

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
RAPHAËL MÉTHOT

SANTÉ MENTALE ET MASCULINITÉS : PERCEPTIONS DES ERGOTHÉRAPEUTES QUÉBÉCOIS SUR
LES INTERVENTIONS À PRIORISER EN ERGOTHÉRAPIE

15 DÉCEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice d'essai, Madame Lyne Desrosiers, pour son support indispensable et sa contribution hors pair à mon projet. Merci Lyne pour ton temps, tes conseils judicieux et tes encouragements. Je ne serais jamais parvenu à une telle finalité sans son soutien tout au long de ce projet.

Je souhaite aussi remercier les participantes de ce projet pour leurs partages riches et pertinents ainsi que la confiance qu'elles m'ont accordée. Vous m'avez permis d'apporter mon essai à un autre niveau par la richesse de vos réflexions.

Je tiens à remercier mes précieux et précieuses ami(e)(e)s(mes « ergamis »), et tout particulièrement mes colocataires Corinne et Emmanuelle, qui m'ont soutenu et accompagné tout au long de ce projet, mais également tout au long de mon parcours universitaire. J'en suis grandement reconnaissant.

Un merci très spécial à ma famille, en particulier mes parents et ma sœur, pour leur appui indéfectible et leurs encouragements tout au long de mes études universitaires.

Merci à l'ensemble des professeurs et chargés de cours du département d'ergothérapie qui ont tous, à leur façon, contribué au développement de ma passion pour l'ergothérapie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	1
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
3. RECENSION DES ÉCRITS.....	5
3.1 Masculinités.....	5
3.2 Normes de la masculinité hégémonique.....	6
3.3 Les hommes et les services en santé mentale	8
3.4 Adaptation d'interventions en santé mentale pour les hommes	9
3.5 Barrières et facilitateurs à l'implantation d'interventions adaptées aux hommes	
10	
3.6 Pistes d'interventions prometteuses.....	11
4. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	14
5. CADRES CONCEPTUELS.....	15
5.1 Cadre théorique de la masculinité positive	15
5.1.1 Connaissance	16
5.1.2 Être.....	17
5.1.2.1 Connecté.....	17
5.1.2.2 Motivé.....	17
5.1.2.3 Authentique.....	17
5.2 Cadre conceptuel des obstacles et des facilitateurs de l'implémentation du partage des tâches en santé mentale (BeFITS-MH)	17
6. MÉTHODE	20
6.1 Devis de recherche	20
6.2 Recrutement des participants	20
6.3 Méthode de collecte des données	21

6.4	Déroulement.....	21
6.5	Analyse des données	22
6.6	Considérations éthiques	22
7.	RÉSULTATS.....	23
7.1	Caractéristiques des participants	23
7.2	Processus d'adaptation des services pour intervenir auprès des hommes	24
7.2.1	Être centré sur le client.....	25
7.2.2	Compréhension basée selon une vision de la masculinité traditionnelle.....	26
7.2.3	En fonction des expériences personnelles	27
7.2.4	En fonction de la perception des enjeux liés au genre.....	28
7.2.5	En fonction des enjeux de séduction.....	29
7.3	Barrières et facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie	30
7.3.1	Client.....	32
7.3.1.1	Objectifs, santé et émotions.....	32
7.3.1.2	Motivation/Optimisme	33
7.3.1.3	Connaissances, attitudes, croyances, comportements et intentions	33
7.3.2	Thérapeute	33
7.3.2.1	Motivation/Optimisme	34
7.3.2.2	Compétences et sentiment d'auto-efficacité.....	34
7.3.2.3	Connaissances, attitudes, croyances, comportements et intentions	36
7.3.3	Famille et communauté.....	37
7.3.4	Organisation.....	37
7.3.5	Sociétal.....	39
7.3.6	Système de santé mentale	39
7.3.7	Intervention	39
7.3.8	Stigma	39
8.	DISCUSSION	40
8.1	Être centré sur le client.....	41
8.2	Compréhension basée selon une vision de la masculinité traditionnelle.....	41
8.3	En fonction des expériences personnelles	42
8.4	En fonction de la perception des enjeux liés au genre	42
8.5	En fonction des enjeux de séduction.....	43
8.6	Barrières et facilitateurs	43
8.7	Forces et limites de l'étude	44
9.	CONCLUSION	46

RÉFÉRENCES.....	48
ANNEXE A CONNAISSANCES ORGANISÉES DANS UNE CARTE CONCEPTUELLE	54
ANNEXE B QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	55
ANNEXE C CANEVAS D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE	56
ANNEXE D CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	57
ANNEXE E AFFICHE DE RECRUTEMENT	58
ANNEXE F LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	59

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i>	Connaissances concernant les pistes d'intervention prometteuses organisées selon une carte conceptuelle	54
<i>Figure 2.</i>	Cadre de la masculinité positive de Wilson et al. (2021).....	16
<i>Figure 3.</i>	Cadre conceptuel des obstacles et des facilitateurs de l'implémentation du partage des tâches en santé mentale (BeFITS-MH) (Le et al., 2022).....	18
<i>Figure 4.</i>	Processus concernant l'adaptation des services en santé mentale auprès des hommes	25
<i>Figure 5.</i>	Barrières et facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie	31

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	<i>American Psychological Association</i>
Be-FITS-MH	<i>Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SBEH	Santé et bien-être des hommes

RÉSUMÉ

Problématique : À ce jour, de plus en plus d'évidences s'accumulent stipulant que la masculinité traditionnelle a un impact sur la santé mentale des hommes. Plus précisément, elle empêcherait des hommes à reconnaître, divulguer et à chercher de l'aide pour des problèmes de santé mentale (Li et Gal, 2021; Milner et al., 2018) et serait liée à un plus grand risque d'idéation suicidaire(King et al., 2020). **Objectif :** Explorer comment la pratique actuelle des ergothérapeutes en santé mentale au Québec qui interviennent auprès des hommes pourrait être adaptée dans le futur. L'autre objectif est d'explorer les barrières ou facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie en santé mentale. **Cadre conceptuel :** Les deux cadres conceptuels utilisés dans cet essai sont le cadre théorique de la masculinité positive de Wilson et le cadre conceptuel des obstacles et des facilitateurs de l'implémentation du partage des tâches en santé mentale(Le et al., 2022). **Méthode :** Un devis de recherche qualitatif descriptif a été utilisé, plus précisément l'approche générale d'analyse inductive(Thomas, 2006). La collecte des données a été réalisée à l'aide d'entrevues individuelles de types semi-structurées après de cinq ergothérapeutes travaillant en santé mentale et qui interviennent auprès des hommes. **Résultats :** Les résultats suggèrent que cinq processus principaux ont émergé suite à l'analyse qualitative des entrevues. Le processus principal des participantes était d'être centré sur le client. Lorsque des enjeux sont perçus comme en lien avec les masculinités, ils sont selon une compréhension de la masculinité traditionnelle. La compréhension des besoins des hommes et l'élaboration des interventions sont aussi tributaires des expériences personnelles des ergothérapeutes, de leur perception des enjeux de genre ainsi que des enjeux de séduction. De plus, au travers des entrevues, les besoins des hommes en matière de services en santé mentale ont été soulevés, de même que certaines incompatibilités avec les services offerts actuellement. **Discussion :** Différentes recommandations ont été émises par la communauté scientifique. À la lumière de ces diverses données probantes, un constat fait surface : plusieurs interventions recommandées par les différentes données probantes sont déjà mises en place par les ergothérapeutes en santé mentale au Québec. En effet, les caractéristiques mêmes de la profession, telles qu'être centré sur le client, de coconstruire des objectifs, d'accentuer sur l'importance de la signification font que les services en santé mentale en ergothérapie vont tout de même respecter plusieurs des recommandations quant à l'approche adaptée aux hommes. À la lumière des résultats obtenus, les ergothérapeutes vont agir en étant centrés sur les besoins de la personne, ce qui est en congruence avec les recommandations émises par la communauté scientifique. **Conclusion :** À la lumière des conclusions de cette étude, il serait pertinent que des chercheurs-ergothérapeutes s'y penchent afin de faire rayonner la pratique et d'offrir des services adéquats, quel que soit le genre de la personne.

Mots clés : Masculinités, services en santé mentale, ergothérapie, hommes, masculinité traditionnelle ou hégémonique.

ABSTRACT

Background : To date, there is mounting evidence that traditional masculinity has an impact on men's mental health. Specifically, it is believed to prevent men from recognizing, disclosing, and seeking help for mental health problems (Li & Gal, 2021; Milner et al., 2018) and is linked to a greater risk of suicidal ideation (King et al., 2020). **Objectives :** To explore how the current practice of Québec mental health occupational therapists who work with men might be adapted in the future. The other objective is to explore the barriers or facilitators to the implementation of men-specific interventions in occupational therapy in mental health. **Conceptual frameworks:** The two conceptual frameworks used in this trial are The positive masculinity theoretical framework (Wilson, 2021) and The Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health conceptual framework (Le et al., 2022). **Method:** A descriptive qualitative research design was used, more specifically the general inductive analysis approach (Thomas, 2006). Data collection was conducted through individual semi-structured interviews with five occupational therapists working in mental health who work with men. **Results:** The results suggest that five main processes emerged from the qualitative analysis of the interviews. The participants' primary process was being client-centred. When issues are perceived to be related to masculinities, they are based on an understanding of traditional masculinity. The understanding of men's needs and the development of interventions are also dependent on occupational therapists' personal experiences, perceptions of gender issues, and issues of seduction. In addition, through the interviews, men's needs for mental health services were raised, as well as some incompatibilities with current services. **Discussion :** Various recommendations have been made by the scientific community. In light of the various pieces of evidence, one observation emerges: several interventions recommended by the various scientific evidences are already being implemented by occupational therapists working in mental health in Quebec. Indeed, the very characteristics of the profession, such as being client-centred, co-constructing goals, and emphasizing the importance of meaning, ensure that occupational therapy mental health services will still respect many of the recommendations for a man-friendly approach. In light of these findings, occupational therapists will act in a person-centred manner, which is congruent with the recommendations made by the scientific community. **Conclusion :** In light of the findings of this study, it would be relevant for occupational therapy researchers to study it in order to enhance the practice and offer adequate services, regardless of the person's gender.

Keywords: Masculinities, mental health services, occupational therapy, men, traditional or hegemonic masculinity.

1. INTRODUCTION

La hausse de prévalence de troubles de santé mentale constitue une préoccupation grandissante pour notre société, particulièrement au cours des dernières années. Au Québec, une personne sur cinq aura un trouble de santé mentale au courant de sa vie. Selon l’Institut national de santé publique du Québec, moins de la moitié des personnes ayant un diagnostic de trouble de santé mentale consultent un professionnel de la santé(Lesage et Émond, 2018). Le taux de consultation de professionnels de la santé mentale est encore plus faible chez la population masculine(Addis et Mahalik, 2003; Australian Bureau of Statistics, 2020-21; River, 2018). En effet, quoiqu'il ne s'agisse pas d'un groupe avec des caractéristiques homogènes, la perception de leurs besoins, la recherche d'aide et l'utilisation des services en santé et services sociaux sont différentes et généralement moins marquées chez les hommes(Montiel et al., 2022; Roy et al., 2017). Seulement près de trois hommes sur dix en possible détresse psychologique ont rencontré un professionnel psychosocial(Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes, 2018).

À l'échelle internationale et nationale, de nombreuses initiatives et recommandations ont été émises par la communauté scientifique afin d'adapter les services pour mieux rejoindre les hommes avec des problématiques de santé mentale(Deslauriers et al., 2019; Roy et al., 2022; Sagar-Ouriaghli et al., 2019; Seidler, Rice, Ograniczuk, et al., 2018; Seidler, Rice, River, et al., 2018). Cette sous-représentation des hommes dans les services en santé mentale est préoccupante sachant que les personnes qui vivent avec un trouble de santé mentale sont sujettes à expérimenter des difficultés dans leur quotidien, affectant leur fonctionnement(Bonder, 2022).

À la lumière des besoins spécifiques des hommes en ce qui trait aux services en santé mentale et de la détresse présente chez la clientèle masculine nommés précédemment, la pertinence à s'intéresser aux interventions adaptées en fonction du genre, plus particulièrement aux hommes, sera présentée dans la problématique. Ensuite, les objectifs et questions de recherche, le cadre conceptuel et la méthodologie seront décrits. Les résultats ainsi que la

discussion suivront et seront analysés de façon critique. Puis, une conclusion résumant les points clés ainsi que les retombées pour la pratique sera réalisée.

2. PROBLÉMATIQUE

Depuis plusieurs années, de nombreuses études se sont penchées sur la santé des hommes et plus particulièrement sur leur santé mentale. Parallèlement, la masculinité et la conformité aux normes masculines sont devenues un sujet de plus en plus d'actualité. Il existerait une pluralité de masculinités, définies en fonction des rôles, des comportements, et des relations des hommes au sein de la société. Un type de masculinité détonne particulièrement, soit celui de la masculinité hégémonique qui serait socialement privilégiée aux autres masculinités et idéalisée par la culture dominante. La masculinité hégémonique serait associée à divers comportements violents, encouragerait le stoïcisme et l'autosuffisance(Tang et al., 2014; Vogel et al., 2011). Plus précisément, l'adhésion à différentes caractéristiques de la masculinité hégémonique empêcherait, entre autres, des hommes à reconnaître, divulguer et à chercher de l'aide pour des problèmes de santé mentale (Li et Gal, 2021; Milner et al., 2018) et serait liée à un plus grand risque d'idéation suicidaire chez les jeunes hommes(King et al., 2020). Par ailleurs, des évidences qui s'accumulent suggérant que la masculinité a un impact sur les comportements de santé, entre autres, la santé mentale des hommes. Au Québec, le *Plan d'action en santé et bien-être des hommes*, publié en 2017 balise ou reconnaît l'importance des spécificités et des besoins particuliers des hommes. Diverses orientations gouvernementales ont été publiées dans ce plan(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Cependant les pratiques en ergothérapie en santé mentale au Québec n'ont pas l'objet d'une telle réflexion. Aucune étude traitant de la masculinité et des services en santé mentale en ergothérapie n'a été répertoriée. Afin de développer davantage les connaissances, il apparaît pertinent d'effectuer des études au Québec dans le but de répondre aux besoins des hommes québécois tout en considérant l'organisation des services en santé mentale au Québec. Aussi, davantage de savoirs devraient être développés concernant différentes interventions qui pourraient guider les pratiques des intervenants en santé mentale. De plus, certains auteurs ajoutent qu'un cadre théorique sur la diversité des besoins des hommes en santé mentale devrait être développé afin de mieux conceptualiser cet enjeu contemporain(Seidler, Rice, River, et al., 2018).

Ce projet de recherche visera donc à explorer comment la pratique actuelle et future des ergothérapeutes en santé mentale au Québec qui interviennent auprès des hommes pourrait être adaptée dans le futur. Un devis qualitatif et l'approche générale d'analyse inductive (Thomas, 2006, cité dans Blais et Martineau, 2006) seront privilégiés. Une recension de la littérature mènera d'abord, à la création d'un outil de transfert de connaissances. Puis, ce dernier sera validé auprès d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale. Finalement, cet outil de transfert de connaissances sera réajusté en fonction de ces entrevues. La section suivante fera état d'une recension des écrits permettant de mieux comprendre les différents éléments de cette problématique.

3. RECENSION DES ÉCRITS

Cette section recense les différents écrits afin de comprendre les concepts clés de cet essai. Tout d'abord, le concept des masculinités ainsi que de la masculinité hégémonique (traditionnelle) seront détaillés. Les normes associées à la masculinité hégémonique seront présentées. Puis, une présentation des différentes interventions en santé mentale adaptées aux hommes sera faite. Des barrières et facilitateurs à l'implantation d'interventions et les difficultés fréquemment rencontrées seront expliqués. Finalement, l'outil de transfert de connaissances contenant des pistes d'interventions prometteuses sera inclus dans la recension des écrits.

