de la problématique réelle (Roy, Tremblay & Guillemet 2016).

En conséquence, cela soulève un aspect important de la situation en matière de santé mentale, soit le caractère complexe de la demande d'aide des hommes et la difficulté à les rejoindre quand ils vivent des difficultés sur le plan émotif et psychologique. On peut amener comme piste de réflexion, l'impact de leur socialisation contraignante envers la demande d'aide et le manque de ressources adaptées à leurs besoins (Morin & Tremblay 2007 ; Houle, Mishara & Chagnon 2005 ; Plank, 2021). Pour mieux comprendre, on constate que la maladie mentale chez les hommes n'est pas exprimée nécessairement de la même façon que chez les femmes et que la manière de l'identifier et de la traiter peut différer (Ogroniczuk & all. 2016). Par

le biais de leur socialisation et leur éducation, les hommes apprennent, dès leur plus jeune âge, qu'ils doivent être forts, réprimer leurs émotions, ne pas pleurer, travailler, être une source d'autorité, de sécurité et de stabilité financière (Perron. 2014 ; Roy, Tremblay & Guillemet 2016 ; Plank, 2021). De ce fait, la dépression, par exemple, risque plus souvent de se manifester par des symptômes externalisés comme de l'irritabilité, de l'agressivité, de la colère, des prises de risques et des comportements de fuite tels que l'abus de substance. Ce qui vient alors masquer les symptômes plus typiques de cette maladie soit la tristesse, les pleurs, la culpabilité et le dérèglement des habitudes alimentaires (Ogroniczuk & all. 2016 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2022 ; Roy & Tremblay 2012). Il semble que la gent masculine intériorise l'image d'homme fort imposée par la société et qu'ils ont peur de briser cette représentation s'ils osent exprimer une vulnérabilité ou un besoin de soutien (Plank, 2021). Dans une telle situation, ils auraient plus souvent tendance à s'isoler ou à s'étourdir l'esprit avec des loisirs ou le sport pour se dépenser physiquement de façon excessive et ainsi masquer leurs problèmes émotifs (Audet & Tremblay 2019 ; Roy & Tremblay 2012). À cet égard, il est à noter que la pandémie a exacerbé les facteurs de risques concernant la santé mentale des hommes en lien avec le suicide, la perte d'emploi, l'insécurité financière, l'isolement social et la consommation de substances. En ce sens, un accent particulier sur les obstacles à la demande d'aide et à l'accès à du soutien social en santé mentale doit être considéré pour améliorer leur condition (Commission de la santé mentale du Canada 2022 ; Statistique Canada 2021).

En parallèle, quelques statistiques au sujet des hommes au Québec, et plus particulièrement au Saguenay–Lac-Saint-Jean, viennent étayer les constats mentionnés

ci-dessus. En ce qui concerne le Québec, une étude de l'INSPQ (2018) rapporte que 13,9 % des hommes considèrent leur soutien social comme étant faible. On note qu'en 2016, 2 995 familles monoparentales du Saguenay–Lac-Saint-Jean [SLSJ] sont dirigées par des hommes, et que 11 % de la population masculine de 15 ans et plus vit seule (Agence de la santé et des services sociaux du SLSJ, 2019). Également, en 2016, 17 % des garçons et des hommes de 12 ans et plus de la région affirment ne pas avoir un soutien social élevé et 48 % déclarent avoir un faible sentiment d'appartenance à leur communauté locale (Agence de la santé et des services sociaux du SLSJ, 2019). Il importe de préciser que l'absence de soutien social peut augmenter la vulnérabilité de l'état de santé physique ou psychosocial, notamment face aux demandes quotidiennes, aux situations de crise et aux situations de transition de vie (Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux [CIUSSS] du SLSJ, 2019), rendant ainsi les garçons et les hommes concernés plus à risque de souffrir de trouble de santé mentale (Gourion 2017). D'autre part, les hommes vivant seuls ou avec une personne qui n'est pas considérée comme leur partenaire sont plus à risque de présenter des idées suicidaires, contrairement aux femmes dans la même situation (Perron, 2014 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2022 ; Houle & all. 2005). À cela s'ajoute le risque accru que peut amener une séparation ou un divorce pour les hommes. Ces derniers, contrairement aux femmes, sont six fois plus susceptibles de décéder par suicide à la suite d'une rupture : « chaque année, entre 40 et 70 hommes sont hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide (2013-2018) et plus ou moins 30 hommes meurent par suicide en moyenne dans une année (2011-2015) » (CIUSSS du SLSJ, 2019 : page 17). Ce constat est applicable pour l'ensemble du Québec et même à travers le Canada (AQPS, 2016 ; ACSM, 2018 ; Commission santé mentale du Canada, 2022 ;

Gouvernement du Québec, 2017). Ce qui permet de poser l'hypothèse que les hommes ont tendance à minimiser leurs difficultés psychologiques ainsi que leurs besoins en ce sens. En ne reconnaissant pas le problème, la demande d'aide n'est pas une option envisagée (Roy, Tremblay & Guillemet 2016). Le rôle de père peut toutefois être un facteur de protection, allant même jusqu'à diminuer les risques selon le nombre d'enfants (Commission de la santé mentale du Canada, 2022 ; Roy 2021).

1.1.3. Santé mentale et isolement social

Dans le même ordre d'idée, le fait de ne pas se tourner vers les ressources en cas de besoin peut progressivement amener un individu à s'isoler ou être un indicateur que ce dernier vit de la solitude. Cette situation est d'ailleurs répandue chez les hommes (Audet & Tremblay 2019 ; Nolen-Hoeksema 2012), sans compter que près de deux tiers des personnes souffrant de problèmes mentaux ne consultent pas de spécialistes dans ce domaine (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018). Selon un rapport de Serres (2017), les personnes malades ont tendance à se sentir seules et coupables de leur état de santé, ce qui peut les amener à se replier sur elles-mêmes. Ce phénomène est exacerbé dans une société où la technologie facilite la coupure avec les contacts humains réels : livraison à domicile, magasinage en ligne, clavardage via les réseaux sociaux, sites de rencontres internet, etc. L'isolement peut alors sembler une méthode de fuite efficace pour ne pas être confronté à la pression sociale et à un mal-être intérieur (Febvrel, 2018).

D'ailleurs, on ne peut passer outre les mesures sanitaires, attribuables à la pandémie de la COVID19, qui ont imposé à l'ensemble de la société de couper drastiquement leurs contacts sociaux, pendant une période de près de deux ans. En ce

sens, bien qu'elle puisse parfois être voulue et bénéfique, l'isolement peut être provoquée par des situations particulières qui ne sont pas désirées. Certaines personnes, sans nécessairement le vouloir, se retrouvent en marge de la société due à différentes particularités : dépendances, problèmes mentaux, orientation sexuelle, handicap physique, etc. Ces individus, étant donné leur condition, se voient rejetés socialement ou alors décident par eux-mêmes de s'exclure de peur d'être perçus et jugés négativement (Serres, 2017 ; ACSM 2022).

1.1.4. Isolement social

Pour mieux comprendre ce dont il est question, la solitude, prise dans son sens le plus large, est un sentiment normal pouvant affecter la plupart des individus à différents moments de leur vie. On peut la définir comme étant un contact restreint en quantité et en qualité avec d'autres personnes (Isolement, 2003). Elle peut être vécue négativement ou positivement dépendamment du contexte. Il s'agit d'une expérience subjective, c'est-à-dire qu'une personne peut se sentir seule tout en étant entourée d'une multitude de gens, tandis qu'une autre peut se sentir bien alors qu'elle est réellement seule (Dictionnaire encyclopédique de psychologie, 2003). Quoi qu'il en soit, la solitude reste un sentiment pouvant être désagréable, nécessaire ou recherché en fonction de plusieurs facteurs externes et internes. Il s'agit davantage d'une expérience personnelle, alors que l'isolement social, concept souvent associé, peut être constaté par des personnes extérieures en observant les relations d'un individu. Ce phénomène provoque des répercussions tant sur la santé physique que psychologique, à plus ou moins long terme (Organisme Monalisa, 2017 ; Bzdok & Dunbar 2020). Ainsi, l'isolement social réfère à une carence en contacts

interpersonnels pouvant être mesurée en examinant si la personne vit seule, son statut conjugal, la taille de son réseau social et sa participation à des activités de groupe (Juneau, 2017). Néanmoins, le fait de vivre seul n'est pas synonyme de solitude ou d'isolement social, bien que cela soit un facteur de risque. Il s'agit simplement d'être le seul membre d'un ménage, le seul occupant d'un milieu de vie (Schiltz, Houbre & Martiny, 2007 ; Statistique Canada, 2011). Il importe donc de discerner l'ensemble des facteurs contributifs à la réalité de ce concept.

À ce propos, en dépit de la prévalence des problèmes de santé mentale, le phénomène de l'isolement social à lui seul a pris une ampleur considérable au cours des dernières années, devenant peu à peu un enjeu pour la santé publique et la cohésion sociale (Febvrel, 2018). Si bien qu'une étude de l'Institut de la Statistique du Québec (2013) rapporte que 9,1 % des hommes et 6,9 % des femmes n'ont aucun ami proche et que 10,8 % de la population n'a aucune personne considérée comme étant une connaissance. Au Québec, en 2016, 33,3 % des ménages sont composés d'une seule personne (Statistique Canada, 2016). En ce qui a trait au genre, la tranche d'âge joue un rôle significatif sur le risque d'isolement. En effet, les femmes auraient tendance à vivre en relation de couple plus tôt, ce qui fait que l'isolement relationnel chez les 25 à 44 ans est plus souvent perceptible chez les hommes. Toutefois, à partir de 50 ans, le taux de femmes vivant seules augmente plus rapidement que chez les hommes (Serres, 2017). À cela s'ajoute le contexte mondial plus récent où l'isolement social est devenu un enjeu de sécurité publique en lien avec la COVID19. En fait, des études ont démontré une augmentation du sentiment de solitude relié à une hausse de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires (Coriandoli, 2020 ; INSPQ, 2021). Ainsi, on peut constater, dans un sondage de l'INSPQ effectué entre le 20 août et le 1^{er}

septembre 2021, que la tranche d'âge s'étant sentie la plus souvent isolée est celle des 18-24 ans à 23 %. Elle est suivie de près par les 25 à 44 ans à 18 %. Au niveau du genre, les chiffres sont de 13 % pour les hommes et 16 % pour les femmes. Dans la même étude, on note que les hommes (22%) et les femmes (21%) expliquent ce sentiment d'isolement, entre autres, par un manque d'amis proches ou de relations avec les membres de la famille. Bien que les femmes notent une insatisfaction plus marquée, on ne peut ignorer que les hommes présentent un pourcentage élevé, et ce, malgré le fait qu'ils soient plus susceptibles de minimiser leurs besoins et leurs problématiques en matière de troubles mentaux, comme soulevé plus haut. De même, le pourcentage élevé chez les 25 à 44 ans, bien qu'il soit moindre que chez les plus jeunes, soulève que leur état de santé mentale s'est détérioré en contexte pandémique.

Cette réalité, bien qu'elle puisse paraître de l'ordre du privé, amène des conséquences importantes non seulement chez les individus se retrouvant isolés, mais aussi sur la collectivité. À cet effet, une recension des écrits scientifiques réalisée par Leigh-Hunt et ses collègues (2017) identifie une relation significative entre l'isolement social, un haut risque de maladies cardio-vasculaires et des problèmes de santé mentale. Il est également démontré que l'isolement est directement lié à des difficultés psychologiques, dont une perte d'estime de soi et des risques suicidaires plus élevés (Mushtaq, Shoib, Shah & Mushtaq, 2014 ; Bzdok & Dunbar, 2020). Notamment, l'isolement social, souvent plus susceptible de se ressentir en contexte de rupture conjugale ou en vivant sans partenaire amoureuse (Audet. & Tremblay. 2019), est un facteur de risque important de pensées et de comportements suicidaires chez les hommes, exacerbé lors de la pandémie (INSPQ. 2023 ; ACSM. 2022). Tout cela, sans

compter que ce type d'isolement peut mener à divers troubles psychiatriques comme la dépression, l'abus d'alcool, des troubles du sommeil, de la personnalité et à la maladie d'Alzheimer (Mushtaq et al., 2014 ; Allard. 2017). De plus, des impacts sur l'état physique sont perceptibles comme le diabète, l'obésité, le vieillissement physiologique prématuré, le cancer, une mauvaise audition et une mauvaise santé générale (Mushtaq et al., 2014 ; Bzdok & Dunbar, 2020). Toutes ces problématiques mènent à une augmentation de l'absentéisme, de la période des congés maladie, de l'usage de prestations d'aide sociale et des services médicaux, du risque de mortalité et suicidaire, en plus de produire une diminution de l'implication sociale des individus qui sont concernés (Russo, 2018). La prise en charge de ces situations par l'État engendre des coûts importants et affecte la sphère socioéconomique de la communauté (Russo, 2018). En effet, on peut souligner que le coût direct des maladies mentales sur le système de santé canadien et le système de services sociaux a été estimé à 79,9 milliards de dollars pour l'année 2021 (ACSM, 2022). De même, le poids économique de la maladie mentale au Canada est estimé à 51 milliards par année, correspondant aux coûts liés aux soins médicaux, à la perte de productivité ou encore à la réduction de la qualité de vie (ACSM, 2022).

1.2. Problématique

À cet égard, la situation sociale des personnes souffrant de problèmes mentaux devient un enjeu considérable face à leur rétablissement et à leur condition de santé globale. En effet, dans un contexte de désinstitutionalisation, une étude réalisée par Poulin et Massé (1994) auprès d'anciens patients psychiatriques relate que les problèmes les plus fréquemment rapportés sont le rejet de l'entourage immédiat et le manque de communication avec le réseau social.

Dans cette même recherche, les auteurs soulèvent que des séjours fréquents à l'hôpital ou une hospitalisation contribuent à distancer encore plus l'individu de son réseau social. Cela créerait une rupture avec le monde extérieur et, par conséquent, une limite dans les champs d'intérêt commun du sujet avec le reste de la population. De plus, on note que les gens dits psychotiques ne comptent souvent pas plus de quatre ou cinq personnes dans leur réseau d'appartenance, alors que la moyenne oscille entre vingt-cinq et quarante au sein de la population générale (Combaluzier & Pedinielli 2003 ; Tousignant 1988 ; Wang, Mann, Lloyd-Evans, Ma & Johnson, 2018). Sans compter que ces relations sont souvent asymétriques, c'est-à-dire qu'il y a un manque de réciprocité dans les rapports. Plus précisément, il a été constaté que les déficits de l'individu malade peuvent provoquer des frustrations chez leur entourage. Ceux-ci sont peu informés sur les conséquences d'un trouble de santé mentale. Il est alors difficile pour la personne aux prises avec des problèmes psychologiques d'obtenir un soutien social adapté à ses besoins (Combaluzier & Pedinielli, 2003). En conséquence, on peut considérer qu'étant donné leur condition de santé déjà affectée, les impacts de l'isolement social auprès de ces personnes sont d'autant plus considérables. En parallèle, le contexte de désinstitutionalisation présentée par Poulin et Massé (1994) peut s'apparenter aux réalités vécues durant la COVID19 où les services en matière de santé mentale ont été ébranlés, montrant ainsi les déficits majeurs devant être pris en considération afin de pallier les difficultés résultant de ce dysfonctionnement (ACSM, 2020). D'autant plus qu'on note que ce sont les personnes déjà aux prises avec des problématiques de santé mentale qui ont vu leur état de santé se détériorer davantage en contexte pandémique. Celles-ci ont été deux fois plus déprimées, ont eu trois fois plus de difficultés à

s'adapter et ont été quatre fois plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires ou de se mutiler (ACSM, 2020).

Par ailleurs, tels que mentionné dans l'état des connaissances, en sachant que la dépression ainsi que les problèmes d'anxiété seraient actuellement les maladies mentales les plus présentes au sein de la population canadienne, on peut se questionner sur les impacts de l'isolement social chez les hommes atteints de trouble de l'humeur ou anxieux. Nous visons plus précisément les hommes puisqu'on constate que « les hommes et les femmes éprouvent souvent le même genre de troubles mentaux, mais la différence est que les hommes sont beaucoup moins enclins à parler de leurs difficultés et de leurs sentiments. Les idées préconçues sur la masculinité et les préjugés auxquels font face les hommes qui demandent de l'aide relativement à un trouble de santé mentale persistent » (Centre de santé Homewood, 2021 : page 1.). Ainsi, la différence de genre doit être considérée dans la compréhension du lien entre le soutien social et la santé mentale, car les hommes et les femmes se distinguent à ce propos. En effet, il semble que les hommes disposent de moins de soutien social que les femmes, particulièrement dans sa forme émotive (Houle & all. 2005 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2022 ; INSPQ, 2021). Ils seraient moins ouverts à demander le soutien de leur entourage et se fieraient davantage aux discussions avec leur conjointe en guise de soutien émotif (Houle & al., 2005 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2022).

1.3. Pertinence de la recherche

À la lumière de ces faits, on constate la forte prévalence de personnes atteintes de problèmes de santé mentale au sein de la population générale. En considérant que cette situation représente des enjeux majeurs pour la santé publique et qu'elle affecte de façon importante l'économie de la société québécoise, il importe de s'intéresser aux différents facteurs permettant une meilleure prise en charge de cette population. Parallèlement, lorsqu'on porte attention à l'ampleur de la problématique de l'isolement social au sein de la collectivité et à son impact sur la santé mentale, il devient intéressant d'approfondir les recherches à ce propos. Les études documentant le point de vue de gens atteints de troubles mentaux au sujet de leur sentiment d'isolement révèlent que les services offerts ne sont pas nécessairement adaptés à l'intégration sociale de ces derniers, particulièrement chez les hommes (Audet & Tremblay, 2019 ; Febvrel, 2018 ; Juneau, 2017 ; Poulin & Massé, 1994 ; Russo, 2018 ; Serres, 2017 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2022 ; Roy & Tremblay 2012 ; Roy & all. 2016). Ainsi, étant donné que les personnes atteintes de problème de santé mentale souffrent déjà d'une condition plus difficile et qu'elles sont fréquemment rejetées, stigmatisées, exclues, etc., il est possible qu'elles soient moins enclines à nommer leur souffrance ainsi que leurs besoins réels sur le plan social (ACSM, 2021). La peur de se montrer trop exigeantes, dérangeantes ou de faire face à l'incompréhension et à la moquerie peuvent accentuer cette difficulté à exprimer leur niveau de malaise (Marescaux, 2019 ; Poulin & Massé 1994). D'où l'importance de s'intéresser aux différents facteurs pouvant influencer leur état de santé et améliorer les méthodes d'intervention à ce propos.

De même, il importe de mentionner qu'à notre époque, l'isolement social est un phénomène qui prend non seulement de l'ampleur, mais qui est également de plus en plus influant sur la santé publique. La création, en 2018, d'un ministère de la solitude pour lutter contre l'isolement social au Royaume-Uni n'est qu'un exemple parmi d'autres venant démontrer l'ampleur de ce phénomène depuis quelques années (La Presse canadienne, 2018). Aussi, bien qu'il s'agît d'un phénomène déjà bien présent (Narduzzi-Londinsky, 2018 ; Perron, 2014 ; Russo, 2018 ; Serres, 2017 ; Tremblay, 2016 ; Walker & Thunus, 2020), la pandémie de la COVID-19 n'a fait qu'exacerber cette problématique. En effet, le confinement et les restrictions sociales imposés par la prévention des risques liés à ce virus potentiellement mortel, ont eu des impacts sur les interactions sociales et sur la santé mentale de la population générale. Notamment, une étude de Coriandoli parue dans l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, en 2020, a montré que la solitude et l'isolement social, liés à une pandémie mondiale, augmenteraient les risques de dépression et pourraient entraîner un accroissement des risques d'anxiété. Sachant qu'il s'agit, au Canada du moins, des troubles psychologiques les plus présents dans la société (ACSM, 2022 ; Centre Homewood 2021), l'influence de cette pandémie sur la santé mentale est un facteur de plus démontrant la pertinence de cette recherche. De surcroît, il semble que la coupure des activités sociales exigée par les mesures sanitaires met davantage à risque les hommes de vivre de l'isolement social (Roy 2021). On peut l'expliquer par le fait que « le soutien social émotionnel serait davantage utilisé par les femmes alors que les hommes emploieraient plutôt un soutien social informel qui s'inscrit dans des activités sociales axées sur le loisir et le sport » (Audet & Tremblay, 2019 : page 49 ; Roy, Tremblay, & Guillemet 2016 ; Roy 2021).

Conséquemment, cette recherche vise à comprendre la perception des hommes atteints de trouble de l'humeur ou de troubles anxieux par rapport à leur situation sociale. Elle a pour but d'identifier les facteurs pouvant contribuer à l'isolement social chez cette population. En ce sens, cela pourrait permettre de voir s'il y a des liens entre l'isolement social et la santé mentale des hommes. D'autant plus qu'il s'agit d'un facteur de risque important en matière de suicide chez la gent masculine. Par le fait même, cela pourrait faire en sorte de bonifier les services offerts à ces individus, de favoriser leur intégration sociale en plus, d'ultérieurement, améliorer leur état de santé générale.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

À la lumière de ce qui précède, on constate que l'isolement social en contexte de trouble de l'humeur ou anxieux est un enjeu majeur pour la santé publique. Dans ce chapitre, nous présenterons les concepts théoriques qui nous ont guidés afin de mieux comprendre notre sujet. Dans un premier temps, nous explorerons la carte des déterminants sociaux de la santé qui nous a amenée à cibler l'exclusion sociale. Puis, nous aborderons la théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner de 1979 et 1986 (Mentorshow, 2023) qui s'intéresse aux conflits intergroupes et aux comportements sociaux.

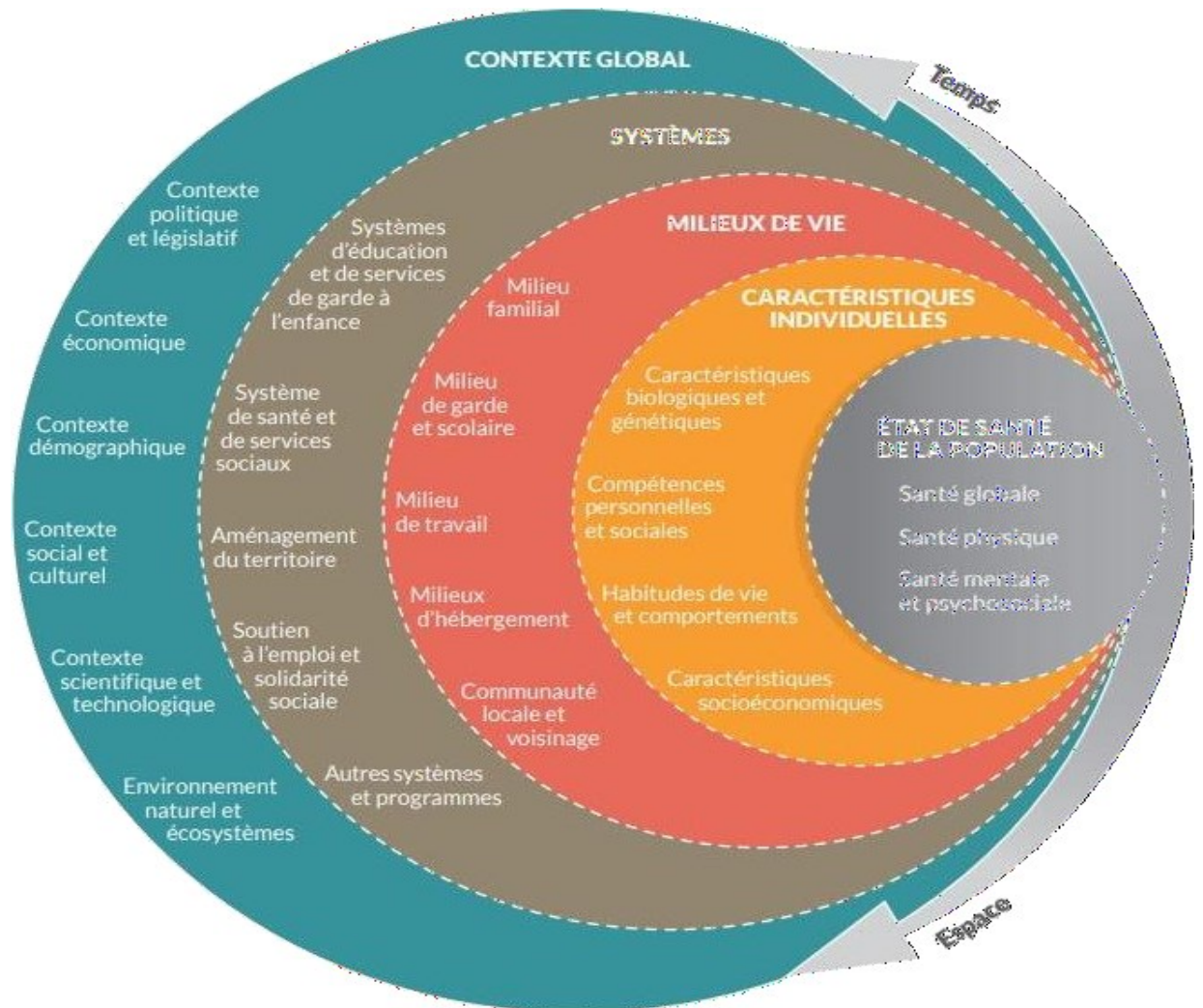
2.1 Les déterminants de la santé

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010), « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ». Également, la santé est liée aux émotions, aux pensées, aux sentiments et aux relations avec les autres (ACSM, 2021). De ce fait, elle découle de la satisfaction des besoins du corps et de l'esprit. Afin de répondre à ces besoins, il est intéressant de considérer la santé dans une perspective dynamique. En ce sens, on s'accorde pour dire qu'elle résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu, tout en étant influencée par différents facteurs (Direction de la surveillance de l'état de santé, 2010 ; Paquette, Leclerc & Bourque, 2014). Pour mieux comprendre, on peut observer « La carte de la santé et de ses déterminants » (Figure 1). Celle-ci inclut quatre champs déployés en cercles autour d'un élément central : l'état de santé de la population (Direction de la surveillance de l'état de santé, 2010 : page 6). Ces quatre champs sont : les caractéristiques individuelles ; les milieux de vie

; les systèmes et le contexte global. Pour chacune de ces quatre sphères, on compte des catégories distinctes qui comprennent à leur tour des sous-catégories pour les illustrer. Selon l'INSPQ, les déterminants de la santé sont « les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Ils sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements » (INSPQ, 2021 : page 1). D'autre part, ce sont les déterminants sociaux de la santé qui « englobent des facteurs sociaux et économiques particuliers des déterminants généraux de la santé. Ceux-ci sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi » (Agence de la santé publique du Canada, 2024 : page 1).

