

LA FORMATION *INTERVENIR AUPRÈS DES HOMMES* DANS LE RÉSEAU DE SANTÉ EN MONTÉRÉGIE. UNE PERSPECTIVE ORGANISATIONNELLE

Johanne Groulx, Jean-Martin Deslauriers

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2015/6 Vol. 27 | pages 829 à 836

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-6-page-829.htm>

!Pour citer cet article :

Johanne Groulx, Jean-Martin Deslauriers, « La formation *Intervenir auprès des hommes* dans le réseau de santé en Montérégie. Une perspective organisationnelle », *Santé Publique* 2015/6 (Vol. 27), p. 829-836.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La formation *Intervenir auprès des hommes* dans le réseau de santé en Montérégie. Une perspective organisationnelle

Intervenir auprès des hommes training in the Montérégie health network. An organizational perspective

Johanne Groulx¹, Jean-Martin Deslauriers²

➔ Résumé

Introduction : Le projet For'hommes, déployé depuis 2011 en Montérégie (au sud de Montréal au Québec), avait notamment pour but de sensibiliser et de former gestionnaires, superviseurs cliniques et intervenants des centres de santé et de services sociaux (CSSS) à l'intervention auprès des hommes.

Objectif : Une évaluation d'implantation a permis de documenter les pratiques organisationnelles favorables au déploiement de la formation *Intervenir auprès des hommes* en CSSS.

Méthode : Huit entrevues ont été réalisées, en 2013, auprès de gestionnaires et de superviseurs issus de cinq CSSS (sur une possibilité de sept).

Résultats : Les activités de sensibilisation et la formation ont incité les CSSS à réaliser une réflexion sur leur offre de service ou à revoir certaines pratiques (organisationnelles ou cliniques) visant le clientèle masculines. Ainsi l'accueil, l'analyse des demandes d'aide et l'intervention auprès des hommes sont maintenant des processus plus adaptés à leurs réalités et besoins : intervention plus rapide, soutien téléphonique avant la prise en charge, accompagnement pour l'orientation vers les services sociaux dans la communauté, meilleure compréhension de la demande d'aide. Pour poursuivre l'adaptation de l'offre de service, gestionnaires et superviseurs notent l'importance, notamment, de continuer à offrir cette formation aux intervenants des CSSS.

Conclusion : La réflexion suscitée par la formation chez les gestionnaires et les superviseurs représente une approche prometteuse puisqu'elle a fait appel à des acteurs-clés de l'organisation. On peut donc considérer la formation *Intervenir auprès des hommes* comme ayant été un élément-clé du processus d'évolution de l'offre de service des CSSS consultés.

Mots-clés : Hommes ; Système de santé ; Soins de santé primaires ; Administration des services de soins ; Planification sanitaire ; Recherche qualitative.

➔ Summary

Introduction: The primary objective of the For'hommes project deployed since 2011 in the Montérégie region (south of Montreal in Quebec) is to increase awareness and train Health and Social Services Centers (CSSS) administrators, clinical supervisors and intervention workers in dealing with the male clientele.

Objective: An evaluation of project implementation allowed documentation of the organizational practices enabling the development of the "Intervenir auprès des hommes" training in the CSSS.

Method: Eight interviews with administrators and supervisors from five of the seven CSSS were conducted in 2013.

Results: The awareness and training programmes prompted the CSSSs to assess the services offered and review certain practices (organizational or clinical) targeting male clientele. The welcoming process, analysis of the requests and intervention with men are now more adapted to their realities and needs: more rapid intervention, phone support prior to management, helping men with referrals to community social services, a better understanding of the calls for help. To pursue the deployment of services adapted to a male clientele, administrators and supervisors emphasized the importance of continuing to offer training to CSSS intervention workers.

Conclusion: Reflection emerging from the training of the managers and supervisors represents a promising approach, as it involves the key actors in the organization's. We can therefore consider "Intervenir auprès des hommes" training to be a key element of improvement of the services offered by CSSSs.

Keywords: Men; Health service; Primary health care; Health services administration; Health planning; Qualitative research.

¹ Direction de santé publique – Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre – 1255, rue Beaugard – J4K 2M3 Longueuil – Québec.

² École de service social, Université d'Ottawa – Canada.