3.1 Masculinités

Selon Larousse, le genre (calqué du mot *gender*) est un «concept qui renvoie à la dimension identitaire, historique, politique, sociale, culturelle et symbolique des identités sexuées. Cette notion récente est en constante évolution.» ("Genre," s. d.). Le genre masculin inclurait donc diverses dimensions associées au fait de s'identifier comme homme. Ainsi, la masculinité résulte de l'interaction dynamique entre le genre et les déterminants sociaux de la santé telles la classe sociale, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la culture, etc. Par exemple, la masculinité de deux hommes ne sera pas la même si la culture de ces derniers est différente. Même si ces deux hommes possèdent la même culture, d'autres déterminants sociaux de la santé comme l'orientation sexuelle ou l'éducation pourraient influencer la façon dont la masculinité de chacun s'exprime. La masculinité se définit comme étant un ensemble complexe de représentations, d'identités et de comportements liés au genre que l'homme adopte au quotidien. Les hommes peuvent choisir de refléter un ou plusieurs pans de cette masculinité (Connell et Messerschmidt, 2005). Plusieurs définitions de la masculinité coexistent et varient selon la culture et les individus. Wong et Wang (2022) ont défini cinq domaines des masculinités, soit autoattribuées (ce à quoi les hommes s'identifient), attribuées par les autres (associées aux stéréotypes), propres à des situations, propres à des performances sociales (justifier des actions comme étant masculines dans un contexte social) et d'ordre macro (selon un point de vue systémique, comme les médias).

Selon une vision socioconstructiviste des masculinités, la masculinité d'un homme est appelée à changer selon les circonstances sociales et situationnelles, autant dans une sphère interpersonnelle que sociétale(Addis et al., 2016; Connell, 1995; Connell et Messerschmidt, 2005; Englar-Carlson, 2015). Conséquemment, puisque le concept de la masculinité est multifactoriel, il existerait une pluralité de masculinités. Ces multiples masculinités sont définies et se définissent en fonction des rôles qu'un homme occupe, des comportements qu'il adopte et des relations qu'il entretient au sein de la société(Coles, 2009; Connell et Messerschmidt, 2005; Wilson et al., 2021). Ainsi, les masculinités ont une influence sur la façon dont les hommes vivent et interprètent les événements de vie autant selon un point de vue relationnel, psychologique que comportemental. L'expression des masculinités a donc une influence importante sur la santé et le bien-être des hommes, dont la santé mentale des hommes(American Psychological Association, 2018; Kiselica et al., 2016). De multiples masculinités coexistent, cependant, le fait de se conformer à certaines normes, dont celles de la masculinité traditionnelle ou hégémonique, sont plus susceptibles d'engendrer de la détresse, des problèmes de santé mentale ou de limiter l'accès aux services en santé mentale(Wong et al., 2017).

3.2 Normes de la masculinité hégémonique

Parmi les nombreuses masculinités qui coexistent, l'une est socialement privilégiée aux autres masculinités et idéalisée par la culture dominante. Cette dernière est identifiée comme masculinité hégémonique ou traditionnelle. La masculinité hégémonique, initialement introduite dans les années 1980, maintenant reconnues internationalement, suppose que les autres masculinités sont inférieures à la masculinité hégémonique(Coles, 2009; Connell et Messerschmidt, 2005). Malgré les divergences en ce qui trait à certains aspects des idéologies des masculinités, consensus se dégage parmi les chercheurs à l'effet qu'il existerait des normes ayant une influence sur de larges segments de la population, notamment : l'anti-féminité, le succès, l'évitement de l'apparence de faiblesse, l'aventure, le risque et la violence associés à la masculinité hégémonique(Levant et Richmond, 2007) .

Selon cette vision, les hommes adhérant aux caractéristiques de la masculinité hégémonique sont conditionnés pour imposer leur pouvoir et leur dominance envers les autres

hommes, les femmes ou d'autres groupes, telles des minorités sexuelles ou ethniques(Levant et al., 2022; Seager et Barry, 2019). Ces comportements masculins créent une hiérarchie entre divers individus et instaurent une forme de « privilège masculin » et appuient le patriarcat(Seager et Barry, 2019).

Plusieurs normes relatives aux rôles de genre (*gender roles norms*) sont associées à la masculinité traditionnelle, tels le contrôle émotionnel, la prise de risque, la violence, la dominance, être un playboy, l'autosuffisance, la primauté du travail, le pouvoir sur les femmes, l'autoreprésentation hétérosexuelle, la recherche de statut et gagner(Jbilou et al., 2021; Mahalik et al., 2003). Ces normes relatives aux rôles de genre sont omniprésentes dans la culture occidentale. Elles sont généralement façonnées par les groupes hiérarchiquement plus dominants de la société et sont relayées aux autres par l'imposition de standards et d'attentes(Jbilou et al., 2021).

Une méta-analyse soutient que certaines normes de la masculinité traditionnelle sont davantage en lien avec des troubles de santé mentale(Wong et al., 2017). Ces normes en question pourraient expliquer la difficulté d'attraction et de rétention des hommes dans les services en santé mentale. En effet, le fait de restreindre ou de supprimer certaines émotions(contrôle émotionnel), l'aversion à demander de l'aide (autosuffisance) et le désir général d'avoir un contrôle personnel sur des situations (dominance) entrent particulièrement en conflit avec la recherche d'aide pour des problèmes de santé mentale et corollairement avec l'accessibilité aux services en santé mentale(Pirkis et al., 2017; Seidler et al., 2016; Seidler et al., 2019).

L'adhésion à différentes caractéristiques de la masculinité hégémonique empêcherait des hommes à reconnaître, divulguer et chercher de l'aide pour des problèmes de santé mentale(Levant et Richmond, 2016; Li et Gal, 2021; Milner et al., 2018). Une étude de Levant et al. (2022) révèle que l'adhésion aux normes de la masculinité traditionnelle rend moins probable la recherche de services en santé mentale et que l'autostigmatisation la limiterait aussi. Ces résultats ont aussi souligné que ces relations se maintiennent indépendamment de la race, de l'ethnie ou de l'orientation sexuelle. Ainsi, un homme qui adhère aux normes de la masculinité

traditionnelle serait moins enclin à se diriger vers des services en santé mentale et à consulter. Cependant, s'il présente des symptômes dépressifs importants, les résultats indiquent qu'il irait vers les services de santé mentale(Levant et al., 2022). Aussi, l'adhésion à diverses normes de la masculinité traditionnelle serait liée à un plus grand risque d'idéation suicidaire chez les hommes(King et al., 2020; Pirkis et al., 2017).

3.3 Les hommes et les services en santé mentale

Différentes difficultés fréquemment rencontrées en thérapie ou lors de suivis en santé mentale ont été répertoriées. De nombreuses études recensent une tendance claire : les hommes sont moins susceptibles de demander de l'aide ou d'accéder à des services en santé mentale. Par exemple, pour ce qui est du Québec, en les comparant aux femmes, les hommes sont 1,2 à 2 fois moins susceptibles de demander de l'aide, d'utiliser des médicaments prescrits et de percevoir le besoin d'obtenir des services(Roy et al., 2017). En Amérique du Nord, les femmes sont environ deux fois plus susceptibles d'utiliser des services en santé mentale que les hommes(Vasiliadis et al., 2007). Les données sont similaires ailleurs dans le monde. Dans une étude longitudinale australienne, il a été rapporté qu'un homme sur quatre a mentionné qu'il ne demanderait de l'aide à personne s'il avait des problèmes d'ordre émotionnel ou personnel(Terhaag et al., 2020). Ainsi, les hommes sont moins susceptibles d'accéder à de l'aide lorsqu'ils en ont besoin et sont moins enclins à recevoir des services de la part d'un professionnel de la santé(Affleck et al., 2018; Seidler, Wilson, Kealy, et al., 2021).

De plus, les hommes débutent fréquemment un suivi en santé mentale suite à la demande de leurs proches. Le processus avant de se diriger vers les services en santé mentale est ainsi long et laborieux, et souvent déterminé par une situation de crise(Seidler et al., 2016; Seidler, Rice, Oliffe, et al., 2018).

Plus encore, une fois dirigés vers des services en santé mentale, les hommes sont aussi plus sujets à participer à moins de rendez-vous et de cesser les services en santé mentale avant que leurs problèmes ne soient résolus. Ces comportements limitent donc l'efficacité des suivis en santé mentale auprès des hommes(Seidler, Wilson, Kealy, et al., 2021).

3.4 Adaptation d'interventions en santé mentale pour les hommes

Dans un contexte où les besoins de plusieurs hommes sont différents et qu'ils se dirigent moins vers les services en santé mentale, il devient pertinent de se pencher sur les diverses interventions et approches qui pourraient être mises en place. Ainsi, des chercheurs québécois ont créé le *Gender-responsive framework* en se basant sur les données fournies par l'Institut de recherche en santé du Canada et l'Organisation mondiale de la Santé(Roy et al., 2022). Cet outil permet de déterminer dans quelle mesure les actions et interventions concernant la santé et le bien-être des hommes perpétuent ou réduisent les inégalités liées au genre(Roy et al., 2022). Il comprend quatre niveaux allant d'approches qui ne tiennent pas compte du genre, qui sont sensibles au genre, qui sont spécifiques au genre ou qui sont transformatrices en fonction du genre.

Cette dernière approche considère les normes, les rôles et les relations de genre, peu importe le genre de la personne. Elle reconnaît aussi que les normes, les rôles et les relations de genre ont une influence sur l'accessibilité aux ressources. Non seulement l'approche tient compte des besoins spécifiques à un genre, mais elle vise également à fournir des moyens pour transformer ces iniquités fondées sur le genre. Au final, l'approche transformatrice en fonction du genre promeut l'égalité des genres(Roy et al., 2022).

Dans les dernières années, au Québec, le *Plan d'action en santé et bien-être des hommes 2017-2022* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017) a été mis sur pied afin de limiter les iniquités fondées sur les genres(Roy et al., 2017). L'objectif de ce plan était de :

Améliorer l'accessibilité aux services et mieux répondre aux besoins des hommes et des garçons, notamment en contexte de vulnérabilité; de sensibiliser les gestionnaires et le personnel du réseau de la santé et des services sociaux aux réalités masculines afin qu'ils se sentent mieux outillés pour répondre aux besoins de la population; et de réduire les conséquences et les coûts sociaux des problèmes associés aux vulnérabilités masculines pour le mieux-être de toute la collectivité québécoise(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Certaines actions à ce jour ont été entreprises par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour atteindre ces objectifs. Par exemple, dans certaines régions sociosanitaires,

des actions ont été entreprises comme la diffusion d'un guide de bonnes pratiques, la mobilisation des gestionnaires de première ligne ou encore d'offrir des activités de formation afin de favoriser l'adaptation des pratiques aux réalités masculines(Comité régional en santé et bien-être des hommes, 2021). Toutefois, les différents indicateurs de progression et d'atteinte des objectifs au niveau provincial ne sont pas disponibles.

3.5 Barrières et facilitateurs à l'implantation d'interventions adaptées aux hommes

Dans les dernières années, plusieurs études ont étudié les différentes barrières limitant la qualité et l'adéquation des soins en santé mentale offerts aux hommes. Les différentes barrières relevées provenaient autant d'un aspect proximal à la relation thérapeutique que d'aspects organisationnels.

Plusieurs études ont recensé des barrières concernant les attitudes des thérapeutes ou des intervenants en santé mentale. En effet, les normes relatives aux rôles de genre expliqueraient en partie pourquoi plusieurs professionnels de la santé sont moins portés à se questionner quant aux souffrances des hommes, un sujet pouvant être plus émotif(Courtenay, 2000; Möller-Leimkühler, 2002). Ces biais combinés aux manifestations atypiques de certains troubles de santé mentale, souvent des symptômes externalisés, peuvent mener à moins de conclusions diagnostiques chez la clientèle masculine(Borowsky et al., 2000; Doherty et Kartalova-O'Doherty, 2010; Rice et al., 2015). Par le fait même, les attitudes et approches verbales ou non-verbales des professionnels de la santé peuvent en venir à influencer les hommes à croire que les services en santé mentale ne sont pas adaptés à eux. Ces façons d'intervenir peuvent mener à une minimisation de leurs symptômes et difficultés(Mahalik et al., 2012; O'Brien et al., 2005).

Les difficultés pouvant être vécues par les thérapeutes lorsqu'ils interviennent auprès des hommes ont aussi été investiguées. L'engagement et le dévouement fluctuants des hommes, le fait que les hommes sont « mal équipés » pour la thérapie et le fait que les thérapeutes doutent des balises à instaurer en ce qui trait à la gestion des émotions se sont avérés des facteurs pouvant expliquer les difficultés des thérapeutes à intervenir auprès des hommes(Seidler, Wilson, Trail, et

al., 2021). De plus, selon une étude menée auprès d'hommes australiens, plusieurs barrières à recevoir un suivi relevaient de considérations d'ordre personnel ou structurel. Ces hommes étaient d'avis qu'ils ne savaient pas quoi chercher chez un thérapeute, que les services étaient pour des personnes tristes et désespérées et qu'ils pouvaient régler leurs problèmes eux-mêmes(Seidler et al., 2020).

Des barrières organisationnelles ont aussi été identifiées. Les services en santé mentale seraient intrinsèquement « féminisés », de par les approches thérapeutiques qui amènent souvent les clients à discuter de leurs émotions, de leurs vulnérabilités et d'un dévoilement de soi. De plus, les services en santé mentale sont souvent offerts par des thérapeutes féminines, ce qui peut causer à la fois un facilitateur qu'une barrière(Affleck et al., 2018; Liddon et al., 2018; Morison et al., 2014).

3.6 Pistes d'interventions prometteuses

Au courant des dernières années, l'efficacité de nombreuses interventions et d'approches a été évaluée et a porté fruit. De nombreuses recommandations émanent des écrits scientifiques.

À la lumière des connaissances actuelles, de nombreuses recommandations ont été émises pour les travailleurs de la santé travaillant auprès d'hommes avec un trouble de santé mentale. Pour n'en nommer que quelques-unes, les soins centrés sur la personne devraient être priorisés puisque ceux-ci engagent davantage les hommes dans le processus de soins(Seidler, Rice, River, et al., 2018; Vassallo et al., 2021). Puis, une autre recommandation serait d'adopter une approche orientée vers l'action et vers les solutions(Seidler, Rice, River, et al., 2018). Le fait d'accentuer les soins en santé mentale sur l'action et les solutions viendrait moins confronter certaines normes liées à la masculinité hégémonique. Par exemple, le fait de proposer des services orientés vers l'action et les solutions viendrait moins placer les hommes dans une dépendance passive et miserait davantage sur les aptitudes de résolution de problèmes et d'autogestion(Richards et Bedi, 2015, cités dans Seidler, Rice, River, et al., 2018).

Aussi, plusieurs pistes prometteuses sont étudiées actuellement selon une vision qui va au-delà de la rencontre thérapeute-homme individuelle. En Australie, un programme de formation en ligne destiné aux cliniciens est actuellement en cours d'évaluation. Les résultats préliminaires du projet pilote ont démontré l'acceptabilité, la faisabilité et l'efficacité potentielle du programme de formation(Seidler, Wilson, Toogood, Oliffe, Kealy, Ogrodniczuk, Owen, Lee, et al., 2022; Seidler, Wilson, Toogood, Oliffe, Kealy, Ogrodniczuk, Owen, Mackinnon, et al., 2022). Une autre initiative est celle des *Men's Sheds* en Irlande, soit des lieux communautaires qui ont pour objectif d'atteindre les hommes difficilement accessibles dans les services traditionnels. Ces *sheds* ont été efficaces auprès d'hommes plus vulnérables, isolés ou solitaires afin de promouvoir de façon informelle au travers d'activités (par exemple de la musique, de la pêche, de l'ébénisterie) différents aspects concernant leur santé et leur bien-être selon une vision holistique(Irish Men's Sheds Association, 2019; McGrath et al., 2022).

Ces quelques recommandations s'apparentent grandement à plusieurs aspects fondamentaux en ergothérapie tel le fait d'être centré sur le client et ses besoins, d'habiliter le client aux occupations, à adapter sa pratique en faisant instaurant des pratiques novatrices et émergentes. Ces différentes recommandations témoignent du rôle important que pourrait occuper l'ergothérapeute en santé mentale en intervenant auprès des hommes.

La présente étude s'inscrit dans une visée d'exploration des services en santé mentale afin de limiter les iniquités en ce qui trait aux services offerts en santé mentale, en congruence avec l'approche transformatrice en fonction du genre(Roy et al., 2022).