La carte des déterminants propose une conceptualisation des éléments qui influencent la santé d'un individu. Ceci dit, on peut observer des différences dans l'état de santé de certains groupes. À titre d'exemple, on constate que les Canadiens et les Canadiennes ayant un revenu élevé sont en meilleure santé que ceux ayant un faible revenu (Agence de la santé publique du Canada, 2024). Les inégalités de santé peuvent être attribuables aux choix de vie, aux gènes, mais aussi aux déterminants sociaux. C'est pourquoi des recherches demeurent nécessaires pour documenter l'étendue et les liens de causalité entre la santé et les déterminants sociaux de la santé (INSPQ, 2010 ; Agence de la santé publique du Canada, 2024). Cela pourrait favoriser la mise en place d'interventions adaptées au besoin de la population en matière de soin et, ultérieurement, réduire les iniquités en santé (Agence de la santé publique du Canada, 2024).

Figure 1. Carte de la santé et de ses déterminants



Source : (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2010)

2.1.1. Déterminants sociaux de la santé : l'exclusion sociale

Cette recherche s'est intéressée à la situation sociale d'hommes atteints de trouble anxieux ou de l'humeur. À cet égard, le concept d'exclusion sociale, intégré aux déterminants sociaux de la santé, peut s'inscrire dans le vécu social de ces hommes. L'exclusion sociale correspond à un manque d'appartenance, à la mise à l'écart et la marginalisation de personnes ou de groupe (Centraide du Grand Montréal, 2023). L'exclusion crée une distance entre l'individu et les autres membres de la société, ce qui rend difficile le partage d'expériences de vie et la solidarité. Une plus grande fragilité

peut être ressentie par la personne qui se retrouve exclue d'un groupe d'appartenance. Elle peut ensuite vivre des inégalités sociales comme un manque d'accès à des ressources et services ou être victime de préjugé et d'intimidation (Fadoq, 2017). La stigmatisation à son égard peut l'amener à s'enfoncer dans un cercle vicieux d'isolement et d'exclusion (Chadirac, 2017). En voulant éviter d'être confrontée à des situations sociales pouvant susciter des émotions négatives, la personne s'isole ainsi de plus en plus. Conséquemment, elle devient plus vulnérable.

2.1.2. Exclusion sociale et trouble de santé mentale

Les causes et les conséquences du rejet peuvent être multiples. L'association la plus fréquente et documentée dans les recherches est l'exclusion en contexte de pauvreté (Agence de la santé publique du Canada, 2024 ; Groulx, 2011 ; Desgagnés, 2016). Toutefois, tel qu'illustré dans le chapitre précédent, les troubles de l'humeur ou anxieux constituent une problématique majeure pour la santé publique et sont souvent une source de marginalisation (Hunt, 2012 ; Vigneault, 2017 ; ACSM 2022). C'est donc par souci de mieux comprendre le lien possible entre l'exclusion et l'état de santé mentale que cette recherche s'intéresse à la carte des déterminants de la santé.

À cet effet, on souligne que le bien-être d'une personne peut se mesurer à « sa capacité physique, psychique et sociale d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (Direction de la surveillance de l'état de santé, 2010 : page 5.). Le processus de socialisation est celui qui permet à l'individu de s'adapter aux normes et valeurs de la société dans laquelle il évolue. En socialisant, l'individu à l'occasion de répondre aux attentes sociales durant chaque étape de la vie (StudySmarter, 2024). Donc, dans la mesure où une personne parvient à socialiser, elle devrait être à même

de s'intégrer à un ou des groupes qui lui correspondent. Néanmoins, le rejet par les pairs demeure possible en fonction des critères personnels ou groupaux établis pour être inclus. On souligne donc l'importance de mieux comprendre les motifs expliquant la séparation entre deux groupes qu'on peut alors distinguer comme les « exclus » et les « inclus » (Chadirac, 2017).

2.2. Théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner

Dans le but de mieux comprendre les liens entre les concepts susmentionnés d'exclusion, d'isolement et de trouble de santé mentale en contexte de santé masculine, nous nous sommes intéressés à la théorie de l'identité sociale [TIS] de Tajfel et Turner (1979, 1986). Initialement, le but de ces derniers était de mieux comprendre comment réagissent les individus lorsqu'ils sont définis négativement dans une société inégalitaire alors qu'ils cherchent à se construire une identité sociale positive (Autin, 2005). La théorie s'est inscrite dans l'étude des conflits intergroupes en s'intéressant à la façon dont les gens définissent leur identité par le biais de leur appartenance à un groupe social (StudySmarter, 2024). La TIS s'est bonifiée par le biais d'études empiriques, au fil des années, en plus d'avoir amené l'élaboration de plusieurs théories en psychologie sociale (Licata, 2007). Ceci dit, trois processus élémentaires la composent : la catégorisation, l'auto-évaluation et la comparaison sociale intergroupe que nous allons définir plus en détails.

2.2.1. Définitions des concepts et processus

L'identité désigne le point d'articulation entre la personnalité de l'individu, l'idée qu'il a de lui-même et l'ensemble des facteurs qui, dans le contexte social dans

lequel il s'inscrit, agissent sur lui (Fischer, 2010 : page 210). Elle se scinde en deux types : l'identité personnelle d'une part et sociale de l'autre. La première se définit comme un « processus psychologique de représentation de soi, qui se traduit par le sentiment d'exister dans une continuité en tant qu'être singulier, et d'être reconnu comme tel par autrui » (Fischer, 2010 : page 211 ; Deschamps & Moliner, 2008). Tandis que l'identité sociale, celle qui nous intéresse plus particulièrement, est caractérisée comme étant le processus psychosocial par lequel un individu construit sa représentation de soi. Elle résulte de la conscience qu'il a d'appartenir à un groupe, ainsi que par la valeur émotionnelle qu'il accorde à cette affiliation (Fischer, 2010 ; Autin, 2005).

Autrement dit, la construction de l'identité s'effectue, principalement, par un mécanisme d'identification qui comporte deux sens distincts : la catégorisation puis la structuration du moi et de la personnalité (Fischer, 2010). La catégorisation, qui constitue le premier processus fondamental de la TIS, est un outil mental par lequel chacun ordonne son univers social. Selon des critères de ressemblances et de différences, l'individu classe son environnement afin d'avoir des points de repère favorisant sa mise en action (Autin, 2005). La catégorisation sociale est, à ce titre, une façon de définir sa place dans la société : l'individu s'estime alors membre d'un ou plusieurs groupes.

Selon la définition du concept de groupe établi par Tajfel et Turner (1979, 1986), il s'agit d'une « collection d'individus qui se perçoivent comme membres d'une même catégorie, qui attachent de l'importance à cette définition d'eux-mêmes, et qui ont atteint un certain consensus concernant l'évaluation de leur groupe et de leur

appartenance à celui-ci » (Licata, 2007 : page 24). Dès lors, le rassemblement existe lorsque ses membres sont conscients d'en faire partie. On parle de « l'endogroupe » (nous) comme étant le groupe auquel l'individu appartient, et de « l'exogroupe » (eux) comme celui auquel la personne n'appartient pas (Ploud, 2002-2024).

Ainsi, l'appartenance groupale permet de découvrir des choses sur soi en mettant en perspective des repères comportementaux et des normes à respecter. C'est de cette manière que s'enclenche le processus d'auto-évaluation voulant que la personne opte pour l'identité du groupe dont elle fait partie (Mentorshow, 2023). À titre d'exemple, si vous êtes classés comme un homme, il y a de fortes chances que vous adoptiez des comportements que vous attribuez à ce titre. On peut penser à l'homme traditionnel qui, selon les stéréotypes, est stoïque, fort, autonome et indépendant (Plank, 2021). D'ailleurs, la stéréotypie est ce qui amène les gens à nier les différences entre les individus qui appartiennent à un groupe et à accentuer la similarité entre ses membres (Meier, 2021). Cela laisse croire que la variabilité des caractéristiques que possèdent les personnes dans un groupe est faible (Deschamps & Moliner, 2008 : page 62). En conséquence, au cours de l'auto-évaluation, la personne cherchera à consolider une perception positive et distincte de son groupe d'appartenance, et ce, dans le but de protéger son estime et son identité tant personnelle que sociale (Deschamps & Moliner, 2008). La motivation première étant, fondamentalement, de donner un sens à son monde individuel et collectif.

Tout compte fait, aussi avantageux que soit le jugement de leur appartenance groupale, la valeur de leur identité sociale dépend au final du mécanisme de comparaison intergroupe (Autin, 2005). En somme, c'est en comparant les

caractéristiques de l'endogroupe à celles de l'exogroupe que se concrétiseront les bénéfices ou les désagréments de leur identification à un groupe. Cette différenciation a pour objectif de maintenir ou d'acquérir un certain prestige par rapport à l'exogroupe, ce qui s'articule dans une démarche de compétition (Autin, 2005).

2.2.2. L'individu et l'endogroupe

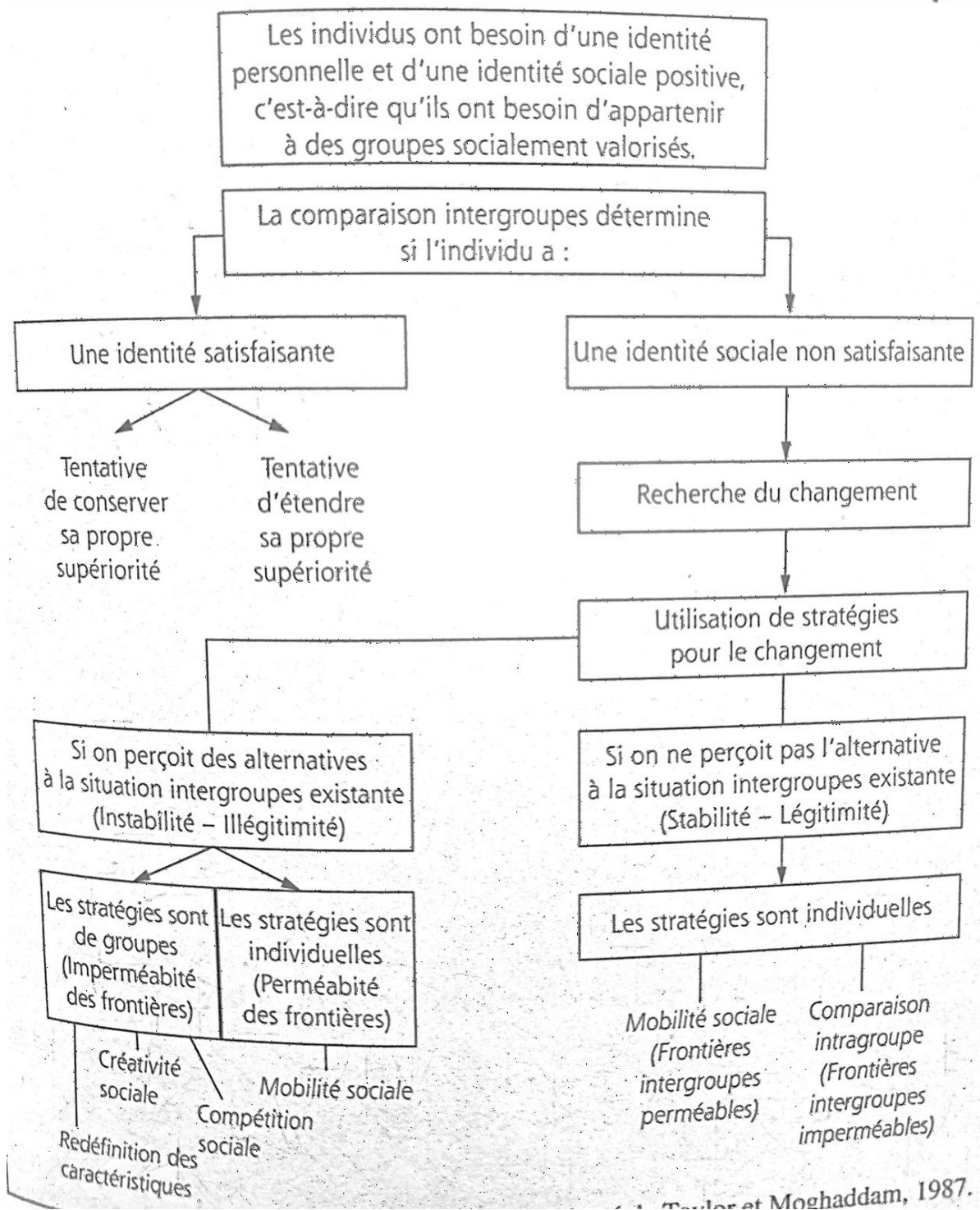
Les concepts d'endogroupe et d'exogroupe sont fluides, c'est-à-dire que l'appartenance à un clan peut changer en fonction du contexte de vie, de l'environnement ou du temps (Mentorshow, 2023). En d'autres termes, il s'agit de la notion de « mobilité sociale » voulant que les frontières qui séparent les différents groupes sociaux soient perméables, ce qui fait qu'un individu a la possibilité de quitter individuellement son groupe pour en rejoindre un autre (Hatch & Schultz, 2004). À l'inverse, on parle de « stratification sociale » lorsque les frontières d'un groupe sont imperméables au départ d'un membre (Deschamps & Moliner, 2008). Notamment, les caractéristiques stéréotypées propres à un groupe peuvent soumettre les membres à une pression normative. À vrai dire, il n'est pas toujours simple d'appartenir à un groupe social. Parfois, l'individu peut se voir contraint de modifier ses comportements, ses croyances, son point de vue ou ses intérêts, et ce, dans le seul but de demeurer intégré (Meier, 2021). Cette démarche de conformisme peut être tributaire de la perte d'une partie de son identité personnelle. On peut donner l'exemple de certains groupes religieux extrémistes dont les adeptes refusent toute modération ou toute alternative à ce que leur dicte leur doctrine. Autrement, l'individu qui se montre réfractaire à répondre aux standards et normes sociales établis par son statut de membre peut risquer l'exclusion de son groupe (Meier, 2021).

En conséquence, on constate que l'identité sociale et l'identité personnelle d'un individu ne sont pas systématiquement équivalentes. Un degré d'insatisfaction significative par rapport à la concordance entre les deux pourra conduire à la recherche d'une meilleure situation. En effet, la personne peut juger que le statut de son groupe est inadéquat, car celui-ci a été déclassé, c'est-à-dire qu'il a perdu de sa notoriété, ou qu'il a mauvaise réputation, faisant en sorte d'affecter négativement son estime personnelle (Deschamps & Moliner, 2008 ; Meier, 2021). On peut prendre exemple sur les prêtres où plusieurs ont été accusés d'abus sexuels. Il s'avère alors difficile pour nombre d'entre eux de s'identifier à ce groupe considérant les répercussions de ces abus.

2.2.3. Stratégies utilisées en cas d'insatisfaction

De toute évidence, une insatisfaction identitaire poussera l'individu à mettre en œuvre des actions pour se sentir mieux et améliorer son estime de soi. Dans cette optique, Tajfel et Turner (1979, 1986) ont décrit un continuum de comportements sociaux permettant à l'individu de bonifier sa situation sociale. On y retrouve, d'une part, les comportements interpersonnels et, de l'autre, les comportements intergroupes (Figure 2) (Licata, 2007 ; Deschamps & Moliner 2008).

Figure 2. Représentation schématique de la théorie de l'identité sociale (TIS)



... et Moghaddam, 1987.

Source : Deschamps & Moliner, 2008 : page 61

2.2.3.1. Comportements interpersonnels

Au niveau des comportements interpersonnels, les interactions entre deux individus sont principalement déterminées par leurs caractéristiques individuelles (Deschamps & Moliner, 2008). Leur identification à une catégorie n'est donc pas ce qui influence leurs échanges. Concrètement, on peut penser à deux adultes qui se rencontrent dans un parc et qui s'abordent en parlant de leurs passions, de leur travail respectif, de leurs réalisations, etc. Dans ce contexte, ce n'est pas la catégorisation à un groupe (une équipe sportive par exemple) qui prévaut.

C'est de ce côté du continuum qu'on peut situer la première stratégie désignée par la « mobilité individuelle ». En somme, si un individu croit que son groupe d'appartenance lui procure une identité sociale négative et qu'il croit en la mobilité sociale, il tentera de quitter son endogroupe pour rejoindre un exogroupe ayant un meilleur statut à ses yeux (Meier, 2021). Ce choix est individuel, il n'apporte pas de changement dans la structure du groupe quitté. La mobilité individuelle nécessite donc un désengagement vis-à-vis son identification groupale. Celle-ci est possible seulement si le groupe initial accepte son départ et que le nouveau est en faveur de son inclusion (Fischer, 2010).

2.2.3.2. Comportements intergroupes

À l'autre extrémité du continuum décrit par Tajfel et Turner (1979, 1986), on retrouve les comportements intergroupes. Ceux-ci, à l'inverse du pôle interpersonnel, définissent des interactions entre personnes ou groupes majoritairement déterminées par leur appartenance à une catégorie (Deschamps & Moliner, 2008). Les échanges sont construits en fonction des caractéristiques de leur groupe et non selon leur identité

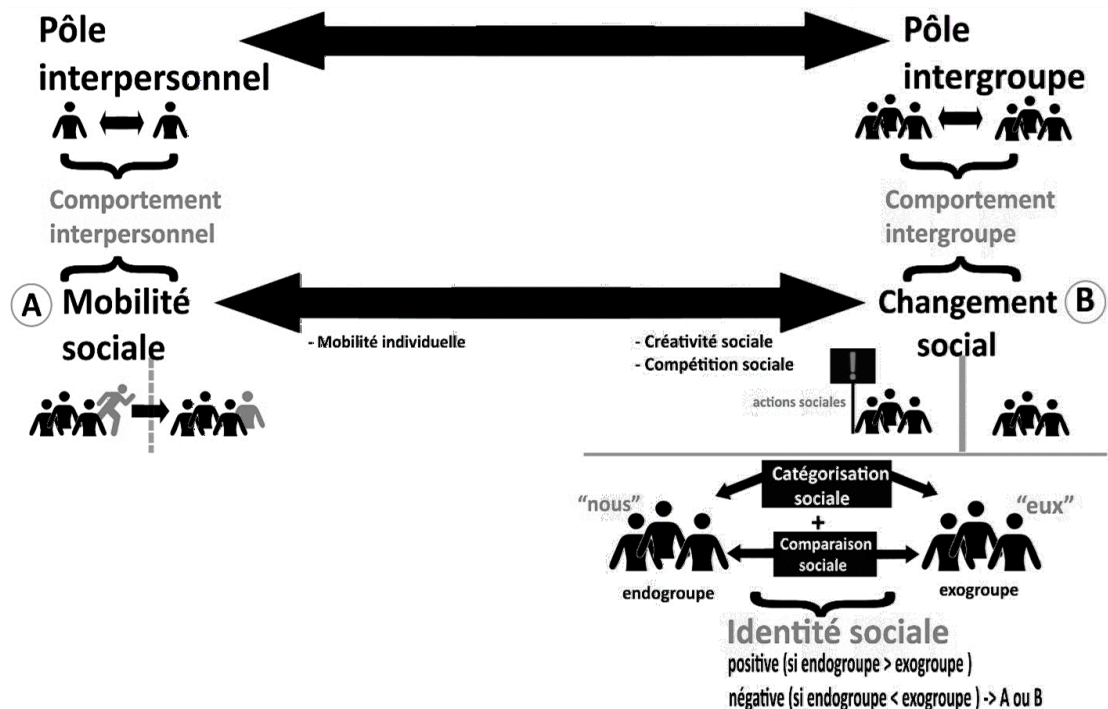
personnelle (Hatch & Schultz, 2004). Pour reprendre l'exemple précédent, si les deux adultes se rencontrent, cette fois-ci, dans le cadre d'une compétition sportive où ils font chacun partie d'une équipe, leurs interactions risquent de tourner autour de leur catégorisation distincte. Ainsi, ils pourraient souligner leurs succès, mettre à l'avant plan leur logo ou encore avoir un cri d'équipe pour montrer leur force. Dans cette situation, l'importance de leurs caractéristiques individuelles tend à être amoindrie (Deschamps & Moliner, 2008).

Le pôle des comportements intergroupes intègre deux stratégies de mouvements sociaux. De prime à bord, on peut définir l'utilisation de la « création sociale » où les membres d'un groupe stigmatisé négativement cherchent à modifier les éléments comparatifs pour qu'ils soient plus favorables (Autin, 2005 ; Meier, 2021). Les adhérents peuvent ainsi trouver de nouvelles dimensions sur lesquelles comparer leur groupe (nouveaux critères) (Autin, 2005). Le but étant de présenter le groupe sur un aspect plus avantageux. À titre d'exemple, si deux groupes se défient en fonction de leurs résultats à une compétition sportive, celui ayant un score plus faible pourrait choisir de se distinguer en fonction de la force de leur esprit d'équipe. Sinon, ils peuvent changer la valeur associée à un attribut du groupe (changement de référentiel d'évaluation) (Meier, 2021). Le mouvement « Black is beautiful » de 1962 ayant pour but de promouvoir la beauté des personnes noires par un défilé de mode présentant des modèles de ce groupe ethnique est un exemple marquant de cette stratégie (BBC News Afrique, 2020). De cette manière, la dimension de comparaison ne change pas, mais la connotation négative qui lui était associée est rejetée (Autin, 2005). En somme, ces techniques collectives n'impliquent pas de réelles modifications de position pour le

groupe. Toutefois, elles demeurent souvent difficiles à légitimer au regard des membres externes au groupe. De même, la comparaison à un exogroupe au statut élevé a plus de risques d'être infructueuse.

Enfin, la deuxième stratégie de ce pôle se nomme la « compétition sociale ». Cette technique conserve la dimension initiale de comparaison, mais l'endogroupe cherche cette fois à renverser son statut pour être supérieur à l'exogroupe. Inévitablement, cette stratégie provoque un conflit intergroupe où chacun s'affronte afin de prouver sa force vis-à-vis l'autre (Autin, 2005).