Correspondance : J. Groulx
johanne.groulx.agence16@ssss.gouv.qc.ca

Réception : 04/06/2015 – Acceptation : 07/12/2015

Introduction

Le projet For'Hommes déployé en Montérégie depuis 2011 est une initiative régionale unique venue répondre aux particularités de l'intervention auprès de la population masculine tout en accompagnant les réseaux locaux de services (RLS) selon une série d'étapes : sensibilisation des gestionnaires, identification des besoins de formation des intervenants, déploiement de la formation Intervenir auprès des hommes, soutien aux intervenants. For'Hommes fut développé par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie¹, avec la collaboration de partenaires, en particulier des membres de la table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROCM) intervenant auprès des hommes en matière de violence conjugale. Le projet a obtenu un soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec et faisait suite aux orientations du Ministère qui, en 2009, annonçait des mesures prioritaires pour la santé et le bien-être des hommes, en particulier l'adaptation des services, le développement des connaissances et l'amélioration des pratiques [1]. Le projet était important puisqu'en 2008, c'est 28,3 % des Montérégiens adultes (comparativement à 25,7 % des Montérégiennes) qui estimaient vivre un stress quotidien élevé ; en 2010, c'est 9 % des Montérégiens adultes qui percevaient leur état de santé comme étant passable ou mauvais [2].

For'Hommes s'appuyait sur la formation Intervenir auprès des hommes [3], qui est axée sur la prise en compte de la socialisation masculine dans l'intervention, le processus de demande d'aide des hommes, les difficultés de l'intervention et les obstacles systémiques et organisationnels qui nuisent à la réponse à la demande d'aide. C'est que de façon générale, la socialisation masculine a des effets sur la façon dont les hommes se préoccupent de leur santé physique et mentale ainsi que sur leurs rapports avec les services d'aide. De nombreuses recherches ont mis en évidence les liens entre la socialisation masculine traditionnelle et les difficultés de nombreux hommes à demander de l'aide, en général, et dans le domaine de la santé mentale en particulier [4-7]. La socialisation reliée aux rôles de genre influencerait le recours à

¹ Depuis le 1^{er} avril 2015, l'ASSS de la Montérégie n'existe plus en raison de l'entrée en vigueur, au Québec, de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Quant à la Direction de santé publique de la Montérégie, elle fait dorénavant partie du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, l'un des trois CISSS mis en place pour la région.

l'aide, à toutes les étapes du processus, à commencer par le fait même de ressentir les symptômes ou de ne pas trop s'en soucier [8, 9]. De plus, le système de santé et de services sociaux serait lui-même orienté en fonction de certains préjugés fondés sur des stéréotypes masculins : une certaine exclusion des pères dans les pratiques malgré un discours favorable à leur intégration dans les interventions, des décideurs et des intervenants qui intérioriseraient le concept de mâle immoral et du parent toxique [7] ou le stéréotype de l'homme fort, capable d'encaisser les coups, exprimant moins ses émotions ou les niant [10-14]. Il y a, de plus, des barrières organisationnelles : accueil froid, réprobation de l'expression de la colère (non distinguée de la violence), heures d'ouverture incompatibles avec les horaires de travail, délais importants dans la réception de la demande et le suivi [15].

La formation, d'une durée de deux jours non consécutifs, a été offerte aux gestionnaires et superviseurs cliniques des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montérégie et aux intervenants par la suite. Elle visait, notamment, à accroître leurs capacités à assumer leur rôle dans l'accueil, l'intervention, le processus de référence. Les deux volets du projet For'Hommes ont été évalués, soit l'évaluation des effets de la formation et l'évaluation d'implantation de la formation en CSSS. Le présent article porte sur ce deuxième volet uniquement. Il avait pour but de documenter le contexte organisationnel de déploiement de la formation, les particularités de l'offre de service auprès de la population masculine et les perspectives de développement sur ce plan après For'Hommes. Il s'est, en effet, avéré important de constater le déploiement des pratiques des CSSS sur ce plan pour optimiser la mise en œuvre éventuelle de la formation dans l'ensemble des onze CSSS de la région.

Méthode

L'évaluation d'implantation était une évaluation formative [16]. La population en général était composée du personnel d'encadrement clinique et des gestionnaires de CSSS. La sollicitation des participants s'est faite en recourant à des informateurs-relais (exemple : répondants pour le dossier santé et bien-être des hommes, tables de coordination des gestionnaires, réseaux clinico-administratifs). L'évaluation était basée sur une approche qualitative, approche appropriée pour obtenir un point de vue nuancé

des participants au sujet de leur expérience [17]. Huit entrevues individuelles semi-structurées (sept entrevues téléphoniques enregistrées et une entrevue avec réponses écrites) ont été réalisées, en 2013, auprès de quatre gestionnaires et quatre superviseurs de cinq CSSS en Montérégie (sur une possibilité de sept ayant été sensibilisés au projet et à la formation). Il s'agissait d'un échantillon non probabiliste. Les entrevues ont eu lieu quatre mois ou plus après que la formation eut été donnée aux gestionnaires et aux superviseurs, qui étaient issus des programmes-services généraux (santé mentale adulte, enfance-famille, accueil psychosocial).