Dans cette recension des écrits, il a été question de mettre en lumière que l'adhésion à différentes normes sociales, telles les normes de la masculinité traditionnelle ont des effets néfastes sur le fait d'aller chercher de l'aide pour sa santé mentale ou son bien-être, tels des services en santé mentale. Plusieurs recommandations ont été émises par la communauté scientifique à l'échelle internationale pour assurer une adaptation des services en santé mentale aux réalités masculines. Or, aucune recommandation concernant les interventions en santé mentale à prioriser auprès des hommes n'a été émise à l'égard des ergothérapeutes. La faisabilité

de l'application de ces diverses recommandations en ergothérapie n'a pas fait l'objet d'approfondissements.

4. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif de cette recherche est d'explorer comment la pratique actuelle des ergothérapeutes en santé mentale au Québec qui interviennent auprès des hommes pourrait être adaptée dans le futur. Cet objectif s'inscrit dans une visée d'exploration des services en santé mentale afin de limiter les iniquités en ce qui trait aux services offerts en santé mentale aux hommes, en congruence avec l'approche transformatrice en fonction du genre(Roy et al., 2022). La question de recherche principale de cette étude est : quelles sont les interventions/approches à prioriser pour intervenir auprès des hommes en santé mentale en ergothérapie ?

Dans un deuxième temps, l'autre question de recherche de cette étude est la suivante : quels sont les barrières ou facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie en santé mentale ?

5. CADRES CONCEPTUELS

En recherche qualitative, le cadre conceptuel est utilisé pour donner un sens aux données recueillies(Fortin et Gagnon, 2016). Il s'agit d'un « ensemble de concepts interreliés qui représentent et transmettent symboliquement une image mentale d'un phénomène »(Fortin et Gagnon, 2016). Dans cette section, les deux cadres utilisés dans cette étude seront présentés. L'un en lien avec les masculinités a aidé pour la création de l'outil de transfert de connaissances. Alors que l'autre cadre conceptuel sera en lien avec les barrières et facilitateurs vécus auprès d'hommes en santé mentale afin de répondre au deuxième objectif de recherche.

5.1 Cadre théorique de la masculinité positive

Dans ce projet de recherche, le cadre théorique principal retenu est celui de la masculinité positive(Wilson et al., 2021), initialement créé pour guider de futures interventions à caractère psychosocial en milieu scolaire chez les jeunes adolescents âgés de 12 à 18 ans. Ce cadre théorique s'appuie sur les données probantes les plus récentes et il permet de conceptualiser la masculinité d'une façon positive et prosociale. En d'autres mots, il permet de ne pas dépeindre les hommes comme des personnes imparfaites ou causant des torts à autrui(Mac an Ghaill et Haywood, 2012, cités dans Wilson et al., 2021).

Plusieurs éléments de ce cadre seront pertinents pour la création de l'outil de transfert de connaissance. En effet, ce cadre ne considère pas la masculinité comme un état permanent, mais plutôt comme quelque chose qui évolue au fil du temps. Par le fait même, ce cadre prône donc la pluralité de masculinités, c'est-à-dire qu'il n'idéalise pas une seule masculinité et valorise donc une multitude de masculinités qui sont moins dommageables, autant pour l'homme que pour ses pairs. Ce cadre aborde une vision écologique de la masculinité, ne considérant ainsi pas l'homme uniquement, mais aussi tous les systèmes (micro, méso, macro) qui l'entourent(Bronfenbrenner, 1992, cité dans Wilson et al., 2021), allant des relations proximales de l'individu(ex. amis et famille), à celle des groupes et des organisations jusqu'à un niveau distal soit au niveau de la société. De plus, l'élaboration de ce cadre s'est appuyée sur plusieurs autres théories dont la *Male reference group identity*, la *Precarious manhood theory* et des composantes de la théorie de

l'autodétermination(Wilson et al., 2021). Les concepts clés de ce cadre sont la « connaissance » (*knowing*) et « être »(*being*). Afin d'en faciliter la compréhension, une traduction libre du cadre est insérée dans cet essai.

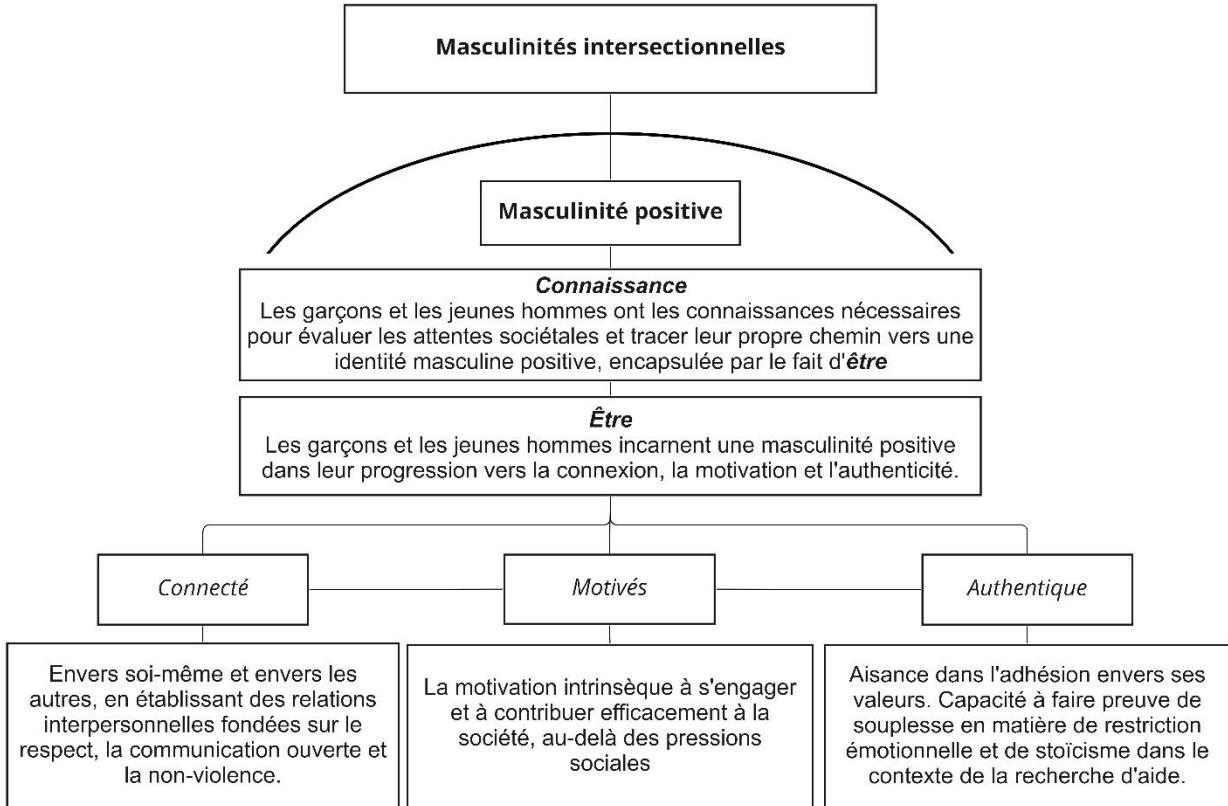


Figure 1. Cadre de la masculinité positive de Wilson et al. (2021)
 Traduction libre du *Positive masculinity framework*(Wilson et al., 2021, p. 7)
 (Reproduit avec l'autorisation des auteurs).

5.1.1 Connaissance

Le pilier du cadre théorique est la « *connaissance* ». *Elle* concerne autant les hommes que les personnes qui gravitent autour de l'homme, que ce soient les proches, les intervenants ou la communauté élargie. En soi, la *connaissance* fait référence à l'apprentissage de différents savoirs à l'égard de la masculinité positive ainsi que des diverses façons de sensibiliser et d'éduquer, de façon concrète, les hommes à une identité masculine positive. Cette identité masculine positive se définit ainsi : « Il s'agit plutôt d'un processus de développement continu vers l'incarnation de

qualités humaines positives d'une manière qui résonne pour les jeunes hommes masculins »(traduction libre de Wilson et al., 2021, p. 5).

5.1.2 Être

Être constitue le second pilier de ce cadre théorique. Le fait d'*être* permet aux hommes de promouvoir une masculinité positive et de tendre vers celle-ci. *Être connecté, être motivé et être authentique* permet d'actualiser le fait d'*être* un homme avec une identité masculine positive.

5.1.2.1 Connecté

Être connecté vise à la fois la connexion envers soi-même et dans les relations sociales. En effet, favoriser des relations interpersonnelles fondées sur le respect, l'égalité, la communication ouverte, la tolérance, l'empathie, l'amabilité et la non-violence permettrait de devenir plus connecté. Cette dimension du modèle diffère des idéologies promues par la masculinité traditionnelle qui est de ne pas s'investir émotionnellement dans des relations interpersonnelles.

5.1.2.2 Motivé

Être motivé correspond à la motivation intrinsèque à croître en tant qu'être humain, à s'engager et à contribuer efficacement à la société, au-delà des pressions sociales. Les pressions sociales agissent comme facteur de motivation. Or, il s'agit fréquemment d'une motivation extrinsèque, comme la croyance que des amis exercent une pression sur soi pour agir d'une certaine façon. Par exemple, des violences à caractères sexuels peuvent être interprétées à partir d'une perception erronée de l'avis des pairs.

5.1.2.3 Authentique

Être authentique facilite l'adhésion envers ses valeurs et promeut l'aisance à assumer sa propre identité masculine. Il s'agit de la capacité à faire preuve de souplesse en matière de restriction émotionnelle et de stoïcisme principalement dans le contexte de la recherche d'aide en favorisant l'ouverture, l'honnêteté, l'intégrité, la compassion et l'humilité.

5.2 Cadre conceptuel des obstacles et des facilitateurs de l'implémentation du partage des tâches en santé mentale (BeFITS-MH)

Afin de répondre à la seconde question de recherche, le cadre *Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health (BeFITS-MH) conceptual framework* (Le et al., 2022) est conçu pour répertorier les barrières et facilitateurs afin d'identifier les déterminants liés à l'implantation de diverses pratiques en santé mentale. Il sera utilisé pour identifier et classifier les différents barrières et facilitateurs à l'implantation d'interventions en santé mentale adaptées aux hommes. Ce cadre conceptuel intègre les concepts des systèmes « micro », « méso » et « macro » (Bronfenbrenner, 1992 cité dans Wilson et al., 2021) afin de conférer une vision écologique des différents déterminants liés à l'implantation d'interventions(Figure 3). Il contient huit domaines principaux : le *client*, le *thérapeute*, la *famille* et la *communauté*, *l'organisation*, *l'aspect sociétal*, le *système de santé mentale*, *l'intervention* et le *stigma*.

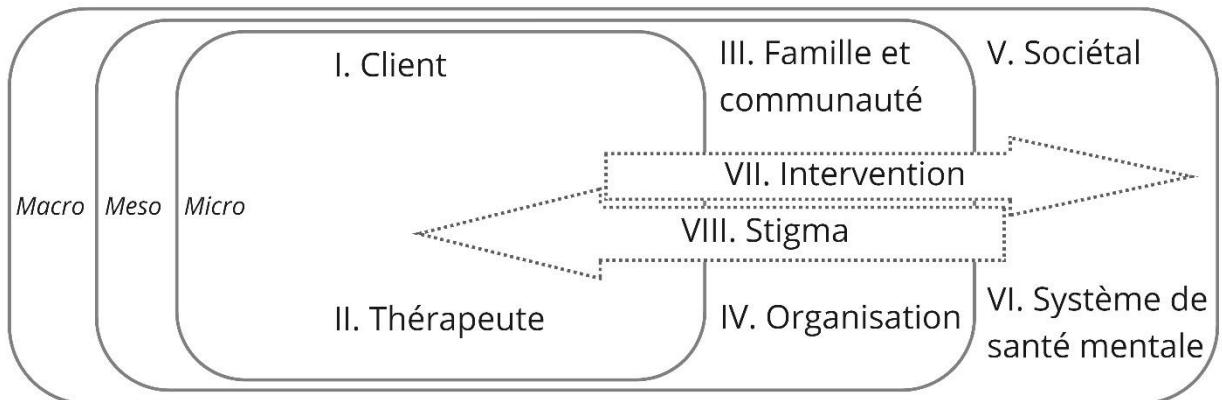


Figure 2. Cadre conceptuel des obstacles et des facilitateurs de l'implémentation du partage des tâches en santé mentale (BeFITS-MH) (Le et al., 2022)
 Traduction libre du *Barriers and Facilitators in Implementation of Task-Sharing Mental Health (BeFITS-MH) conceptual framework* (Le et al., 2022, p. 5)
 (Reproduit avec l'autorisation des auteurs)

La sphère micro, comporte les composantes *client* et *thérapeute*. Ces deux domaines micro sont imbriqués dans les sphères méso et macro. La *famille* et la *communauté* ainsi que les différentes caractéristiques de *l'organisation* (niveau méso) sont imbriquées dans les différents *aspects sociétaux* et les aspects propres au *système de santé mentale*(niveau macro).

Finalement les deux derniers domaines, soit *l'intervention* et la *stigmatisation*, sont considérés comme des facteurs pouvant influencer ou pouvant être influencés autant l'un par

l'autre, que par chacun des différents domaines décrits précédemment. Par exemple, les différents barrières et facilitateurs d'une intervention en santé mentale seront à la fois influencés par les caractéristiques d'ordre micro(p.ex. préférences du client et expérience du thérapeute), mais aussi par les différentes caractéristiques méso, soit de l'*organisation* (p. ex. suivi ponctuel, charge de cas imposée) et par l'encadrement des services par le *système de santé mentale*(p. ex. ressources humaines disponibles, politiques et finances).

Les différents concepts de ce cadre conceptuel permettront de dresser un portrait sur les différents aspects qui peuvent avoir de près ou de loin une influence sur les interventions en santé mentale auprès des hommes. En associant chaque barrière et facilitateur rapporté par un ergothérapeute à un domaine, cela permettra d'illustrer les facteurs à considérer lors d'implantations d'interventions auprès des hommes.

6. MÉTHODE

Cette section abordera la phase méthodologique liée à cette recherche. Elle précisera le devis de recherche, les participants, le recrutement, la collecte de données et l'analyse de ces données ainsi que les considérations éthiques afin d'atteindre l'objectif de recherche et de répondre aux questions de recherche(Fortin et Gagnon, 2016).

6.1 Devis de recherche

Un devis de recherche qualitatif descriptif sera utilisé, plus précisément l'approche générale d'analyse inductive(Thomas, 2006). Il s'agit d'un « processus de réduction des données décrivant un ensemble de procédures visant à "donner un sens" à un corpus de données brutes, mais complexes, dans le but de faire émerger des catégories favorisant la production de nouvelles connaissances en recherche »(Blais et Martineau, 2006). Cette méthode d'analyse des données a été retenue puisque peu d'informations, voir aucune, sont disponibles concernant des interventions en ergothérapie en santé mentale adaptées aux hommes(Blais et Martineau, 2006).

6.2 Recrutement des participants

Les participants ont été recrutés par le biais une stratégie d'échantillonnage non-probabiliste intentionnelle. Ainsi, une affiche de recrutement invitant les ergothérapeutes à participer à la recherche a été publiée sur des groupes de communauté de pratique tels que les groupes Facebook « Ergothérapie QUÉBEC » et « Ergothérapie santé mentale Québec ». Les informations concernant la recherche, l'implication requise, les critères d'inclusion ainsi que les coordonnées du chercheur étaient inclus dans l'affiche(Annexe E). Les critères d'inclusion étaient que les participants de cette recherche devaient être ergothérapeutes, travailler dans le domaine de la santé mentale au Québec et intervenir auprès d'une clientèle masculine. Il n'y avait aucun critère d'exclusion pour cette étude. Les personnes répondant aux critères d'inclusions et désirant participer ont été invitées à contacter l'étudiant chercheur.

Pour ce projet de recherche, cinq ergothérapeutes travaillant en santé mentale au Québec ont été recrutés. Ce nombre était jugé suffisant pour approfondir la thématique de l'essai tout en respectant les délais limités liés au cadre de l'essai.

6.3 Méthode de collecte des données

Des entrevues semi-structurées individuelles d'une durée de 45 à 75 minutes ont ensuite permis de collecter les données auprès des participants. Cette méthode de collecte de données a été retenue puisqu'elle est pertinente lorsque l'on veut recueillir « leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés »(Fortin et Gagnon, 2016). Ces entrevues ont eu lieu via la plateforme de vidéoconférence Zoom et ont été enregistrées.