Figure 3. Stratégies de la théorie de l'identité sociale



Source : Autin, 2005 – Wikipédia, 2024

2.3. Pertinence du cadre théorique

Le fait d'avoir peu ou pas de contacts avec autrui suppose une absence de rôles et de rapports sociaux gratifiants (Audet & Tremblay, 2019). Cela soulève la possibilité que l'individu vivant de l'isolement soit exclu des groupes auxquels il pourrait se catégoriser ou avoir choisi de se retirer en vivant de l'insatisfaction telle qu'énoncée par la théorie de l'identité sociale.

Dans le cadre de cette recherche, on s'intéresse à deux groupes soit celui des personnes s'identifiant comme étant un homme et celui des hommes ayant un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur. L'hypothèse est que les hommes atteints de l'un de ces troubles de santé mentale pourraient avoir tendance à être isolés socialement à la suite de leur diagnostic. La stigmatisation des troubles de santé mentale (Marescaux, 2019) ainsi que les stéréotypes reliés à la masculinité traditionnelle (Plank, 2021) semblent être tributaires de certains enjeux d'identification à ces groupes d'appartenance. En ne voulant pas être associés aux gens ayant un problème de santé mentale, certains hommes pourraient chercher à se valoriser en tant qu'homme traditionnel, soit en camouflant leur douleur, en travaillant physiquement à outrance ou en ne demandant pas de soutien. Ces comportements étant à l'antipode d'une démarche d'acceptation de leur diagnostic. Il pourrait s'agir d'un facteur explicatif de l'isolement vécu par les hommes atteints de trouble de l'humeur ou anxieux. La théorie de l'identité sociale, permettant de mieux comprendre les conflits intergroupes et les comportements sociaux, pourrait mettre en lumière les stratégies utilisées pour améliorer leur situation et la cohérence à leur identité personnelle et sociale (Meier, 2021).

CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre vise à présenter les choix méthodologiques associés à cette recherche. Dans cette section, nous précisons le but et les objectifs ciblés, le type de recherche utilisé, la population à l'étude, le mode de recrutement des participants, le mode de collecte des données, leur analyse et les considérations éthiques.

3.1. But et objectifs de la recherche :

L'objectif principal de cette recherche était de mieux comprendre ce que vivent des hommes avec un trouble de l'humeur ou anxieux par rapport à leur situation sociale.

Afin d'atteindre cet objectif principal, quatre objectifs spécifiques sont utilisés comme guide :

1. Décrire la situation sociale des hommes atteints de trouble de l'humeur ou anxieux.
2. Documenter leur point de vue sur l'impact de leur état de santé psychologique sur leurs relations sociales.
3. Identifier les facteurs ayant facilité ou fait obstacle à leur insertion au sein de la population générale depuis leur diagnostic de problème de santé mentale.
4. Identifier les besoins qu'ils perçoivent pour améliorer ou maintenir leur situation sociale et les stratégies d'adaptation utilisées ou envisagées.

Avec ces objectifs spécifiques, il a été possible, en premier lieu, de mieux comprendre leur vécu par rapport à leur situation sociale. Peu importe la réponse, il a été pertinent de documenter plus en détail les raisons expliquant cette perception. Par la suite, par le biais du deuxième objectif spécifique, nous avons pu préciser si cette personne

considère que ses problèmes de santé mentale ont eu un impact sur son sentiment d'exclusion ou encore d'inclusion sociale. De cette façon, nous avons pu connaître plus en profondeur la perception des hommes interviewés au sujet de leur condition psychologique en interaction avec leur milieu. Ceci a alors permis d'amener l'objectif spécifique suivant qui visait à identifier les facteurs de risque ou de protection perçus par la personne en lien avec son intégration sociale. Enfin, en ayant une vision plus précise des perceptions de l'individu au sujet de sa condition sociale et mentale, nous avons pu le questionner sur les besoins qu'il ressentait en ce sens et sur les stratégies d'adaptation possibles. De cette manière, ce dernier a pu apporter son point de vue critique sur le système de santé et des services sociaux en lien avec les éléments ressortis en entrevue.

3.2. Type de recherche

Dans le but de répondre aux objectifs de la recherche, la présente étude est qualitative à un niveau exploratoire. L'analyse qualitative « vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences plutôt que la mesure de variables à l'aide de procédés mathématiques » (Paillé, 2021 : page 63) On cherche à comprendre l'expérience humaine par la mise en œuvre des ressources de l'intelligence et ainsi saisir des significations (Danaguezian, 2019 ; Paillé, 2012). Elle a permis, en l'occurrence, de connaître la réalité psychosociale des hommes selon leur propre point de vue. En laissant la chance à ces derniers de s'exprimer librement, il a été plus facile de documenter leur situation en fonction des variables à l'étude. Dès lors, l'utilisation du niveau exploratoire s'explique par le fait que nous avons cherché à décrire et comprendre le lien entre l'isolement social et les problèmes de santé

mentale. Bien qu'à ce jour il existe des écrits sur la solitude des personnes souffrant de troubles psychologiques, les réalités qui amène cet isolement étaient peu documentées avant la période pandémique. Les recherches en ce sens, au Québec, dataient plus particulièrement de la période de la désinstitutionalisation des patients dits psychiatriques, c'est-à-dire qu'elles avaient été réalisées entre 1960 et 1995 (ACSM, 2018 ; Juneau, 2017 ; Poulin & Massé, 1994 ; Tousignant, 1988). Depuis la pandémie de la COVID19, les mesures sanitaires imposant un isolement social drastique ont mis en lumière la nécessité de s'attarder plus spécifiquement à cet aspect significatif de la santé humaine. À cet égard, la pertinence de cette recherche s'est vue bonifiée. Les résultats amènent ainsi une description plus précise de la problématique, selon le point de vue des individus impliqués, contextualisé par l'environnement social de notre époque en lien avec la pandémie mondiale et l'ère de la technologie.

3.3. Population à l'étude

À la lumière des informations présentes au chapitre un de ce mémoire, on peut expliquer le choix de critères pour la population à l'étude. On rappelle, brièvement, que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur affecteraient de façon notable la population québécoise (ACSM 2022 ; Services psychologiques et psychologues à Montréal, 2011). Puis, les hommes seraient plus susceptibles de vivre une détresse psychologique importante au vu des données énonçant que ces derniers représentent 80% des décès par suicide (AQPS, 2016 ; Statistique Canada 2017 ; Commission de la santé mentale 2022). De surcroît, les statistiques concernant la santé mentale des 25 à 44 ans notent une détérioration significative en matière de dépression et d'anxiété généralisée au cours de l'année 2020 à 2021 (Statistique Canada 2021). Tout cela considéré, l'objet de cette étude a été la

population des hommes âgés de 25 à 44 ans atteints de troubles anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, état de stress post-traumatique et agoraphobie) ou de l'humeur (dépression majeure, trouble bipolaire, trouble cyclothymique et dysthymie), et diagnostiqués par un professionnel.

Par ailleurs, étant donné que les troubles de santé mentale englobent de nombreuses maladies aux critères diagnostiques différents, il aurait été difficile d'inclure d'autres pathologies au cours de la présente étude. En fait, ces troubles de santé mentale n'altèrent pas la connexion avec la réalité, c'est-à-dire que les individus sont conscients de leurs difficultés et des conséquences sur leur vie. Au contraire, les personnes souffrant de troubles psychotiques font plus difficilement la différence entre la réalité et leurs symptômes (Gouvernement du Québec, 2017), ce qui vient altérer leur capacité à s'intégrer socialement. De ce biais, cela aurait pu complexifier la réalisation d'entrevues représentatives et complètes. D'autant plus dans le contexte d'un mémoire de maîtrise qui amène des contraintes spécifiques (temps, lien de confiance, etc.).

Il en va de même pour les personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme qui, pour leur part, sont affectées au niveau neurodéveloppemental (Centre d'évaluation neuropsychologique et d'orientation pédagogique, 2018). En effet, dû à leur condition, ces dernières présentent des difficultés marquées principalement par une absence ou un manque de réciprocité sociale (Fédération québécoise de l'autisme, 2020). En conséquence, il devient épineux de généraliser à plus grande échelle leurs perceptions au sujet de leurs contacts avec la société. C'est pourquoi elles n'ont pas été incluses dans le cadre de cette recherche.

Dans le même ordre d'idées, les personnes souffrant de troubles de la personnalité peuvent être difficiles à joindre. En fait, les nombreuses caractéristiques complexes qui définissent ce type de problématique sont souvent inflexibles, stables dans le temps, et s'expriment par un fonctionnement social inadapté (Groupe de ressource pour le trouble de panique et autres troubles anxieux, 2018 ; Harrisson, 2016). En ce sens, il devient délicat d'établir un lien de confiance avec les personnes qui sont atteintes de ces troubles, et donc d'effectuer des entrevues complètes dans le contexte d'un mémoire de maîtrise. À l'instar de celles nommées précédemment, les hommes souffrant de troubles de la personnalité n'ont pas fait partie de l'échantillon.

Enfin, la comorbidité des troubles mentaux, notamment entre ceux de l'humeur et de l'anxiété, étant fréquente, le fait de n'avoir aucun autre diagnostic de santé mentale n'a pas été un critère d'exclusion (Santé Canada, 2002). Les autres diagnostics possibles ont été identifiés à titre informatif dans le questionnaire sociodémographique.

D'autre part, en ce qui concerne la localisation de l'échantillonnage, l'étude a été réalisée auprès des habitants de la région du Saguenay par souci d'accessibilité et de proximité. En 2011-2012, on estime, au Saguenay–Lac-Saint-Jean, qu'un peu plus d'une personne sur 13 (7,6 %) souffre d'un trouble anxiodépressif, ce qui représente environ 21 200 personnes. De même, près de six personnes sur dix souffrant d'un trouble mental dans la région ont reçu au moins un diagnostic de trouble anxiodépressif (Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2015). Bien que les femmes soient en général plus touchées que les hommes par ce type de trouble, la détresse psychologique de ces derniers semble tout aussi notable. On peut notamment relever que les hommes âgés de 25 à 64 ans représentent 58 % de

l'ensemble des décès par suicide dans la région (Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2017). En outre, nous pouvons souligner que la majorité des études trouvées sur le sujet ont été réalisées dans de grandes municipalités. (Poulin & Massé, 1994 ; Otero. 2005 ; Peretti-Watel, 2006 ; Audet & Tremblay, 2019).

Eu égard aux éléments susmentionnés, l'échantillon se compose de 12 participants âgés entre 25 et 44 ans, résidant au Saguenay, et étant atteints d'un trouble de l'humeur ou anxieux.

3.4. Mode de recrutement des participants

Dans le but de cibler les personnes concernées, une infolettre (figure 2), expliquant le but de l'étude et les critères de sélection a été publiée via la plateforme Facebook, ce qui a permis une plus grande visibilité du projet. Les individus intéressés et répondants aux critères d'inclusion pouvaient ensuite contacter l'étudiante chercheuse en toute confidentialité et de manière volontaire. Parallèlement, différents milieux ont été sollicités. Nous avons contacté les directeurs et directrices d'associations et d'organismes communautaires œuvrant en matière de santé mentale et auprès des hommes (par ex. : ACSM section Saguenay). Ainsi, nous avons cherché à obtenir la coopération de ces milieux afin qu'ils distribuent la fiche descriptive de notre projet de recherche (ANNEXE 1) auprès des individus concernés. La proximité de ces professionnels avec la clientèle masculine a facilité le recrutement. Ils ont relayé l'information concernant la recherche, ses objectifs et les modalités de participation auprès des hommes qu'ils côtoient dans leurs organisations, ce qui a aidé à susciter leur intérêt et leur ouverture. Enfin, il est à noter que ce protocole de

recrutement a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi en date du 24 février 2022 et renouvelé en date du 24 février 2023 et 2024.

Figure 4. Infolettre

UQAC
Université du Québec
à Chicoutimi

PARTICIPANTS RECHERCHÉS

Sujet : Le vécu des hommes vivant avec un trouble de l'humeur ou anxieux

Implication demandée
Une entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes avec la responsable de la recherche.

Pour participer vous devez

- Être un homme âgé de 25 à 44 ans
- Vivre au Saguenay Lac-Saint-Jean
- Avoir reçu un diagnostic de troubles anxieux ou de l'humeur (dépression, anxiété généralisée, stress post-traumatique, phobies, trouble panique, dysthymie, etc.).

Vous pouvez écrire à l'adresse courriel suivante alexandra.gauthier1@uqac.ca pour plus d'informations.

*Toutes les informations recueillies dans le cadre de l'entrevue demeureront confidentielles.
La participation est volontaire. Vous pouvez vous retirer du processus à tout moment.*

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la recherche et espérons vous compter parmi nos participants!

3.5. Mode de collecte des données

La collecte des données a été effectuée par le biais d'une enquête qualitative. Des entrevues individuelles, semi-structurées, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes ont permis de recueillir des informations détaillées sur la problématique étudiée. Le choix de l'entrevue semi-directive s'explique par le fait qu'elle a permis de connaître les perceptions des personnes interrogées sur le sujet de recherche énoncé, sans accumuler trop d'informations disparates, comme ce peut être le cas lors d'entrevues en profondeur. Étant donné que la parole est donnée à l'individu, l'entretien s'est avéré

être un instrument privilégié pour mettre au jour sa représentation du monde (Baribeau & Royer, 2012). Par le biais de questions ouvertes concernant les relations sociales, le diagnostic en santé mentale, les besoins perçus à ce sujet, l'intégration en société, les activités sociales et les éléments qui facilitent ou font obstacle au sentiment d'inclusion, nous avons pu documenter le vécu des participants. Par ailleurs, cette méthode de collecte de données offre une voix aux groupes marginalisés et vulnérables, ce qui s'est avéré pertinent pour des hommes atteints de troubles anxiodépressifs qui n'osent souvent pas parler de leurs difficultés (Desgagnés, 2016).

D'autre part, l'entrevue semi-directive, la plus utilisée en recherche qualitative, exige une préparation minutieuse d'un guide d'entrevue (Sylvain, 2000). De ce fait, lors des entretiens, un guide d'entrevue a été utilisé (Tableau 1) dans le but d'orienter les échanges en lien avec les informations recherchées. Néanmoins, les réponses demeuraient libres, et il était possible de reformuler une question, de changer l'ordre des thèmes à aborder, de s'ajuster à l'ambiance de l'entretien et à l'aisance du participant (Baribeau & Royer, 2012).

Tableau 1. Thèmes sous-thèmes du guide d'entrevue

Thèmes	Sous-thèmes
Caractéristiques personnelles des participants	<ul style="list-style-type: none"> - Façon d'affronter les événements difficiles. - Habitudes de consommation (alcool, drogue). - Capacité à interagir avec les autres, sociabilité. - Prise de médication en lien avec le diagnostic. - Sentiment d'inclusion ou d'exclusion dans son milieu. - Estime personnelle. - Activités quotidiennes (loisirs, tâches, rendez-vous, etc.).
Caractéristiques sociales des participants	<ul style="list-style-type: none"> - Composition et nombre de personnes du réseau social. - Nature et fréquence des contacts, durée des relations avec chacun. - Principales activités réalisées avec les fréquentations amicales ou familiales. - Présence ou absence d'un confident, d'un ami proche. - Climat dans les relations. Présence ou absence de conflit. - Présence ou absence d'un soutien formel ou informel.
Les sentiments et les réactions à la suite du diagnostic de trouble de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Réactions de l'entourage (conjoint·e, ami·es, collègues, supérieur·es hiérarchiques, etc.) - Attitudes du personnel des services de santé et des services sociaux (infirmiers, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, psychiatres, etc.) - Sentiments du participant au sujet de son propre diagnostic.
Les conséquences du diagnostic sur la vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Communication avec l'entourage. - Présence de conflit en lien avec la maladie. - Pression ressentie et le regard des autres. - Conséquences professionnelles (congé, démission, congédiement, recherche d'emploi). - Satisfaction vis-à-vis du réseau social et le soutien reçu en lien avec la maladie. - Satisfaction par rapport aux services d'aide reçus, s'il y a lieu.
Les stratégies d'adaptation et les ressources utilisées par les participants	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenants rencontrés, fréquence des rendez-vous. - Participation ou non à des groupes de soutien. - Utilisation ou non de lignes d'écoute. - Méthodes efficaces ou moins efficaces pour s'intégrer dans le milieu et la société.

Constats et recommandations des participants	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les personnes souffrant du même type de problématique. - Pour les intervenants qui viennent en aide aux gens atteints de trouble anxieux ou de l'humeur. - Pour l'entourage des personnes atteintes de ce type de maladie.
---	---

Parallèlement, les participants ont dû remplir, avant l'entrevue, un questionnaire sociodémographique (ANNEXE 2). Les informations à compléter concernaient l'âge, la profession, l'habitat (appartement, maison, propriétaire, locataire), la situation de vie (seul, en colocation, en famille, autres.), le niveau de scolarité, le revenu annuel, le statut matrimonial, le diagnostic de problème de santé mentale et la comorbidité avec un autre trouble, s'il y avait lieu. Ces informations, comme l'ensemble de celles obtenues lors des entrevues, sont confidentielles. Elles ont servi principalement à l'analyse et à l'interprétation des données en lien avec les réponses à l'entrevue. De plus, il a été mentionné que la participation était volontaire et confidentielle (ANNEXE 3). Les candidats pouvaient se retirer du processus à tout moment, demander une pause, ne pas répondre à une question ou demander que certaines informations ne soient pas prises en compte lors de la compilation des données.

3.6. Analyse des données

Dans le but de procéder à l'analyse des données, chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un moniteur audio. Celui-ci a non seulement facilité la transcription des verbatim, mais il a aussi favorisé la confiance des participants à dévoiler leur vécu personnel. À l'inverse d'un cellulaire, qui aurait également pu permettre l'enregistrement, le moniteur audio n'a pas accès à internet, ce qui laisse présager une plus grande confidentialité.

Par la suite, les fichiers mp3 de chaque entrevue ont été écoutés et transcrits mot à mot. Les verbatim ont été utilisés, par le biais du logiciel Nvivo14, afin d'organiser et trouver du contenu congruent parmi les données non structurées. Il a été possible de faire ressortir les éléments reliés aux thèmes et sous-thèmes ciblés, en plus de faire émerger des informations pertinentes qui n'avaient pas nécessairement été envisagées. En pratique, chaque donnée, soit les propos des participants, a été codifiée dans l'optique d'être organisée et étudiée. L'analyse thématique a été utilisée « puisqu'elle séquence le discours par thèmes et calcule leurs fréquences et leurs interactions afin de comprendre l'articulation de la pensée d'un individu » (Baribeau & Royer, 2012). Dès lors, nous avons procédé en trois étapes soit le codage, la catégorisation et l'interprétation (Kivits & Houbre, 2010). Dans la première étape, celle du codage, il a été question d'un repérage au sein des données brutes des verbatim. De cette façon, il a été possible d'aboutir à une représentation plus claire des informations marquantes présentes dans les entrevues.

En fait, le codage a consisté en une attribution de code, selon les thèmes et sous-thèmes prédéfinis lors de la construction de la grille d'entrevue (Tableau 1), à des éléments (mots, noyaux de sens) repérés dans les verbatim (Baribeau & Royer, 2012). En second lieu, les différentes données repérées ont été reliées aux thèmes et sous-thèmes afin de les catégoriser. Cela a permis de déterminer leur fréquence en plus d'organiser les informations selon les niveaux d'intensité, de présence et de sens.

Au final, lors de l'étape de l'interprétation, nous avons pu ressortir les réponses pertinentes en fonction de la fréquence, de la présence et de la direction (positive, négative, neutre) des thèmes et sous-thèmes codés et catégorisés. En somme, nous

avons pu interpréter nos résultats dans l'optique où « faire une analyse thématique consiste à repérer des noyaux de sens qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (Kivits & Houbre, 2010 : chapitre 5).

3.7. Considération éthique

Dans le but de respecter l'intégrité des participants, plusieurs aspects ont été pris en considération sur le plan éthique. À cet égard, aucune donnée personnelle permettant d'identifier les participants n'a été compilée (nom, adresse, date de naissance, etc.). Les répondants ont été identifiés par le biais d'un numéro de participant pour la comptabilisation et la présentation des résultats. De même, les informations recueillies ont été organisées de manière à ce qu'aucun sujet ne puisse être identifié par ses propos (par ex. : masqué le nom de l'entreprise où l'individu travaille).

Dans la même optique, les hommes volontaires ont communiqué directement avec l'étudiante-chercheuse, sans autre intermédiaire impliqué. Ils ont, par la suite, signé un formulaire de consentement (ANNEXE 3), ce qui a permis de s'assurer qu'ils connaissaient les objectifs et les modalités de leur participation. Ils ont été avisés qu'ils pouvaient à tout moment se désister, et ce, sans pénalité ni besoin d'explication. Ils étaient en droit de refuser de répondre à des questions qui les rendaient mal à l'aise, d'y aller à leur rythme et ils n'avaient aucune pression quant à l'orientation de leur réponse.

En définitive, les informations recueillies sous format électronique ont été stockées sur un disque dur externe rangé, avec les documents papiers, dans une valise

barrée. Également, à la fin du processus, tous les documents seront conservés sous clés, pendant une période de sept ans, avant d'être détruits. Ils ne seront utilisés que dans le cadre de cette recherche. Somme toute, chaque participant a pu transmettre ses coordonnées dans l'intérêt d'obtenir une version électronique (PDF) du mémoire de maîtrise ou d'être informé des faits jugés pertinents.

CHAPITRE 4 RÉSULTATS

Au cours des entrevues, quatre thèmes principaux ont été explorés dans le but de répondre aux objectifs de la recherche. Il s'agit des caractéristiques personnelles et sociales des individus, du diagnostic et ses conséquences, des stratégies d'adaptation utilisées, ainsi que des constats et des recommandations. Dans cette section, nous allons décrire ces différents aspects, soulever les sous-thèmes identifiés et les illustrer à l'aide de citations extraites des verbatim d'entrevues.

4.1. Caractéristiques sociales et personnelles.

De prime abord, le thème central permettant de décrire la réalité des individus a été leurs caractéristiques personnelles et sociales. En effet, ces traits ont une influence sur leurs perceptions ainsi que leurs comportements. Il a donc été pertinent, dans un premier temps, d'établir un bref portrait des participants concernés par le biais des données sociodémographiques. Par la suite, nous avons pu explorer la nature propre des participants et leur réalité sociale, et ce, avant leur diagnostic. Cela a pu ouvrir la discussion sur les dimensions à prendre en considération pour décrire leur sentiment d'inclusion ou d'exclusion avec leurs pairs. Ils ont, entre autres, abordé leur manière de réagir aux situations quotidiennes (résilience), leur propension à aller vers les autres ou non, leur hygiène de vie et leur rapport à l'intimité affective.

4.1.1. Données sociodémographiques

L'échantillon recueilli est constitué de 12 hommes dont l'âge moyen est de 33 ans. Les données sociodémographiques montrent que leur milieu de vie, leur statut

matrimonial et professionnel, leur niveau de scolarité, leur revenu ainsi que leur domaine professionnel sont diversifiés. Notamment, la moitié est en relation de couple et vit avec sa/son conjoint(e), en colocation ou en famille. Tandis que l'autre moitié n'est pas en relation amoureuse et demeure seul. D'autre part, on classe un quart des participants pour chaque tranche de revenu ; moins de 35 000\$, entre 35 000\$ et 55 000\$, entre 56 000\$ et 90 000\$ ou 91 000 et plus par an. Les emplois occupés par les membres de l'échantillon touchent le domaine de la santé (3), de la sécurité (3), de la gestion (3), de la manœuvre (2) ou du service à la clientèle (1). La moitié a réalisé des études universitaires, l'autre a complété un secondaire (1), un DEP (1) ou un diplôme d'études collégiales (4). Enfin, les deux tiers des participants ont reçu un diagnostic de trouble anxieux et le un tiers de trouble de l'humeur. La concomitance avec un trouble de l'humeur et anxieux a été signalée à deux reprises. De même, on note la concomitance avec un diagnostic de TDA(H) à deux reprises et avec un trouble de santé physique pour deux participants.

4.1.2. La manière de réagir aux situations quotidiennes (résilience)

Les participants ont décrit leur manière de réagir aux difficultés en donnant des exemples d'attitudes qu'ils ont développées au cours de leur vie (prendre le contrôle de leur environnement, se divertir, discuter, se retirer).

