ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/242528444

Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes

Article

CITATIONS
13

READS
746

4 authors, including:

Gilles Tremblay
Laval University
59 PUBLICATIONS **172** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Cree men's perception of the provision of health and social services View project

Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé - Rapport final View project

All content following this page was uploaded by Gilles Tremblay on 17 May 2014.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Centre de recherche interdisciplinaire
sur la violence familiale
et la violence faite aux femmes

Gilles Tremblay
Marc-André Morin
Valérie Desbiens
Patricia Bouchard

Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes

Collection ÉTUDES ET ANALYSES 36

Université de Montréal

UNIVERSITÉ LAVAL

Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes

Gilles Tremblay
Marc-André Morin

Avec la collaboration de
Valérie Desbiens
Patricia Bouchard

Collection Études et Analyses

N° 36

Mars 2007

Données de catalogage de la Bibliothèque nationale du Canada

Vedette principale au titre :
Rôle de genre et dépression chez les hommes

ISBN : 978-2-921768-68-9

1. Dépression - Québec (Province) – Québec. 2. Hommes – Québec (Province) - Québec. 3. Conflit de rôle de genre- Québec (Province) - Québec. I. Tremblay, Gilles, 1953- . II. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Les propos tenus dans ce document n'engagent que leurs auteurs et ne traduisent pas nécessairement le point de vue officiel du CRI-VIFF. Le CRI-VIFF n'est nullement responsable de l'utilisation qui pourrait être faite des renseignements contenus dans le document.

Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes

Gilles Tremblay
Marc-André Morin

Avec la collaboration de
Valérie Desbiens
Patricia Bouchard

Programme Jeunes chercheurs

Rapport final soumis au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture

Cette publication est disponible
sur le site Web du CRI-VIFF
www.criviff.ca

Résumé

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la socialisation des hommes dans les sociétés occidentales actuelles contribue à l'apparition de facteurs de risque et à la diminution de facteurs de protection reconnus en santé mentale, notamment en survalorisant l'autonomie et l'indépendance tout en dévalorisant la demande d'aide lors de difficultés importantes (Charbonneau & Houle, 1999; Dulac, 2001; O'Neil, Good & Holmes, 1995; Pleck, 1981, 1995; Tremblay, Thibault, Fonséca & Lapointe-Goupil, 2004; Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron & Lapointe-Goupil, 2005). Selon ces auteurs, cette construction des rôles de genre associés à la masculinité aurait un effet sur le développement de certains problèmes sociaux, notamment la violence, la toxicomanie et le suicide.

La présente étude vise à apporter un éclairage nouveau sur la santé des hommes en explorant chez eux la relation entre les conflits de rôles de genre et la dépression. Les résultats obtenus démontrent que les conflits de rôle de genre sont significativement associés à la dépression chez les hommes ainsi qu'aux idéations suicidaires. Par ailleurs, ces résultats soulèvent des questions sur la validité des outils psychométriques couramment utilisés dans le dépistage et le diagnostic de la dépression, notamment auprès des hommes présentant un degré élevé de conflit de rôle de genre. D'ailleurs, plusieurs auteurs (Cochran & Robinovitz, 1999; Lynch & Kilmartin, 1999; Real, 1997; Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000, Walinder, 2001) émettent l'hypothèse d'une sous-évaluation significative de la dépression chez les hommes dans les études épidémiologiques et cliniques traitant de la dépression.

À notre connaissance, il s'agit de l'une des premières études empiriques, au Québec, portant sur le concept de conflit de rôle de genre largement utilisé dans les études américaines et australiennes, et aussi la première étude québécoise s'intéressant à la dépression sous l'angle du genre masculin.

Ce rapport présente l'état des connaissances sur la problématique, les questions à l'étude, la méthodologie utilisée, les principaux résultats ainsi que quelques conclusions et recommandations.

Nous espérons que cette recherche contribuera à l'amélioration des pratiques de dépistage, de diagnostic et d'intervention en matière de dépression chez les hommes et qu'elle ouvrera de nouvelles pistes pour la recherche dans le domaine.

Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du *Fonds québécois de recherche sur la société et la culture* dans le cadre du programme *Jeunes chercheurs*.