Le cadre d'analyse était basé sur deux des quatre types de transformation sur le plan des changements organisationnels du modèle théorique d'Alain Rondeau [18] : 1) le renouvellement des pratiques organisationnelles et cliniques, avec pour principales variables : le contexte ayant favorisé la mise en place des services pour la population masculine, les caractéristiques de l'offre de service (modalités d'accueil, de suivi, et de soutien clinique, orientations cliniques), les perceptions de la demande d'aide des hommes et de l'intervention ; 2) le redéploiement (accent sur la révision de l'offre de service) avec pour principales variables : les perceptions au sujet de la formation et les changements de pratique, les éléments ayant compté dans la décision de donner la formation, le soutien clinique depuis la formation, les éléments de fierté au sujet de l'offre de service, les perspectives et les priorités d'action au sujet de l'offre de service visant la population masculine. Les deux autres types de transformation n'ont pas été traités, soit le réaménagement (accent sur les processus) et le réalignement (accent sur les ressources et l'imputabilité) pour l'étude. Des facteurs qui influencent le clinicien (ici le superviseur) pour l'adoption de pratiques cliniques préventives, comme les facteurs prédisposants, facilitants, de renforcement, ont aussi été structurants [19].

Il n'y a pas eu de collecte de données sur l'utilisation des services de santé par les hommes dans les CSSS consultés. Toutefois, l'étude a révélé que les transformations de l'organisation des services étaient bel et bien basées sur l'expérience des CSSS auprès de la clientèle masculine. Les guides d'entrevue ont été bâtis selon l'approche positive (*Appreciative Inquiry*) qui permet de relever ce qui fonctionne bien dans une organisation et d'entrevoir les développements possibles, au lieu de mettre l'accent d'emblée sur les problèmes éprouvés [20]. Des résumés d'entrevue, ponctués d'extraits, ont été produits et codifiés dans Word en fonction de catégories d'analyse liées aux variables à l'étude, et une validation inter-codeurs a eu lieu. La participation à l'étude était volontaire et tous les participants ont donné leur consentement.

Résultats

Le contexte et la réflexion sur l'offre de service

Le renouvellement de l'offre de service des CSSS consultés visant la population masculine s'est amorcé il y a plus de cinq ans pour les uns ou plus récemment pour d'autres, et est en cours dans certains CSSS. Le renouvellement visait à offrir des services plus adaptés aux besoins de toutes les populations, pas seulement à ceux de la population masculine, puisqu'il s'agit, selon les CSSS, d'une obligation des établissements de santé (responsabilité populationnelle). Le cadre de référence de l'Agence concernant les services de première ligne en santé mentale a aussi contribué à la réflexion des CSSS ainsi que les orientations du MSSS sur ce plan.

Parmi les facteurs ayant contribué, avant la formation, à la mise en place d'une offre de service visant les hommes qui demandent de l'aide, le développement de l'expertise des intervenants à l'égard de l'intervention auprès des hommes en détresse s'est avéré très important, notamment le besoin de mieux comprendre la demande d'aide formulée de manière agressive. Tous les CSSS consultés ont souligné leur préoccupation sur ce plan. C'est que plus d'hommes qu'auparavant font appel à leurs services, selon les commentaires des participants. Plusieurs autres facteurs ont été mentionnés : les contextes locaux, la volonté de développer une offre de service intégrée en santé mentale, de joindre les pères, de pallier l'absence de services d'hébergement de dépannage. Les diverses formations sur les réalités masculines données dans les CSSS de la Montérégie depuis quelques années ainsi que les responsabilités des gestionnaires (exemple : plusieurs programmes-services, notamment en santé mentale, en famille) ou leur expérience d'intervenant les ont sensibilisés aux besoins des hommes.

Les modalités de l'offre de service actuelle

L'accès aux services et l'accueil de la demande d'aide

Les demandes de services formulées aux CSSS sont généralement reçues à l'accueil psychosocial (avec ou sans rendez-vous) par des demandes faites au téléphone ou en personne, et ce, pour toutes les clientèles adultes. Les demandes peuvent provenir d'autres programmes-services du CSSS. Quand il y a des plages horaires de soir et de fins de semaine, cela constitue un facteur facilitant pour joindre les hommes qui travaillent, selon un gestionnaire.