Par exemple, certains ont tendance à se centrer sur soi afin de se sentir plus en contrôle de leurs émotions : « [...] je vais m'isoler. Moi, c'est vraiment ça. Je veux que les gens me laissent tranquille » (Participant 10, 30 ans).

D'autres sont portés à vouloir éviter le malaise en se changeant les idées avec des stratégies exutoires comme le sport, les sorties avec des proches, le travail ou encore l'usage de substance.

Je peux aller courir, je peux aller voir des amis, je peux aller faire du snowboard. Il faut que je fasse quelque chose pour me vider la tête. Tu sais, des fois, j'ai vraiment des mauvaises façons de gérer mes émotions. Je vais aller faire une connerie, aller me saouler. Il y avait beaucoup d'autodestruction. Il y en a vraiment moins maintenant. (Participant 12, 34 ans)

Ce qui dénote que les stratégies familières à l'individu, qu'elles soient bénéfiques ou non, sont plus susceptibles d'être utilisées lorsqu'il est confronté à des émotions inconnues ou déstabilisantes.

4.1.3. Propension à aller vers les autres

Au premier abord, tout un chacun entretient des interactions sociales quotidiennes. Néanmoins, la propension à aller vers les autres, que ce soit en cas de situations délicates, ou simplement pour socialiser, est propre à soi. Nous avons pu constater, chez les participants de cette recherche, qu'il pouvait être facile pour eux d'aller vers les autres pour socialiser : « Je vais jaser à tout le monde, je n'aurai pas de misère à me faire des amis » (Participant 08, 27 ans).

Je sortais, j'allais dans des bars prendre des bières avec des amis. Je voyais des amis tout le temps, ou ils venaient chez nous, et je faisais des soupers. Je suis quand même quelqu'un de sociable, introverti, mais quand même sociable. (Participant 04, 28 ans)

En discutant de leur entourage, de leurs loisirs et de leurs activités sociales, des participants ont énoncé des facteurs influençant leur ouverture. Notamment, ils ont abordé l'estime de soi et le contexte de vie comme des éléments jouant un rôle sur leur propension à l'éloignement ou au rapprochement.

J'ai une bonne opinion de moi-même, mais j'ai l'impression de toujours être en échec. [...] Je suis beaucoup dans la performance dans tout ce que je fais. Je me mets beaucoup de pression. [...] j'ai tendance à faire plus de blagues. J'essaie de me prouver peut-être [...] » (Participant 11, 34 ans)

Oui, ben la majorité de mes amis sont des militaires actifs ou retraités. [...] je n'en ai pas beaucoup honnêtement de monde juste civil. Je pense qu'ils ne comprennent pas trop la réalité qu'on vit. C'est pour ça qu'on est soudé comme ça, on a vécu beaucoup de merde [*sic*] ensemble. (Participant 03, 43 ans)

Cela dénote que la perception de soi et des autres est à prendre en considération dans l'intégration sociale.

4.1.4. Rapport à l'intimité émotionnelle

Puis, outre la propension à aller vers les autres, les participants ont abordé la nature de leurs contacts avec autrui (sociale, utilitaire, récréative, professionnelle, etc.). Cela a mis en lumière le fait qu'être en relation avec d'autres ne signifie pas nécessairement qu'ils vont s'ouvrir sur leurs émotions.

Quand je vis des difficultés, je n'en parle pas ben gros en fait. Il faut qu'on me pose la question, et souvent je ne vais pas vraiment m'ouvrir. Juste aux personnes de confiance vraiment que je vais en parler. Sinon, je n'en parlerais pas, je ne veux pas faire chier [*sic*] personne avec ça. (Participant 9, 35 ans)

Donc, je vais être capable de parler à tout le monde, mais il y a peu de personnes qui vont avoir accès à tout savoir et à tout connaître de moi à 100%. Je suis quelqu'un qui est sociable, mais qui aime sa solitude par moment. (Participant 07, 37 ans)

De surcroît, certains participants ont soulevé des éléments de leur éducation et de leur socialisation pour expliquer leur rapport à l'intimité affective. Ils ont parlé de l'influence que peuvent avoir les standards et exigences sociétales en ce qui a trait au rôle masculin attendu : « On se débrouillait pis c'était ça. On dirait que moi je suis né

dans les années cinquante. Je ne sais pas, c'était de ne pas être faible [...] » (Participant 03, 43 ans).

Un autre participant mentionne :

Disons que je ne pouvais pas trop être moi-même [...] je faisais le stéréotype du gars de construction qui sacre et qui fait son macho. Sauf qu'en réalité je ne suis pas comme ça. J'avais l'impression, le matin quand je mettais mes bottes, que je me déguisais pour aller travailler. Je faisais mon travail, tout le monde m'appréciait, je rentrais, et là je me remettais en moi. (Participant 09, 35 ans).

La pression sociale et les stéréotypes de genre, même s'ils n'étaient pas cautionnés par l'individu, ont pu être des freins à l'expression de soi.

4.1.5. L'hygiène de vie

En énonçant différents aspects de leur réalité, les participants ont abordé leurs habitudes quotidiennes. L'hygiène de vie a été nommée comme une composante à considérer dans l'état de leur bien-être socioaffectif : « [...] ce n'est pas l'anxiété qui m'a amené à avoir une mauvaise hygiène de vie, je crois qu'au contraire c'est l'inverse » (Participant 05, 27 ans). Ils ont soulevé les exigences qu'eux-mêmes s'imposent, la gestion du temps et la difficulté à mettre ses limites comme des facteurs pouvant influencer la capacité à aller vers les autres ou à composer avec les situations de la vie quotidienne : « [...] c'était comme s'il n'y avait pas de limite, il fallait tout le temps que je performe pis que je sois le meilleur » (Participant 01, 44 ans). Ce qui soulève que la mise en place d'un mode de vie équilibré en fonction de ses différentes sphères de vie constituerait un enjeu en matière de bien-être psychologique.

4.2. Le diagnostic et ses conséquences

Les hommes interrogés ont nommé, lors des entrevues, que leur diagnostic en

santé mentale a eu des impacts sur différentes sphères de leur vie. Ils ont souligné des bouleversements en lien avec leurs habitudes de vie et leurs comportements, leur situation socioéconomique ainsi que sur leurs compétences personnelles et sociales : « Je ne dormais plus, j'étais toujours en train de pleurer, j'avais des gros hauts et des gros bas. Je me suis dit que ce n'était pas normal » (Participant 06, 25 ans).

Ceci dit, le principal motif de consultation identifié par les hommes a été les perturbations au niveau du sommeil et, parallèlement, la baisse du niveau d'énergie : « Je suis allé voir le docteur [...] pour mieux dormir parce que je dormais plus » (Participant 03, 43 ans). Un autre participant (7, 37 ans) énonce : « j'étais tellement épuisé que je suis allé à l'hôpital pour me faire prescrire de la médication pour dormir. »

En consultant pour des problèmes paraissant d'ordre physique, la plupart ont alors été confrontés à leur diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur : « c'était rendu des symptômes physiques à la fin, ben quand j'ai eu le diagnostic de stress post-traumatique » (Participant 03, 43 ans). Les symptômes physiques étaient souvent pris davantage en considération que les perturbations psychologiques et émotionnelles.

4.2.1. Conséquences sur les habitudes de vie et les comportements

À la suite de leur diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur, des participants ont noté des conséquences en lien avec leur mode de vie. De ce fait, effectuer leurs tâches quotidiennes était parfois un véritable défi dû à un manque d'énergie ou, encore, à la crainte de revivre des symptômes de leur problème de santé mentale : « [...] c'est l'abandon que tu vas aller chercher. Tu n'as pas l'énergie de toute façon alors tu t'en fous » (Participant 01, 44 ans).

Dans le même sens, des participants expliquent que faire un effort physique ou se confronter à des événements sociaux les amène à vivre rapidement un malaise, comme si cela était désormais associé aux symptômes d'anxiété ou au trouble de l'humeur. Pour éviter de vivre ces émotions désagréables, certains des hommes interrogés ont choisi de se protéger en esquivant volontairement ces contextes : « En ce moment, je me cache. Tu sais, je prends soin de moi, mais je me cache [...] » (Participant 05, 27 ans). Un autre précise :

[...] je ne veux plus retomber dans ce que j'ai vécu auparavant. En ce moment, je suis quelqu'un de zen, j'ai une petite vie tranquille, et je ne peux pas être avec quelqu'un qui est trop restrictif. Je ne veux plus de pression, je veux laisser les choses aller [...] (Participant 03, 43 ans)

Le lien entre l'état de santé et le mode de vie est soulevé par ces énoncés. On constate qu'un trouble anxieux ou de l'humeur peut créer des conséquences à long terme dans la vie de l'individu affecté.

4.2.2. Les conséquences socioéconomiques

Malgré les conséquences perceptibles sur leur mode de vie et les lacunes au niveau de leur énergie, les participants ont, pour la plupart, signifié le travail comme un élément favorisant leur bien-être. Un d'entre eux nous a dit : « J'aime beaucoup mon travail fait que je me lance là-dedans à fond. Ça m'aide beaucoup » (Participant 11, 34 ans). Un autre précise que le fait de s'occuper l'esprit l'aidait à maintenir un certain équilibre : « je ne voulais pas être sorti en maladie parce qu'il n'y a rien de pire, selon moi, pour quelqu'un qui est en dépression que d'être seul à la maison » (Participant 07, 37 ans). Ils ont ainsi maintenu leurs activités professionnelles le plus longtemps possible, souvent jusqu'à ce qu'il devienne pratiquement impossible pour eux de continuer à fonctionner. Le participant 4 (28 ans) mentionne à cet effet

: « Tout l'été 2020 j'ai eu de la misère, je n'ai quasiment pas travaillé en fait parce que je n'étais pas capable, l'anxiété prenait toute la place. »

Dans le même sens, le fait de passer outre leurs symptômes, en maintenant les mêmes exigences professionnelles, a pu leur occasionner des conséquences notables à long terme. En ce sens, un arrêt de travail, une démission ou un changement de carrière a pu être nécessaire : « Le jour où ce que j'ai cassé, je n'avais pas l'intention de quitter le métier, jamais. J'aurais probablement fini ma carrière-là » (Participant 01, 44 ans).

Un autre participant explique avoir été déclaré invalide dû à sa problématique de santé mentale :

J'étais dû pour sortir du milieu [...]. J'ai dit que je n'étais plus capable, pis mes derniers six mois je suis allé travailler dans une compagnie de plomberie juste pour ne pas être dans le milieu. [...] ce n'était pas ben, ben plus facile. J'avais encore mon syndrome de stress post-traumatique. J'avais encore la mèche courte, j'avais tout ça. (Participant 03, 43 ans)

En parallèle, le fait de vivre des bouleversements dans leur vie professionnelle tels que des congés maladie, la cessation d'emploi ou autres, a parfois eu des impacts sur leur situation socioéconomique pouvant créer de l'insécurité et de l'instabilité. Un participant (01, 44 ans) aborde la crainte de ne pas avoir de travail et de ne pas savoir où il s'en va dans la vie. Il indique la réalité où sa condition de santé l'amène à devoir vivre à un rythme plus lent que celui exigé par la plupart des milieux professionnels. Sans compter qu'un horaire irrégulier donne, habituellement, un revenu plutôt précaire, obligeant à faire des restrictions budgétaires, à accumuler des dettes et à faire des emprunts. Un participant (4, 28 ans) illustre cette réalité : « Je n'ai pas manqué d'argent, mais tout est pas mal à crédit dans ma vie en ce moment. » Cela expose la complexité pouvant être vécue

lorsqu'on cherche à respecter ses limites tout en répondant à ses obligations financières et socioprofessionnelles.

4.2.3. Les conséquences sur les compétences personnelles et sociales

Le fait de vivre avec un trouble de l'humeur ou anxieux a été identifié comme un facteur pouvant influencer les compétences personnelles et sociales. En effet, diverses émotions pouvaient être ressenties vis-à-vis leur diagnostic, ce qui pouvait avoir un impact sur leur sentiment de compétence, notamment sur leur image de soi et leur estime personnelle : « Je me disais qu'on n'allait pas m'aimer, j'ai pensé que j'étais pas aimable » (Participant 02, 32 ans). Un participant exprime s'être isolé plutôt que de vivre de potentiels échecs relationnels. Il explique ce comportement par le fait que « souvent l'autodestruction ça veut dire que tu ne t'aimes pas [...] C'est quelque chose de vraiment difficile à s'avouer premièrement que tu ne t'aimes pas » (Participant 12, 34 ans). Ce qui laisse croire que l'isolement pouvait être un moyen de soulager des malaises internes découlant de la détérioration de l'estime et de la confiance en soi.

4.2.3.1. Compétences personnelles

À la suite de leur diagnostic, certains se sont parfois considérés comme étant « malade mental », et ont eu des jugements négatifs envers leurs compétences et leurs capacités personnelles (Participant 11, 34 ans). Des participants expliquent cette vision péjorative de leur diagnostic comme étant attribuable à leur socialisation. Par exemple, un d'entre eux mentionne : « J'ai toujours été dans la dernière génération de gars qui pensent que l'anxiété est inventée » (Participant 05, 27 ans). Ils ont pu vivre des remises en question par rapport à eux-mêmes et, bien souvent, une baisse de leur estime de soi (Participant 08, 27 ans).

Pour d'autres, bien qu'ils se disent compréhensifs à l'égard des personnes pouvant être atteintes d'un trouble de santé mentale, accepter leur propre diagnostic a pu être délicat. Ils ont pu se dire que ce n'était pas applicable à eux et qu'ils n'avaient pas besoin d'aide (Participant 02, 32 ans). Des hommes ont aussi nommé avoir vécu de la colère en ayant l'impression de vivre un échec, de tomber au combat et de perdre leurs capacités à soutenir les autres (Participant 10, 30 ans). L'impression d'être brisé, de ne plus être « une machine » et d'avoir des failles sont des raisons qui ont contribué à une vision dévalorisante d'eux-mêmes (Participant 03, 43 ans).

D'autre part, le diagnostic a pu répondre à des questionnements et offrir une forme de soulagement. Cela faisait du sens avec leur histoire de vie et leur personnalité (Participant 04, 28 ans). D'autant plus que cela a pu être un constat les amenant à réfléchir davantage sur eux-mêmes pour cheminer personnellement. À cet effet, un participant exprime que :

C'est à travers de mon analyse que je me suis rendu compte que c'était de l'anxiété. Ben, ce n'est pas que je me suis rendu compte, mais probablement plus que j'ai accepté que c'était de l'anxiété. [...] Ça a fait, ensuite, du sens avec plein d'affaires qui se sont produites dans ma vie. (Participant 12, 34 ans)

La cohérence entre leur réalité et les critères diagnostic pouvant être un facteur favorisant l'acceptation de leur condition de santé mentale.

4.2.3.2. Compétences sociales

Le fait d'avoir des doutes et des bouleversements au sujet de leurs compétences personnelles a aussi pu amener les participants à éviter ou craindre certaines situations sociales. D'autant plus que, parfois, en informant leurs proches de leur diagnostic,

certains hommes ont ressenti des jugements et de la pression pour se rétablir rapidement. En ce sens, le fait de pouvoir justifier leur état par une cause externe jugée valable (séparation, deuil, etc.) pouvait leur procurer une forme de soulagement. À cet effet, un participant nous a dit :

Je te dirais qu'une chance que je m'étais séparé de ma femme et que j'avais un peu une bonne raison de tomber en dépression. Une chance parce que ça m'a un peu excusé auprès des autres. [...] Oui, ça prend une raison autre que juste psychologique. (Participant 01, 44 ans)

Par ailleurs, la majorité des participants ont soulevé la peur de déranger comme obstacle à la communication auprès de leur entourage. Un d'entre eux précise : « Je me disais que je ne voulais pas être un poids pour personne » (Participant 10, 30 ans). Dans le même sens, un autre a mentionné : « Tu n'en parles pas beaucoup à tes proches. Tu ne veux pas être un fardeau. Tu te sens déjà minable » (Participant 01, 44 ans). La crainte d'être confronté à l'incompréhension, d'inquiéter leurs proches ou d'être perçu différemment était également un enjeu pour les hommes interrogés. Un participant évoque ceci : « Je ne suis pas sûr qu'ils comprendraient. Sinon, ils me verraient tout le temps avec un peu de pitié dans les yeux. Je ne veux pas que quelqu'un me voit de même » (Participant 03, 43 ans).

Tout compte fait, des hommes ont confié être stigmatisés au sujet de leur condition de santé mentale. Ils ont pu recevoir des commentaires quant à leur prise de médication, sur leur choix d'en prendre ou non, et sur les effets de celle-ci (Participant 03, 43 ans et 09, 35 ans). Cela a pu leur donner l'impression de ne plus pouvoir vivre d'émotions ou de ne plus avoir de personnalité en dehors de leur diagnostic :

À chaque fois que j'étais plus triste ou plus nerveux on associait ça à mon trouble de santé mentale. Je n'étais comme plus une personne, j'étais ça, mon diagnostic en fait. C'est même encore aujourd'hui ça.

(Participant 03, 43 ans)

Cette discrimination pouvant parfois aller jusqu'à des conflits ou la rupture de liens sociaux significatifs : « Ce sont souvent des gens qui me jugeaient [...] que j'ai retirés de mon réseau il y a un bon moment déjà » (Participant 03). D'autres préférant ne pas aborder la situation qu'ils vivaient plutôt que de se confronter à de possibles jugements : « [...] en sachant très bien quel genre d'homme mon père est, je lui ai caché le plus possible » (Participant 01, 44 ans).

Plusieurs ont justifié les réactions de leur entourage par un manque de connaissances vis-à-vis les troubles de santé mentale ou par les mentalités véhiculées par les générations précédentes à ce propos. Deux participants soulignent avec emphase :

Mes parents n'étaient peut-être pas conscients de ce que c'était. Les personnes plus vieilles, des fois, sont moins bons de cette réalité. (Participant 11, 34 ans)

Ma mère m'a dit de « me botter le cul », pis de revenir droit. Il fallait que je lui explique que ça ne fonctionne pas comme ça. Elle est dans la vieille génération que c'était très mal vu d'avoir quoi que ce soit relié à la santé mentale. (Participant 03, 43 ans)

Ces propos laissent entrevoir des préjugés tenaces au sujet de la santé mentale.

4.3. Stratégies d'adaptation utilisées

Dans le but de soulager leurs malaises internes, que ce soit consciemment ou non, chaque participant a usé de stratégies pour se sentir mieux. Ces moyens n'étant pas immuables, on constate, pour pratiquement tous les hommes questionnés, l'utilisation à la fois de comportements défensifs, de solutions exutoires, et la recherche de soutien social ou professionnel.

4.3.1. Comportements défensifs et d'autorégulation

De prime abord, on note des comportements de fuite et de repli sur soi de la part de plusieurs hommes. Ils préféreraient garder leurs émotions privées et ainsi utiliser leurs propres stratégies. La honte, l'orgueil et les exigences personnelles pouvant être des arguments utilisés pour justifier ces agissements : « Je trouvais ça faible, fait que moi j'ai tendance à me replier sur moi-même [...] Pis avant de demander de l'aide, il faut que ce soit grave » (Participant 03, 43 ans). De même, un autre homme explique : « Je suis un peu plus le type de personne à faire les choses par moi-même. [...] j'ai encore l'impression que c'est suffisant, que je n'ai pas besoin d'aller en chercher plus » (Participant 05, 27 ans).

Plusieurs ont exprimé le besoin de s'isoler et de camoufler leurs réelles émotions vis-à-vis les autres. « Même quand je n'allais pas, je mettais un masque, je souriais, je faisais des farces [...] » mentionne le participant numéro 7 (27 ans). Selon eux, cela leur procurait un soulagement, ainsi qu'un sentiment de contrôle sur leur situation. Un autre raconte : « C'est comme si on me poussait sur les épaules alors que j'étais sous l'eau pis qu'en m'isolant il n'y avait plus personne qui me poussait, alors j'étais capable de sortir la tête de l'eau pour respirer » (Participant 08, 27 ans).

De plus, en dépit de la présence de leurs proches, il était parfois difficile pour les sujets de se sentir à l'aise ou compris par rapport à leur situation psychologique. Le manque de connaissances pouvant être un obstacle aux partages : « Tu sais, mes parents ne savaient pas ce que j'avais dans la tête, pis même moi je ne le savais pas. Ça fait en sorte que je ne peux pas le nommer, et qu'eux ne peuvent pas le savoir » (Participant 06, 25 ans). De même, les croyances populaires et la pression sociale ont été soulevées comme nuisibles à l'ouverture. : « J'ai des amis qui ont encore en tête

l'espèce de cliché qu'un homme ça ne pleure pas, [...] il y a encore des gens pour qui ce n'est pas facile à accepter » (Participant 05, 27 ans). En ce sens, un sentiment de marginalisation ou de solitude a pu être identifié, ce qui pouvait les amener à se priver du soutien possible de leurs pairs. Cet homme raconte ce qui l'a conduit à se couper des autres :

De toute façon, je n'en avais pas envie. Je n'avais pas le goût de voir personne. [...] c'est que quand tu as besoin d'en parler c'est le combat qu'il faut que tu fasses pour réussir à trouver quelqu'un. Pis l'ignorance vis-à-vis tout ça [...] (Participant 01, 44 ans)

De surcroît, il a été relevé que les hommes dont le ou la partenaire intime était aussi atteint(e) d'un problème de santé mentale ou d'une condition de santé précaire se montraient réticents à l'idée de se livrer. Ils considéraient que leur rôle était d'être souteneurs et de se montrer forts pour leur partenaire, leur famille et leur entourage : « La majorité des choses difficiles que j'ai vécues, je les ai vécues en essayant d'être solide pour les autres » (Participant 07, 37 ans). Un autre homme énonce : « Je ne voulais pas être un fardeau pour les autres » (Participant 10, 30 ans). En contexte de relation conjugale, un homme explique : « Je ne veux pas l'envahir non plus avec mes affaires. Surtout qu'elle va vraiment moins bien que moi » (Participant 09, 35 ans). Dans le même sens, un autre mentionne : « Ma conjointe a beaucoup de diagnostics en santé mentale, alors les périodes où elle va moins bien je ne m'ouvre pas tout le temps à elle pour ne pas trop l'affecter non plus » (Participant 04, 28 ans).

À cet égard, la plupart des hommes interrogés ont cherché à se protéger en usant de comportements d'autorégulation. Ils tentent alors de contrôler des aspects de leur vie sur lesquels ils peuvent avoir un impact direct. On parle de changements dans leur

alimentation, leur routine, l'utilisation de techniques de respiration, etc.

À cet effet, certains participants abordent les techniques de relaxation telles que la méditation et le Yoga comme un moyen privilégié pour parvenir à se calmer. Un homme énonce ce point : « On avait commencé un peu le Yoga, pis des exercices de respirations [...] me permettaient de me calmer et de contrôler comment je me sentais » (Participant 08, 27 ans). Parfois, le fait de se concentrer sur leur respiration a été un tournant dans leur processus de guérison. Dans la même direction, un autre dit : « La méditation, réapprendre à respirer ça été le début de mon histoire [...] j'ai accepté qu'il y avait quelque chose de brisé, puis de le réparer comme il faut. Tout commence par la respiration » (Participant 01, 44 ans).

Autrement, quelques stratégies inusitées ont été abordées pour parvenir à soulager leurs symptômes et leurs malaises internes. On note la prise de produits naturels : « Je prends encore beaucoup de suppléments qui m'aident à mieux aller. [...] Je sais que quand je vais commencer à disjoncter, je vais prendre telle affaire » (Participant 06, 25 ans). On aborde aussi l'auto-valorisation pour se rappeler sa propre valeur et ses réussites. Le but étant de bonifier l'estime, l'affirmation et le sentiment de compétence : « Ça c'est vraiment bizarre, mais je me parle à voix haute pour m'aider à me motiver » (Participant 05, 27 ans). Dans le même ordre d'idée, des participants énoncent avoir cherché à s'autoréguler en réfléchissant à leurs croyances. Un d'entre eux raconte : « J'ai vraiment redéfini ma vision de la mort. Je sais que ça peut être spécial à dire, mais j'avais l'impression que mon anxiété venait de la peur de mourir » (Participant 10, 30 ans). Un autre précise qu'il se reconfortait par le contact de l'eau sur sa peau : « Ça peut paraître niais ou banal, mais je prenais des douches. Je pouvais prendre trois-quatre douches par jour quand je n'étais plus capable »

(Participant 04, 28 ans). Enfin, un homme nous dit que la nourriture servait à combler un vide : « Je mange mes émotions, je sais que ce n'est pas bon, mais c'est ça »

(Participant 09, 35 ans). Cela a soulevé que tout pouvait servir de prétexte à se sentir mieux par eux-mêmes plutôt que d'aller vers du soutien social ou professionnel.