Nous tenons à remercier spécialement nos partenaires qui nous ont appuyés au cours de la démarche de recherche, soit les ressources pour hommes : *AutonHommie*, *Groupe d'aide aux personnes impulsives* (GAPI) et *Réseau hommes Québec* et le *Conseil des syndicats nationaux de l'Estrie* (CSN). Nous remercions également les entreprises qui nous ont ouvert leurs portes et ont facilité le recrutement au sein de leur personnel, en particulier les compagnies *Bowater* (Donnacona) et *ABI* (Deschambeault).

Un merci spécial aux 144 répondants qui ont donné généreusement de leur temps, sans aucune compensation financière, afin de contribuer à l'avancement de la connaissance dans le domaine.

Enfin, nous remercions monsieur Gaétan Daigle pour le soutien aux analyses statistiques, mesdames Isabelle Turcotte et Cathy Savard pour la saisie des données sur SPSS ainsi que Diane Rivard pour la révision linguistique et la mise en page du rapport, sans oublier le CRI-VIFF pour la promotion et la distribution du rapport.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ..... **VI**

REMERCIEMENTS ..... **VIII**

LISTE DES TABLEAUX ..... **XI**

LISTE DES FIGURES ..... **XIII**

1. LA DÉPRESSION CHEZ LES HOMMES ET L'URGENCE DE S'EN PRÉOCCUPER **1**

1.1 La question du suicide **1**

1.2 Suicide et dépression **2**

1.3 La dépression chez les hommes : un phénomène mal connu **3**

1.4 Dépression, abus de substances et comportements agressifs **6**

2. APPROCHE THÉORIQUE : CONFLITS DE RÔLE DE GENRE **8**

2.1 Conflits de rôle de genre et relation aux services de santé et aux services sociaux **9**

2.2 La recherche sur le conflit de rôle de genre chez les hommes **11**

2.3 Les conflits de rôle de genre et la dépression **12**

3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE **13**

4. MÉTHODOLOGIE **13**

4.1 Participants **13**

4.2 Calendrier **16**

4.3 Instruments de mesure **16**
4.3.1 Questionnaire sociodémographique **16**
4.3.2 Gender Role Conflict Scale **16**
4.3.3 Beck Depression Inventory *ou* Inventaire de dépression de Beck **17**
4.3.4 Indice de détresse psychologique **18**
4.3.5 Idéation suicidaire et parasuicide **19**
4.3.6 Note sur l'ordre de présentation des questions **20**

4.4 Analyses statistiques 20
4.4.1 Note sur les données manquantes 20
4.4.2 Stratégies d'analyses statistiques 20
4.4.3 Difficultés liées aux mesures utilisées et création d'un score composite 20
4.4.4 Stratégie suivie pour créer le score composite 22

5. RÉSULTATS 23

5.1 La dépression et la détresse psychologique selon les principales caractéristiques sociodémographiques 23
5.1.1 L'état matrimonial 23
5.1.2 La scolarité 23
5.1.3 Le revenu 24
5.1.4 L'âge 25
5.1.5 Le recours aux services médicaux et psychosociaux 26

5.2 Relations entre les différentes variables à l'étude 27
5.2.1 La dépression et les conflits de rôle de genre 28
5.2.2 La détresse psychologique et les conflits de rôle de genre 28
5.2.3 Les idéations suicidaires et les conflits de rôle de genre 29
5.2.4 Les recours aux services de santé et les conflits de rôle de genre. 30

5.3 Effets combinés 31
5.3.1 Effet combiné du niveau de scolarité et des conflits de rôle de genre sur la dépression. 31
5.3.2 Effet combiné de l'état matrimonial et des conflits de rôle de genre sur la dépression. 32