6.4 Déroulement

Chaque participant a été rencontré individuellement via la plateforme de vidéoconférence Zoom. Un bref questionnaire sociodémographique a été rempli au début de l'entrevue, contenant le genre, le nombre d'années d'expérience, le fait d'avoir suivi des formations sur l'approche adaptée aux hommes et les types de pratique en santé mentale actuels et antérieurs(Annexe B). Par la suite, un canevas d'entrevue contenant différentes questions ouvertes et informations clés a été utilisé dans chacune des entrevues semi-dirigées (Annexe C) afin de veiller à ce que tous les thèmes devant être abordés soient discutés. Au courant de l'entrevue, les connaissances organisées dans une carte conceptuelle ont été présentées. Les principaux thèmes abordés durant l'entrevue étaient les masculinités et leurs concepts centraux, les normes de la masculinité traditionnelle et leurs répercussions en suivi en santé mentale, l'adaptation des services en santé mentale et le sentiment de compétence à intervenir auprès des hommes en santé mentale. Le guide d'entrevue a permis de conserver une ligne directrice tout au long des entrevues. Les différents thèmes abordés étaient en lien avec les objectifs de l'étude : les différentes interventions ou approches qui ont été utilisées par les ergothérapeutes lors d'interventions auprès de leurs clients masculins en santé mentale ainsi que les barrières et facilitateurs à l'implantation de l'approche spécifique aux hommes.

6.5 Analyse des données

Le devis de cette étude qualitative étant inspiré de l'approche générale d'analyse inductive de Thomas(2006), diverses étapes d'extraction de données ont eu lieu. Ce processus de réduction des données débute par la préparation des données brutes, en l'occurrence les verbatims d'entrevues. Les verbatim ont d'abord été transcrits. Puis, la méthode d'analyse des données a été inductive(Fortin et Gagnon, 2016). Les transcriptions des entrevues ont été traitées à l'aide du logiciel NVivo. Avec ce logiciel, les transcriptions ont été fragmentées en unités d'analyse qui elles, ont été codées afin de faire ressortir les concepts clés des données brutes(Fortin et Gagnon, 2016). Une fois l'analyse de contenu réalisée, des liens ont été établis entre la littérature scientifique et les données obtenues lors des entrevues avec les ergothérapeutes. Finalement, la révision et le raffinement des catégories ont été poursuivis.

6.6 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières le 18 mai 2022 : CER-22-287-07.06(Annexe D).

7. RÉSULTATS

Dans cette section, les résultats de l'étude seront présentés. Tout d'abord, les caractéristiques des participants seront décrites. Par la suite, une présentation des résultats issus des entrevues aura lieu concernant les interventions ou approches priorisées par les participants pour intervenir auprès des hommes en santé mentale. Les barrières et facilitateurs rapportés par les participants à la mise en place d'interventions en santé mentale adaptées aux hommes seront exposés.

7.1 Caractéristiques des participants

L'étude a été menée auprès de cinq ergothérapeutes québécois travaillant en santé mentale au Québec. Les cinq participants recrutés s'identifiaient au genre féminin¹. Leur expérience comme ergothérapeute en santé mentale variait entre 5 et 30 années de pratique. Parmi les participantes, deux d'entre elles ont suivi une formation sur l'approche adaptée aux hommes. Une participante a suivi une formation il y a 20 ans et celle-ci l'a trouvée peu pertinente. Les participantes recrutées provenaient de milieux de pratiques diversifiés.

¹ Pour simplifier la lecture, le terme *participantes* sera privilégié dans les sections subséquentes étant donné l'absence de participants masculins.

Tableau 1.
Caractéristiques des participantes

Participante	Genre	Années d'expérience en santé mentale	Reçu une formation pour intervenir auprès des hommes ?	Secteur	Type de pratique en santé mentale	Type de pratique en santé mentale antérieurement
Participante 1	Féminin	Entre 20 et 30 ans	Oui	Privé	Réadaptation au travail (troubles mentaux courant)	Milieu fédéral masculin en santé mentale, hôpital de jour, équipe itinérance, unité d'hospitalisation interne axée sur la réinsertion sociale de jeunes psychotiques, SIM, SIV
Participante 2	Féminin	Entre 10 et 20 ans	Oui	Privé	Réadaptation au travail (troubles mentaux courant)	
Participante 3	Féminin	Entre 10 et 20 ans	Non	Public	Clinique externe	
Participante 4	Féminin	Entre 5 et 10 ans	Non	Public	Programme pour premiers épisodes psychotiques	
Participante 5	Féminin	Entre 5 et 10 ans	Non	Public	Unité d'hospitalisation	

7.2 Processus d'adaptation des services pour intervenir auprès des hommes

L'objectif principal de cette recherche était d'explorer comment la pratique actuelle et future des ergothérapeutes en santé mentale au Québec qui interviennent auprès des hommes pourrait être adaptée dans le futur. Cinq processus actuels concernant l'adaptation des services en ergothérapie en santé mentale ont été mis en évidence lors de l'analyse des données(Figure 4).

En fonction des réponses obtenues de la part des ergothérapeutes concernant les interventions réalisées ou priorisées auprès des clients masculins, cinq processus principaux ont émergé suite à l'analyse qualitative des entrevues. Le processus principal des participantes était d'être centré sur le client. Lorsque des enjeux sont perçus comme en lien avec les masculinités, ils sont selon une compréhension de la masculinité traditionnelle. La compréhension des besoins des hommes et l'élaboration des interventions sont aussi tributaires des expériences personnelles des ergothérapeutes, de leur perception des enjeux de genre ainsi que des enjeux de séduction.

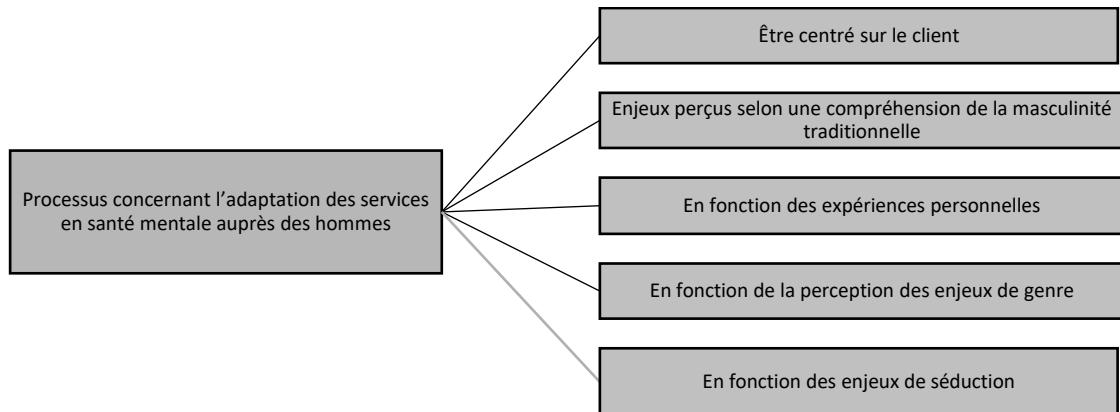


Figure 3. Processus concernant l'adaptation des services en santé mentale auprès des hommes

7.2.1 Être centré sur le client

Le processus principal concernant l'adaptation des services en santé mentale destinés aux hommes est d'être centré sur le client et ses besoins. Les ergothérapeutes comprennent les besoins du client et interviennent en adoptant d'abord et avant tout une approche centrée sur le client. Les interventions priorisées sont orientées en fonction de ce qu'elles ont compris du client et de ce que le client désire travailler, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un homme. L'approche casuistique, au cas par cas, est bien illustrée par une participante :

Puis, je réalise qu'on s'adapte vraiment au client. Puis, c'est quoi les difficultés qui se présentent sans les mettre "c'est dû à la masculinité" ou "c'est dû à la psychose", ou "c'est dû à ça". Je pense qu'on y va plus large, mais je trouve ça intéressant d'essayer de décortiquer un peu d'où ça peut venir ces rigidités-là. (...) Au final, on est 100 % centré sur le client. Je ne pense pas qu'on pourrait l'être plus que ça.

Les interventions sont taillées en fonction des besoins nommés par les clients ou en fonction des besoins qu'elles ont ciblés. Ainsi, lorsque leur client est un homme, la décision d'intervenir d'une certaine façon est prise en fonction des besoins qui ont émergé lors de l'entrevue d'évaluation avec le client : « Mais jusqu'à maintenant, je pense que c'est toujours de cerner qui on a devant nous, puis d'essayer de voir comment adapter le suivi. » Les interventions sont adaptées en fonction de la problématique du client et non en fonction du genre du client. Le genre du client influencera peu les interventions. Même si les participantes adoptent une

approche centrée sur le client, la création d'un lien thérapeutique se fait davantage en axant sur la problématique plutôt que sur le genre.

7.2.2 Compréhension basée selon une vision de la masculinité traditionnelle

Le deuxième processus concernant l'adaptation des services en santé mentale aux hommes est que lorsqu'un thérapeute perçoit des enjeux pouvant être en lien avec les masculinités, ces derniers sont presque exclusivement perçus selon une vision de la masculinité traditionnelle. De ce fait, les interventions découlant de l'évaluation des besoins du client sont majoritairement axées sur les enjeux fréquemment associés à la masculinité traditionnelle. Une grande proportion des défis rencontrés sont expliqués par les ergothérapeutes par des caractéristiques associées à la masculinité traditionnelle tels la restriction émotionnelle, les accès de colère ainsi que la pudeur des hommes à exposer sa ou ses vulnérabilités à autrui. Dans l'extrait suivant, la difficulté de plusieurs clients à exprimer leurs émotions, soit la restriction émotionnelle, en raison d'une représentation sociétale de l'homme comme étant stoïque est illustrée :

Des fois, ils sont un petit peu pris au dépourvu avec certaines émotions, genre de la tristesse et tout ça. Puis, il y a plus un clash avec ce qu'ils sentent, ce qu'ils pensent qu'ils ressentent. Mais une fois qu'on réconcilie tout ça, je vais dire, l'image du "gros gars tough qui a le droit de pleurer", une fois qu'on a remis ça que ce n'est pas foncièrement incongruent. Je ne suis pas sûre que ça va bien [en psychothérapie], mais en ergo ça va super bien.

Une autre perception que les ergothérapeutes comprennent et interviennent auprès des hommes selon une compréhension de la masculinité traditionnelle est que les clients ont tendance à avoir plus d'accès de colère ou des comportements plus violents. À maintes reprises, lorsque le client est contrarié lors des suivis ou encore d'un dévoilement de leur vulnérabilité, certains clients rétorquent à l'aide d'attaques personnelles ou d'accès de colère. Différentes ergothérapeutes incluent la gestion de la colère dans leurs interventions en santé mentale, comme le témoigne cet extrait :

Il faut être à l'aise nous aussi, avec cette intensité-là émotionnelle. Donc, si on ne l'est pas, puis qu'on cherche nous-mêmes, en tant que thérapeute à la calmer.

Alors que dans les faits, il faut la laisser s'extérioriser de façon sécuritaire. Ben on ne fait pas notre travail en tant que thérapeute. Puis ça, en tant que thérapeute, ça nous demande d'être à l'aise avec ça, et il faut avoir fait nous-mêmes un travail là-dessus, puis avoir fait un travail surtout sur nous-mêmes, sur l'intensité émotionnelle, parce qu'ils en ont, eux, une intensité, ils ne la laissent jamais sortir. Fait que s'ils n'ont pas un foyer pour la laisser sortir, ben c'est sûr qu'ils ne font pas confiance. Ils ne reviendront pas la prochaine fois et ils vont penser que c'est eux le problème. (...) Ils peuvent avoir une intensité à un moment donné. On va le nommer, mais pas en disant que c'est problématique.

7.2.3 En fonction des expériences personnelles

Les différentes expériences vécues dans la vie personnelle des ergothérapeutes ont permis parfois d'être davantage sensibilisées aux différents types de masculinités, alors que dans d'autres situations, il est plus difficile d'avoir du recul sur la situation.

Par exemple, le fait d'avoir des amis masculins issus de la multiculturalité conscientise aux manifestations des masculinités chez des hommes de diverses cultures. Le fait d'avoir grandi dans un environnement tolérant et diversifié peut expliquer l'ouverture d'esprit pour de nombreux enjeux comme les masculinités. Aussi, la formation en ergothérapie favoriserait la sensibilité aux différents enjeux de genres pouvant se présenter lors des suivis en santé mentale.

Parfois, les expériences de vie personnelles sont au service des meilleures interventions, alors que d'autres fois, certains biais peuvent impacter les interventions. Ainsi, certains clients ou certaines situations rencontrées par des ergothérapeutes leur faisaient penser à un de leur proche et affectaient leurs perceptions de certains enjeux lors de leurs suivis, tel que mis en lumière dans l'extrait suivant :

Quand tu parles inconscient, c'est parce que quand quelqu'un me fait penser à, mettons mon père... je ne sais pas. Je pense que j'adapte les choses parce que mon père y a un trouble déficit d'attention, en plus. Donc, c'est de capter l'attention de l'homme qui est devant moi, là, puis de m'ajuster en étant stimulante.

7.2.4 En fonction de la perception des enjeux liés au genre

Les analyses ont mis en évidence un autre processus quant à l'adaptation des services en santé mentale auprès des hommes qui est d'offrir des services propres au sexe masculin et d'autres fois, des services propres au genre masculin. Peu de nuances sont faites entre des interventions exclusives au sexe masculin, telles la dysfonction érectile et les interventions propres au genre masculin, en d'autres termes à la masculinité, tel le besoin de se défouler. Par exemple, à plusieurs reprises, les interventions en lien avec la sexualité, tel les troubles de dysfonction érectile ont été ciblées par les participantes comme étant adaptées au genre masculin, alors qu'en réalité, il s'agit d'avantage d'interventions adaptées au sexe masculin.

Probablement qu'à un moment donné, j'ai normalisé que ça pourrait ne pas être confortable de discuter de tout ça avec quelqu'un, avec quelqu'un d'autre de sexe opposé. Dépendamment de c'est quoi, soit l'orientation sexuelle ou peu importe. Parce que j'aborde quand même la sexualité avec les gens. Mais ça peut rendre inconfortable. Par exemple, je parle de dysfonction érectile en fait. (...) Ouais, j'adapte à l'homme, mais c'est une manière d'aborder le sujet de la sexualité d'une manière qui est moins confrontante.

De plus, diverses interventions ou approches sont choisies afin de ne pas aborder trop en profondeur des aspects trop émotionnels à certains moments dans leurs suivis auprès du genre masculin, qui peut présenter une certaine restriction émotionnelle. Par exemple, le fait de mettre l'homme en action en plus de préserver son égo à certains moments dans le processus thérapeutique a été priorisé par les ergothérapeutes à plusieurs reprises :

Il y avait aussi la notion de préserver un petit peu l'ego [des clients hommes] où justement de ne pas être confrontant.

Aussi, des interventions rationnelles traitant de la gestion de la colère et de l'agressivité ont été préconisées. Ces dernières interventions sont liées avec les normes de la masculinité traditionnelle tels la violence et le contrôle émotionnel :

Donc je vais souvent passer par le chemin beaucoup plus rationnel avec eux. En fait, moi j'aime beaucoup utiliser la colère parce que c'est souvent une émotion qu'ils ressentent, qui est identifiée plus facilement. Je vais leur expliquer déjà en

partant l'aspect multifactoriel de la colère. Puis, pourquoi est-ce que la colère peut arriver ? Je dis que l'émotion de la colère, c'est un signal pour te dire quelque chose qui se passe, puis ça peut, que tes besoins de base ne sont pas répondus.

7.2.5 En fonction des enjeux de séduction

Au Québec, 92,3 % des 6200 ergothérapeutes sont des femmes(Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2022). Plusieurs hommes recevant des services en ergothérapie en santé mentale vont donc avoir des ergothérapeutes qui sont des femmes. Les rapports de séduction qui peuvent survenir lorsqu'un client homme reçoit l'intervention d'un ergothérapeute femme constituent un autre facteur susceptible d'influencer l'intervention. Ainsi, puisque le développement du lien thérapeutique est essentiel dans les services en santé mentale, un lien affectif authentique est fréquemment développé, ce qui est parfois inhabituel pour certains hommes. Plusieurs normes de la masculinité traditionnelle peuvent entrer en conflit lors d'un suivi auprès d'une ergothérapeute femme comme le contrôle émotionnel, le fait d'« être un playboy », le pouvoir sur les femmes et l'autoreprésentation hétérosexuelle.