4.3.2. Solutions exutoires

Parallèlement, les comportements utilisés pour se protéger ne permettant pas toujours de soulager leur malaise, une grande partie des hommes questionnés ont avoué avoir utilisé des distractions pour oublier, s'étourdir ou masquer les déficits qu'ils pouvaient vivre au quotidien.

4.3.2.1. Consommation

La principale solution exutoire employée par les participants a été l'usage de substances, particulièrement l'alcool, et dans une moindre mesure certaines drogues : « Ultimement, ceux qui consomment c'est toujours pour oublier quelque chose. Alors, j'imagine que c'est pour oublier quelque chose que je buvais oui » (Participant 12, 34 ans). Plusieurs ont reconnu avoir développé des problématiques de dépendance à force de chercher une échappatoire à leur souffrance psychologique : « Au lieu de trouver des solutions tu te mets à prendre de la boisson » (Participant 01, 44 ans). La consommation prenant alors de plus en plus de place dans leur vie :

C'était pour mieux dormir, pis je sais qu'on ne dort pas mieux, mais dans ma tête je dormais mieux [...] et parfois je buvais seul, mais souvent tu te trouves des amis. Tu te donnes une raison pour boire parce que tu sais que tu es alcoolique si tu bois seul. (Participant 03, 43 ans)

Celle-ci pouvant parfois provoquer des conséquences supplémentaires dans leur vie : « Je consommait avec la médication. Ça a eu un impact parce que c'était fois 2 même fois 3 plus fort. Je faisais des crises d'angoisse » (Participant 11, 34 ans). Puis, en étant déjà dans un état psychologique plus fragile, le raisonnement pouvait être d'autant plus affecté par la consommation explique un homme qui a vécu les conséquences de cette altération du jugement : « parce que dans mon cerveau, on a enlevé la fonction émotion. C'est là que j'ai pogné ma balloune [*sic*] parce que je ne conduis pas normalement en état d'ébriété, c'est illogique. Sauf que je ne réfléchissais plus normalement » (Participant 01, 44 ans). Ainsi, plusieurs participants ont rendu compte des effets néfastes de la consommation dans le contexte de malaises psychologiques.

4.3.2.2. Travail et activités sportives

La pratique d'un sport, d'une activité ou encore le travail acharné ont également été des solutions privilégiées pour compenser ou amoindrir les difficultés ressenties. Ces solutions étant valorisées socialement, il était parfois délicat pour les sujets de percevoir l'aspect nocif de celles-ci lorsqu'ils les utilisaient à outrance pour éviter de gérer leurs émotions. On observe des horaires de travail au-delà de 40 heures par semaine : « [...] beaucoup de travail. On parle entre 50 et 60 heures par semaine, parfois plus » (Participant 07, 37 ans). Cela étant perçu positivement : « J'ai fait du travail à l'excès, en masse, ça m'a aidé beaucoup » (Participant 11, 34 ans). Dans le même sens, un autre homme souligne : « je suis quelqu'un qui aime ça travailler. Je faisais toujours 45 à 50 heures et plus » (Participant 09, 35 ans).

La pratique d'activités sportives est abordée dans la même optique : « Je peux aller courir [...] je peux aller faire du snowboard. Il faut que je fasse quelque chose

pour me vider la tête » (Participant 12, 34 ans). Un homme dit aussi : « Je faisais beaucoup de sport [...] Il fallait que je marche, je pense que si je ne marchais pas 15 kilomètres par jour... Tu sais, je marchais tout le temps juste pour me vider le cerveau » (Participant 03, 43 ans). Pour plusieurs d'entre eux, le sport et le travail deviennent, en quelque sorte, un exutoire à leurs émotions.

4.3.3. Recherche de soutien social ou professionnel

Ultimement, les répondants ont nommé avoir cherché à obtenir du soutien supplémentaire. Souvent, cela leur demandait d'outrepasser des barrières personnelles et des aprioris. Un homme constate à ce propos : « Si tu ne demandes jamais d'aide, tu n'en auras jamais. Il faut normaliser la demande d'aide » (Participant 03, 43 ans). La forme du soutien recherché a pu être d'ordre professionnel ou social.

4.3.3.1. Soutien social

Au premier abord, ils ont nommé s'être tournés vers leur partenaire intime, un membre de leur famille ou un ami proche pour obtenir du support au sujet de leur problématique de santé mentale : « Il y avait mes parents, ma conjointe et c'est à peu près ça » (Participant 06, 25 ans). La famille étant sollicitée de façon notable : « Je vais appeler ma sœur ou mon père » (Participant 12, 34 ans). Un autre mentionne : « Et bien en ce moment je parle beaucoup à mon père » (Participant 11, 34 ans). Un participant explique la différence quant à la durabilité du lien avec les membres de sa famille contrairement à ses amis :

D'une part, j'ai un sentiment de sécurité avec mes amis dans le sens où si j'ai l'impression qu'ils me jugeraient ils sortiraient de ma vie. Tandis que si c'est à de la famille à qui j'en parle et que je me sens jugé, c'est plus difficile de fermer la porte sans me retourner. (Participant 08, 27 ans)

La moyenne de personnes significatives dans leur entourage oscille entre quatre et cinq. De ce nombre, un ou deux individus sont choisis en guise de confidentes : « C'est difficile à dire ça parce que je vais sélectionner les informations que je vais donner aux gens. Il y aurait 2 personnes, je dirais » (Participant 09, 35 ans). Le choix de l'entourage étant considéré comme primordial pour se rétablir :

Il faut que tu t'entoures de bons amis, de ta famille parce que ça va être ceux-là les plus importants. Ça va être les personnes qui sont là directement quand ça ne va pas bien, parce que quand ça va pas bien t'as pas plus le goût d'appeler quelqu'un que tu connais pas pour lui demander de l'aide [...] (Participant 01, 44 ans)

En outre, il a pu être avantageux pour des hommes de s'entourer de gens ayant vécu des expériences similaires, notamment dans le contexte de groupes de soutien : « On est en groupe, c'est merveilleux. J'ai gardé des liens avec certaines de ces personnes. Pis c'est tout différent. Du monde qui ont des TOCS, du monde qui ont de la gêne excessive, ça peut être n'importe quoi » (Participant 01, 44 ans). Il était plus facile de relativiser leur situation dans ce contexte: « Ça peut te faire voir que d'autres personnes ont des défis communs avec toi » (Participant 04, 28 ans). C'est également ce qu'illustrent les propos de ces hommes :

Ce n'est pas pour rien que c'est encore mes amis [...] c'est qu'ils vivent souvent les mêmes choses que toi. C'est un peu pour ça qu'on est lié pour la vie [...]. Ils n'ont pas tous un syndrome de stress post-traumatique, mais il y en a qui sont en dépression, d'autres qui vivent de l'anxiété. (Participant 03, 43 ans)

Il y a plein de gens qui vivent plein de situations différentes, et ça peut être idiot, mais c'est vrai que souvent lorsqu'on se compare, on se console. C'est surtout ça, oui il y a le soutien, mais il y a aussi le fait que tu peux voir des gens qui vivent des situations plus difficiles que la tienne et qui s'en sortent. (Participant 05, 27 ans)

En ayant connaissance du vécu de personnes vivant des difficultés connexes, la vision de leur propre problématique a pu être plus positive.

4.3.3.2. Soutien professionnel

Certes, malgré les stratégies d'adaptation susmentionnées, un soutien professionnel et médical a pu être nécessaire et recherché. Les programmes d'aide aux employés (PAE) ont été adoptés et utiles dans une grande majorité des cas: « c'est en lien avec le travail que j'ai réussi à me trouver de l'aide, un programme d'aide aux employés » (Participant 11, 34 ans). Ceux-ci pouvant faciliter l'orientation vers d'autres ressources lorsque nécessaire, comme mentionne un participant : « [...] avec le PAE, c'est l'intervenante qui m'a conseillé d'aller voir un psychologue » (Participant 02, 32 ans). Sans compter qu'un homme explique comment sa démarche via son PAE a été accommodante et réaliste par rapport à ses besoins:

J'ai appelé le programme d'aide aux employés, on a des services de suivi puis tout ça. J'ai expliqué ma situation, et ils m'ont donné droit à un gros 24 séances de suivi de 1 heure avec un travailleur social. [...] Je me suis dit que j'avais assez de temps, totalement gratuit en plus. Il y a un peu d'attente, mais maintenant que je suis dans la *roue*, j'ai juste à communiquer avec mon travailleur social et c'est simple d'avoir un rendez-vous. (Participant 09, 35 ans)

Parallèlement, les médecins de famille se sont avérés être une aide privilégiée lors d'une première demande de services. Le lien de confiance étant déjà créé la plupart du temps. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un professionnel de la santé connu et familier : « J'ai réussi à en parler à mon médecin du fait que je suis toujours un peu stressé pis sur les nerfs » (Participant 09, 35 ans).

Ce qui m'a vraiment aidé c'est mon médecin de famille aussi. Il a été sur la coche. Je lui ai expliqué la problématique que j'avais, que je vivais souvent ça des petites dépressions récurrentes. Je lui ai dit comment je vivais ça, toute l'anxiété pis que tout me stressait, et que ça n'avait pas rapport. Il m'a bien compris pis ça a vraiment aidé. (Participant 02, 32 ans)

Une référence pouvait alors être faite dans le but d'obtenir des services

psychosociaux spécifiques : « Mon médecin de famille, tout simplement, et c'est elle qui m'a référé à un psychologue » (Participant 06, 25 ans).

Au demeurant, la prise d'un traitement médicamenteux a pu être préconisée afin de parvenir à stabiliser leur état psychologique : « Je prends une médication pour l'anxiété qui m'aide. Je ne prends pas une grosse dose, fait que ce n'est pas parfait, mais ça aide beaucoup avec les symptômes » (Participant 04, 28 ans). Cela a pu les aider afin de voir plus clair et de se mobiliser pour mettre en place des stratégies durables. « J'ai consulté pour des médicaments avant la thérapie. [...] je me suis dit que j'allais au moins aller chercher des médicaments pour pallier à ce qui se passait » mentionne un homme (Participant 03, 43 ans). Alors que d'autres partagent les impacts positifs sur leur mode de vie :

Un changement monumental. Je pouvais parler des maladies sans faire de crise, sans m'isoler ou me mettre à paniquer. Sans même être allé voir de psychologue encore. Ce sont les pilules qui m'ont donné espoir que je pouvais changer et régler ce problème-là. (Participant 10, 30 ans)

Fait que j'ai commencé à prendre une médication, je l'ai prise pendant, environ, 2 ans. Après ça, je me suis mis à avoir de meilleures habitudes de vie. J'ai changé mon alimentation, j'ai commencé à m'entraîner, j'ai vraiment fait attention à toutes ces petites affaires-là de la santé. Fait que j'ai pu arrêter mon médicament. (Participant 06, 25 ans)

En dépit de ces commentaires favorables, des résistances allant jusqu'à une opposition formelle à la prise de médication ont été revendiquées par de nombreux hommes. À ce sujet, un d'eux affirme ceci : « Je ne suis vraiment pas un preneur de pilules [...] ce n'est vraiment pas quelque chose que je préconise. Surtout pas pour ce genre de problème » (Participant 12, 34 ans). Un répondant explique, de son côté, s'être résigné à une prescription à dose minimale :

Oui, moi je suis quelqu'un qui n'aime pas la médication dans la vie. Donc, là c'était vraiment un besoin. J'avais spécifié que je ne voulais pas quoi que ce soit de trop fort. Il m'a parlé de produits naturels, mais ce n'était pas assez efficace, alors on est allé juste un peu plus fort. (Participant 07, 37 ans)

Sans compter qu'il a parfois été difficile de déterminer le bon ajustement pour qu'ils se sentent bien, ou minimalement stable, sans pour autant vivre des effets secondaires désagréables :

Oui, j'ai un antidépresseur. J'en ai essayé quelques-uns. On a changé de molécule dernièrement, et somme toute ça va bien. Je n'ai pas envie de l'augmenter. J'ai déjà essayé de le diminuer, puis là j'avais comme eu un peu de symptômes qui revenaient. Alors, pour l'instant je suis stable à ça, donc je ne le touche pas. (Participant 09, 35 ans)

Là elle m'a mis sur des drogues psychologiques, de la « Quétiapine » pis des affaires. Puis ça pris un bon bout de temps avant qu'on trouve la bonne recette, mais là au moins ça me tentait plus nécessairement de mourir, mais je me laissais aller en me disant OK je mourrais si ça arrive. (Participant 01, 44 ans)

Tout compte fait, un accompagnement thérapeutique et psychosocial, à plus ou moins long terme, a aussi été un moyen expérimenté par les participants interrogés, jumelé ou non à la prise de médicaments :

Oui, mais sans la psychologue, ben en fait... Sans tout le travail que j'ai fait sur mon anxiété, j'aurai continué à faire des crises pareilles malgré les pilules. C'est juste en travaillant constamment sur le niveau émotif et différentes choses que j'ai fini par en venir à bout. (Participant 10, 30 ans)

Le choix d'approches et d'intervenants variaient d'un homme à un autre. Certains se sont orientés vers un travailleur social, un psychologue ou un psychiatre. D'autres ont intégré des groupes de soutien, téléphoné à des lignes d'écoute ou participé à des ateliers de croissance personnelle. Plusieurs tentatives ou même une combinaison de différents types d'approche ont parfois été nécessaires pour identifier le suivi approprié à leurs besoins : « J'ai eu leur support, je n'ai pas vécu de jugements, ils m'ont

supporté. [...] le programme d'aide aux employés, le psychologue et le médecin aussi ultérieurement pour le sommeil » mentionne un homme (Participant 07, 37 ans). Tandis que d'autres soulignent différentes combinaisons de méthodes efficaces ou moins : « J'ai été faire une étude du sommeil [...] Je n'ai pas juste parlé à un psychologue, j'ai aussi parlé à un travailleur social [...] par téléphone » explique un répondant (Participant 08, 27 ans), alors que d'autres énoncent :

Je vais voir une travailleuse sociale justement, pis elle me conseille une thérapie de groupe. [...] Je trouve que cette thérapie-là n'a pas fait grand-chose [...] Elle m'a orienté vers des consultations, seul à seul, j'ai commencé à voir un psy en ville. C'était magique. C'est là que ça a tout débloqué. [...] J'étais suivi par un psychiatre [...] Lui il ajustait ma médication, et mon psychologue faisait la thérapie alors c'était magique. (Participant 03, 43 ans)

Je voyais déjà une psychologue dans le temps [...] elle m'avait conseillé d'en parler avec mon psychiatre pour voir si une médication ne pourrait pas aider. Pis là, j'ai consulté mon psychiatre. [...] il y a un mois j'ai eu une période plus difficile j'ai commencé un suivi avec la travailleuse sociale [...] ça m'aide à mettre des stratégies en place et à ventiler. (Participant 04, 28 ans)

Une fois la première demande d'aide réalisée, l'orientation vers d'autres services pouvait être perçue de façon moins menaçante.

4.4. Constats et recommandations

À la lumière de leurs différentes expériences, les personnes interrogées ont pu noter des bénéfices autant que des désagréments à la demande d'aide en matière de soin de santé mentale. Dans cette optique, des constats et des recommandations ont été soulevés en fonction de quatre sphères : les personnes vivant une problématique de santé mentale; les proches de ceux vivant ce type de maladie; les professionnels de la santé et enfin au niveau de la société. Il est valorisé d'être ouvert d'esprit par rapport aux stratégies possibles : « Je dirais que d'essayer plusieurs approches c'est une bonne

façon de s'aider » (Participant 08, 27 ans). L'importance d'agir à différents niveaux en ce qui a trait à la santé mentale étant généralement considérée comme une évidence par les hommes concernés.

4.4.1. Personne atteinte d'un trouble de santé mentale

En se transposant en position de conseiller pour une personne qui vivrait le même type de problématique qu'eux, les hommes ont eu tendance à suggérer des stratégies favorisant la mise en action concrète et rapide : « Le but c'est de ne pas stagner là-dedans. C'est de se sortir de là, pis de la bonne façon. Il faut se mettre en action » (Participant 09, 35 ans). Ils n'hésiteront pas à orienter la personne vers la consultation d'un professionnel de la santé et la prise de médication au besoin. Certains misent principalement sur la thérapie : « Il est important de se questionner sur ses habitudes de vie avant d'aller prendre de la médication, et voir ce que tu peux nettoyer en dedans de toi avant » (Participant 01, 44 ans). D'autres considèrent la médication comme élémentaire au rétablissement : « S'il doit prendre de la médication, qu'il en prenne. [...] Ça aide vraiment, mais il faut la prendre comme il faut » (Participant 02, 32 ans). Un mélange des deux étant jugé comme un compromis réaliste et logique : « Mon conseil serait vraiment de mélanger une thérapie avec une pharmacothérapie. C'est vraiment le summum selon moi » (Participant 03, 43 ans).

De biais, ils soulèvent l'importance d'une bonne hygiène de vie et l'attention aux signes d'épuisement ou de baisse de moral. Ils soulignent que cela peut permettre d'agir en se centrant sur soi, donc en priorisant ses besoins et limites et en n'hésitant pas à se couper de certaines interactions sociales :

« Ce serait de bien s'écouter. Pis d'aller chercher l'aide qu'il faut s'il en ressent le besoin, de ne pas être gêné. Pis de prendre du temps pour soi aussi. Tu sais, d'être empathique avec les autres, aider les autres aussi, mais quand tu ressens le besoin de mettre une limite, c'est important de le dire que tu as besoin d'un moment pour toi. » (Participant 09, 35 ans)

Paradoxalement, des répondants conseillent de ne pas cesser le travail et de continuer leurs activités habituelles : « C'est de ne surtout pas cesser de travailler, je pense. Continuer à voir ses amis, de continuer sa vie normale » (Participant 11, 34 ans). L'inaction, manifestée par l'arrêt des activités quotidiennes, est souvent perçue comme nuisible au rétablissement : « [...] il n'y a rien de pire, selon moi, pour quelqu'un qui est en dépression que d'être seul à la maison » (Participant 07, 37 ans). La coupure des contacts sociaux est également considérée dans la cessation des activités quotidiennes.

4.4.2. Entourage

Les participants traitent des attitudes favorables au bien-être lorsqu'une personne souffre d'un trouble de l'humeur ou anxieux. Ils énoncent les comportements et approches avec lesquels ils se sont sentis à l'aise lorsqu'ils étaient en situation de vulnérabilité psychologique. En ce sens, il s'avérait judicieux d'être à l'écoute et respectueux des limites de l'individu, c'est-à-dire en l'accompagnant dans ses démarches sans jugement pour son rythme ou ses choix. : « Ça fait la différence de juste croire en la personne » (Participant 06, 25 ans).

L'impression de ne pas porter seul son problème et d'être écouté dans ses capacités décisionnelles était jugée comme aidant : « Le fait de se sentir écouté plus que de se faire dire quoi faire » (Participant 07, 37 ans). Ainsi, il était pertinent, tels que les extraits suivants le soulignent, que leur entourage ouvre la discussion sur leur

situation psychologique, même si cela n'abondait pas dans le même sens que leur point de vue :

« [...] ne pas prendre toujours de mon côté, pis à me montrer que je n'ai pas toujours raison, à me dire la vérité en fait. [...] ça me fait réfléchir d'une autre façon »

(Participant 11, 34 ans). Un autre homme explique :

C'est quasiment juste que c'est le fun d'avoir de l'écoute. Pis que le monde me parle de leurs problèmes aussi pour que mes problèmes semblent plus normaux. Ça donne des idées de comment gérer certaines situations. (Participant 02, 32 ans)

L'impression d'être traité de la même façon et d'être considéré comme une personne toujours compétente étant identifié comme un élément positif pour l'individu aux prises avec un trouble de l'humeur ou anxieux.

4.4.3. Professionnels de la santé

Au sujet de la demande d'aide, la bienveillance et l'ouverture ont été des éléments mis à l'avant-plan pour une bonne appréciation des services. Un homme souligne que : « L'approche que les intervenants ont eue, c'est de me faire sentir bien, à l'aise le plus possible. De ne pas me faire sentir coupable. Le respect de ce que je disais et l'écoute » (Participant 11, 34 ans). L'information au sujet des ressources disponibles était pertinente, avance un participant : « Le programme d'aide aux employés c'est parce qu'ils en ont parlé plusieurs fois au travail, alors je savais qu'il y avait ce service de disponible. Je n'ai pas fait de recherche pour ça, c'est vraiment juste parce qu'on me l'avait amené que ça existe » (Participant 02, 32 ans). En effet, en situation de vulnérabilité, les hommes ont énoncé qu'ils n'avaient pas le réflexe de chercher de l'aide, et qu'ils se tournaient plus facilement vers des options connues et rapides

[...] J'ai connu les groupes d'aide parce que c'est quelqu'un qui m'a référé à ça. [...] C'est sûr que je n'ai pas cherché mais justement il faut que tu cherches pour le trouver. Ça pourrait être bien qu'on n'ait pas besoin de chercher pour savoir que c'est accessible. Il faudrait que ça nous saute dans la face une fois de temps en temps. (Participant 05, 27 ans)

Malgré tout, certains auraient préféré être accompagnés davantage dans leur processus et être en mesure d'obtenir de l'aide plus facilement. Un homme présente ses propres observations concernant l'accessibilité à un professionnel de la santé : « Il y a un problème dans le système, il n'y a pas d'aide disponible. [...] Si tu veux de l'aide, il faut que tu te rendes à l'urgence, et il faut presque que tu veuilles mourir là. Pis moi ce n'est pas mon cas, alors je sais que je ne suis pas prioritaire » (Participant 04, 28 ans). Dans le même sens, un participant ayant eu des idées suicidaires nomme les entraves qu'il a ressenties à faire les premiers pas pour obtenir du soutien et l'impression d'être mal orienté :

[...] quand t'as le goût de crever, tu n'as pas le goût de téléphoner, t'as même pas le goût. Fait que demander de l'aide, Tel-aide et les autres organismes, ça prendrait quelqu'un, pas qui te prend par la main, qui te prend et qui va te porter là où tu as besoin. Pis le manquement qu'il y a, c'est qu'il n'y a pas de personne qui t'évalue vers la bonne direction. Pis qui le fait pour toi. (Participant 01, 44 ans)

De plus, tel qu'illustré par cet extrait d'entrevue, le fait de demander de l'aide est considéré comme une grosse étape. À cet effet, un homme ajoute : « La journée que tu avoues que ça ne va pas. C'est gros [...] Alors ce n'est pas nécessairement facile » (Participant 03, 43 ans). Cela soulève qu'il importe que les professionnels soient préparés à accueillir et comprendre les enjeux de l'homme qui consulte. Notamment, il y a l'importance d'explorer la situation et de prendre en compte certains contextes particuliers tel le milieu militaire :

Les services sont facilement accessibles, mais c'est notre mentalité qui n'a pas changé encore. C'est encore très macho et virile. Tu es une machine, tu ne peux pas briser. Sauf que les machines ça brisent aussi, pis ça prend de la maintenance pour les faire virer et ça en fait partie. Je pourrais faire 35 ans dans l'armée sans demander d'aide pis jamais je ne me ferais importuner pour ça, au contraire. [...] C'est notre mentalité, c'est de notre faute personnellement, mais aussi de celle des gens qui s'attendent à un peu trop de notre part. (Participant 03, 43 ans)

À cet égard, il a été apprécié que les intervenants respectent le rythme de l'utilisateur et ne lui dictent pas la conduite à adopter : « Ma psychologue ne me disait pas quoi faire. Elle me faisait parler, elle me posait des questions. Pis, elle me faisait réaliser des choses par mes propres paroles » (Participant 07, 37 ans). Aussi, un homme expose :

[...] qu'une personne en dépression a besoin d'une personne qui fait office de chaise roulante. Parce que quand tu te casses une jambe ou que tu te casses un bras le monde il le voit, pis il te prend en pitié, mais quand ça casse en haut dans ta tête, tu ne fais pas pitié c'est pas vrai. T'es tout seul, pis tu n'as pas d'énergie pour te battre, pourtant faut que tu te battes pas mal pour avoir droit à de l'aide sociale. (Participant 01, 44 ans)

Ce qui montre que la bienveillance et l'écoute sont des éléments favorisant l'ouverture et le développement d'un lien de confiance.