6. DISCUSSION 34

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 38

8. RÉFÉRENCES 40

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères de dépression majeure- masculin (Pollack, 1998) 4
Tableau 2 : Critères de dépression pour les hommes (Cochran & Rabinowitz, 2000) 6
Tableau 3 : Effets de la socialisation masculine sur la santé mentale (tiré de Tremblay et al., 2004) 10
Tableau 4 : Influence de la socialisation sur les réactions des dispensateurs de service (tiré de Tremblay et al., 2004) 11
Tableau 5 : Caractéristiques démographiques selon les catégories normatives à l'*Inventaire de dépression de Beck* et l'*Indice de détresse psychologique* 15
Tableau 6 : Répartition des participants selon le niveau de dépression à l'*Inventaire de dépression de Beck* 18
Tableau 7 : Répartition des participants selon le niveau de détresse psychologique 19
Tableau 8 : Données descriptives de base pour les sous-échelles de l'Indice de détresse psychologique 19
Tableau 9 : Tableau croisé des classements selon les catégories diagnostiques en fonction de l'*Indice de détresse psychologique* et de l'*Inventaire de dépression de Beck* 21
Tableau 10 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon l'état matrimonial 23
Tableau 11 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon la catégorie d'âge 25
Tableau 12 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon le nombre de consultations médicales dans la dernière année 26
Tableau 13 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon le recours à au moins une consultation psychologique 26
Tableau 14 : Corrélations significatives entre le *Beck Depression Inventory*, l'*Indice de détresse psychologique* et les diverses échelles du *Gender Role Conflict Scale* 27
Tableau 15 : Score moyen à l'*Inventaire de dépression de Beck* et à l'*Indice de détresse psychologique* selon la présence ou l'absence d'idéations suicidaires 27
Tableau 16 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon la présence ou l'absence de dépression à l'*Inventaire de Beck.* 28
Tableau 17 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon la présence ou l'absence d'un haut niveau de détresse psychologique 29
Tableau 18 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon la présence ou l'absence d'idéations suicidaires 30
Tableau 19 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon le recours à au moins une consultation psychosociale dans la dernière année 30
Tableau 20 : Analyses de variance selon la scolarité et les conflits de rôle de genre 31
Tableau 21 : Analyses de variance selon l'état matrimonial et les conflits de rôle 32

Liste des figures

Figure 1: Taux annuel moyen ajusté de mortalité par suicide (pour 100,000 personnes) selon le sexe, Québec, 1981 à 2005 1
Figure 2 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon la scolarité 24
Figure 3 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon le revenu 25
Figure 4 : Effet d'interaction entre les conflits de rôle de genre, la scolarité et la dépression (score composite) 32
Figure 5 : Effet d'interaction entre les conflits de rôle de genre, l'état matrimonial et la dépression (score composite) 33

1. La dépression chez les hommes et l'urgence de s'en préoccuper

On doit constater que, même si les hommes sont surreprésentés en matière de mortalité, la santé des hommes demeure en général sous-documentée (Kramer, 2000; McKee & Shkolnikor, 2001; Tremblay et al., 2005). Sur le plan de la santé mentale, ce n'est que récemment au Québec, particulièrement lors des campagnes de prévention du suicide de 1999 à 2001, que la détresse chez les hommes a été pour une première fois énoncée et reconnue comme étant un problème social. Quelques années plus tard, on doit constater que les écrits québécois en regard de la santé mentale des hommes, et en particulier de la dépression chez les hommes, demeurent très rares. Pourtant, quand la dépression n'est pas diagnostiquée et traitée, elle augmente significativement le risque de suicide (Cochrane, 2001; Lesage et al., 1994).