Ainsi, l'ergothérapeute doit fréquemment jongler avec ces rapports de séduction. Plusieurs stratégies ont été mises en évidence dont le fait de nommer le malaise que le thérapeute ressent, recadrer le client et se centrer sur le besoin à la source. Alors que d'autres sont plus tolérantes dans ce genre de situations. Ces rapports de séductions peuvent être pernicieux pour la relation thérapeutique et conséquemment pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Ce témoignage illustre qu'un changement d'intervenant est parfois envisagé pour recadrer ce genre de situations :

Il y a des moments, oui, il faut adapter. Dernièrement, c'est arrivé à ma collègue, le client, lui, il pensait qu'il venait en "date" quasiment à chaque rendez-vous. Ça, ça vient jouer, puis là il faut mettre des limites, c'est plus dans ce sens-là. Je pense que de ce côté-là, faut adapter nos interventions parfois. Alors que normalement, au PEP, on essaie quand même de créer un lien assez *friendly*, mais là il faut mettre plus de limites. Justement, on envisage un changement d'intervenant [pour un client] parce qu'en ce moment, lui, il ne nomme pas vraiment d'objectifs de réadaptation.

Alors que d'autres intervenantes ont l'habitude de nommer et d'aborder de façon constructive et rationnelle ces enjeux liés aux rapports de séduction afin de limiter la détresse pouvant être vécue par le client et faciliter le déroulement d'un lien thérapeutique sain :

Moi j'en ai que des fois, il faut aussi que je leur brise un peu le cœur. De faire, "non, on ne sera pas amis dans la vie de tous les jours". Moi je le vois beaucoup plus avec les hommes qu'une fois qu'ils connectent, on dirait qu'ils veulent plus décoller donc ils vivent une certaine détresse des fois à laisser le lien thérapeutique.

7.3 Barrières et facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie

Les différents barrières et facilitateurs à l'adaptation d'interventions en santé mentale auprès des hommes qui ont été rapportées par les participantes ont été résumés et sont présentés ci-dessous dans le schéma suivant(figure 5).

Il est à noter qu'un facilitateur peut à la fois constituer une barrière à l'intervention auprès des hommes, ainsi, ils ont été classés comme barrières ou facilitateurs en fonction des explications rapportées par les participantes. Les barrières et facilitateurs du schéma ont été associés aux domaines du BeFITS-MH(Le et al., 2022).

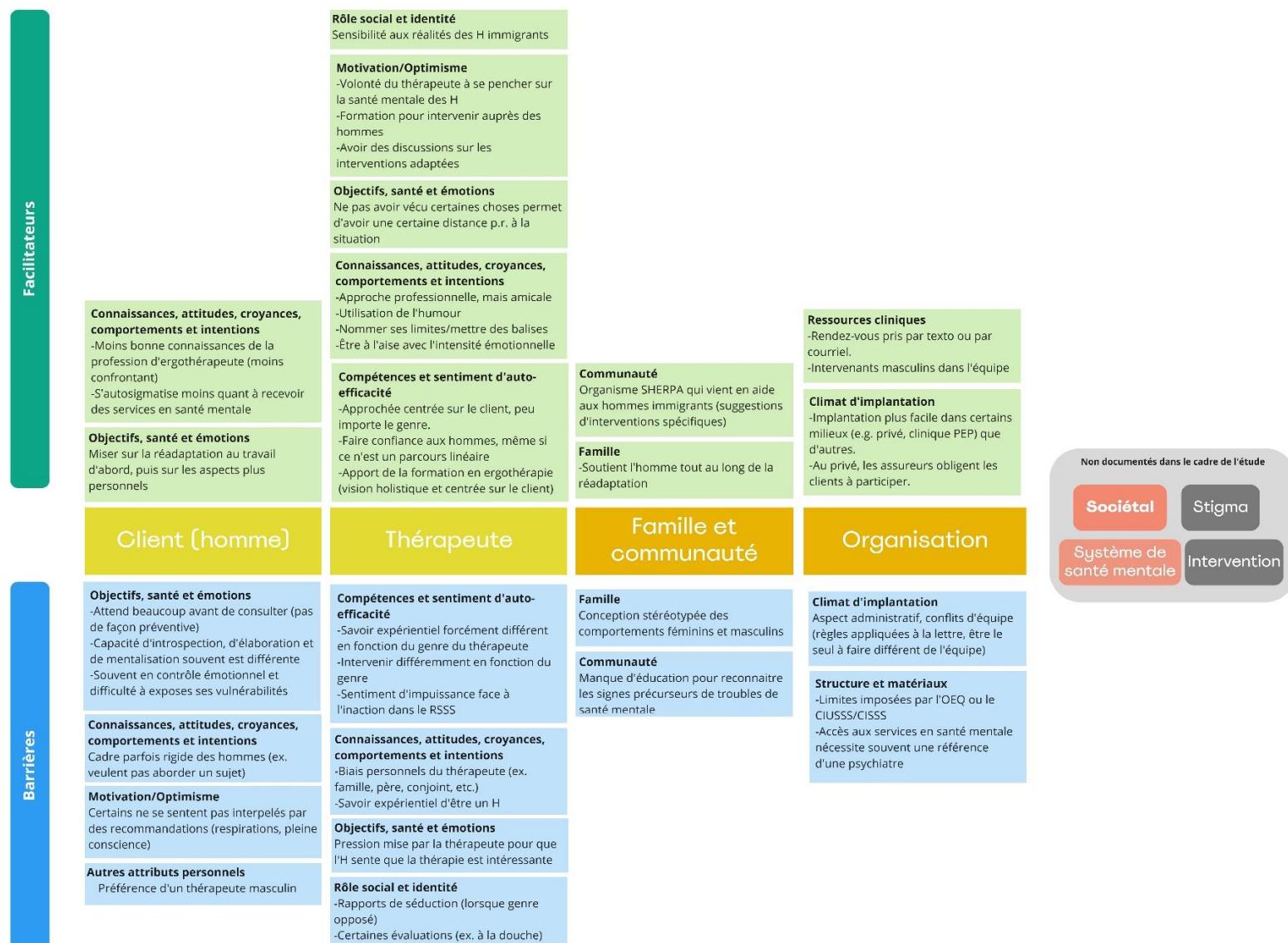


Figure 4. Barrières et facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie

7.3.1 Client

Plusieurs aspects concernant les barrières et facilitateurs concernant les caractéristiques des clients ont été retenus lors des analyses des données. Ces caractéristiques des clients ont été regroupées selon leurs « objectifs, santé et émotions » et leur « motivation et optimisme », en concordance avec le cadre conceptuel du BeFITS-MH(Le et al., 2022).

7.3.1.1 Objectifs, santé et émotions

Les résultats suggèrent que différentes barrières ont une influence sur les interventions adaptées aux hommes. D'une part, la pensée concrète d'un client peut constituer une barrière aux interventions si elle n'est pas tenue en compte. D'une autre part, un autre facteur limitant les interventions adaptées aux hommes est le fait que les hommes consultent peu en prévention, ce qui implique les interventions auprès des hommes ont souvent lieu dans une urgence d'agir.

Les analyses soulèvent que ce qui semble davantage définir qu'une intervention est pertinente pour un client, quel que soit son genre, c'est davantage sa capacité d'introspection, d'élaboration et de mentalisation du client. Ainsi, le fait de tenir compte de ces enjeux peut faciliter le déroulement des interventions, comme le démontre ce témoignage :

Et au-delà de la masculinité, moi souvent je trouve que c'est plus lié à la capacité d'abstraction. Quand on parle d'un travailleur manuel, qu'il soit homme ou femme. La pensée est très concrète alors une intervention abstraite, ça ne fonctionne pas très bien non plus (...) Mais ce que je dis, moi, je trouve avec ces gens-là, ce n'est pas tant parce que c'est des hommes que je l'aborde comme ça. [C'est] parce que la capacité d'introspection, d'élaboration et de mentalisation est souvent différente.

Aussi, nos résultats suggèrent que les hommes consultent rarement un professionnel en santé mentale de façon préventive. C'est fréquemment lorsqu'il y a un bris de fonctionnement ou une crise que leurs clients masculins se dirigent vers des services en santé mentale. Le fait que les hommes consultent peu en amont complexifie l'adaptation des services.

Les [les hommes] gens ils vont avoir eu une hospitalisation, peut être un geste suicidaire, peut être un état vraiment aigu, puis après ça, ils sont transférés en

externe, ce n'est pas toujours comme ça là, des fois ils sont vus à l'urgence après ça en externe, mais quand même ils sont venus à l'urgence parce qu'il y avait un état de crise et c'était difficile. Clairement que c'est beaucoup moins en prévention, puis même, c'est un peu ça là : "je vais m'en sortir par moi-même", "ça va bien aller". C'est comme si cette valeur-là pèse plus lourd en balance que d'avoir de l'aide justement [de consulter de façon préventive], d'avoir une bonne relation ou de régler le problème.

7.3.1.2 Motivation/Optimisme

Une barrière à l'adhésion aux services en santé mentale pour certains clients masculins est qu'ils ne se sentent pas interpellés par les différentes recommandations qui leur sont faites : « Je sais que j'ai des clients hommes qui voient des psychologues qui sont très irrités qu'on leur parle de pleine conscience et de méditation. Ils ne se retrouvent pas là-dedans. »

7.3.1.3 Connaissances, attitudes, croyances, comportements et intentions

Un aspect qui facilite la mise en place d'interventions adaptées aux hommes est lorsque l'homme tend à moins s'autostigmatiser quant au fait de recevoir des services en santé mentale. Ce facteur peut parfois être facilitant et parfois limitant, mais la sensibilisation aux enjeux de santé mentale tend à diminuer lentement la présence de cette stigmatisation avec les années :

Je pense que c'est moins vrai [concernant les préjugés à recevoir des services en santé mentale], tant mieux si c'est moins vrai. Du moins, c'est mon impression sur le terrain. C'est qu'il y a eu beaucoup d'évolution par rapport à ça. On en voit plus qui demandent plus puis qui ont moins de préjugés par rapport à un homme qui fait une dépression et qui a besoin d'aide. Je pense que ça a beaucoup évolué. Ça n'a peut-être pas bougé vite, mais si je regarde aujourd'hui par rapport à mes premières années, je trouve que c'est très différent.

7.3.2 Thérapeute

Plusieurs aspects concernant les barrières et facilitateurs concernant les caractéristiques des thérapeutes ont été retenus lors des analyses des données. Ces caractéristiques des thérapeutes ont été regroupées selon leur « motivation et optimisme », leurs « compétences et sentiment d'auto-efficacité », ainsi que leurs « connaissances, attitudes, croyances, comportements et intentions » en concordance avec le cadre conceptuel du BeFITS-MH(Le et al., 2022).

7.3.2.1 Motivation/Optimisme

La sensibilisation aux enjeux de masculinité par le biais de formation semble avoir un impact positif sur leur prise en compte dans l'intervention. Une participante ayant suivi différentes formations concernant l'approche adaptée aux hommes qui l'ont sensibilisée à ces enjeux a soulevé l'importance de se pencher sur la santé mentale des hommes, que cela constituait une grande motivation à adapter ses interventions afin qu'elles soient le mieux taillées pour ses clients masculins :

Moi, ça me touche beaucoup parce que la santé mentale des hommes, ça reste que c'est le taux de suicide le plus élevé, c'est le taux d'incarcération le plus élevé, c'est le taux d'itinérance le plus élevé. Donc, je trouve ça plate parce que c'est 50 % de la population, puis en tant que femme, et bien c'est parce que c'est le fun d'avoir notre coéquipier qui va bien. Ça fait que c'est un problème de société en fait finalement.

7.3.2.2 Compétences et sentiment d'auto-efficacité

Les différentes recommandations étaient intéressantes et qu'elles pourraient s'avérer pertinentes et bénéfiques dans plusieurs cas, et ce, peu importe le genre du client. Une barrière en particulier a toutefois été soulevée, soit celle de devoir modifier complètement les interventions en fonction du genre du client.

Ça, serait ben trop difficile. Pour moi, ça serait difficile s'il fallait que je fasse un switch mental quand je vois un gars. Je ne m'en sortirais pas. Pour moi, je vois une autre personne et je suis la même personne. Je ne serais pas capable de faire un switch. Fondamentalement, je ne pense pas que je pourrais devenir un autre type d'intervenante, en me disant « ok, là c'est un monsieur qui vient me voir ». Si c'était ça qu'il faut faire, je l'apprendrais.

De plus, malgré que l'atteinte des objectifs ne soit pas entièrement du ressort du thérapeute, il peut être gratifiant de voir un client cheminer et progresser. Ainsi, un facilitateur serait de faire confiance aux hommes, et ce, même s'ils n'ont pas le même parcours. Par exemple, malgré cette non-linéarité, il est possible d'observer une autonomisation :

Je pense qu'en tant que thérapeute il faut aussi accepter que ce n'est pas un parcours linéaire non plus, puis somme toute, ils cheminent aussi de leur côté, il

faut faire confiance à ça. Ils cheminent quand même beaucoup plus de leur côté. Puis, ils ont une certaine autonomisation, des fois que les femmes n'ont pas, c'est l'aspect positif. Avec une petite chose, ils vont en faire beaucoup.

La formation quant à l'approche adaptée aux hommes permet de sensibiliser les cliniciens aux enjeux vécus par les hommes, de cogiter davantage sur des enjeux en lien avec les masculinités et d'éventuellement d'adapter ses interventions auprès des hommes. Cela peut stimuler l'ergothérapeute à adapter ses interventions et à approfondir ses connaissances quant à ce sujet, comme le démontre cet extrait :

En fait, moi, je me suis intéressée à la santé mentale des hommes quand même assez tôt. J'ai fait une formation à Montréal qui s'appelle "Intervenir auprès des hommes" avec un andragogue. Il était vraiment cool honnêtement, fait que j'ai vraiment trippé. Déjà, ça m'intéressait, c'est pour ça que je suis allée à cette formation-là, mais après ça, j'ai vraiment continué à me développer par rapport à ça.

Une barrière répertoriée est celle du sentiment d'impuissance face à l'inaction dans le réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement en santé mentale. Un plan d'action en santé mentale est élaboré par le gouvernement du Québec chaque cinq ans. Or, malgré cette volonté gouvernementale par le biais des plans d'action recommandant des stratégies pour faciliter l'accès aux services en santé mentale, peu de changements de pratique observables sont mis en œuvre dans les milieux cliniques. Cela peut même engendrer une détresse chez l'intervenant face à son sentiment d'impuissance à l'idée de savoir que de nombreuses personnes ne peuvent pas avoir accès dans des délais raisonnables des soins en santé mentale.

Je pense que personne n'a du plaisir à avoir une liste d'attente d'un mois, de trois mois ou de six mois. C'est des gens qui sont souffrants et qui ont besoin d'aide. Il n'y a pas un psychologue qui est content de savoir que c'est un an avant qu'il puisse les voir au CLSC. Même eux sont en détresse de savoir qu'il y a des gens qui ont besoin et qui n'ont pas accès. En tout cas, je suis un peu cynique par rapport au plan d'action en santé mentale parce que 2017-2022 il est pareil que l'autre avant. Ça finit par répéter la même affaire avec pas beaucoup de changements. Mais tant mieux s'ils avaient un désir d'initiative de quelque chose, mais je ne suis pas sûre que ça va se refléter sur le terrain.

Certains stigmas rapportés semblent influencer l'accessibilité en premier lieu de l'homme dans les services en santé mentale. Quelques aspects concernant la stigmatisation de la part des professionnels de la santé ou de la famille comme le fait de ne pas interpréter de la même façon un même comportement chez un homme ou une femme peuvent venir entraver l'offre de service adaptée aux hommes et par le fait même, les interventions adaptées aux hommes. Par exemple, pour une même manifestation telle l'agressivité, il est fort probable que l'interprétation de cette agressivité ne soit pas la même, et que le point de départ de ce comportement soit négligé chez le client masculin.