4.4.4. La société

Enfin, il y a eu des constats sociaux qui ont été exprimés en fonction de l'expérience individuelle des participants. On constate des améliorations quant à la manière de percevoir les troubles de santé mentale. Un participant élabore en ce sens : « Une chose que je trouve par exemple c'est que ça s'améliore. La génération plus jeune que moi est beaucoup plus sensible et ouverte à tout ça. [...] Ça parle beaucoup plus des émotions, des sentiments et tout » (Participant 03, 43 ans).

Néanmoins, des tabous persisteraient selon l'un d'entre eux : « Je pense qu'ils en parlent de plus en plus, mais il y en a qui voient mal ça encore. C'est vu comme quelqu'un de « mongol » ou quelqu'un qui se tire dans les murs, je pense, même si ce n'est pas le cas » (Participant 11, 34 ans). D'ailleurs, la dépression serait une maladie particulièrement stigmatisée et des préjugés se feraient toujours entendre selon lesquels les individus atteints manqueraient de volonté (Participant 09, 35 ans). D'autres considèrent que des facteurs sociaux influencent les perceptions et peuvent freiner l'ouverture au sujet de la santé mentale : « Moi je pense qu'on a une génération de boomers avec nous autres quand même qui, souvent, nous font faire un pas en arrière » (Participant 12, 34 ans) ;

« Ça dépend de ton niveau d'éducation pis tout le kit. Je te dirais qu'en général, je ne pense pas que ce soit bien vu la santé mentale » (Participant 06, 25 ans).

En conséquence, un homme énonce l'utilité de travailler en prévention en outillant tout un chacun à mieux gérer ses émotions et à prendre soin de sa santé mentale (Participant 10, 30 ans). De même, un autre insiste sur l'importance de rendre les ressources accessibles et connues pour l'ensemble de la population avant que la situation ne soit critique (Participant 04, 28 ans). Un homme nous a dit :

Tu te bats dans l'ignorance. Moi je ne savais pas qu'il y avait un comptoir qui pouvait me donner de la nourriture, je sais pas si je suis admissible. Je ne sais pas c'est quoi un ergothérapeute. Quand j'ai commencé à bien aller, quand j'ai commencé à avoir compris que je devais mieux respirer et faire de la méditation, tout le bagage que j'ai ramassé à ma façon, c'est là qu'on a commencé à me dire ce que j'aurais pu avoir comme services. C'était plus à ce moment-là que j'en avais besoin, c'était au départ quand je me battais seul. (Participant 01, 44 ans)

Autrement, la pandémie mondiale de la COVID19 a été abordée comme un moment significatif amenant des changements pour la considération sociale de la santé

mentale. Selon certains participants, la crise sanitaire a révélé des lacunes potentiellement préexistantes quant à l'état psychologique de la population, ce qui a pu provoquer une hausse de la demande d'aide (Participant 12, 34 ans). Dans une direction similaire :

[...] C'est quand même assez épeurant aussi de savoir si c'est la pandémie qui a créé tout ça, ou si les gens étaient déjà limites pis ça les a fait déborder. [...] Le monde a l'air de mal aller, pendant la pandémie c'était fou. Encore maintenant je me demande si les gens vont vraiment bien, on dirait que tout le monde a un masque. (Participant 02, 32 ans)

Ce qui laisse penser que des transformations sociales seraient en œuvre et affecteraient de manière durable la structure de la société.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

L'hypothèse de cette recherche est que, suite à un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur, l'insatisfaction vécue par les hommes conduirait ceux-ci à vouloir s'isoler socialement. Ce dernier chapitre a pour but de tenter d'apporter un éclairage à cette idée. Pour ce faire, nous mettrons en lumière les liens entre les notions de la théorie de l'identité sociale, la problématique énoncée et les résultats obtenus auprès des participants lors des entrevues.

5.1. Données sociodémographiques, catégorisation et structuration du soi

En nous fiant à la théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner (1976, 1989) abordée au chapitre deux, nous pouvons rappeler le concept de la catégorisation. Il s'agit de l'action permettant à un individu d'estimer sa place dans la société par le biais de l'identification à des points de repère. Dans cette optique, les premières questions d'entrevue avaient pour but de mieux connaître la personnalité des hommes interviewés. Nous avons voulu en savoir davantage sur leur représentation d'eux-mêmes et sur les critères auxquels ils s'identifiaient. Les données sociodémographiques ont été recueillies à cet effet par le biais d'un questionnaire (ANNEXE 2). Nous avons ensuite pu en discuter plus en détail au cours des entretiens. De cette manière, nous avons fait ressortir les catégories principales que les hommes interrogés jugeaient représentatives de leur identité : leur titre professionnel, leur genre masculin, leurs rôles sociaux (père, conjoint, amis, frère, etc.), leur participation à des

activités sportives ou sociales et leur attribution d'un diagnostic de trouble de l'humeur ou anxieux.

Par ailleurs, si la plupart des hommes étaient à l'aise d'échanger à propos de leur emploi et de leurs activités ou relations sociales, il était parfois plus délicat d'aborder leur diagnostic en santé mentale. Une gêne était perceptible, et pourrait être causée par la peur du jugement dû à l'étiquette négative attribuée aux personnes atteintes de trouble de santé mentale. D'autant plus que nous avons soulevé précédemment que la gent masculine a généralement une perception péjorative de la maladie mentale et se sent plus opprimée par la stigmatisation reliée à celle-ci (Commission de la santé mentale du Canada, 2022). Dans le même sens, au moment où les questions ont porté davantage sur leur personnalité et leur estime personnelle, nous avons ressenti de l'embarras ou encore des hésitations de la part des interviewés. Cela pourrait être compréhensible dans la mesure où se dévoiler à une inconnue n'est jamais simple, et que, comme il a été soulevé dans le chapitre un au sujet des connaissances en matière de masculinité, les hommes ont des difficultés à s'ouvrir sur leurs émotions, leurs vulnérabilités et leurs pensées (Marescaux, 2019 ; Poirel, Weiss & al., 2015).

5.2. Caractéristiques sociales, personnelles et autoévaluation

Tout compte fait, les réponses décrites ci-dessus ont été révélatrices des critères ayant permis aux participants de structurer leur identité. En soi, ces données nous ont aidées à discerner les étiquettes (exemple : père, fils, travailleur, etc.) qu'ils acceptaient comme faisant partie de leur identité ou, au contraire, celles qui leur créaient des insatisfactions. De cette manière, nous avons exploré le processus de l'autoévaluation décrit par la TIS. Nous précisons que l'autoévaluation est le mécanisme selon lequel

l'individu cherche à consolider son identité de façon positive dans le but de protéger son estime. La personne cherche donc à valoriser les critères et les groupes auxquels elle s'identifie. Nous décrivons ci-dessous les principaux groupes évalués par les interviewés pour décrire leur identité.

5.2.1. Statut professionnel

D'une part, le rôle de travailleur a été identifié par plusieurs participants comme une source de valorisation personnelle, et ce, peu importe le domaine exercé. En réalité, ils ont présenté ce statut comme étant gratifiant puisque celui-ci les aiderait à se sentir utiles, à s'accomplir ou encore à être reconnus par leurs pairs. Cela étant encore plus véridique lorsque le métier pratiqué s'accompagnait d'un salaire élevé. L'aspect financier étant jugé comme un indice de reconnaissance à l'égard de leurs compétences et de leur importance. Quoi qu'il en soit, il va sans dire que ces résultats sont cohérents avec l'idée que la socialisation des hommes leur enseigne à être des travailleurs acharnés et une source de sécurité financière.

5.2.2. Genre masculin

D'un autre côté, cette recherche s'est intéressée aux individus s'identifiant au genre masculin. À cet égard, la notion de masculinité est perceptible en s'intéressant aux propos des participants. Elle est présentée à la fois de façon positive et négative dépendamment du contexte. À vrai dire, nous constatons que lorsqu'ils vivent des difficultés, les hommes questionnés tendent à utiliser des comportements typiquement masculins pour réagir. Ainsi, ils vont principalement chercher à réprimer leurs émotions et à favoriser l'autogestion de leur situation. L'adoption de ces comportements, consciente ou non, laisse croire qu'ils ont intégré des critères reliés au

groupe des hommes traditionnels. Cela dénote une certaine pression normative pour les hommes voulant être valorisés socialement. En effet, ils sont contraints d'adopter les comportements de la masculinité traditionnelle pour accéder à cette reconnaissance. Cette démarche de conformisme peut être tributaire de la perte d'une partie de leur identité personnelle. Dans le cas présent, ils sont obligés de mettre de côté leur vulnérabilité, leurs sentiments et leur croyance en la demande d'aide dans le but d'être reconnu en tant qu'homme. De même, plusieurs abordent l'importance d'être une source de soutien et de réconfort pour leurs proches. En ce sens, le profil de l'homme viril est valorisé à certains égards par l'échantillon à l'étude. Il s'agirait d'un rôle utile pour ne pas paraître faible, particulièrement lorsqu'ils sont dans un milieu (militaire, construction, etc.) sollicitant des caractéristiques attribuées principalement aux hommes (force physique, endurance, autorité, etc.). À l'opposé, l'attitude de l'homme dit « macho » est dénigrée et définie comme dévalorisante. Des participants indiquent d'ailleurs qu'ils ne se sentent pas eux-mêmes lorsqu'ils adoptent ce « rôle » d'homme macho en usant d'un langage vulgaire, en n'admettant pas leurs torts ou leurs vulnérabilités. Certains allant jusqu'à avoir l'impression de devoir se déguiser pour être intégrés dans leur milieu professionnel lorsqu'il règne une mentalité d'homme macho.

5.2.3. État de santé mentale

Un troisième groupe auquel les hommes s'identifient est celui des personnes atteintes de trouble anxieux ou de l'humeur. En fait, les hommes ayant accepté de participer à cette recherche étaient conscients que leur diagnostic serait au cœur des échanges. En conséquence, ils acceptaient, du moins en partie, que leur condition de santé mentale soit un élément définissant leur identité. Toutefois, le fait de se résigner

à correspondre à ce groupe ne signifie pas nécessairement qu'ils le jugent de façon favorable. En somme, il est possible de faire partie d'un groupe tout en le percevant de façon négative. D'ailleurs, la plupart des répondants ont longuement nié les symptômes laissant présager une altération de leur état mental (problèmes de sommeil, perturbations de l'humeur, instabilité relationnelle, etc.). Il semblerait que les stéréotypes négatifs associés aux problèmes de santé mentale ont freiné leur désir de connaître la véritable réponse à leurs soucis de santé. C'est sans doute ce qui explique que la cause de leur première consultation soit due à des problèmes médicaux et non à des perturbations psychosociales.

5.3. Conséquences du diagnostic et comparaison intergroupe

Dans le but de consolider l'autoévaluation des groupes auxquels ils sont intégrés, les individus chercheront à les comparer à d'autres groupes et à valider les perceptions sociales à leur égard. C'est ainsi que s'enclenche le processus de comparaison intergroupe présenté par la TIS. À ce propos, les hommes interrogés ont témoigné avoir vécu des remises en question au sujet de la valeur de leurs groupes d'appartenance. La section suivante attestera des sources d'insatisfactions ressenties par les hommes après avoir reçu leur diagnostic de trouble de santé mentale.

5.3.1. Comparaison avec des personnes sans diagnostic de trouble de santé mentale

À la suite de leur diagnostic, bien que quelques-uns ont été soulagés d'obtenir des réponses cohérentes avec leurs symptômes, le terme négatif de « malade mental » est utilisé par plusieurs hommes pour se définir. Ces derniers verbalisent l'impression d'être « brisés » et vulnérables lorsqu'ils se comparent à leurs pairs. Ce sentiment

d'être « défectueux » contribue à ce qu'ils aient une perception péjorative d'eux-mêmes. À cela s'ajoute la peur de déranger et d'être un fardeau auprès des autres qui n'ont pas, selon eux, à subir leurs défaillances. Certains participants ont d'ailleurs mentionné qu'avoir une raison externe pour expliquer leur trouble psychologique rendait l'acceptation plus facile, pour soi et pour les autres. Une séparation, un deuil ou la situation difficile de la pandémie mondiale des dernières années sont des exemples de raisons jugés acceptables pour souffrir d'un trouble anxieux ou de l'humeur. Les participants se sentaient davantage soutenus lorsqu'une telle justification était utilisée pour aborder leur mal-être.

Ces partages concordent avec les statistiques voulant que 46% de la population canadienne pensent que les gens atteints de trouble psychologique utilisent leur diagnostic pour se justifier et adopter un discours victimaire (ACSM, 2022). De même, bien que les répondants se disaient compréhensifs à l'égard des personnes pouvant être atteintes d'un trouble de santé mentale, ils étaient réfractaires au fait d'être assignés à ce groupe. Des hommes ont nommé avoir vécu de la colère en ayant l'impression de vivre un échec, de tomber au combat et de perdre leurs capacités à soutenir les autres. Plusieurs ont également eu le sentiment qu'ils n'étaient plus une personne à part entière, mais seulement un diagnostic. Ce constat s'apparente au concept de la stéréotypie intégrée à la théorie de l'identité sociale et voulant que les différences entre les individus qui appartiennent à un groupe soient occultées au profit de la similarité entre ses membres. L'identité personnelle des hommes était alors éclipsée au profit de leur diagnostic associé à des caractéristiques négatives comparativement à des personnes sans trouble de santé mentale. Cette sensation, décrite par les hommes, d'être en décalage avec les autres laisse penser au déterminant social de l'exclusion. Ceux-ci, à

la suite de leur diagnostic, étaient sujets à une plus grande fragilité en se retrouvant marginalisés vu leur état de santé mentale précaire. Nous notons un manque concernant le sentiment d'appartenance à la société, ce qui est associé à l'exclusion sociale.

5.3.2. Comparaison avec des hommes n'ayant pas de trouble de santé mentale

Dans le même ordre d'idées, les interviewés ont parfois cherché à se comparer à d'autres membres de la même identité de genre qu'eux, mais n'ayant pas de diagnostic de trouble de santé mentale. Nous remarquons que plusieurs participants ont une perception négative de la masculinité traditionnelle. Ils indiquent les stéréotypes qui y sont reliés et la pression que cela peut amener pour se surpasser sans cesse et se montrer infaillible. Néanmoins, à la suite de leur diagnostic, nous avons observé une valorisation des comportements associés à la virilité et la force dans les propos de la plupart des hommes interrogés. Nous considérons que cette propension à percevoir plus favorablement le rôle masculin traditionnel est due au fait qu'un diagnostic de problème de santé mentale fragilise l'estime personnelle. D'ailleurs, nous nommons dans la problématique que les hommes qui adhèrent plus strictement aux idéaux masculins véhiculés (force, stoïcisme, autonomie) sont plus à même d'entretenir une perception négative de la maladie mentale et de vivre une stigmatisation plus oppressante. Un participant mentionne à cet effet qu'il ne voulait pas que les autres le traitent avec pitié. Plusieurs ont même tenté de camoufler leur diagnostic considérant qu'ils seraient perçus comme étant faibles. Ce qui appuie la conjecture soulevée dans la problématique selon laquelle la gent masculine intériorise l'image d'un homme fort

imposée par la société et qu'elle a peur de briser cette représentation si elle ose exprimer une vulnérabilité ou un besoin de soutien.

5.4. Stratégies d'adaptation utilisées en contexte d'insatisfaction

De toute évidence, la majorité des hommes concernés par l'étude ont vécu de l'insatisfaction vis-à-vis leur diagnostic et ont cherché à se sentir mieux de différentes manières. Nous décrirons ci-dessous les stratégies utilisées par les participants pour vivre avec leur diagnostic et nous ferons des liens avec le cadre théorique et la problématique.

5.4.1. Comportements défensifs, solutions exutoires et comportements interpersonnels

En étant associés à l'étiquette de « trouble de santé mentale », les individus concernés ont cherché à se désengager de ce statut en s'associant davantage au rôle d'homme traditionnel qui était alors jugé plus avantageux. Pour ce faire, ils masquaient leur vulnérabilité, ils se « cachaient » de leurs pairs comme l'expliquait un participant, et ils tentaient de gérer eux-mêmes leur situation. Ce comportement s'apparente au concept de la mobilité individuelle décrit dans la TIS. Selon cette notion, l'individu qui juge que son groupe d'appartenance lui procure une identité sociale négative tente de le quitter pour rejoindre un exogroupe ayant un meilleur statut. Cela n'étant possible que si la personne croit en la mobilité sociale qui veut que les frontières d'un groupe soient perméables en permettant de le quitter ou de l'intégrer. Sachant qu'il est possible d'apprendre à vivre avec un diagnostic, mais que les personnes atteintes demeurent plus à risque de souffrir d'un nouvel épisode symptomatique, les hommes tentant d'occulter cette étiquette ont dû se rendre à l'évidence de

l'impossibilité de s'en départir réellement. En ce sens, d'autres comportements interpersonnels ont été utilisés dans le but de soulager leur malaise vis-à-vis de leur identité sociale.

Plus précisément, les participants ont eu des comportements de défense pour gérer les conflits émotionnels et réduire l'anxiété. C'est sans doute à ce moment qu'ils se retrouvent en situation d'exclusion sociale. En effet, ils se disent alors à l'écart par rapport à la société. Il est soulevé que leur entourage ne savait pas ce qui se passait dans leur tête, et qu'eux-mêmes ne pouvaient pas réellement l'expliquer à ce moment. Un homme aborde le combat qu'il avait l'impression de devoir mener pour simplement trouver une personne à qui il avait envie de parler et qui pourrait un tant soit peu le comprendre. Ces énoncés témoignent que les relations d'une personne aux prises avec un trouble de santé mentale sont effectivement asymétriques telles que nommées dans la problématique. L'entourage est souvent peu informé sur les conséquences d'un trouble de santé mentale et, ainsi, il est difficile pour la personne aux prises avec des problèmes psychologiques d'obtenir un soutien social adapté à ses besoins. En ayant des difficultés à être compris par leurs proches, le sentiment d'exclusion s'installe et devient peu à peu un enjeu déterminant de leur bien-être.

Conséquemment, la plupart des hommes ont souvent préféré couper leurs contacts sociaux, et ce, dans le but de cesser de mettre un masque en feignant d'aller bien devant les autres. Nous pouvons confirmer la présence d'isolement social auprès de l'échantillon puisque les hommes décrivent une carence en contacts interpersonnels. Un participant mentionne même que de s'isoler socialement lui permettait de ne plus se sentir oppressé et de mieux respirer. Cet énoncé concorde avec le constat abordé

dans la recension des écrits qui expose que les personnes malades ont tendance à se sentir seules et coupables de leur état de santé, ce qui peut les amener à diminuer leur implication sociale. Puis, en étant isolés socialement, les hommes concernés se sont retrouvés limités quant aux ressources disponibles pour se rétablir. De ce fait, ils se sont tournés vers des moyens pour s'autoréguler ou vers des solutions exutoires. C'est d'ailleurs l'un des enjeux reliés au concept de l'exclusion que nous avons présenté en lien avec la carte des déterminants sociaux de la santé.

En ce qui a trait au besoin de régulation émotionnelle, nous notons que la respiration est considérée comme primordiale pour parvenir à reprendre un certain contrôle sur soi. Un homme affirme que sa démarche de rétablissement s'est réellement enclenchée au moment où il a réappris à respirer. La méditation et le yoga étant pratiqué dans ce but par certains hommes. Dans le même sens, l'autovalorisation par le biais d'affirmations positives, la prise de vitamines, la mise en place d'une bonne hygiène de vie ou le fait de se positionner par rapport à ses propres besoins, limites et croyances ont été des moyens utiles et jugés gratifiants. Les hommes témoignent d'un meilleur sentiment de contrôle venant bonifier leur estime personnelle. Ceci dit, nous pouvons croire que ce sentiment de satisfaction est procuré, en partie du moins, par l'idée de répondre aux exigences de la masculinité traditionnelle en matière d'autogestion de ses problématiques.

Parallèlement, la quasi-totalité des membres de l'échantillon a fait usage d'alcool ou de drogues d'une façon dite problématique. Certains énoncent que c'était pour s'aider à mieux dormir, d'autres pour éviter d'être confrontés à leur réalité et de devoir trouver des solutions. Dans le même sens, ils admettent s'être défoulés dans le sport ou

le travail pour amoindrir leurs émotions. Ils pouvaient travailler plus de 50 heures par semaine ou marcher une vingtaine de kilomètres chaque jour. Ces comportements confirment les éléments théoriques selon lesquels les hommes auraient plus souvent tendance à s'isoler, à agir de manière impulsive ou à s'étourdir l'esprit par différents moyens pour masquer leurs problèmes émotifs (Plank, 2021). Bien que ces moyens pouvaient soulager temporairement leur mal-être, des impacts négatifs se sont aussi fait sentir à plus ou moins long terme. En lien avec la problématique où l'on stipule que l'isolement social amène une augmentation de l'absentéisme, de la période des congés maladie, de l'usage de prestations d'aide sociale et des services médicaux, du risque de mortalité et suicidaire, nous avons relevé des impacts négatifs vécus par l'échantillon à l'étude en se retrouvant isolé. Un homme énonce qu'il ne parvenait plus à raisonner et qu'il agissait sur le pilote automatique au point de conduire en état d'ébriété. Un autre mentionne avoir changé de carrière puisqu'il ne parvenait plus à performer dans son domaine sans que les symptômes de sa problématique de santé mentale ressurgissent. Un autre a dû prendre une retraite anticipée et plusieurs se sont absentes au point de vivre de l'insécurité financière. Ils ressentaient alors de la honte et une perte de repères en ne parvenant plus à répondre à leur rôle de travailleur. Cette situation a fragilisé leur identité sociale et a pu être l'un des éléments déclencheurs des comportements intergroupes et de la demande d'aide que nous expliciterons ci-dessous.

5.4.2. Recherche de soutien social ou professionnel et comportements intergroupes

De prime abord, les hommes ont demandé de l'aide à leur médecin de famille en exposant des difficultés d'ordre physique. Le motif de leur première consultation étant les perturbations du sommeil et une diminution de leurs capacités physiques (perte

d'énergie, difficultés respiratoires, etc.). Aussi, ils évoquent s'être sentis irritables, ce qu'ils associaient à la fatigue. Ces symptômes sont cohérents avec les manifestations décrites dans la problématique pour parler de trouble de santé mentale chez la gent masculine. En effet, il est noté que les hommes présentent des symptômes externalisés comme de l'irritabilité, de l'agressivité, et qu'ils tendent à minimiser leurs besoins et leurs difficultés lors de problèmes psychologiques.

En outre, le fait de chercher une cause physique à leur malaise laisse penser à la stratégie de la création sociale décrite par la TIS. Selon ce concept, les membres d'un groupe stigmatisé négativement cherchent à modifier les éléments comparatifs pour qu'ils soient plus favorables (Mentorshow, 2023) Dans le cas présent, les hommes acceptaient d'être malades, mais ils préféraient adhérer à l'hypothèse d'une maladie physique en jugeant cela plus positivement qu'un trouble psychologique. Ils ont ainsi tenté de trouver une nouvelle dimension pour se comparer (nouveau critère). Conjointement, la prise de médication était rarement perçue de façon favorable. Il semble que cela rendait la maladie plus concrète et consolidait leur impression d'être défaillants. Cette appréhension verbalisée vis-à-vis la prise de médication confirme le fait qu'il s'agit d'un obstacle à la demande d'aide chez les hommes. Car, bien qu'ils ont pu s'y restreindre pendant une période de temps donnée, ils se sont montrés réfractaires et ils ont cherché d'autres stratégies pour se sentir mieux.

Puis, toujours en lien avec la stratégie de la création sociale, nous avons perçu que les hommes atteints de trouble de l'humeur ou anxieux ont cherché à changer la connotation négative associée à leur diagnostic (changement de référentiel d'évaluation) (Mentorshow, 2023). Nous le constatons par le fait qu'ils se sont tournés vers leur programme d'aide aux employés pour obtenir de l'aide psychosociale. Non

seulement cette alternative s'avérait plus accessible et rapide, mais elle permettait de normaliser la demande d'aide en les ramenant dans un rôle valorisant à leurs yeux, soit celui de travailleur. Par le biais de cette association à un statut gratifiant, les hommes demeuraient atteints d'un trouble de santé mentale, mais ils parvenaient à accepter de recevoir de l'aide puisque cela était promu par leur milieu professionnel.