Répondre rapidement à la demande d'aide d'un homme est ressorti comme une préoccupation généralisée, même si d'autres critères déterminent le degré de priorité, comme la nature de la demande ou les faits qui y sont rattachés. La demande d'aide d'un homme est d'ailleurs perçue, par gestionnaires et superviseurs, comme le geste d'une personne vulnérable, une vulnérabilité associée au genre masculin, puisque liée au fait d'être un homme (en soi), et souvent formulée au moment d'un épisode de détresse ou après des démarches infructueuses. L'une des modalités d'accès aux services est d'ailleurs basée, dans des CSSS, sur des liens plus étroits entre le personnel de liaison ou de l'urgence de l'hôpital et l'accueil psychosocial. Ainsi, un intervenant de l'accueil psychosocial pourra aller à la rencontre d'une personne en crise, au service d'urgence par exemple, pour évaluer ses besoins :

« (...), nous, on se fait un devoir d'être proactif, d'aller les voir sur place. Ils ne sont pas rentrés par la porte du CLSC [centre local de services communautaires], mais ils ont pris une porte de l'établissement. On ne manque pas une opportunité d'être proactif, d'aller dès le début leur offrir de l'aide, leur dire qu'on est là, qu'on peut les aider, les soutenir », a indiqué ce superviseur.

L'orientation et l'accompagnement jusqu'à la prise en charge

Le processus d'orientation de la personne à l'interne du CSSS ou vers un organisme du milieu se fait en fonction du jugement clinique, des critères des programmes d'intervention, des listes d'attente. Mais afin que les hommes (ou les femmes) maintiennent leur demande d'aide, le contact avec un intervenant jusqu'à la prise en charge sera maintenu, dans certains CSSS, au moyen d'une relance téléphonique périodique faite par l'intervenant de l'accueil psychosocial. L'absence de contact ou de suivi avant la prise en charge nuirait au processus d'aide, en raison des listes d'attente, a-t-on mentionné. La relance téléphonique permet de soutenir et de réévaluer les besoins des personnes, contribue à garder la motivation face à la demande d'aide, en particulier chez les hommes présentant une grande vulnérabilité : « *C'est des petits suivis très concrets, (...) pour leur laisser savoir [aux hommes] qu'on ne les a pas oubliés et pour les accrocher aux services* » (superviseur).

D'autres CSSS orientent des hommes vers des ressources fournissant des groupes de soutien en santé mentale. Dans les situations à risque (suicidaire, d'homicide, de détresse), un suivi étroit pourra être réalisé : selon les CSSS, il s'agira d'une intervention en moins de 24 heures ou dans les jours qui suivent, d'un hébergement de dépannage, d'un accompagnement dans les contacts à faire auprès d'une ressource de la communauté.

Les différentes approches cliniques et de soutien aux intervenants

Les approches cliniques utilisées auprès des hommes en difficultés varient, mais selon les programmes-services, certaines sont privilégiées : il s'agit de la thérapie brève centrée sur les solutions (au moment de l'évaluation des besoins à l'accueil psychosocial), la formule du « court terme » (quelques rencontres) ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale. Ces deux dernières approches seraient appréciées des hommes qui consultent, d'après les participants, en raison du caractère rapide et concret des approches, lesquelles permettent de cibler les besoins et les ressources personnelles des hommes sans avoir à examiner toutes les sphères de leur vie.

Gestionnaires et superviseurs accordent une grande importance à la formation des intervenants pour le développement de leurs compétences. Au fil des années, des formations ont d'ailleurs été données dans le réseau des CSSS relativement à diverses problématiques touchant les hommes en difficulté (exemple : détection et repérage des dépendances, réduction de l'accès aux armes à feu). L'encadrement clinique est également valorisé et les formules varient selon les CSSS : discussions cliniques avec des pairs, des intervenants chevronnés, le chef de programme, ou au moment des rencontres d'équipe et dans le quotidien de la pratique pour les situations à risque suicidaire ou d'homicide.

Les perceptions au sujet de For'Hommes

Des gestionnaires ont perçu la formation comme une possibilité de poursuivre leur réflexion sur l'offre de service à l'égard de la population masculine et de revoir, spécifiquement, la façon d'accueillir les demandes d'aide formulées de manière agressive. Surtout là où le contexte organisationnel préconisait la tolérance zéro au sujet de tels comportements à l'endroit du personnel, comme si on ne distinguait pas la colère (ou un autre sentiment exaspéré) de la violence : « *Si on ne permet pas aux hommes de s'exprimer malhabilement dans nos services, comment on va pouvoir les soutenir dans une démarche d'aide ? Ça me faisait réfléchir beaucoup à tout ça. Mais comment dépasser ça ? Il y a là un enjeu* » (gestionnaire).