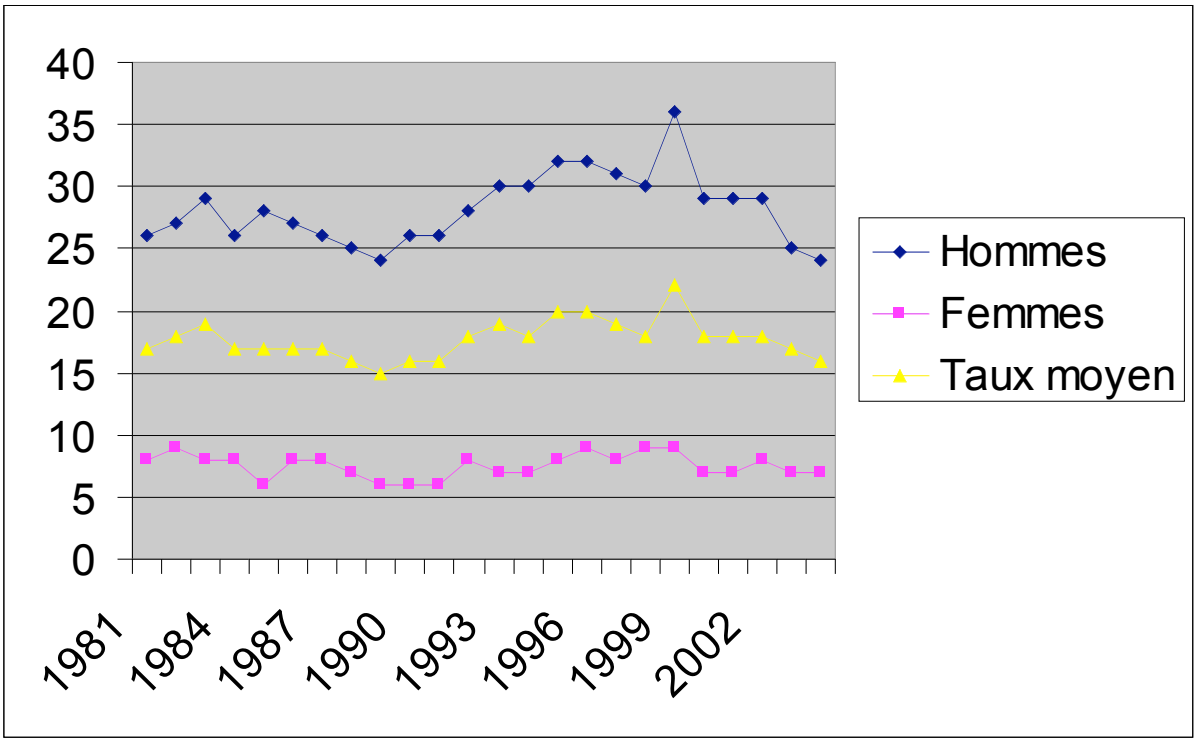
1.1 LA QUESTION DU SUICIDE

Pourtant, les données démontrent la nature probante, voire alarmante, des connaissances concernant la santé des hommes. Que ce soit en matière de suicide, de mortalité par accidents, de conduites à risque, pour ne nommer que ces problématiques les hommes québécois, comme dans la plupart des pays industrialisés, sont surreprésentés comparativement aux femmes. Notamment, parmi les pays industrialisés, le Québec présente l'un des taux de suicide les plus élevés (MSSS, 1998). En effet, exception faite des toutes dernières années (voir Figure 1), on assiste depuis une vingtaine d'années à une augmentation du taux de suicides complétés chez les hommes québécois (Charbonneau, 2001; Clain, 2001; Ross & François, 2007). De 1970 à 1999, le pourcentage des suicides chez les hommes québécois est passé de 70 % à 80 %, et 75 % des suicides surviennent avant l'âge de 50 ans (Charbonneau, 2001).

Figure 1: Taux annuel moyen ajusté[1] de mortalité par suicide (pour 100,000 personnes) selon le sexe, Québec, 1981 à 2005[2]

[1] Taux qui serait observé si la population avait la même composition d'âge que la population québécoise de référence en 1981 (Ross et François, 2007).

[2] Données du MSSS, tirées de Ross & François, 2007.



Le Québec était, depuis 1995 jusqu'à récemment, la seule province canadienne à voir son taux global de suicide continuer de croître.

Rappelons que les hommes sont plus à risque de suicide complété que les femmes notamment en raison des moyens plus létaux qu'ils privilégient lorsqu'ils passent à l'acte. L'utilisation d'une arme à feu ou de la pendaison et le saut sont des moyens plus fréquemment envisagés par les hommes, tandis que les médicaments ou se couper les veines sont des moyens plus fréquemment envisagés par les femmes. Boyer et al. (2000) mentionnent dans le rapport de l'ESS98 que, pour l'années 1997, le ratio était de 64,9 tentatives de suicides chez les femmes pour un suicide complété, ce ratio étant de 16,4 chez les hommes (Antil, Bergeron.& Cloutier, 2005 : 137).