Enfin, les participants ont abordé s'être tournés vers leur réseau social pour obtenir du soutien. D'une part, ils ont sollicité l'appui de leurs pairs lorsqu'ils étaient en mesure de comprendre leur diagnostic et qu'ils souhaitaient être mieux compris et accompagnés. D'autre part, ils se sont livrés sur leur souffrance avant même de pouvoir en identifier la cause afin d'obtenir un point de vue différent et de trouver des solutions. Ils ont énoncé avoir été accueillis avec bienveillance et ouverture la majorité du temps, mais l'impression d'être incompris s'est faite sentir à plusieurs reprises. Ils exposent d'ailleurs avoir fait du « ménage » dans leur réseau social afin d'être entourés seulement de personnes avec qui ils se sentent à l'aise d'être eux-mêmes. Ainsi, ils comptent, en moyenne, quatre à cinq personnes dans leur entourage et seulement une ou deux sont choisies en guise de confidente. Les principaux acteurs concernés étant leur conjoint(e), un collègue ou un membre de leur famille lorsqu'ils étaient célibataires (père, frère, sœur, etc.). Comme exposé dans la problématique, les hommes se fiaient davantage aux discussions avec leur conjointe en guise de soutien émotif, ce que nous avons pu confirmer. Toutefois, si celle-ci vivait une problématique quelconque, ils préféraient réprimer leurs ressentis afin de se montrer rassurants. Ils adoptaient alors davantage les comportements de la masculinité traditionnelle exposée précédemment.

En ce sens, ils ne demandaient pas d'aide pour ne pas inquiéter ou être un fardeau. Des hommes ont mentionné qu'ils « se sentaient déjà assez minables d'être souffrants », alors ils aimaient mieux ne pas ajouter de facteurs contributifs à leur malaise. Ce sentiment est cohérent avec les études révélant qu'un diagnostic de trouble de santé mentale peut amener l'individu malade à être distancé de son réseau social dû au manque de compréhension par rapport aux difficultés qu'il vit. Des hommes ont livré avoir ressenti de la pression pour se rétablir plus vite ou avoir reçu des commentaires péjoratifs sur leur condition.

En conséquence, les hommes interrogés ont cherché à s'associer à d'autres personnes souffrant de trouble de santé mentale ou ayant un vécu similaire à eux afin de se sentir compris et inclus. Ils ont ainsi intégré des groupes de soutien ou, simplement, favorisé les contacts avec les membres de leur réseau vivant des situations similaires à eux (difficultés professionnelles, traumatismes, séparation, diagnostic de trouble de santé mentale, etc.). En étant en contact avec des personnes qui comprenaient leur condition, ils ont développé une perception plus positive d'eux-mêmes et de leur situation. Ils considéraient alors les personnes en dehors de leur contexte comme étant inaptes à les comprendre et les soutenir.

En somme, il est possible de faire des liens entre leur besoin de s'approprier de façon positive leur diagnostic en s'éloignant des personnes ne vivant pas leur réalité, et la stratégie de compétition sociale décrite dans le cadre de la TIS. Cette technique est utilisée dans le but de renverser son statut défavorable en discriminant le groupe dont on ne peut pas faire partie (Licata, 2007). Dans ce cas-ci, les hommes interrogés ont intégré leur diagnostic à leur identité et ont dès lors dénigré les personnes n'ayant pas

de trouble de santé mentale en stipulant qu'ils ne pouvaient pas les comprendre. Ils ont également soulevé que ces derniers entretenaient des mentalités archaïques, surtout les générations plus âgées, ou qu'ils étaient dans l'erreur de ne pas consulter ou chercher à travailler sur eux-mêmes. Ils avaient un discours axé sur les bénéfices de la demande d'aide en faisant valoir qu'il s'agit d'un processus difficile requérant de la force et du courage. Ces propos s'inscrivent dans une démarche de compétition en voulant se montrer supérieurs à ceux n'ayant pas le même statut.

5.5. Forces et limites de la recherche

Tout d'abord, en guise de limite, nous devons souligner que les caractéristiques de l'échantillon à l'étude (petite taille, participation volontaire, etc.) ne permettent pas de généraliser les résultats à la situation de l'ensemble des hommes atteints de trouble de l'humeur ou anxieux. Néanmoins, les données sociodémographiques récoltées présentent une homogénéité intéressante en ce qui a trait à l'âge des participants, à leur statut matrimonial et à leur revenu. Cela a permis d'obtenir le point de vue d'hommes dans des contextes socioéconomiques différents.

D'autre part, l'ensemble des hommes ayant accepté de participer à la recherche étaient conscients que le sujet serait leur trouble de santé mentale. Par conséquent, leur processus de rétablissement était entamé depuis un certain temps, et ils avaient reçu leur diagnostic depuis au minimum un an ou deux. Il faut donc être conscient que leurs réponses ont pu être teintées positivement par le désir de se présenter de façon favorable, mais aussi par le fait qu'ils avaient désormais une distance émotionnelle vis-à-vis leur condition de santé mentale. Des réponses différentes auraient pu être

obtenues si les participants avaient été interrogés peu de temps après avoir reçu leur diagnostic.

Par ailleurs, les hommes sont reconnus pour avoir de la difficulté à s'ouvrir sur leur vulnérabilité. Il est donc possible que les interviewés aient eu certaines réserves et aient retenu des informations de peur d'être perçus négativement. En revanche, l'étudiante-chercheuse a une expérience appréciable en matière d'intervention auprès des hommes. Ses connaissances lui ont permis d'utiliser une approche adaptée à la gent masculine et exempte de jugements. Cela a fort probablement contribué à mettre les participants en confiance et à les aider à s'exprimer plus librement et sans gêne.

5.6. Pistes de réflexion

À la lumière des informations relevées dans cette étude, plusieurs questions se présentent et pourraient faire l'objet de futurs projets de recherche. Dans un premier temps, une étude comparative avec un deuxième échantillon d'hommes souffrant des mêmes troubles, mais âgés de moins de 25 ans, serait pertinent. Dans le même sens, il est possible de se questionner sur les facteurs qui encourageraient les hommes à développer une plus grande solidarité masculine. De même, quel modèle masculin pourrait-il être valorisé pour supplanter les caractéristiques de l'homme traditionnel qui se veulent négatives pour le bien-être psychosocial ? Plusieurs participants soulèvent que les générations évoluent positivement vis-à-vis leur perception de la maladie mentale et de l'identité masculine. Il serait pertinent de s'intéresser plus concrètement aux éléments qui amènent ces améliorations. De cette façon, il serait possible d'apporter des changements concrets et durables pour bonifier les services de soin. D'autant plus que la sensibilisation et la transmission des connaissances permettraient à la population générale de mieux comprendre les enjeux de la santé mentale chez les

hommes. Il serait alors possible, idéalement, de réduire les risques d'exclusion et d'inégalité sociale.

CONCLUSION

Au cours de cette recherche, nous avons étudié la situation sociale des hommes atteints d'un trouble de l'humeur ou anxieux. Il a été soulevé dans le chapitre un que les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale se voyaient marginalisés par la société. De plus, nous avons exposé que les hommes demandaient difficilement de l'aide, et encore moins en contexte de perturbations psychologiques. Le sentiment de honte, les exigences de la masculinité traditionnelle ou encore la stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale ne sont que quelques exemples présentés comme des obstacles à la demande d'aide. Puis, toujours au chapitre un, il a été question des conséquences notables de l'isolement, de l'exclusion sociale et des troubles mentaux pour la santé individuelle mais également publique. Notamment, nous avons pris en compte les coûts considérables occasionnés par la prise en charge de ces problématiques par l'état. Enfin, nous avons souligné les chiffres préoccupants en lien avec le taux de mortalité par suicide, et qui est souvent associé aux troubles anxieux et de l'humeur.

Dans le but de mieux comprendre les impacts d'une problématique de santé mentale chez les hommes, et ce, en lien avec leur situation sociale, le concept d'exclusion sociale ciblé dans la carte des déterminants sociaux de la santé a attiré notre attention. Les écrits stipulaient que les individus qui se retrouvaient en marge de la société étaient plus à risque de vivre des inégalités en matière de soin de santé, d'être stigmatisés et de vivre de la détresse. C'est donc dans le but de mieux comprendre les mécanismes d'exclusion que la théorie de l'identité sociale a été présentée. Celle-ci a permis de mettre en lumière un continuum de comportements sociaux utilisés par les individus lorsqu'ils se retrouvaient stigmatisés

par le biais de leur groupe d'appartenance. Les stratégies pouvant être mise en place par les personnes insatisfaites de leur exogroupe ont ainsi été détaillées.

Afin de savoir si les notions théoriques étudiées étaient applicables dans la réalité, des entrevues auprès de douze hommes atteints de trouble anxieux ou de l'humeur, âgés entre 25 et 44 ans, ont été réalisées. Celles-ci ont permis l'exploration du vécu des participants selon leur propre perception. Ils ont pu avoir la place nécessaire pour s'exprimer en toute confidentialité et des formulaires de consentement ont été remis et signés pour s'assurer de leur volontariat, et ce, tout au long du processus de la recherche.

Par la suite, les réponses ont pu être observées et codifiées ce qui a permis d'articuler les résultats autour de quatre thèmes principaux : les caractéristiques personnelles et sociales ; le diagnostic et ses conséquences ; les stratégies d'adaptation utilisées ; les constats et les recommandations. Par la suite, plusieurs sous-thèmes ont été identifiés pour chaque catégorie. Il en ressort que l'acceptation de leur diagnostic de santé mentale a été un processus parsemé d'obstacles. Notamment, la complexité initiale à comprendre ce qu'ils vivaient, le manque de connaissance par rapport aux réalités d'un trouble de santé mentale, les jugements reliés à la maladie mentale, l'impression d'être mis à l'écart et de ne plus être des personnes autrement que par le biais de leur diagnostic ont été des enjeux identifiés. Parallèlement, trois rôles principaux ont été exposés par les participants pour définir leur identité : le rôle de travailleur ; le genre masculin ; l'attribution à un diagnostic de trouble de santé mentale. Dans le but de protéger leur estime personnelle, ils ont cherché à comparer leur groupe à d'autres, soit les personnes, ou plus spécifiquement les hommes n'ayant pas de problématique psychologique. Enfin, l'utilisation de diverses stratégies pour soulager

leurs malaises internes ont été présentées. Nous avons décrit les comportements interpersonnels tels que l'abus de substance, l'autorégulation émotionnelle, ainsi que l'isolement social. De même, des comportements intergroupes ont été observables. Premièrement, nous avons noté des tentatives pour être perçus comme une personne souffrant d'un trouble physique et non mental. Puis, nous avons découvert que les programmes d'aide aux employés favorisaient l'acceptation de l'aide psychosociale en valorisant le rôle de travailleur jugé gratifiant par les hommes interrogés. Enfin, une démarche de compétition sociale a pu être perceptible lorsque les interviewés ont valorisé leur statut au détriment des personnes n'ayant pas de trouble de santé mentale

En définitive, la présente étude cherchait à mieux comprendre comment un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur pouvait influencer la situation sociale d'hommes en âge adulte. L'hypothèse était que ces derniers pouvaient vivre de l'insatisfaction par rapport à leur diagnostic et, ainsi, s'isoler socialement dans le but de soulager leurs malaises internes. À la lumière de toutes les informations recueillies et analysées, nous pouvons affirmer que l'isolement social est effectivement un moyen préconisé par les hommes pour se sentir mieux lors de crises psychosociales. À cet égard, des constats intéressants ont été soulevés pour mieux comprendre les raisons les poussant à user de cette stratégie. Nous avons pu nous questionner sur l'influence significative de la masculinité traditionnelle en plus de constater de la nocivité des stigmates toujours bien présents par rapport aux troubles mentaux. Tout cela considéré, il serait important de poursuivre les études au sujet de la santé des hommes et de chercher à susciter une solidarité masculine plus significative. À ce propos, Victor Hugo, célèbre écrivain des années 1800, a écrit : « Le propre de la solidarité c'est de ne point admettre d'exclusion ».

LISTE DE RÉFÉRENCE

- Agence de la santé publique du Canada. (2024). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. [En ligne] Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Allard, S. (2017). *Le poids de la solitude. Toxique solitude. La Presse, section ; Actualités*. Montréal, Québec. [En ligne] Repéré à http://plus.lapresse.ca/screens/25aec0f0-2577-4603-b8c1-d58603cb1da4__7C__I7qsuMzNQg1p.html
- Association canadienne pour la santé mentale. (2022). *Statistiques sur la santé mentale*. [En ligne] Repéré à <https://acsmquebec.org/services/informations#:~:text=Statistiques%20sur%20la%20sant%C3%A9%20mentale,'enfance%20ou%20l'adolescence>.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2021). *Faits saillants sur la maladie mentale. Canada*. [En ligne] Repéré à <https://cmha.ca/fr/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale>
- Association canadienne pour la santé mentale. (2020). *Signaux d'alarme : plus de canadiens et de canadiennes songent au suicide depuis le début de la pandémie*. Université de la Colombie-Britannique. [En ligne] Repéré à <https://cmha.ca/fr/news/signaux-dalarme-plus-de-canadiennes-et-canadiens-songent-au-suicide-depuis-le-debut-de-la-pandemie/>
- Association canadienne pour la santé mentale. (2018). *Ne pas détourner le regard. Le développement d'une nouvelle vision ; isolement social*. Montréal. [En ligne] Repéré à <https://acsmmontreal.qc.ca/news/ne-pas-detourner-le-regard/>
- Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale. (2015). *Membres : L'Escale Saguenay*. [En ligne] Repéré à <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes-de-l-APA?tab=108>
- Association québécoise de prévention du suicide. (2016). *Comprendre : Documents et statistiques*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. [En ligne] Repéré à <https://www.aqps.info/comprendre/documents-statistiques.html>
- Audet, S. & Tremblay, G. (2019). *Le rôle du soutien social et de l'isolement dans la régulation des affects : résultats émergeant d'une étude de cas multiples menée auprès d'hommes ayant consulté un professionnel de la relation d'aide*. Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social, 36 (1), 45–64. [En ligne] Repéré à <https://www.erudit.org/en/journals/cswr/1900-v1-n1-cswr04871/1064660ar/abstract/>
- Autin, F. (2005). *La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner*. Laboratoire Savoirs, Cognition et Pratiques Sociales (EA 3815) Université de Poitiers - MSHS99 avenue du recteur pineau 86022 Poitiers. [En ligne] Repéré à [https://psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20IDENTITE%20SOCIALE%20DE%20TAJFEL%20ET%20TURNER%20\(7%20Pages%20-%2066%20Ko\).pdf](https://psychanalyse.com/pdf/LA%20THEORIE%20DE%20L%20IDENTITE%20SOCIALE%20DE%20TAJFEL%20ET%20TURNER%20(7%20Pages%20-%2066%20Ko).pdf)
- Baribeau, C. & Royer, C. (2012). *L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la* Revue des sciences de l'éducation. Revue

- des sciences de l'éducation, 38, 23–45. [En ligne] Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/2012-v38-n1-rse0675/1016748ar/>
- Barney, T. & Defebvre, É. (2020). *L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien à l'emploi*. Économie et statistique. INSEE. Page 45-78. [En ligne] Repéré à <https://hal-uepec-upem.archives-ouvertes.fr/hal-01343228/>
- BBC News Afrique. (2020). *Black is Beautiful", comment est né le mouvement culturel et politique aux États-Unis*. [En ligne] Repéré à <https://www.bbc.com/afrique/region-55348736>
- Bonsack, C. (2015). *La psychiatrie communautaire dans l'inclusion sociale des troubles de la santé mentale*. Service de psychiatrie communautaire. Centre hospitalier universitaire Vaudois. [En ligne] Repéré à https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_781DC1EE1EA2.P001/REF.pdf
- Broutin, S. (2019). *Médicosocial en santé mentale : histoire et réalités institutionnelles*. L'information psychiatrique, volume 95(7), 496-502. [En ligne] Repéré à <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-7-page-496.htm#>
- Bzdok, D. Dunbar, I.M.R. (2020) *The neurobiology of social distance*. Trends in cognitive sciences. Cell Press Review. 17 pages. [En ligne] Repéré à [https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/pdf/S1364-6613\(20\)30140-6.pdf?returnURL=https%252525253A%252525252F%252525252Flinkinghub.elsevier.com%252525252Fretrieve%252525252Fpii%252525252FS1364661320301406%252525253Fshowall%252525253Dtrue](https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/pdf/S1364-6613(20)30140-6.pdf?returnURL=https%252525253A%252525252F%252525252Flinkinghub.elsevier.com%252525252Fretrieve%252525252Fpii%252525252FS1364661320301406%252525253Fshowall%252525253Dtrue)
- Centre d'étude sur le stress humain (2011). *Stress et santé mentale des hommes*. Mammouth magazine. No. 11. Québec. [En ligne] Repéré à https://www.stresshumain.ca/Documents/pdf/Mammouth-Magazine/Mammouth_vol11_FR.pdf
- Centre d'évaluation neuropsychologique et d'orientation pédagogique. (2018). *Documentation : Trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. [En ligne] Repéré à <https://cenop.ca/troubles-comportement/tsa-trouble-spectre-autisme.php>
- Centre de prévention du suicide. (2020). *Documents et statistiques*. Institut de la statistique du Québec. [En ligne] Repéré à <http://cpshy.qc.ca/documents-et-statistiques/>
- Centre de prévention du suicide. (2018). *Nos services : Groupe d'entraide et de soutien pour hommes (Transition)*. [En ligne] Repéré à <http://www.cps02.org/services/programme-transition-trajectoire/>
- Centre de santé homewood. (2020). *La santé mentale des hommes*. [En ligne] Repéré à <https://homewoodhealth.com/sante/5a12fe96f90eae021dfd5acd/la-sante-mentale-des-hommes>
- Centre Homewood. (2021). *La santé mentale des hommes*. [En ligne] Repéré à <https://homewoodhealth.com/sante/5a12fe96f90eae021dfd5acd/la-sante-mentale-des-hommes>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Montréal, Québec. (2018). *Institut universitaire en santé mentale de Montréal : Actualité*. [En ligne] Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/actualites/la-sante-mentale-des->

hommes-pas-de-probleme.html

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Montréal, Québec. (2018). *Institut universitaire en santé mentale de Montréal : Faits et statistiques sur la santé mentale*. [En ligne] Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/folewood/faits-et-statistiques-sur-la-sante-mentale.html>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la capitale nationale Québec. (2017). *L'isolement social des aînés en bref. Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement*. FADOQ. Chaudière-Appalaches, Québec. [En ligne] Repéré à <https://www.fadoq.ca/wp-content/uploads/2017/12/outil-1-v-finale.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2015). *Les troubles anxiodépressifs au Saguenay Lac-Saint-Jean : Prévalence et utilisation des services*. Série surveillance des maladies chroniques. [En ligne] Repéré à https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/2018/11/portrait_troublesanxiodep_ft211015_final-v2.pdf
- Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2017). *Regard sur le suicide au Saguenay Lac-Saint-Jean : Mieux comprendre, mieux prévenir*. [En ligne] Repéré à https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/2018/11/2017_portrait_suicide2017_ft030217_fin.pdf
- Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. (2019). *Plan d'action régional en santé et bien-être des hommes 2019-2022*. [En ligne] Repéré à https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/2019/06/PLAN_D_ACTION_R%C3%89GIONAL_SBEH_-VF_avril_2019.pdf
- Chadirac, K. (2017). *Exclusion sociale : un concept démystifié*. Parole d'excluEs. [En ligne] <https://ideos.hec.ca/wp-content/uploads/2021/03/Fiche-synthe%CC%80se-finale.pdf>
- Clinique des troubles anxieux et de l'humeur. (2018). *À propos de la CTAH : Mission*. [En ligne] Repéré à <http://www.ctah.ca/a-propos/mission/>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Québec. [En ligne] Repéré à https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf
- Combaluzier, J. L. Pedinielli. (2003). *Étude de l'influence des troubles mentaux sur les difficultés de réinsertion sociale*. Volume 161, page 31-37. Repéré à <https://www.sciencedirect-com.sbioproxy.uqac.ca/science/article/pii/S000344870200224>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018). *C'est le temps de parler de la santé mentale des hommes*. [En ligne] Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/news-article/13498/cest-le-temps-de-parler-de-la-sante-mentale-des-hommes>

- Commission de la santé mentale du Canada. (2022). *Santé mentale et suicide chez les hommes*. [En ligne] Repéré à <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2022/06/Sante-mentale-et-prevention-du-suicide-chez-les-hommes.pdf>
- Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. (2015). *Examen des cadres relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. [En ligne] Repéré à http://ccsdh.ca/images/uploads/Examen_des_cadres.pdf
- Coriandoli, R. (2020). *The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. [En ligne] Repéré à <https://www.eenet.ca/fr/resource/instantan%C3%A9-de-recherche-incidence-de-la-solitude-et-de-l%E2%80%99isolement-social-sur-la-sant%C3%A9>
- Danaguezian, G. (2019). *Définitions Marketing & Études : Qu'est-ce que l'analyse thématique ?* Survey Magazine. [En ligne] Repéré à <https://www.soft-concept.com/surveymag/definition-fr/definition-analyse-thematique.html>
- Deschamps, J-C. & Moliner, P. (2008). *L'identité en psychologie sociale. Des processus identitaires aux présentations sociales*. Armand Colin. Paris.
- Desgagnés, J-Y. (2016). *Populations marginalisées et intervention sociale en contexte de ruralité*. Rapport d'une recherche-action participative menée sur le territoire de la MRC des Etchemins. [En ligne] Repéré à http://semaphore.uqar.ca/1269/1/Rapport%20Etchemins_Version%20finale.pdf
- Dorvil, H. (1987). *La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental*. Santé mentale au Québec, 12(1), 55–65. Repéré à <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1987-v12-n1-smq1224/030372ar.pdf>
- Febvre, D. (2018). *Dossier ressources : Santé mentale et isolement social*. Fabrique territoire santé. France. Paris. [En ligne] Repéré à https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/dossier_isolement_social.pdf
- Fédération québécoise de l'autisme. (2020). *Définitions : L'autisme*. [En ligne] Repéré à <https://www.autisme.qc.ca/tsa/quest-ce-que-le-tsa.html>
- Fischer, G-N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. (4e éd.). Dunod, Paris.
- Fondation Douglas (2021). *Centre de recherche et soins en santé mentale*. Montréal. Québec. [En ligne] Repéré à <https://fondationdouglas.qc.ca/centre-de-recherche/>
- Galbrun, F. (2015). *Compte rendu de Penser les liens entre santé mentale et société : les voies de la recherche en sciences sociales*, Marie-Chantal Doucet et Nicolas Moreau (dir.), Québec, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales. Presses de l'Université du Québec, 2014, 264 p.] *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), Repéré à 319–328. <https://doi.org/10.7202/1037697ar>
- Gourion, D. (2017). *La solitude chez les jeunes : Une réalité masquée*. Mediapart. Édition du soir. Paris, France. [En ligne] Repéré à <https://blogs.mediapart.fr/david-gourion/blog/260917/la-solitude-chez-les-jeunes-une-realite-masquee>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Les troubles de l'humeur et anxieux au Canada*. [En ligne] Repéré à <https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/blogue-troubles->

anxieux.html

- Gouvernement du Québec. (2017). *Plan d'action ministériel ; Santé et bien-être des hommes 2017-2022*. La direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. Québec. [En ligne] Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-729-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Santé mentale (maladie mentale) : Trouble de l'humeur*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-humeur/>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Problèmes de santé (maladie mentale) : Troubles psychotiques*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-psychotiques/>
- Groulx, L.-H. (2011). *Les facteurs engendrant l'exclusion au Canada : survol de la littérature multidisciplinaire*. Centre d'Étude sur la Pauvreté et l'Exclusion. [En ligne] https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/cepe/publications/ED_exclusion_Canada_cepe.pdf
- Groupe de ressource pour le trouble de panique et autres troubles anxieux. (2018). *GRTP : Services*. [En ligne] Repéré à <http://grtp02.com/services>
- Harrison, S. (2016). *L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien : une étude socio-historique*. Revue francophone internationale de recherche infirmière. Volume 2. Page 41-48. [En ligne] Repéré à <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235280281600003X>
- Hatch M.J. & Schultz, M. (2004). *Organizational Identity : A reader*. Oxford Management Readers. [En ligne] Repéré à https://books.google.ca/books?id=BgBREAAAQBAJ&hl=fr&source=gbs_slider_cls_metadata_9_mylibrary
- Houle, J., Mishara, B. L. & Chagnon, F. (2005). *Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide ?* Santé mentale au Québec, 30 (2), 61–84. [En ligne] Repéré à https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/solitudes_jeunes_2017_rapport_complet.pdf
- Hoy, S. (2012). *Beyond men behaving badly: A meta-ethnography of men's perspectives on psychological distress and help seeking*. International Journal of Men's Health, 11(3), 202-226. [En ligne] Repéré à <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2022/06/Sante-mentale-et-prevention-du-suicide-chez-les-hommes.pdf>
- Hunt, E. (2012). *Le soutien social et la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves*. (Thèse de doctorat). [En ligne] Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (NR83376)
- Isolement. (2003). Dans Doron, R. Parot, F (dir.). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie* (p. 402). Paris, France : Larousse — Bordas.
- Institut nationale de la santé publique du Québec. (2023). *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023*. [En ligne] Repéré <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3294-comportements-suicidaires-quebec.pdf>