Les autres éléments favorables étaient les suivants : l'obligation de fournir des services adaptés aux diverses clientèles, la croyance du gestionnaire quant à l'orientation à donner à l'offre de service, le développement des compétences des intervenants, la qualité perçue de la formation (contenu pertinent) et des formateurs ainsi que le déploiement du

projet (exemple : rencontre de sensibilisation, projet soutenu par l'Agence). Sur le plan clinique, la formation fut perçue comme un moyen de revoir les pratiques pour mieux comprendre comment les hommes expriment leur détresse et leur motivation face à la demande d'aide. La formation apparaissait applicable rapidement dans l'intervention et on y voyait la possibilité d'intervenir avec plus de justesse, dès la réception de la demande d'aide :

« *Nous, on est (...) au début du processus [à l'accueil psychosocial]. Donc, ça compte beaucoup d'être capable, finalement, de bien saisir la personne, pour être capable d'intervenir correctement et faire en sorte que cette personne-là soit intéressée à poursuivre et à recevoir l'aide dont elle a besoin* » (gestionnaire).

Le soutien et les retombées cliniques depuis la formation

Depuis la formation, le soutien clinique apporté par les superviseurs aux intervenants (ayant assisté ou non à la formation) a principalement porté sur l'analyse des demandes d'aide (exemple : évaluation des besoins, niveau de priorité ou de dangerosité), l'orientation vers les ressources du milieu ou l'accompagnement avant la prise en charge. Le soutien concernait diverses problématiques : santé mentale, dépendances, violence conjugale, homme suicidaire, homme vivant une dépression ou des difficultés au travail ou étant sur le point d'être à la rue.

Globalement, gestionnaires et superviseurs observent une plus grande ouverture chez les intervenants pour intervenir différemment auprès des hommes, pour favoriser leur maintien dans le processus : « (...) quand un homme se décide à demander de l'aide, je pense que c'est important d'être en mesure de donner suite rapidement tandis (...) qu'il est présent, qu'il est mobilisé, parce qu'on sait que la mobilisation avec eux ne sera pas nécessairement de longue durée » (superviseur).

Les perspectives

Les participants ont tous soutenu que leur offre de service répondait adéquatement aux besoins de la clientèle masculine, sur le plan de l'organisation des services, du soutien clinique et des collaborations avec les partenaires de la communauté, et ce, pour les raisons suivantes : priorités mieux déterminées, intervention plus rapide et différente, accompagnement, collaboration plus étroite avec le milieu pour le processus d'orientation vers des ressources, plusieurs modalités d'accueil. Les CSSS percevant leur offre

de service comme étant adéquate, mais limitée attribuent cette situation aux démarches en cours qui n'ont pas encore donné lieu à des actions concrètes.

Pour poursuivre cette transformation auprès des clientèles masculines, les pistes d'action suivantes ont été formulées par les participants : maintien des mécanismes de réflexion en place (informels ou non) pour approfondir les questions liées à l'offre de service (modalités, âge des clientèles, problématiques diverses) et les collaborations avec les partenaires du milieu, maintien du processus de sensibilisation aux réalités masculines dans le réseau de santé. Aussi, tous les CSSS consultés ont souligné l'importance de poursuivre les efforts pour diminuer les délais d'attente, au moyen d'un soutien très court, par exemple trois rencontres à l'accueil psychosocial. D'autres CSSS comptent mettre en place des relances téléphoniques ou joindre davantage les pères, particulièrement ceux en rupture d'union, afin de les associer davantage aux suivis familiaux : « *Le réflexe est là maintenant de dire : l'homme on lui offre quoi, le papa on lui offre quoi, le conjoint on lui offre quoi. Je trouve que c'est intéressant dans le développement de l'offre de service* », estime ce superviseur. Quant au soutien clinique, on souhaite que les formations en lien avec les réalités que vivent les hommes soient maintenues, incluant 'Intervenir auprès des hommes' qui pourrait être offerte à d'autres professionnels de la santé, tels les médecins, les auxiliaires familiales et les professionnels se déplaçant à domicile : « *On veut travailler en interdisciplinarité, on veut répondre aux besoins des hommes, alors je pense que ça serait important de le faire [de donner la formation à d'autres professionnels]* » (superviseur).