7.3.2.3 Connaissances, attitudes, croyances, comportements et intentions

Un autre facilitateur est d'avoir des discussions sur les interventions adaptées aux hommes. Une approche ou des interventions adaptées aux hommes ont rarement été tentées par les ergothérapeutes. Malgré le fait que peu de différences sont faites entre les genres lors des interventions, des impasses thérapeutiques propres au genre masculin sont tout de même relevées. Les analyses des données ont montré que les ergothérapeutes sont à une étape de découverte des impacts que peuvent avoir les masculinités sur leurs suivis en santé mentale. En discutant de ces enjeux, les ergothérapeutes ont retenu des stratégies pour des interventions futures. Dans l'extrait, un résumé d'un profil-type fréquent dans sa pratique, des cas complexes où selon l'ergothérapeute, les masculinités n'ont pas d'effets délétères sur les suivis offerts en santé mentale. Toutefois, l'ergothérapeute mentionne que sa clientèle masculine est plus difficile à traiter :

On a de plus en plus d'hommes plus âgés qui arrivent avec des troubles d'anxiété généralisée quand même assez importants. Qui ont vécu avec une grande grande détresse anxieuse toute leur vie. Puis c'est en plus des postes de responsabilités dans lesquels ils géraient beaucoup de stress, et à un moment donné, ça va juste plus marcher. Et ça, moi je les trouve plus durs à traiter que les femmes avec de l'anxiété généralisée. Surtout quand on arrive proche de la soixantaine, c'est comme s'ils l'ont gérée toute leur vie et là ça arrive comme une bombe. Souvent les femmes vont être capables de me dire "je sais que je suis anxieuse", et c'est comme si elles ont vécu de l'anxiété toute leur vie tout le temps. Tandis que les hommes ils ont mentalisé leur anxiété tout le temps et là on arrive à 59 ans, 60 ans, 61 ans avec un paquet de responsabilités. Et ils sont pris dans leur anxiété généralisée. Ça, il y en a quelques-uns que leur maladie est dure à traiter. Il reste

avec un niveau de souffrance à la fin de l'intervention que je trouve qui est plus élevée. On va rester avec un niveau de souffrance à 8/10 ou 7/10, et on dirait qu'avec les femmes on va réussir à aller à 5/10 ou 6/10, on va avoir plus atténué. (...) Mais là, la carapace elle ne fait plus. C'est dur, mais est-ce que c'est parce que c'est un homme ? Non, mais je n'ai aucune femme avec ce niveau de souffrance là qui n'aurait jamais consulté avant. Ça aurait craqué avant c'est sûr. C'est un modèle assez fascinant, ils se sont rendus là sans jamais consulter avant. (...) Les assureurs me les envoient parce que j'ai beaucoup d'expérience dans mon domaine, et ils me disent s'il y a une solution, tu vas la trouver. En tout cas, je ne la trouve pas. Je ne sais pas. Peut-être après avoir lu votre article de fin de recherche, je vais savoir quoi faire.

7.3.3 Famille et communauté

Le rôle et l'apport de la famille et de la communauté visant faciliter l'adaptation d'interventions en santé mentale auprès des hommes a été bien couvert. En effet, des organismes communautaires sont présents et plusieurs services dédiés aux hommes sont bien implantés, et ce, même auprès de populations minoritaires ou marginales comme auprès d'une clientèle pluriethnique ou encore auprès des pères. Le support de la famille a aussi été documenté comme étant soutenant tout au long des étapes du rétablissement. Or, les principales barrières qui ont été soulevées sont la conception stéréotypée des comportements féminins et masculins ainsi que l'absence d'éducation dans la communauté pour reconnaître les signes précurseurs des hommes de troubles de santé mentale. Cet extrait illustre que certains proches semblent moins s'inquiéter de certains comportements lorsque leur enfant est du genre masculin en comparaison avec le genre féminin :

Mais les femmes, y'en a qu'on ne les aura pas hospitalisées, puis on va les suivre parce qu'elles vont nous être emmenées avant ou peut-être que justement d'un autre côté, est-ce que parce qu'on se dit que quand une fille se met à moins bien aller, on trouve ça plus bizarre fait qu'on va agir plus vite qu'un gars qui se mettons un peu à décompenser, mais on se dit "Ah, il est juste fâché" ou qu'on va plus associer ça à des traits justement de masculinité qu'au fait qu'il est malade. Je pense que chez une fille, on va plus s'inquiéter plus rapidement, j'ai l'impression, que chez un homme.

7.3.4 Organisation

Le climat d'implantation a été rapporté comme constituant à la fois une barrière et un facilitateur à l'adaptation des pratiques en santé mentale pour les hommes. Plus spécifiquement, la flexibilité et la facilité qu'un milieu offre lorsque vient le temps d'implanter différents services davantage adaptés aux hommes peuvent être des facteurs d'influence. Par exemple, dans le réseau de la santé et des services sociaux, les difficultés à convaincre les équipes et l'application stricte de procédures et de politiques a été rapportée comme une barrière. En contrepartie, l'implantation de pratiques exemplaires pour la santé mentale des hommes peut constituer un facilitateur lorsque le thérapeute est dans un milieu de pratique privée où l'autonomie professionnelle est valorisée.

Je conçois que tout le monde ne serait pas nécessairement à l'aise avec tout ça, puis moi je ne travaille pas dans un système [RSSS]. J'ai une grande marge de manœuvre, de flexibilité de l'intégration de tout ça. Si quelque chose est intéressant, je le change et ce n'est pas plus compliqué que ça. Fait que pour moi ce n'est pas compliqué, mais je peux concevoir que plusieurs milieux, si je repense à mes anciens milieux de travail, ce ne sera pas si simple implanter tout ça.

Aussi, un autre facilitateur est lorsqu'un client a un suivi en clinique privée dont les frais sont défrayés par les assureurs du client. Ainsi, lorsqu'un client est en arrêt de travail, une motivation extrinsèque entre en jeu, ce qui implique que le client doit s'engager dans les suivis en santé mentale. En effet, pour continuer de recevoir une prestation de son salaire, un client en arrêt de travail devra s'engager à assister aux suivis en santé mentale défrayés par les assureurs(privés, CNESST, SAAQ). De plus, un aspect facilitant l'engagement dans les suivis est le fait que plusieurs clients connaissent peu ce que fait un ergothérapeute en santé mentale, donc ils craignent moins de devoir nommer leurs états d'âme, pouvant être associés avec la norme de la masculinité traditionnelle du contrôle émotionnel et de l'autosuffisance. L'extrait témoigne du processus d'attribution d'un client à une profession en clinique privée :

Il n'y a pas nécessairement la demande de "est-ce que je veux le service ?". Ça fait partie du programme de réadaptation qui est attendu que la personne ait accès aux services. Ça nous amène à en voir peut-être plus que si c'est eux qui venaient le demander. C'est sûr qu'en ergo personne ne sait bien bien qu'est-ce qu'on fait. Donc on n'a pas nécessairement ça []. Peut-être qu'en santé mentale, c'est un peu

comme ça, moi, dans l'accès aux clients, ça se passe de cette façon-là. Ça va vraiment plus par les questions de diagnostics et de contrats d'assurance.

7.3.5 Sociétal

En fonction du devis, impliquant des interventions auprès des ergothérapeutes, le domaine sociétal (macro) ne sera pas abordé dans les résultats, car les incidences sur les interventions adaptées aux hommes sont trop distales pour en faire une analyse.

7.3.6 Système de santé mentale

En fonction du devis, impliquant des interventions auprès des ergothérapeutes, le domaine du système de santé mentale (sphère macro) ne sera pas abordé dans les résultats, car les incidences sur les interventions adaptées aux hommes sont trop distales pour en faire une analyse.

7.3.7 Intervention

En fonction du devis, impliquant des interventions auprès des ergothérapeutes, le domaine de l'intervention qui concerne à la fois les sphères micro, méso et macro ne sera pas abordé dans les résultats, car les incidences sur les interventions adaptées aux hommes sont trop distales pour en faire une analyse.

7.3.8 Stigma

En fonction du devis, impliquant des interventions auprès des ergothérapeutes, le domaine du stigma qui concerne à la fois les sphères micro, méso et macro ne sera pas abordé dans les résultats, car les incidences sur les interventions adaptées aux hommes sont trop distales pour en faire une analyse.

8. DISCUSSION

L'un des objectifs de cette recherche était d'explorer comment la pratique actuelle et future des ergothérapeutes en santé mentale au Québec qui interviennent auprès des hommes pourrait être adaptée dans le futur. L'autre objectif était de soulever les différentes barrières ou facilitateurs perçus par les ergothérapeutes à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en santé mentale.

Différentes recommandations ont été émises par la communauté scientifique. Par exemple, il serait bénéfique d'offrir des services en santé mentale en étant centré sur le client, afin de favoriser la collaboration entre le clinicien et le client ainsi que l'implication dans le suivi(Robertson et al., 2015; Seidler, Rice, Ogrodniczuk, et al., 2018). Aussi, le fait d'établir les balises, de clarifier les objectifs et la structure du suivi afin de mettre l'homme en action résulterait en une amélioration de l'engagement des hommes dans le processus de soins en santé mentale(Kivari et al., 2018; Robertson et al., 2015; Seidler, Rice, Oliffe, et al., 2018). De surcroit, le fait d'adopter une approche basée sur les solutions permettrait aux hommes de mettre en œuvre leur aptitude à résoudre leurs problèmes et à s'autogérer(Seidler, Rice, River, et al., 2018). À la lumière de ces diverses données probantes, un constat fait surface : plusieurs interventions recommandées par les différentes données probantes sont déjà mises en place par les ergothérapeutes en santé mentale au Québec. En effet, les caractéristiques mêmes de la profession, tel qu'être centré sur le client, de coconstruire des objectifs, d'accentuer sur l'importance de la signification font que les services en santé mentale en ergothérapie vont tout de même respecter plusieurs des recommandations quant à l'approche adaptée aux hommes(Association canadienne des ergothérapeutes, 2002; Townsend et al., 2013). À la lumière des résultats obtenus, les ergothérapeutes vont agir en étant centrés sur les besoins de la personne, ce qui est en congruence avec les recommandations émises par la communauté scientifique. Or, les moyens mis en place pour intervenir en étant centré sur le client et ses besoins ne seront pas nécessairement les mêmes. Manifestement, certains moyens sont plus efficaces que d'autres.

Les résultats obtenus lors de ce projet de recherche seront analysés de façon critique en fonction des différents résultats obtenus. Puis, les forces et limites de cette étude seront discutées.

8.1 Être centré sur le client

À plusieurs reprises, le fait d'adapter nos interventions en fonction des besoins plutôt que du genre a été soulevé dans les résultats. Cette adaptation par les ergothérapeutes s'inscrit dans un contexte d'équité entre les genres, et ce, malgré le fait que certaines ergothérapeutes ne considéraient pas qu'elles adaptaient leurs interventions. Ainsi, la pertinence du *Gender transformative framework* (Roy et al., 2022) qui considère les normes, les rôles et les relations de genre pour une personne qui appartient à n'importe quel genre est réaffirmée. Ce cadre s'appuie sur le fait que le genre influence l'accès à certaines ressources. Il permet de tenir compte des besoins spécifiques des personnes, peu importe leur genre. D'une façon intuitive, plusieurs participantes ont répondu aux besoins de leurs clients, quels que soient leurs genres.

8.2 Compréhension basée selon une vision de la masculinité traditionnelle

Les résultats issus des données récoltées lors d'entrevues auprès d'ergothérapeutes ont mis en évidence que la vision des enjeux en lien avec les masculinités était fréquemment liée à une vision de la masculinité traditionnelle, plutôt que d'une pluralité de masculinités. Cette vision va de pair avec les résultats obtenus comme quoi les hommes sont souvent dépourvus avec les émotions et comme étant moins habitués de verbaliser comment ils se sentent. Aussi, ils sont congruents avec les différentes études menées au Québec et ailleurs dans le monde. Lorsque les hommes vont consulter, la majorité souhaite avoir des solutions concrètes à leurs problèmes. En comparaison avec le genre féminin, le désir de ces dernières est plutôt d'explorer leurs émotions lors d'un suivi en santé mentale(Holloway et al., 2018; Liddon et al., 2018; Montiel et al., 2022).

À la lumière des analyses, les interventions réalisées actuellement par les ergothérapeutes en santé mentale sont souvent davantage axées sur les solutions, les rendant ainsi concrètes. Alors que les interventions en psychologie impliquent plus les émotions, ce qui les rend plus abstraites pour leurs clients masculins. En ergothérapie, les interventions ont été rapportées

comme étant plus concrètes, pouvant être expliquée par le fait qu'elles sont souvent basées sur les éléments du quotidien qui posent problème dans la vie du client. À un certain moment dans les suivis, les émotions seront abordées par les ergothérapeutes durant les interventions, toutefois, il a été rapporté que l'accent est rarement mis sur les émotions en début de thérapie.

8.3 En fonction des expériences personnelles

D'une part, des similitudes peuvent être établies entre les résultats obtenus et les données probantes. Les interventions auprès des hommes issus d'une autre culture que la culture dominante doivent être adaptées, que ce soit par rapport à l'orientation sexuelle ou à la culture de la personne. L'étude de Robertson et al. (2015) a aussi soulevé la pertinence de cet aspect. Il est primordial d'offrir des services adaptés aux minorités, sans quoi ces groupes minoritaires vivront des iniquités, pouvant se traduire en un désintérêt à leur réalité et des services en santé mentale inadaptés.

D'une autre part, un aspect novateur qui a émergé en cours d'entrevues est celui des expériences de vie personnelles des ergothérapeutes qui ont une influence sur la façon d'intervenir avec le client masculin. Ces résultats s'expliquent, entre autres, par le fait que les participantes s'identifiaient toutes au genre féminin et que plusieurs ont vécu de près ou de loin des expériences personnelles pouvant être liées aux masculinités.

8.4 En fonction de la perception des enjeux liés au genre

Concernant ce processus, les analyses des résultats pourraient s'expliquer par la méconnaissance de certains enjeux liés au genre masculin, aux masculinités. En effet, parmi les participantes, seulement deux ergothérapeutes avaient suivi une formation concernant l'approche adaptée aux hommes. Parmi celles-ci, l'une avait suivi une formation il y a 20 ans et l'avait trouvée peu pertinente.

Toutefois, la méthodologie de la recherche a fait en sorte que les ergothérapeutes n'avaient pas à s'informer au préalable sur les masculinités et n'avaient pas besoin de détenir différentes connaissances particulières. Ainsi, la nuance peut être fine entre des enjeux liés au

sex masculin et au genre masculin. De plus, lorsque la formulation « interventions adaptées aux hommes » est utilisée, cela peut induire une confusion entre le genre et le sexe masculin.

8.5 En fonction des enjeux de séduction

Divers enjeux en thérapie ont été observés par les ergothérapeutes en lien avec leurs suivis avec des hommes. Selon les résultats, les rapports de séduction impactent d'une façon ou d'une autre le déroulement du suivi en santé mentale. Plusieurs études, principalement des études de cas, réalisées en psychologie psychanalytique mentionnent que le développement du lien thérapeutique, des rôles de pouvoir, de transfert et de contretransfert sont différents lorsque le thérapeute est une femme(Cornell, 2001; Lester, 1985; Nuttall, 2014; Russ, 1993; Schaverien, 1996; Stoller, 1991 cités dans Lukac-Greenwood et van Rijn, 2021). Aussi, dans des relations thérapeutiques où une thérapeute n'a pas d'attraction envers son client masculin, cela peut engendrer diverses émotions telles de la culpabilité, un sentiment de vulnérabilité et un malaise face aux enjeux de pouvoir dans la relation thérapeutique. De plus, une clinicienne peut se trouver dans une situation embêtante soit d'avoir peur d'adresser ce rapport de séduction et de risquer de rejeter son client et les conséquences y étant associées(Lukac-Greenwood et van Rijn, 2021).

8.6 Barrières et facilitateurs

Tout d'abord, le portrait dressé par les participantes de leurs clients masculins concernant la recherche d'aide est similaire à celui rapporté par plusieurs écrits. Les clients masculins viennent rarement consulter un professionnel de la santé mentale de façon préventive, constituant une barrière. Les hommes entreprennent souvent un suivi en santé mentale à la demande des membres de leur famille ou de leurs amis. Le début des démarches pour obtenir un suivi en santé mentale est souvent suite à une crise ou un bris de fonctionnement de l'homme(Seidler et al., 2016; Seidler, Rice, Oliffe, et al., 2018). Les différentes recherches menées par la communauté scientifique appuient les résultats de cette recherche.