1.2 Suicide et dépression

Dans leur étude menée au Québec et portant sur le décès attribués au suicide, Lesage et al. (1994) ont découvert un taux élevé d'hommes atteints de troubles majeurs de santé mentale (dépression majeure, schizophrénie, dépendance à l'alcool et abus de substances psychoactives). En comparant les profils psychologiques de 75 hommes de 18 à 35 ans décédés à la suite d'un suicide à 75 autres hommes de même catégorie mais toujours vivants, ils ont découvert que les hommes suicidaires ont 11,2 fois plus de risque de vivre une dépression majeure que les hommes non suicidaires. Dans la majorité des cas, la présence de tels désordres se serait manifestée à l'intérieur des six mois précédant le décès. L'étude de Foster, Gillespie et McClelland (1997) réalisée en Irlande du Nord démontre que la majorité des suicides survenus dans ce pays seraient reliés à une dépression sévère et à l'abus d'alcool. Il semble « que l'influence conjuguée des troubles de l'humeur et des troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues puisse expliquer la plus forte incidence de suicide chez les hommes » (Houle, 2005 : 30). À la suite de l'autopsie psychologique de la presque totalité des 109 cas de suicides survenus au Nouveau-Brunswick en 2002-2003, Séguin et al. (2005) rapportent que près de 70 % de ces personnes

souffraient de dépression et que la grande majorité (76,5 %) avait été en contact avec des services spécialisés de santé mentale ou de toxicomanies au cours de l'année précédant le suicide et un peu plus de la moitié (51 %) au cours du dernier mois. Au Québec, plus de la moitié des jeunes hommes ayant commis un suicide auraient vu un omnipraticien au cours de leur dernière année de vie (Lesage, 2000). Il semble donc y avoir une certaine difficulté à bien dépister la dépression et à mettre en place les services nécessaires pour prévenir le risque de suicide.

1.3 LA DÉPRESSION CHEZ LES HOMMES : UN PHÉNOMÈNE MAL CONNU

Les données de l'enquête canadienne sur la santé des collectivités indiquent qu'en 2002, 3,3 % des hommes et 5,9 % des femmes, au Québec, rencontrent les critères du trouble dépressif majeur (Statistique Canada, 2003). Houle (2005) compare trois grandes études sur la prévalence de troubles mentaux réalisées aux États-Unis et au Canada au cours des années 1980 et 1990. Les taux varient selon la période de référence. Ainsi, si l'on vérifie en fonction du dernier mois (Robins & Regier, 1991 dans Houle, 2005 : 26), les taux enregistrés sont de 1,6 % chez les hommes et 2,9 % chez les femmes; ils atteignent respectivement 7,7 % et 12,9 % lorsque l'on prend une période de 12 mois comme référence et 5,9 % et 11,4 % lorsque la vie entière est prise en considération. Selon Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz et Tylee (2002), le ratio d'environ un homme pour deux femmes se manifeste dans tous les groupes d'âge dans plusieurs pays en matière de prévalence de la dépression majeure. Une étude épidémiologique canadienne sur la dépression chez les adolescents et les adolescentes va dans le même sens : la prévalence est moins grande chez les garçons que chez les filles (4,8 % c. 9 %) (Cairney, 1998).

Pour d'autres auteurs, la dépression demeure un phénomène sous diagnostiqué chez les hommes (Cochran & Robinovitz, 1999; Lynch & Kilmartin, 1999; Kilmartin, 2005; Real, 1997; Tremblay et al., 2004). Sachs-Ericsson et Ciarlo (2000) considèrent qu'une partie de la réalité est occultée, tant en recherche qu'en clinique, du fait que plusieurs études utilisent comme mesures des symptômes ou des référents davantage liés aux stéréotypes féminins comme le pleur, l'importance accordée à la présentation vestimentaire, etc. Les symptômes psychologiques sont parfois différents selon le fait d'être un homme ou une femme à cause des significations, représentations et normes différentes (Lengua & Stormshak, 2000). La dépression fait référence à diverses caractéristiques comme la tristesse, la culpabilité, le remord, la fatigue, le retrait social, bref autant d'éléments qui influencent l'humeur de la personne dans sa vie quotidienne et qui représentent davantage une constellation de symptômes qu'un désordre clairement établi (Winokur, 1997 dans Cochran & Rabinowitz, 2000). Cela amène d'ailleurs certains à parler d'un syndrome et non d'un désordre. À cet effet, Winokur (1997 dans Cochran & Rabinowitz, 2000) établit trois sous-types de dépression :

- Dépression réactive, souvent secondaire à une perte ou une maladie physique ou encore associée à une catastrophe naturelle;

- Désordre dépressif pur familial, caractérisé par une histoire familiale de dépression sans antécédents familiaux de personnalité antisociale, d'alcoolisme ou de toxicomanie chez la personne affectée par la dépression;

- Maladie dépressive s'exprimant par des symptômes plus diffus notamment une plus grande instabilité émotionnelle et pour laquelle on retrouve souvent des antécédents familiaux d'anxiété, d'alcoolisme, d'abus de substances, ou de trouble de personnalité.