Les CSSS consultés ont indiqué trois priorités à considérer parmi l'ensemble des actions à poursuivre : continuer à réaliser des actions de sensibilisation aux réalités masculines, à offrir en CSSS la formation 'Intervenir auprès des hommes' et à développer une offre de service qui tienne compte des besoins des hommes.

Discussion

Des organisations perméables aux changements de pratique

Au sein des CSSS consultés, le processus de renouvellement de l'offre de service visant la population masculine a surtout touché les services en santé mentale pour l'ensemble des clientèles adultes, à la suite des orientations

du MSSS sur ce plan [21, 22]. Le processus s'est élaboré selon les besoins et les constats des CSSS par rapport à leur offre de service (exemple : accueil des demandes d'aide, modalités opérationnelles avec le milieu hospitalier) et en fonction des réalités locales. Ce processus s'appuyait aussi sur les questionnements des gestionnaires et des superviseurs, notamment sur l'importance d'accueillir de façon appropriée les demandes d'aide des hommes et d'intervenir avec justesse. Ces aspects ont constitué des facteurs prédisposants essentiels, et rejoignent la vision de Turcotte *et al* [23] et de Gilles Rondeau [24] pour qui le fait de bien cerner la demande d'aide initiale des hommes est une étape capitale pour y répondre adéquatement.

Ce positionnement favorable à l'égard des changements dans la pratique clinique et du soutien aux intervenants, s'est avéré crucial dans le processus d'implantation de la formation ainsi que la motivation des gestionnaires. Tous ces facteurs ont contribué à ce que les organisations deviennent perméables aux changements pressentis pour joindre les hommes qui demandent de l'aide. Cette ouverture a en quelque sorte traduit un processus de développement à la fois rationnel et émotif à l'œuvre. Le changement (perçu et souhaité) sur le plan des pratiques a pris racine dans une compréhension rationnelle et émotive (valeurs, positionnement personnel face aux hommes et à la demande d'aide) au sujet des représentations sociales de la masculinité et des impacts possibles sur l'offre de service.

Un cheminement modulé selon les objectifs des CSSS et des logiques d'action

Dans le renouvellement de l'offre de service, il semble normal, selon Alain Rondeau [18], qu'une telle démarche se déploie sur une période plus ou moins longue et selon des processus relationnels qui prennent du temps à se concrétiser. La démarche des CSSS consultés semble correspondre à un tel cheminement, modulé selon les objectifs organisationnels propres à chacun ou l'état d'avancement de la réflexion. Elle recoupe aussi les logiques d'action à l'œuvre dans les organisations, soit la logique stratégique (ce que l'organisation veut faire), la logique fonctionnelle (ce que l'organisation peut faire), la logique opérationnelle (ce que l'organisation fait réellement) [18].

Par ailleurs, les différentes modalités d'accueil, de prise en charge ou de suivi mises en place, avant et après For'Hommes, viseraient, en somme, à augmenter l'accessibilité aux services des CSSS pour les hommes en difficultés, comme dans la conception dynamique de l'utilisation des services de santé [25] qui s'appuie sur différents types

d'accessibilité : l'accessibilité organisationnelle (disponibilité), l'accessibilité sociale (services compatibles avec les caractéristiques sociales et culturelles des personnes), la continuité (soins et services prodigués sans interruption, par une continuité dans la coordination des services d'aide). Les liens opérationnels, comme les ententes de services avec des partenaires ou les liens fonctionnels entre établissements, concourraient à cette continuité, au même titre que les stratégies d'intégration clinique [26]. En effet, l'intégration des services de première ligne et la collaboration interprofessionnelle sont des éléments essentiels pour assurer la continuité, l'accessibilité et la globalité des services [27]. Les deux autres dimensions de la conception dynamique de l'utilisation des services de santé, soit l'accessibilité géographique et l'accessibilité économique, n'ont pas été abordées dans la présente étude même s'il s'agit d'éléments importants de l'accessibilité aux services. Le cadre d'analyse, au départ, était plutôt axé sur la transformation organisationnelle.

Enfin, la formation a représenté une occasion d'acquérir de nouvelles connaissances, de revoir la pratique clinique, de favoriser l'accessibilité sociale des services. Les démarches de soutien clinique (facteur de renforcement) ont aussi contribué à l'intégration des nouvelles connaissances issues de la formation. Fixsen *et al* (2005) [18] parlent justement d'un processus d'implantation qui exige de la formation, de la supervision et de l'évaluation. Des retombées cliniques sont même palpables. Gestionnaires et superviseurs ont certes, maintenant, une meilleure connaissance de la socialisation masculine, du processus de demande d'aide et de l'intervention auprès des hommes.