De plus, par le fait que les interventions des ergothérapeutes sont axées sur les occupations, les modalités de thérapie sont très flexibles. Avoir une grande flexibilité dans leur pratique en ce qui concerne les interventions constitue un facilitateur. Par exemple, diverses

interventions ont fréquemment lieu au travers d'occupations. Elles peuvent avoir lieu à l'extérieur, en marchant, dans un café, au domicile du client, en pratiquant un sport. Ces résultats sont congruents avec les affirmations de plusieurs auteurs qui soulèvent la pertinence de débuter les suivis à l'aide d'un « point d'entrée »(Holloway et al., 2018; Robertson et al., 2015). En d'autres mots, ces stratégies vont permettre de débuter le suivi et travailler sur la relation thérapeutique, sans y aller en confrontant l'homme qui ne le désire pas avec l'exploration de ses différentes émotions. L'humour, les activités « côte à côte » plutôt que « face à face » et le *coaching* ont été soulevés comme étant des points d'entrée(Lefkowich et Richardson, 2018; Seidler, Rice, Ogrodniczuk, et al., 2018; Vassallo et al., 2021).

Plusieurs ergothérapeutes ont soulevé des barrières organisationnelles propres au système public. Par exemple, des critères d'admissibilité pour des services qui sont rigides, des listes d'attentes pour certains services qui peuvent décourager plusieurs personnes en attente ou la nécessité de voir un psychiatre pour accéder à différents services. Finalement, plusieurs barrières étaient plus facilement modifiables dans le système privé telles les nombreuses démarches administratives lorsque quelqu'un entre dans un service. Malgré le fait que plusieurs de ces résultats sont peu documentés spécifiquement par rapport à cet enjeu, plusieurs évidences soutiennent les difficultés d'accessibilités à des services en santé mentale au Québec, sans même différencier le genre de l'individu(Champagne et al., 2018).

8.7 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte quelques limites. Puisque cette étude s'est tenue dans le cadre d'un projet d'intégration de maîtrise, pour des raisons de faisabilité, il n'a pas été possible d'interviewer des hommes masculins ayant reçu des services en santé mentale. Cette perspective aurait été intéressante afin d'avoir la perception d'hommes québécois quant aux services reçus en santé mentale. Ainsi, le savoir expérientiel de ces hommes aurait pu agir en complémentarité avec le savoir pratique des participantes cliniciennes. Les barrières et facilitateurs concernant le client ont été rapportés selon les opinions des thérapeutes, pouvant induire un biais lié aux réponses, puisque ces dernières sont selon la perspective des thérapeutes.

Une autre limite est que l'entièreté des participantes recrutées était constituée d'ergothérapeutes du genre féminin. Bien que l'ergothérapie, au Québec, est une profession majoritairement composée de femmes(Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2022), il aurait été intéressant d'avoir la perspective d'ergothérapeutes masculins travaillant en santé mentale. Certains résultats obtenus auraient pu être comparés en fonction des genres des thérapeutes. Par exemple, les résultats concernant les rapports de séduction.

Tout au long du processus, l'étudiant-chercheur, s'identifiant lui-même au genre masculin et ayant à cœur ce sujet, s'est questionné sur sa propre neutralité. Plus précisément, il s'est questionné sur l'impact que son intérêt pour ce sujet aurait pu avoir, de façon conscience ou non, sur les réponses des différentes répondantes, soit un biais expérimental lié aux attentes de l'expérimentateur. Puis, le biais de désirabilité sociale aurait pu induire chez les participantes une modification de leurs comportements ou de leurs réponses parce qu'elles sont interviewées par un chercheur masculin concernant une étude qui concerne les services en santé mentale offerts aux hommes(Fortin et Gagnon, 2016).

Cette étude possède aussi des forces. Tout d'abord, cette étude est novatrice. À ce jour, aucun article scientifique n'a été répertorié sur les bases de données fournies par l'établissement d'enseignement à propos des sujets abordés dans l'étude, soit les services en santé mentale en ergothérapie auprès des hommes, que ce soit au Québec ou à un niveau international.

De plus, une diversité a pu être observée en ce qui trait à la diversité des milieux de pratique en santé mentale des participantes. Les participantes de l'étude possèdent une expérience clinique variée allant de 5 à 30 années d'expérience.

9. CONCLUSION

La présente étude a permis d'explorer plusieurs pratiques et processus qui sont mis en place par les ergothérapeutes québécois en santé mentale auprès des hommes, soit l'objectif principal de cet essai. Effectivement, les résultats suggèrent que les ergothérapeutes intervenants auprès d'hommes sont d'abord et avant tout centrés sur le client. Puis, lorsque des enjeux liés aux masculinités sont perçus, ils sont selon une vision de la masculinité traditionnelle, alors que les interventions en fonction des masculinités s'appuient sur une compréhension d'une masculinité traditionnelle. Les professionnels sont à une étape de découverte des enjeux liés aux masculinités. Avec la revue de littérature ainsi que l'outil de transfert de connaissance, il a été possible d'explorer diverses pratiques qui pourraient être instaurées dans certains milieux de travail. De plus, plusieurs barrières et facilitateurs aux interventions en santé mentale adaptées aux hommes ont été mis en évidence.

Diverses retombées possibles sont envisagées, autant au niveau professionnel, scientifique et social. Les retombées de l'étude au niveau professionnel soulignent qu'à la lumière des différentes entrevues menées, les ergothérapeutes qui interviennent en santé mentale auprès des hommes interviennent en étant centrés sur le client, souvent de façon adéquate en fonction du genre, parfois sans le savoir. Au niveau scientifique, de par les fondements de l'ergothérapie, les résultats de cette étude ont fait ressortir la pertinence de l'ergothérapie en santé mentale, plus particulièrement dans les interventions auprès des hommes. Au niveau social, pour plusieurs barrières qui ont été répertoriées dans le secteur public, plusieurs d'entre elles allaient au-delà du ressort des thérapeutes. Cela réaffirme donc la nécessité que les décideurs et administrateurs se penchent sur les particularités liées aux services en santé mentale auprès des hommes afin d'adopter une approche transformatrice en fonction du genre. En outre, en attirant sur le fait que les services en santé mentale offerts ne sont pas congruents avec les besoins de plusieurs hommes, cela jette une responsabilité populationnelle sur cet enjeu. En adoptant une vision microsystémique, si un homme reçoit des services en santé mentale et que ces services ne lui conviennent pas, le poids d'un possible échec thérapeutique ne sera pas tout sur ses épaules.

Différentes avenues de recherche future sont possibles. En se basant sur l'outil de transfert de connaissances créé qui est destiné aux ergothérapeutes, la création d'un outil similaire destiné aux hommes recevant des services en ergothérapie en santé mentale pourrait s'avérer pertinente. De surcroît, étant donné que la santé mentale et les masculinités sont des sujets dans l'air du temps, de nombreuses recherches sont dirigées par des chercheurs partout dans le monde. À la lumière des conclusions de cette étude, il serait pertinent que des chercheurs-ergothérapeutes s'y penchent afin de faire rayonner la pratique et d'offrir des services adéquats, quel que soit le genre de la personne.

RÉFÉRENCES

- Addis, M. E. et Mahalik, J. R.(2003, 2003-01-01). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Addis, M. E., Reigeluth, C. S. et Schwab, J. R. (2016). Social norms, social construction, and the psychology of men and masculinity. Dans Y. J. Wong et S. R. Wester (dir.), *APA handbook of men and masculinities* (p. 81-104). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14594-004>
- Affleck, W., Carmichael, V. et Whitley, R.(2018, 2018-09-01). Men's Mental Health : Social Determinants and Implications for Services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 581-589. <https://doi.org/10.1177/0706743718762388>
- American Psychological Association. (2018). *APA Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men*. <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*(Éd. rév. ^eéd.). Publications ACE.
- Australian Bureau of Statistics. (2020-21). *National Study of Mental Health and Wellbeing* [ensemble de données]. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/mental-health/national-study-mental-health-and-wellbeing/latest-release>
- Blais, M. et Martineau, S.(2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bonder, B. R.(2022). *Psychopathology and Function* (6^e éd.). SLACK Incorporated.
- Borowsky, S. J., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., Camp, P., Jackson-Triche, M. et Wells, K. B.(2000). Who Is at Risk of Nondetection of Mental Health Problems in Primary Care? *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 381-388. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G. et Chartrand, É.(2018, septembre). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec : Portrait de la situation*. [http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81\(reduit\).pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81(reduit).pdf)
- Coles, T.(2009). Negotiating the Field of Masculinity:The Production and Reproduction of Multiple Dominant Masculinities. *Men and Masculinities*, 12(1), 30-44. <https://doi.org/10.1177/1097184x07309502>
- Comité régional en santé et bien-être des hommes. (2021, 4 mai). *Plan d'action régional montréalais en santé et bien-être des hommes (SBEH) 2017-2022_V 2.0*. <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/outils-services/SBEH/Plan Action Regional SBEH CCSMTL ROHIM.pdf>
- Connell, R. W.(1995). Masculinities. Dans R. W. Connell (dir.), *The history of masculinity* (p. 185 - 203). Univ. of California Press.
- Connell, R. W. et Messerschmidt, J.(2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19, 829 - 859.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)

- Deslauriers, J.-M., Lafrance, M., Tremblay, G. et Réseau masculinités et société. (2019). *Réalités masculines oubliées*. Presses de l'Université Laval.
- Doherty, D. T. et Kartalova-O'Doherty, Y.(2010, 2010-02-01). Gender and self-reported mental health problems: Predictors of help seeking from a general practitioner. *British Journal of Health Psychology*, 15(1), 213-228. <https://doi.org/10.1348/135910709x457423>
- Englar-Carlson, M. (2015). Introduction : A Primer on Counseling Men. Dans *A Counselor's Guide to Working with Men*(p. 1-31). <https://doi.org/10.1002/9781119221593.ch1>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J.(2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*(3^e éd.). Chenelière éducation.
- Genre. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/genre/36604>
- Holloway, K., Seager, M. et Barry, J. A.(2018). Are clinical psychologists, psychotherapists and counsellors overlooking the needs of their male clients? *Clinical Psychology Forum*, (307), 15-21.
- Irish Men's Sheds Association. (2019). *Information for Health Professionals*. <https://menssheds.ie/information-for-health-professionals/>
- Jbilou, J., Levesque, N., Sonier, R.-P., Tully, P. J., Pinette-Drapeau, I., Sonier, V., Charbonneau, A., Greenman, P. S., Grenier, J. et Chomienne, M.-H.(2021). Canadian French Translation and Preliminary Validation of the Conformity to Masculine Norms Inventory: A Pilot Study. *American Journal of Men's Health*, 15(6), 155798832110573. <https://doi.org/10.1177/15579883211057391>
- King, T. L., Shields, M., Sojo, V., Daraganova, G., Currier, D., O'Neil, A., King, K. et Milner, A. (2020). Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC Psychiatry*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2475-y>
- Kiselica, M. S., Benton-Wright, S. et Englar-Carlson, M.(2016). Accentuating positive masculinity: A new foundation for the psychology of boys, men, and masculinity. Dans *APA handbook of men and masculinities*. (p. 123-143). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14594-006>
- Kivari, C. A., Oliffe, J. L., Borgen, W. A. et Westwood, M. J.(2018). No Man Left Behind: Effectively Engaging Male Military Veterans in Counseling. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 241-251. <https://doi.org/10.1177/1557988316630538>
- Le, P. D., Eschliman, E. L., Grivel, M. M., Tang, J., Cho, Y. G., Yang, X., Tay, C., Li, T., Bass, J. et Yang, L. H. (2022, 2022-12-01). Barriers and facilitators to implementation of evidence-based task-sharing mental health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review using implementation science frameworks. *Implementation Science*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01179-z>
- Lefkowich, M. et Richardson, N.(2018). Men's health in alternative spaces: exploring men's sheds in Ireland. *Health Promotion International*, 33(3), 525-535. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw091>
- Lesage, A. et Émond, V.(2018, 26 septembre). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*(publication n° 1578). I. n. d. s. p. d. Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMorta_ProfilUtiliServices.pdf

- Levant, R. F., McCurdy, E. R., Keum, B. T. H., Cox, D. W., Halter, M. J. et Stefanov, D. G.(2022). *Mediation and moderation of the relationship between men's endorsement of traditional masculinity ideology and intentions to seek psychotherapy* [doi:10.1037/pro0000461].
- Levant, R. F. et Richmond, K.(2007). A Review of Research on Masculinity Ideologies Using the Male Role Norms Inventory. *The Journal of Men's Studies*, 15(2), 130-146. <https://doi.org/10.3149/jms.1502.130>
- Levant, R. F. et Richmond, K. (2016). The gender role strain paradigm and masculinity ideologies. Dans *APA handbook of men and masculinities*. (p. 23-49). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14594-002>
- Li, T. et Gal, D.(2021). The Marlboro men don't cry: Understanding the gendered perceptions of people seeking mental health care. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. <https://doi.org/10.1037/xap0000360>
- Liddon, L., Kingerlee, R. et Barry, J. A.(2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 42-58. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12147>
- Lukac-Greenwood, J. et van Rijn, B.(2021). Female therapists' experiences of working with male clients who are sexually attracted to them—An exploratory study using a free association narrative interview method. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(4), 957-969. <https://doi.org/10.1002/capr.12392>
- Mahalik, J. R., Good, G. E., Tager, D., Levant, R. F. et Mackowiak, C. (2012). Developing a taxonomy of helpful and harmful practices for clinical work with boys and men. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 591-603. <https://doi.org/10.1037/a0030130>
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M. et Freitas, G.(2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4, 3-25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
- Mcgrath, A., Murphy, N., Egan, T. et Richardson, N.(2022, 2022-08-20). Sheds for life: health and wellbeing outcomes of a tailored community-based health promotion initiative for men's sheds in Ireland. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13964-6>
- Milner, A., Kavanagh, A., King, T. et Currier, D.(2018). The influence of masculine norms and occupational factors on mental health: Evidence from the baseline of the Australian Longitudinal Study on Male Health. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 696-705. <https://doi.org/10.1177/1557988317752607>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017, 22 août). *Plan d'action ministériel - Santé et bien-être des hommes 2017-2022*(publication n° 17-729-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-729-01W.pdf>
- Möller-Leimkühler, A. M.(2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00379-2)
- Montiel, C., Duhoux, A., Tremblay, G., Villeneuve, R., Roy, J., Lavoie, B. et Houle, J.(2022). Psychological Distress and Help-Seeking Facilitators in Quebec Men. *International Journal of Mens Social and Community Health*, 5(1), 1-26. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v5i1.57>
- Morison, L., Trigeorgis, C. et John, M. (2014). Are mental health services inherently feminised? [Article]. *Psychologist*, 27(6), 414-416.

<https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=96211650&site=ehost-live>

O'Brien, R., Hunt, K. et Hart, G.(2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate' : men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*, 61(3), 503-516. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.008>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2022). *Rapport annuel 2021-2022*(publication n° 1486-5548). <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/21~v~2021-2022.pdf>

Pirkis, J., Spittal, M. J., Keogh, L., Mousaferiadis, T. et Currier, D.(2017, 2017-03-01). Masculinity and suicidal thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 319-327. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1324-2>

Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes. (2018). *Sondage auprès des hommes*(publication n° 18266v2p1p1). SOM. https://www.rpsbeh.com/uploads/4/5/8/0/45803375/rapport_fr.pdf

Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., Möller-Leimkühler, A., Treeby, M. S. et Amminger, G. P.(2015, 2015-05-01). Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 236-240. <https://doi.org/10.1177/0020764014540149>

River, J. (2018, Jan). Diverse and Dynamic Interactions: A Model of Suicidal Men's Help Seeking as It Relates to Health Services. *Am J Mens Health*, 12(1), 150-159. <https://doi.org/10.1177/1557988316661486>

Robertson, S., White, A., Gough, B., Robinson, R., Seims, A., Raine, G. et Hanna, E.(2015). *Promoting Mental Health and Wellbeing with Men and Boys: What Works?* <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2669.2967>

Roy, J., Cloutier, R., Tremblay, G., Lebeau, A. et Cazale, L.(2017). *Les hommes au Québec : portrait social et de santé*. Presses de l'Université Laval.