- Institut national de santé publique du Québec. (2021) *Pandémie, isolement social et sentiment de sécurité personnelle – Résultats du 7 septembre 2021*. [En ligne] Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/isolement-securite-septembre-2021>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). *L'isolement social, une épidémie évitable par l'entraide et les liens sociaux*. 22es Journées annuelles de santé publique. Québec. [En ligne] Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2018/jasp2018-isolement-social-nadine-maltais.pdf>
- Institut nationale de la santé publique du Québec. (2012). *Déterminants de la santé : Pourquoi agir sur les déterminants de la santé ?* Repéré <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3294-comportements-suicidaires-quebec.pdf>
- Institut de la Statistique de Québec. (2016). *Statistiques sociodémographiques : Données sociodémographiques en bref*. [En ligne] Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_dembref2016T01F00.pdf
- Juneau, M. (2017). *L'isolement social, un important facteur de risque de mort prématurée*. Observatoire de la prévention. Institut de cardiologie de Montréal. [En ligne] Repéré à <https://observatoireprevention.org/2017/05/03/lisolement-social-important-facteur-de-risque-de-mortalite-prematuree/>
- Kivits, J. Houbre, B. (2010). *Investigation en santé publique : méthodes qualitatives. Principes et outils. L'analyse thématique de contenu*. [En ligne] Repéré à https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Analyse_them.html#:~:text=L'analyse%20th%C3%A9matique%20de%20contenu%20renvoie%20%C3%A0%20l'op%C3%A9ration%20qui,au%20moyen%20d'un%20code
- La presse canadienne. (2018). *L'isolement social : un phénomène préoccupant*. Le droit ; actualités ; société. Québec, Canada. [En ligne] Repéré à <https://www.ledroit.com/actualites/societe/lisolement-social-un-phenomene-preoccupant-c8148733620ab7e3906df56e977391ca>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, Leung, W. (2017). *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. Public Health (Elsevier), 152, 157–171. Repéré à <https://www.sciencedirect.com.sbioproxy.uqac.ca/science/article/pii/S0033350617302731>
- Leung, W. (2018). *Why is loneliness so toxic ? Scientists are exploring what it does to the human body*. The Globe and Mail ; Healt. Toronto, Canada. [En ligne] Repéré à <https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/why-is-loneliness-so-toxic/article37734381/>
- Licata L. (2007). *La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'autocategorisation : le Soi, le groupe et le changement social*. Revue électronique de Psychologie Sociale, n°1, pp. 19-33. [En ligne] Repéré à <https://psychologiescientifique.org/wp-content/uploads/2018/02/Licata-2007-La-th%C3%A9orie-de->

l'identité sociale et la théorie de.pdf

- Linda Andrews, Sari Shepphird (2018). *Mental disorder*. Dans Encyclopædia Britannica. Repéré à <https://www.britannica.com/science/mental-disorder>
- Louise, H. (2016). *Loneliness*. Dans Encyclopædia Britannica. Repéré à <https://www.britannica.com/science/loneliness>
- Marescaux, J. (2019). *Informé et former pour lutter contre la stigmatisation : les premiers secours en santé mentale*. Raison présente, 209(1), 89-101. [En ligne] Repéré à <https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2019-1-page-89.htm>
- Meier, O. (2021). *Henri Tajfel et l'identité sociale*. RSE Magazine. Gouvernance, éthique et développement. [En ligne] Repéré à https://www.rse-magazine.com/Henri-Tajfel-et-l-identite-sociale_a4312.html
- Mentorshow. (2023). La théorie de l'identité sociale en psychologie (Tajfel & Turner, 1979). [En ligne] Repéré à <https://mentorshow.com/blog/theorie-identite-sociale-psychologie-tajfel-turner-1979>
- Morin, T. Tremblay, G. (2007). *Conflit de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Études et Analyses. No 36. Université de Montréal. [En ligne] Repéré à [Conflit_de_role_de_genre_et_depression_c.pdf](#)
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). *Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health ? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness*. Journal of Clinical & Diagnostic Research, 8(9), 1–4. [En ligne] Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4225959/>
- Narduzzi-Londinsky, G. (2018). *La solitude est-elle toxique pour l'être humain ? Les Inrockuptibles ; société*. France. [En ligne] Repéré à <https://www.lesinrocks.com/2018/02/07/actualite/societe/la-solitude-est-elle-toxique-pour-letre-humain/>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Emotion regulation and psychopathology: The role of gender*. Annu Rev Clin Psychol, 8, 161-187. [En ligne] Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22035243/>
- Ogrodniczuk, J., Oliffe, J., Kuhl, D. & Gross, A. P. (2016). *La santé mentale des hommes*. Espaces et milieux propices aux hommes. [En ligne] Repéré à <https://www.cfp.ca/content/62/6/e284.abstract>
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *Trouble dépressif (dépression)*. [En ligne] Repéré à [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Le%20trouble%20d%C3%A9pressif%20\(%C3%A9galement%20connu,plaisir%20ou%20de%20l'int%C3%A9r%C3%AAt](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Le%20trouble%20d%C3%A9pressif%20(%C3%A9galement%20connu,plaisir%20ou%20de%20l'int%C3%A9r%C3%AAt)
- Organisme Monalisa. (2017). *L'isolement relationnel, une fracture sociale. Isolement social ; C'est quoi ?* France. [En ligne] Repéré à <https://www.monalisa-asso.fr/isolement-social/c-est-quoi>
- Otero, M. (2005). *Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine*. Cahiers de recherche sociologique, (41-42), 65–89. [En ligne] Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/crs/2005-n41-42-crs1517944/1002460ar/>
- Pachoud, B. (2011). *Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle*

- irréductible à la maladie mentale*. Le Carnet PSY, 158, (9), 36-39. [En ligne] Repéré à <https://www-cairn-info.sbiproxy.uqac.ca/revue-le-carnet-psy-2011-9-page.36.htm?1=1&DocId=310993&hits=2702+2701+2256+1506+411+410+371+370+11+10+>
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. [En ligne] Repéré à <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019.htm>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *Chapitre 1 - Choisir une approche d'analyse qualitative*. Dans : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 13-32). Paris: Armand Colin. [En ligne] Repéré à <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-13.htm?contenu=resume>
- Paquette, J., Leclerc, B.-S., Bourque, S. (2014). *La santé dans tous ces états : les déterminants sociaux de la santé*. Trousse pédagogique, CSSS de Bordeaux-Cartierville– Laurent-CAU, Montréal. [En ligne] Repéré à https://cdn.ciuusssnordmtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Trouse_pedagogique_determinants_sociaux_sante.pdf?1574281638
- Peretti-Watel, P. (2006). *Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide*. In : *Économie et statistique*, n° 391-392. Sans-domicile. pp. 115-130. Repéré à https://www.persee.fr/docAsPDF/estat_0336-1454_2006_num_391_1_7156.pdf
- Perron, C. (2014). *Socialisation de genre, individualité contemporaine et détresse psychologique chez l'homme*. *Mémoire de maîtrise en travail social*. Université du Québec à Montréal. [En ligne] Repéré à <https://archipel.uqam.ca/5919/1/M13235.pdf>
- Plank, L. (2021). *Pour l'amour des hommes*. Dialogue pour une masculinité positive. Édition Québec Amérique inc. Traduction de Sophie Cardinal-Corriveau.
- Ploud, S. (2002-2024). *La psychologie des préjugés : Un aperçu*. Homogénéité de l'exogroupe. Social Psychology Network. [En ligne] Repéré à <https://secure.understandingprejudice.org/apa/french/page6.htm#:~:text=Dans%20le%20jargon%20de%20la,'autre%20et%20vice%20versa>
- Poirel, M.— L., Weiss, B., Khoury, E. & Clément, M. (2015). *Entre pressions normatives et résistances : l'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec un problème de santé mentale*. *Nouvelles pratiques sociales*, 27 (2), 193–207. [En ligne] Repéré à <https://www.erudit.org/en/journals/nps/2015-v27-n2-nps02687/1037687ar/abstract/>
- Poulin, C. & Lévesque, M. (1995). *Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale*. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 119–136. [En ligne] Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/1995-v20-n1-smq1824/032336ar/>
- Poulin, C. & Massé, R. (1994). *De la désinstitutionnalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique*. *Santé mentale au Québec*, 19(1), 175–194. Repéré à <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1994-v19-n1-smq1822/032302ar.pdf>
- Regroupement des personnes atteintes de troubles de l'humeur. (2018). *Table régionale des organismes communautaires, région 02*. [En ligne] Repéré à <http://www.troc02.org/index.php/membres-secteur-chicoutimi/143-rdpath>

- Revivre. (2018). *J'ai besoin d'aide : Soutien et informations*. [En ligne] Repéré à <http://www.revivre.org/jai-besoin-daide/>
- Roelandt, J. (2019). *Implication des usagers en santé mentale : un défi permanent: Commentaire*. Sciences sociales et santé, vol. 37(1), 69-74. [En ligne] Repéré à <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-1-page-69.htm>
- Roy, J. Tremblay, G. Guillemet, D. (2016). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services. *Masculinités & sociétés*. Université Laval. [En ligne] Repéré à http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_TremblayG_rapport_besoins-hommes.pdf/cca08f98-2eb1-4cb1-bc79-06d62581cdd4
- Roy, J. & Desgagnés, J-Y. (2022). *Les hommes et les régions selon une perspective socioéconomique : Un portrait préliminaire des impacts liés à la pandémie*. Les dossiers du pôle, numéro 3. CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes. [En ligne] Repéré à [https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Les%20hommes%20et%20les%20re%CC%81gions%20\(Nume%CC%81ro%203\)_0.pdf](https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Les%20hommes%20et%20les%20re%CC%81gions%20(Nume%CC%81ro%203)_0.pdf)
- Roy, J. (2021) *Sondage : Les pères subissent plus fortement les impacts de la COVID19 que l'ensemble des hommes*. Regroupement pour la valorisation de la paternité. [En ligne] Repéré à <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/sondage-les-peres-subissent-plus-fortement-les-impacts-de-la-covid-19-que-l-ensemble-des-hommes-809551866.html>
- Roy, P. Tremblay, G. (2012). *Dépression masculine : une approche mieux ciblée*. Quintessence : l'accès au savoir en santé mentale populationnelle. Volume 4, numéro 1. [En ligne] Repéré à <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/quintessence-v04n01-fr.pdf>
- Russo, F. (2018). *The Toxic Well of Loneliness*. *Scientific American*, 318(1), 64–69. [En ligne] Repéré à <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search-ebshost-com.sbiproxy.uqac.ca/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=126727566&lang=fr&site=ehost-live>
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa. [En ligne] Repéré à https://www.cpa.ca/cpaweb/UserFiles/Documents/Practice_Page/reports_mental_illness_f.pdf
- Santé et services sociaux Québec. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants sociaux*. [En ligne] Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
- Schiltz L, Houbre B, Martiny C. (2007) *Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : étude comparative de plusieurs sujets en rupture de projet de vie*. Évolution psychiatrique, 72. Repéré à <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385507000710>
- Serres, J-F. (2017). *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*. Les éditions des journaux officiels. Conseil économique social et environnemental. République Française. [En ligne] Repéré à https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_17_isolement_social.pdf
- Services psychologiques et psychologues à Montréal. (2011). *Le trouble de l'humeur*.

- COGICOR. [En ligne] Repéré à <http://www.cogicor.com/trouble-de-lhumeur/>
- Sévigny, R. (1985). *Santé mentale et processus sociaux*. *Sociologie et sociétés*, 17(1), 5–14. [En ligne] Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/1985-v17-n1-socsoc103/001697ar/>
- Sivadon, P. (2007). *Maladie mentale*. Dans *Encyclopædia Universalis*. [En ligne] Repéré à <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/maladies-mentales/>
- Socialisation (Troubles de la—). (2003). Dans Doron, R. Parot, F (dir.). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie* (p. 667-668). Paris, France : Larousse — Bordas.
- Statistique Canada. (2021) *Enquête sur la COVID19 et la santé mentale, février à mai 2021*. [En ligne] Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210927/dq210927a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2017). *Coup d'œil sur la santé : Les taux de suicide un aperçu*. [En ligne] Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>
- Statistique Canada. (2011). *Les ménages canadiens en 2011 : genre et croissance*. Repéré à https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_2-fra.cfm
- St-Louis, A. (2022). *Le choix des mots est important*. Commission de la santé mentale du Canada. [En ligne] Repéré à [Le choix des mots est important - Commission de la santé mentale du Canada \(commissionsantementale.ca\)](http://www.commissionsantementale.ca)
- StudySmarter (2024). *Socialisation*. [En ligne] Repéré à <https://www.studysmarter.fr/resumes/sciences-economiques-et-sociales/sociologie/socialisation/>
- Sylvain, L. (2000). Le guide d'entrevue : son élaboration, son évolution et les conditions de réalisation d'une entrevue. *Association de recherche au collégiale*. [En ligne] Repéré à https://cdc.qc.ca/actes_arc/2000/sylvain_actes_ARC_2000.pdf
- Tousignant, M. (1988). *Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature*. In : *Sciences sociales et santé*. Volume 6, n° 1 pp. 77-106. [En ligne] Repéré à https://www.persee.fr/docAsPDF/sosan_0294-0337_1988_num_6_1_1087.pdf
- Tremblay, G. (2016). Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services. *Masculinités & sociétés*. Université Laval. [En ligne] Repéré à http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_TremblayG_rapport_besoins-hommes.pdf/cca08f98-2eb1-4cb1-bc79-06d62581cdd4
- Vigneault, L. (2017). *De la stigmatisation vers le rétablissement*. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 119–124. [En ligne] Repéré à <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1900-v1-n1-smq03262/1041918ar/abstract/>
- Walker, Carole ; Thunus, Sophie. (2020). *Meeting Boundaries: Exploring the Faces of Social Inclusion Beyond Modern Mental Health Systems*. In: *Social Inclusion*, Vol. 8, no. 1, p. 214-224. [En ligne] Repéré à <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:201696>

CERTIFICATION ÉTHIQUE

Ce mémoire a fait l'objet d'une certification éthique auprès du CER-UQAC. Le numéro du certificat est 2022-891

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche descriptive du projet de mémoire

PARTICIPANTS RECHERCHÉS

**TITRE DU PROJET : ISOLEMENT SOCIAL
ET SANTÉ MENTALE**

RESPONSABLE(S) DU PROJET :

Alexandra Gauthier

Étudiante à la maîtrise en travail social.

Département des sciences humaines et sociales.



Je suis présentement à la recherche d'hommes âgés entre 25 et 44 ans intéressés à participer à une étude portant sur l'isolement social en contexte de santé mentale. Plus précisément, la participation à ce projet de recherche consiste en une entrevue individuelle avec la responsable de la recherche, dans un local de l'Université du Québec à Chicoutimi, si la situation de la COVID19 le permet, ou par le biais de la plateforme Zoom. Le tout sera d'une durée d'environ 60 à 90 minutes. Avant l'entrevue, vous devrez remplir un questionnaire (âge, statut matrimonial, origine ethnique, profession, etc.) dans le but de faciliter l'analyse des résultats par la responsable de la recherche. En ce qui concerne le déroulement de l'entrevue, des questions vous seront posées au sujet de votre quotidien, de votre entourage, de votre diagnostic en santé mentale, ainsi que sur l'impact de celui-ci sur votre vie et vos relations. Les résultats permettront de mieux comprendre l'impact que peut avoir un diagnostic en santé mentale sur le sentiment d'être isolé socialement ou non, et comment cela peut avoir une influence sur la condition de santé des hommes concernés. Par le fait même, cela pourrait faire en sorte d'améliorer les services offerts à ces individus, de favoriser leur intégration sociale, en plus d'améliorer leur état de santé générale.

Pour participer à cette recherche vous devez respecter les critères d'inclusion qui suivent :

- Être un homme âgé entre 25 et 44 ans.
- Être résident du Saguenay.
- Avoir un diagnostic de troubles de l'humeur ou anxieux.

Si vous êtes intéressé à participer à cette étude ou si vous avez des questions, veuillez contacter la responsable de la recherche, Alexandra Gauthier :

- Par courriel : alexandra.gauthier1@uqac.ca
- Par téléphone : (418) 590-0366

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la recherche et espérons vous compter parmi nos participants!

Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique

Prénom : _____ Nom : _____
Âge : _____

Statut matrimonial :

- Célibataire
- En couple
- Marié
- Veuf
- Divorcé

Habitat

- Maison
- Appartement
- Propriétaire
- Locataire

Situation de vie

- Seul
- En colocation
- En famille
- Autres _____

Niveau de scolarité :

- Secondaire non-complété
- Diplôme d'études secondaire ou équivalence
- Diplôme d'études professionnelles
- Diplôme d'études collégiales
- Diplôme d'études universitaires
- Diplôme d'études universitaires de cycle supérieur (maîtrise, doctorat)

Profession : _____

Revenus :

- Moins de 35 000\$ par année
- 35 000\$ à 55 000\$ par année
- 56 000\$ à 90 000\$ par année
- 91 000\$ et plus par année

Diagnostic en santé mentale : _____

Autres diagnostics, s'il y a lieu : _____

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

1 L'isolement social chez les hommes atteints de troubles de l'humeur ou anxieux.

2 RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE

2.1 Responsable

Alexandra Gauthier
Étudiante à la maîtrise en travail social.
Département des sciences humaines et sociales.

2.2 Direction de recherche

Dominic Bizot
Directeur de l'unité d'enseignement en travail social.
Département des sciences humaines et sociales.

3 FINANCEMENT

Ce projet n'est pas financé.

4 PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche, et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

5 DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT

5.1 Description du projet de recherche

Cette recherche, dans le cadre d'une maîtrise en travail sociale, vise à décrire la vision d'hommes atteints de trouble de l'humeur ou de troubles anxieux par rapport à leur intégration sociale, et s'il se sentent isolé ou non socialement. Étant donné l'impact que peut avoir l'isolement chez un homme en bonne santé, comme nous avons pu le constater plus particulièrement lors de la dernière année dû à la COVID19 et aux mesures sanitaires imposées, cette recherche pourrait favoriser la considération du rôle de l'isolement dans un contexte où un homme rencontre des problèmes psychologiques.

5.2 Objectif(s) spécifique(s)

Plus précisément, l'étude a pour but de mieux comprendre l'impact que peut avoir un diagnostic en santé mentale sur le sentiment d'être isolé socialement ou non, et comment cela peut avoir une influence sur la condition de santé des hommes concernés. Par le fait même, cela pourrait faire en sorte d'améliorer les services offerts à ces individus, de favoriser leur intégration sociale, en plus d'améliorer leur état de santé générale.

5.3 Déroulement

Pour participer à la présente étude, vous aurez à vous présenter à une entrevue individuelle avec la responsable de la recherche, dans un local de l'Université du Québec à Chicoutimi, si la situation de la COVID19 le permet, ou par le biais de la plateforme Zoom. Le tout sera d'une durée d'environ 60 à 90 minutes. Avant l'entrevue, vous devrez remplir un questionnaire (âge, statut matrimonial, origine ethnique, profession, etc.) dans le but de faciliter l'analyse des résultats par la responsable de la recherche. En ce qui concerne le déroulement de l'entrevue, des questions vous seront posées au sujet de votre quotidien, de votre entourage, de votre diagnostic en santé mentale, ainsi que sur l'impact de celui-ci sur votre vie et vos relations. Enfin, dans le but de permettre une meilleure écoute de vos réponses, l'entrevue sera enregistrée. Cet enregistrement sera utilisé, par la responsable de la recherche, dans le but de transcrire le plus fidèlement possible vos réponses.

6 AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

La recherche n'entraîne pas de risque ou de désavantage prévisible pour le participant, mise à part d'avoir à consacrer le temps nécessaire pour participer à ce projet. Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation, mais on ne peut vous l'assurer. Aussi, il est possible que le sujet de la recherche provoque des émotions plus ou moins agréables. Un document contenant les coordonnées des organismes de votre territoire vous sera remis au cas où vous ressentiez le besoin d'obtenir de l'aide d'un professionnel adaptée à vos besoins à la suite de votre participation à ce projet.

7 CONFIDENTIALITÉ, DIFFUSION ET CONSERVATION

7.1 Confidentialité

Dans le but de préserver la confidentialité ainsi que l'intégrité des participants, aucune donnée personnelle permettant d'identifier les individus sollicités ne sera compilée (nom, adresse, date de naissance, etc.). Des prénoms fictifs seront attribués à chaque participant pour la comptabilisation et la présentation des résultats. De plus, les informations recueillies seront organisées de manière à ce qu'aucun participant ne puisse être identifié par ses propos. À la suite des entrevues, les informations recueillies, les enregistrements, les formulaires, les consentements, etc. seront rangés dans une valise barrée à l'aide d'un cadenas, et seulement la responsable de la recherche y aura accès. Ils ne seront utilisés que dans le cadre de cette recherche.

7.2 Diffusion

À la fin de ce projet, les faits jugés pertinents de l'étude vous seront communiqués par courriel ou courrier, selon votre préférence. Nous pourrions également, si vous le souhaitez, recevoir une version électronique (PDF) du mémoire de maîtrise afin de prendre connaissance des résultats de la recherche à laquelle vous aurez contribué.

7.3 Conservation

À la suite de l'étude, tous les documents seront conservés sous clés, dans un local prévu à cet effet, pendant une période de sept ans (temps minimum exigé selon les normes en vigueur) avant d'être détruits dans le respect des règles en vigueur.

8 PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation. Dans le même sens, vous pourrez, à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, vous retirer de ce projet en informant la responsable de recherche de votre décision. Aucune conséquence, ni question ne vous sera imposées dans le cas d'un retrait ou d'un refus de participer. En cas de retrait, les données recueillies seront, selon votre préférence, retirées de l'étude, ou comptabilisées comme telle. Enfin, toute nouvelle information acquise au cours du déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiqué sans délais par le biais du moyen de communication établi au départ avec la responsable de la recherche.

9 INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune rémunération ou compensation n'est offerte.

10 PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Alexandra Gauthier

Courriel : alexandra.gauthier1@uqac.ca

Ou avec le directeur du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Dominic Bizot

Courriel : Dominic_Bizot@uqac.ca

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche (par téléphone au 418-545-5011 poste 4704 (ligne sans frais : 1-800-463-9880 poste 4704) ou par courriel à l'adresse cer@uqac.ca.

11 CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Dans le cadre du projet intitulé *l'isolement social chez les hommes atteints de troubles anxieux ou de l'humeur*, j'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision. Je consens donc à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

- Je consens à ce qu'un enregistrement audio de l'entrevue soient utilisées dans le cadre de ce projet de recherche.

Nom et signature du participant

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie avoir moi-même, ou un membre autorisé de l'équipe de recherche, expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, répondu aux questions qu'il a posées et lui avoir clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant à cette recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

12 CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Dans le cadre du projet intitulé *l'isolement social chez les hommes atteints de troubles anxieux ou de l'humeur*, j'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision. Je consens donc à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

- Je consens à ce qu'un enregistrement audio de l'entrevue soient utilisées dans le cadre de ce projet de recherche.

Nom et signature du participant

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie avoir moi-même, ou un membre autorisé de l'équipe de recherche, expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, répondu aux questions qu'il a posées et lui avoir clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant à cette recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date