L'expérience des CSSS s'est donc articulée à partir des caractéristiques de la socialisation masculine mais aussi de leur réalité organisationnelle. Cela a permis de réduire certaines barrières limitant la réponse à la demande d'aide, le maintien dans le processus d'aide ou l'intervention elle-même. Des auteurs [4] parlent, sur ce plan, d'éléments facilitateurs.

Des stratégies multiples à envisager pour joindre davantage la population masculine

L'analyse contextuelle (exemple : modalités d'accueil, processus internes, types d'intervention et de soutien, partenariat) de l'offre de service est une voie importante pour en définir ou en poursuivre le déploiement selon une approche sensible au genre masculin. Mais on peut envisager d'autres voies également. Les organisations peuvent se rapprocher de la population masculine par diverses stratégies

d'information : en transmettant aux pères de l'information au sujet du suivi de leur enfant, en sensibilisant les hommes aux services d'aide disponibles, en utilisant des moyens de communication dont les aspects visuels permettent aux hommes de se reconnaître (affiches, dépliants) [4].

En plus de l'analyse contextuelle de l'offre de service et des stratégies d'information, il pourrait être utile de prêter attention aux caractéristiques des demandes d'aide reçues en CSSS pour définir de telles stratégies. La question des troubles liés à la santé mentale et celle liée à l'utilisation des substances (drogues, alcool) sont deux exemples éclairants sur ce point : en effet, dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012, on note, pour la Montérégie, deux fois moins d'hommes (5,8 %) à avoir consulté pour des services en santé mentale que de femmes (13,5 %) alors que pour les troubles liés à l'utilisation de substances (alcool, drogues), les hommes sont deux fois plus nombreux (5,5 %) que les femmes (2,3 %) [28]. Ces données montrent à quel point il faut cibler plus précisément l'offre de service en fonction des besoins mais aussi du genre masculin et féminin.

Conclusion

L'étude menée auprès de CSSS de la Montérégie a permis de mieux connaître les contextes organisationnels, professionnels et cliniques qui les guident quotidiennement dans leur mission d'aide et de soutien aux personnes demandant de l'aide et, de façon spécifique, aux hommes en difficultés. Avec la formation 'Intervenir auprès des hommes', un processus de révision de la façon de venir en aide s'est poursuivi et a contribué à faire évoluer le processus d'analyse des demandes d'aide et d'intervention.

L'idée d'entamer la réflexion avec les gestionnaires et les superviseurs avant les intervenants constitue une méthode de formation prometteuse. Elle a permis de placer la question sur les plans organisationnel et social, pas seulement sur le plan de la responsabilité individuelle (les hommes qui consultent), les changements dans l'organisation et la structure de services reposant alors sur les acteurs-clés de l'organisation. La dimension structurelle se pose ainsi sur le plan des solutions possibles, par l'arrimage de la réflexion et des actions entre les acteurs-clés au sein de l'organisation et les intervenants. En Montérégie, la réflexion et les diverses actions menées au niveau régional et par les gestionnaires et les superviseurs des CSSS au sujet de la formation 'Intervenir auprès des hommes', ont été

marquantes. Si bien qu'on peut conclure que la formation fut un élément-clé du processus d'évolution de l'offre de service des CSSS pour répondre aux demandes d'aide des hommes et mieux intervenir auprès d'eux. Les résultats du présent travail sont spécifiques au milieu étudié, mais les processus démontrés nous semblent applicables à d'autres CSSS en Montérégie ou ailleurs au Québec.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Stratégie régionale de transfert de connaissances et de développement des compétences, Dossier Santé et bien-être des hommes, Projet For'Hommes. Longueuil (Canada) : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ; 2011. 33 p.
2. Conseil du statut de la femme. Portrait statistique égalité femmes hommes Montérégie. Québec (Canada) : Gouvernement du Québec ; 2015. 92 p. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/portrait_statistique_egalite_femmes_hommes_montreal_2015.pdf.
3. Tremblay G, L'Heureux P. Des outils efficaces pour mieux intervenir auprès des hommes plus traditionnels. In : Deslauriers JM, Tremblay G, Genest-Dufault S, Blanchette D, Desgagnés JY, éditeurs. Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir. Québec (Canada) : Presses de l'Université Laval ; 2011. pp. 125-51.
4. Lajeunesse SL, Houle J, Rondeau G, Bilodeau S, Villeneuve R, Camus F. Les hommes de la région de Montréal : analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts. Montréal (Canada) : Regroupement des organismes pour hommes de l'île de Montréal (ROHIM) ; 2013. 80 p. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : <http://www.simonlouislajeunesse.com/wp-content/uploads/ROHIM.pdf>.
5. Dumas A, Bournival E. Men, masculinities and health : theory and application. In : Laker JA, editor. Canadian perspectives on men and masculinities. Toronto: Oxford University Press Canada; 2011. pp. 32-51.
6. Houle J. La demande d'aide, le soutien social, et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide [Thèse de doctorat en psychologie]. Montréal (Canada) : Université du Québec à Montréal ; 2005. 286 p. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : http://www.crise.ca/e-docs/jhoule_these_2005.pdf.
7. Dulac G. Aider les hommes... aussi. Montréal (Canada) : VLB ; 2001. 187 p.
8. Tremblay G, Déry F. La santé des hommes au Québec. In : Deslauriers JM, Tremblay G, Genest-Dufault S, Blanchette D, Desgagnés JY, éditeurs. Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir. Québec (Canada) : Presses de l'Université Laval ; 2011. pp. 305-30.
9. Robertson S. Understanding men and health: masculinities, identity and well-being. Berkshire (UK): Open University Press; 2007. 192 p.