Roy, P., Tremblay, G. et David, A.(2022). Quebec's Model for Men's Health. *International Journal of Mens Social and Community Health*, 5(1), 27-42. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v5i1.64>

Sagar-Ouriaghli, I., Godfrey, E., Bridge, L., Meade, L. et Brown, J. S. L. (2019, 2019-05-01). Improving Mental Health Service Utilization Among Men: A Systematic Review and Synthesis of Behavior Change Techniques Within Interventions Targeting Help-Seeking. *American Journal of Men's Health*, 13(3), 155798831985700. <https://doi.org/10.1177/1557988319857009>

Seager, M. et Barry, J. A. (2019). Positive Masculinity: Including Masculinity as a Valued Aspect of Humanity. Dans J. A. Barry, M. Seager, R. Kingerlee et L. Sullivan (dir.), *The Palgrave Handbook of Male Psychology and Mental Health* (p. 105-122). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-04384-1_6

Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L. et Dhillon, H. M.(2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Dhillon, H. M. et Herrman, H. (2019, Apr). Why it's time to focus on masculinity in mental health training and clinical practice. *Australas Psychiatry*, 27(2), 157-159. <https://doi.org/10.1177/1039856218804340>

- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L. et Ogrodniczuk, J. S. (2020). What gets in the way? Men's perspectives of barriers to mental health services. *The International journal of social psychiatry*, 66(2), 105-110. <https://doi.org/10.1177/0020764019886336>
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L. et Dhillon, H. M. (2018). Engaging Men in Psychological Treatment: A Scoping Review. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1882-1900. <https://doi.org/10.1177/1557988318792157>
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Fogarty, A. S. et Dhillon, H. M. (2018). Men In and Out of Treatment for Depression: Strategies for Improved Engagement. *Australian Psychologist*, 53(5), 405-415. <https://doi.org/10.1111/ap.12331>
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., River, J., Oliffe, J. L. et Dhillon, H. M. (2018). Men's Mental Health Services : The Case for a Masculinities Model. *The Journal of Men's Studies*, 26(1), 92-104. <https://doi.org/10.1177/1060826517729406>
- Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Kealy, D., Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S. et Rice, S. M. (2021). Men's Dropout From Mental Health Services: Results From a Survey of Australian Men Across the Life Span. *American Journal of Men's Health*, 15(3), 15579883211014776. <https://doi.org/10.1177/15579883211014776>
- Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Toogood, N., Oliffe, J. L., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Owen, J., Lee, G. et Rice, S. M. (2022). Pilot evaluation of the men in mind training program for mental health practitioners. *Psychology of Men & Masculinities*, 23(2), 257-264. <https://doi.org/10.1037/men0000383>
- Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Toogood, N. W., Oliffe, J. L., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Owen, J., Mackinnon, A., Le, L. K.-D., Mihalopoulos, C., Pirkis, J. et Rice, S. (2022-12-01). Protocol for a randomized controlled trial of the Men in Mind training for mental health practitioners to enhance their clinical competencies for working with male clients. *BMC psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00875-9>
- Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Trail, K., Rice, S. M., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S. et Oliffe, J. L. (2021, 2021-12-01). Challenges working with men: Australian therapists' perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 2781-2797. <https://doi.org/10.1002/jclp.23257>
- Tang, M. O. T., Oliffe, J. L., Galdas, P. M., Phinney, A. et Han, C. S. (2014, 2014-10-01). College men's depression-related help-seeking: a gender analysis. *Journal of Mental Health*, 23(5), 219-224. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910639>
- Terhaag, S., Quinn, B., Swami, N. et Daraganova, G. (2020). Mental health of Australian males: depression, suicidality and loneliness. Dans G. Daraganova et B. Quinn(dir.), *Insights #1 : Findings from Ten to Men – The Australian Longitudinal Study on Male Health 2013-16*. Australian Institute of Family Studies.
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. et Brown, J. (2013). Chapitre 4 - Habilitation : La compétence de base de l'ergothérapie. Dans E. Townsend et H. Polatajko(dir.), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*(2^e éd., p. 494). Publications ACE.
- Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Adair, C., Wang, P. S. et Kessler, R. C. (2007, 2007-01-01). Do Canada and the United States Differ in Prevalence of Depression and Utilization of Services? *Psychiatric Services*, 58(1), 63-71. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.1.63>

- Vassallo, J. S., Shearson, K. M., Dell'Aquila, C. et Sharples, J. M.(2021). Outcomes of a gender-sensitized health behavior program delivered through a professional sports club. 810-820. <https://doi.org/10.1037/men0000345>
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H. et Hubbard, A.(2011). "Boys don't cry" : Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368-382. <https://doi.org/10.1037/a0023688>
- Wilson, M., Gwyther, K., Swann, R., Casey, K., Featherston, R., Oliffe, J. L., Englar-Carlson, M. et Rice, S. M. (2021). Operationalizing positive masculinity: a theoretical synthesis and school-based framework to engage boys and young men. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab031>
- Wong, Y. J., Ho, M.-H. R., Wang, S.-Y. et Miller, I. S. K.(2017)Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes [doi:10.1037/cou0000176]. 80-93, article. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>
- Wong, Y. J. et Wang, S.-Y. (2022). Toward an integrative psychology of masculinities. *Psychology of Men & Masculinities*. <https://doi.org/10.1037/men0000387>

ANNEXE A

CONNAISSANCES ORGANISÉES DANS UNE CARTE CONCEPTUELLE

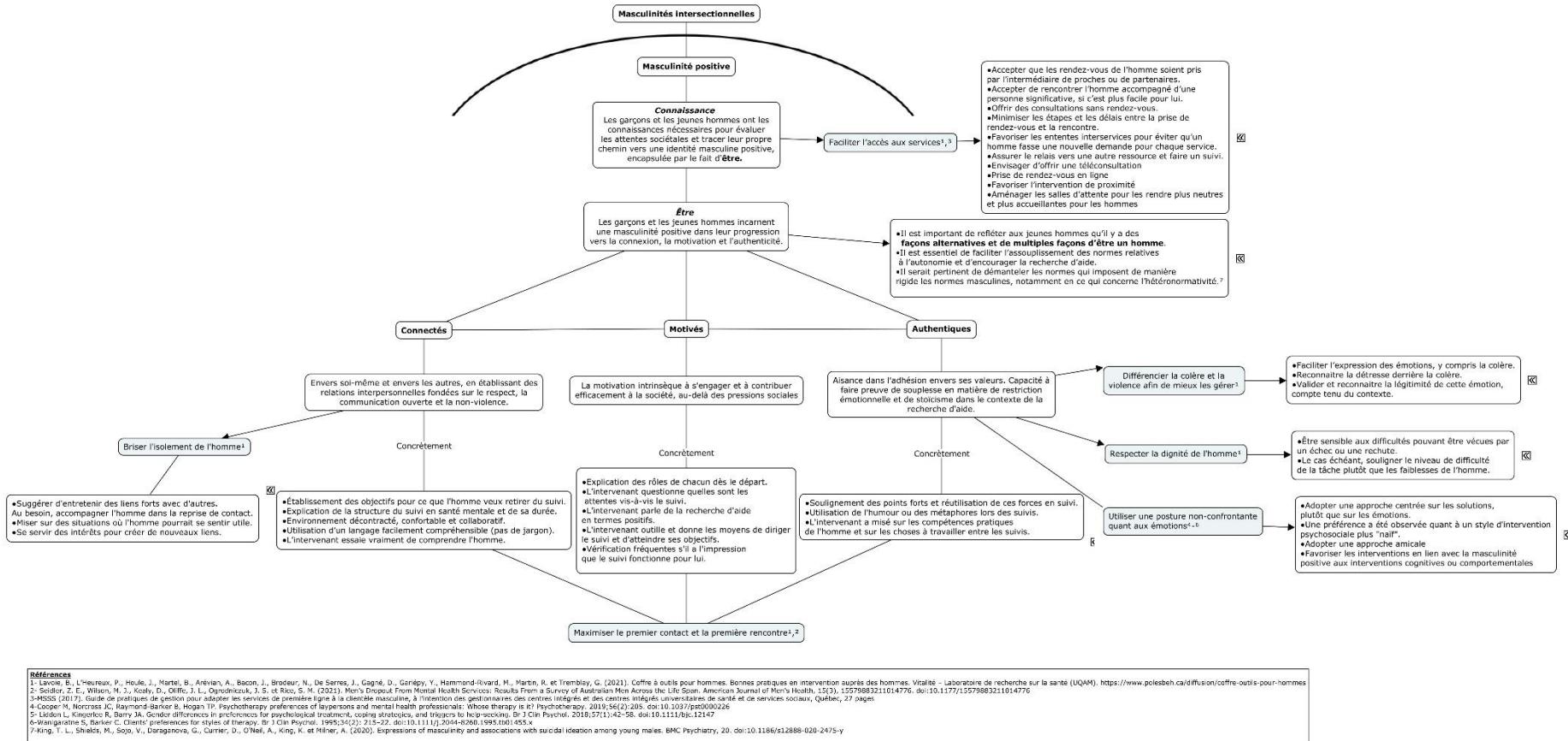


Figure 5. Connaissances concernant les pistes d'intervention prometteuses organisées selon une carte conceptuelle

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Participant : _____

Questionnaire socio-démographique – ergothérapeutes

Quel est votre âge?	
À quel genre vous identifiez-vous?	
Depuis quand êtes-vous ergothérapeute?	
Depuis quand travaillez-vous comme ergothérapeute en santé mentale?	
Dans quelle région socio-sanitaire pratiquez-vous?	
Quel est votre type de pratique en santé mentale?	
Avez-vous votre permis de psychothérapeute?	
Avez-vous suivi des formations dans l'approche adaptée aux hommes?	

ANNEXE C

CANEVAS D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

Guide d'entrevue – Volet de validation auprès des ergothérapeutes

1. Présentation de l'étudiant-chercheur
2. Présentation brève de la recherche : Explication des objectifs et questions de recherche
3. Pouvez décrire brièvement votre pratique
4. Êtes-vous familier avec le concept de masculinités?
5. Définition des concepts centraux : masculinités, normes de la masculinité
6. Avez-vous déjà adapté vos interventions pour intervenir auprès des hommes?
7. Selon vous, est-ce que les ergothérapeutes en santé mentale devraient intervenir de manière différente avec les hommes?
8. Montrer l'outil de transfert de connaissances regroupant les données organisées en fonction du modèle de masculinité positive (Wilson et al., 2021)
 - a. comprenant les difficultés fréquemment rencontrées en thérapie
 - b. comprenant les différentes pistes d'interventions qui pourraient être à prioriser (organisées en fonction du cadre théorique de la masculinité positive de Wilson et al. (2021))
9. À la lumière de ces informations, comment intégrez/intégreriez-vous l'approche spécifique aux hommes dans votre pratique?
10. À la lumière de ces informations, devrions-nous ajouter des éléments dans ce schéma?
11. Sentez-vous que vous avez les compétences/la formation pour intégrer ce genre d'interventions spécifiques aux hommes dans votre pratique?
12. Quels seraient, selon vous, les barrières et facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie en santé mentale?

Wilson, M., Gwyther, K., Swann, R., Casey, K., Featherston, R., Oliffe, J. L., Englar-Carlson, M. et Rice, S. M. (2021). Operationalizing positive masculinity: a theoretical synthesis and school-based framework to engage boys and young men. *Health Promotion International*.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daab031>

ANNEXE D
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

3946



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Santé mentale et masculinités en ergothérapie

Chercheur(s) : Raphaël Méthot
Département d'ergothérapie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-22-287-07.06

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 18 mai 2022 au 18 mai 2023

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

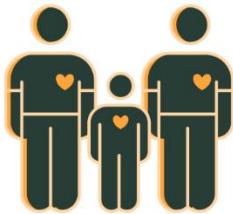
Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 18 mai 2022

ANNEXE E
AFFICHE DE RECRUTEMENT



SANTÉ MENTALE ET MASCULINITÉS EN ERGOTHÉRAPIE



Participant.e.s recherché.e.s afin d'explorer les pratiques actuelles et futures des ergothérapeutes en santé mentale au Québec qui interviennent auprès des hommes

Pour participer, vous devez:

- Être un.e ergothérapeute québécois.e travaillant dans un domaine de la santé mentale
- Intervenir auprès d'une clientèle masculine.



Implication: Participer à une entrevue individuelle de 45 à 75 minutes
(via la plateforme Zoom)

Si vous êtes intéressé.e.s ou avez des questions, contactez Raphaël Méthot, étudiant à la maîtrise en ergothérapie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

par courriel: raphael.methot@uqtr.ca ou par message privé sur Facebook

Numéro de certificat éthique: CER-22-287-07.06

ANNEXE F
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
ERGOTHÉRAPEUTES**

Titre du projet de recherche :	Santé mentale et masculinités : perceptions des ergothérapeutes québécois sur les interventions à prioriser en ergothérapie
Mené par :	Raphaël Méthot, candidat à la maîtrise en ergothérapie (M.Sc.), Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières
Sous la direction de :	Lyne Desrosiers, professeure agrégée, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières
Déclaration de conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêt

Préambule

Votre participation à cette recherche, visant à améliorer les services reçus en santé mentale offerts aux hommes, serait grandement appréciée. Nous souhaitons recueillir le point de vue d'ergothérapeutes intervenant en santé mentale auprès d'hommes afin de bien comprendre comment les services pourraient mieux répondre à leurs besoins et être mieux adaptés aux enjeux de la masculinité. Ces suggestions serviront à élaborer un outil de transfert de connaissances destiné aux ergothérapeutes. 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 ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

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 de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche

L'objectif principal de ce projet de recherche est d'explorer les pratiques qui sont mises en place ou qui pourraient être mises en place pour les ergothérapeutes en santé mentale au Québec qui interviennent auprès des hommes.



Le projet de recherche se penchera sur les interventions et approches à prioriser pour intervenir auprès des hommes en santé mentale en ergothérapie et tentera d'identifier les barrières ou facilitateurs à la mise en place d'interventions spécifiques aux hommes en ergothérapie en santé mentale.

Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue de 45 à 75 minutes qui sera réalisée via la plateforme Zoom en fonction de vos préférences. Cette entrevue comporte un bref questionnaire socio-démographique, et une entrevue où plusieurs questions ouvertes concernant les interventions adaptées aux hommes en santé mentale mises en place ou qui pourraient être mises en place seront discutés avec vous. Les entrevues seront enregistrées par le biais de la plateforme Zoom pour faciliter la transcription.

Risques et inconvénients

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ d'une durée totale de 45 à 75 minutes, demeure le seul inconvénient. Quoique la majorité de l'entrevue semi-structurée traitera des aspects liés aux pratiques professionnelles des ergothérapeutes travaillant en santé mentale, certaines questions traiteront de votre aisance à intervenir auprès des hommes. Il est possible que certaines de ces questions vous amènent à vous questionner à cet effet. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec le chercheur. Celui-ci pourra vous guider vers une ressource en mesure de vous aider.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des meilleures pratiques en ergothérapie quant aux interventions spécifiques aux hommes en santé mentale est le seul bénéfice prévu à votre participation.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une codification numérique de tous les participants. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai, d'une communication par affiche, d'une communication dans des congrès/colloque et d'une communication des résultats aux participants qui le désirent par courriel, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans l'ordinateur de l'étudiant-chercheur, Raphaël Méthot. Les dossiers seront protégés par mot de passe tout comme l'ordinateur qui est protégé par mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront Raphaël Méthot, étudiant-chercheur et Lyne Desrosiers, superviseure du projet de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites, soit supprimées de tout support informatique, 5 ans après la collecte initiale et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.



Dans le cas d'une utilisation ultérieure des données dans le cadre d'autres projets de recherche :

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés pour réaliser d'autres projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approchés aujourd'hui, avant la date prévue de destruction. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de l'étudiant-chercheur et seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR avant leur réalisation. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

Après la présente recherche, vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire sur un dossier OneDrive de l'UQTR dont seuls Raphaël Méthot, étudiant-chercheur et Lyne Desrosiers, superviseuse du projet de recherche y auront accès. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code. Les données seront détruites, soit supprimées de tout support informatique, 5 ans après la collecte initiale et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la destruction de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Je consens à ce que mes données de recherche soient utilisées à ces conditions : Oui Non

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Raphaël Méthot, étudiant-chercheur par courriel : raphael.methot@uqtr.ca.

Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-22-287-07.06 a été émis le 18 mai 2022.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Raphaël Méthot, je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet Santé mentale et masculinités en ergothérapie. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Je consens à être enregistré/filmé.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Consentement obtenu verbalement : Oui Non

Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable du projet ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés. Oui Non

Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le 20 décembre 2022. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Adresse : _____

Si cette adresse venait à changer, il vous faudra en informer le chercheur.