10. Vogel DL, Heimerdinger-Edwards SR, Hammer JH, Hubbard A. "Boys don't cry": examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and self-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *J Couns Psychol.* 2011;58(3):368-82.
11. Deslauriers JM, Tremblay G, Genest Dufault S, Blanchette D, Desgagnés JY. Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir. Québec (Canada) : Presses de l'Université Laval ; 2011. 428 p.
12. Brown L, Callahan M, Strega S, Walmsley C, Dominelli L. Manufacturing ghost fathers: the paradox of father presence and absence in child welfare. *Child Fam Soc Work.* 2009;14(1):25-34.
13. MacDonald J. *Environments for health.* London: Routledge; 2005. 144 p.
14. Larose D. Les représentations sociales de la paternité chez les intervenantes psychosociales et l'implication des pères dans les services sociaux destinés à la famille. *In* : « Hommes, intervention et changement » : actes du colloque du 17 mai 2001 tenu à Sherbrooke dans le cadre du 69^e congrès de l'ACFAS. Montréal (Canada) : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes ; 2001. pp. 219-38.
15. Audet S. Adaptation du processus d'intervention aux besoins spécifiques des hommes traditionnels vivant une rupture amoureuse. *Intervention.* 2008;128:99-109.
16. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text.* 3rd ed. Thousand Oaks (California); Sage Publications. 1996. 448 p.
17. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care.* 3rd ed.: Blackwell Publishing. London: BMJ Books; 2006. 168 p.
18. Rondeau A. L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Télescope.* 2008;8(14):1-12.
19. Walsh JM, McPhee SJ. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q.* 1992;19(2):157-75.
20. Coghlan AT, Preskill H, Tzavaras Catsambas T. An overview of appreciative inquiry in evaluation. *New Directions for Evaluation.* 2003;100:5-22.
21. Latulippe L, Menear M. Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS. *La force des liens.* Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2011. 68 p. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-914-01F.pdf>.
22. Boissonnault M, Côté F, Demers J, Deschênes G, Gauthier G, Gauthier J, *et al.* Cadre de référence pour le déploiement des services de 1^{re} ligne santé mentale adultes en CSSS dans une perspective de soins en collaboration. Longueuil (Canada) : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ; 2009. 51 p. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2957/CadredereferenceSante%20mentale.pdf>.
23. Turcotte D, Dulac G, Lindsay J, Rondeau G, Dufour S. La demande d'aide chez les hommes en difficulté : trois profils de trajectoires. *Intervention.* 2002;116:37-51.
24. Gagnon L, Rondeau G, Mercier G. Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins : rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. Québec : Gouvernement du Québec ; 2004. 41 p. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-911-01_rap.pdf.
25. Borgès Da Silva R, Contandriopoulos A, Pineault R, Tousignant P. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures. *Prat Organ Soins.* 2011 ; 42(1) : 11-8. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-1-page-11.htm>.
26. Fleury MJ, Ouadahi Y. Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec.* 2002;27(2):16-36.
27. Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, *et al.* Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : rapport détaillé. Montréal (Canada) : Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Greas Publication ; 2005. 45 p. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/Montreal/2894944330.pdf>.
28. CANSIM, Statistique Canada. Tableau 105-1101 : profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, occasionnel (nombre) [Page internet]. Ottawa : Gouvernement du Canada. 2013. [Visité le 15/12/2015]. En ligne : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1051101>.