Une étude réalisée auprès de la communauté Amish au Pennsylvanie (Egeland & Hostetter, 1883 dans Cochran & Rabinowitz, 2000) rapporte des taux comparable de dépression chez les hommes et les femmes après avoir ajusté les critères pour mieux correspondre aux normes culturelles. Dans la même veine, Maruphy, Sobol, Neff, Olivier et Leighton (1984 dans Cochran & Rabinowitz, 2000) concluent, à la suite de leur étude menée dans les provinces maritimes, que lorsque l'on utilise des questionnaires plus sensibles aux dimensions de genre (*gender-fair*), les écarts entre les taux de dépression chez les hommes et ceux notés chez les femmes diminuent considérablement. En fait, plusieurs études suggèrent que la symptomatologie de la dépression varie sensiblement selon le genre, l'âge, la classe sociale, le groupe ethnique, les valeurs religieuses tant en ce qui concerne l'expression de la dépression (et donc le diagnostic) que le fait d'en parler et de demander de l'aide (Cochran & Rabinowitz, 2000). Il ne faut toutefois pas oublier que, indépendamment du genre, le taux de personnes se débattant avec une dépression non traitée demeure relativement élevé (Möller-Leimkühler, 2002).

Pour contrer ces biais de genre, quelques auteurs (Cochran & Rabinowitz, 2000; Pollack, 1998; Walinder, 2001) proposent des symptômes dits « masculins » pour le dépistage de la dépression (voir Tableaux 1 et 2). Plutôt que d'être exprimée en souffrance intériorisée, comme chez la plupart des femmes, la dépression au sein de la population masculine serait souvent, en quelque sorte, agie (Lynch et Kilmartin, 1999; Real, 1997). Les hommes, selon les codes sociaux traditionnels, ne pleurent ni ne « craquent » en public, sous peine d'être taxés de faibles ou d'efféminés. Non seulement ils n'extériorisent pas leur mal-être par des larmes, mais beaucoup d'entre eux ne reconnaissent pas leur propre défaillance. Pour s'exprimer, la souffrance se transforme alors en symptômes physiologiques ou en perturbations du comportement. Ainsi, les hommes plus traditionnels auraient tendance à surinvestir leurs activités (travail, sports, sexualité) plutôt que de les restreindre et à s' « automédicamenter » par un usage accru d'alcool, de drogues, de cigarettes (s'ils sont fumeurs), de pornographie ou encore de jeu (Cook, 2006; Hart, 2002; Kilmartin, 2005; Lynch & Kilmartin, 1999). L'utilisation de défenses extériorisées aiderait les hommes dépressifs à se détacher de leurs émotions, de telle sorte que la dépression est alors masquée par des traits facilement assimilés à une personnalité antisociale (Cochran & Rabinowitz, 2000). Dans leurs recherches, Möller-Leimkühler (2002) et Winkler et al. (2004) ont trouvé que l'irritabilité constituait le critère déterminant de la dépression chez les hommes. Malheureusement, les proches, particulièrement le conjoint ou la conjointe et les enfants, seraient les principaux boucs-émissaires des comportements agressifs des hommes déprimés (Lynch & Kilmartin, 1999). Cela amène Lynch et Kilmartin a considérer que les trois critères de bases pour détecter une dépression demeurent : se sentir sans valeur *(worthlessness*), sans espoir (*hopelessness*) et sans recours (*helplessness*). D'autres, tels Pollack (1998) et Cochran & Rabinowitz (2000), proposent des critères plus spécifiques comme en témoignent les tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Critères de dépression majeure- masculin (Pollack, 1998) [3]

1. Augmentation du retrait social : Peut être nié par le client.
2. Surinvestissement au travail : Peut atteindre le niveau obsessif ou encore masqué par des commentaires sur le « stress » ou l' « épuisement professionnel ».
3. Déni de la peine.
4. Augmentation des demandes rigides pour plus d'autonomie.

[3] Traduction libre.

5. Évitement de l'aide des autres : Le syndrome « Je peux y arriver par moi-même ».
6. Changement dans le niveau de libido : Peut augmenter ou encore diminuer.
7. Augmentation de l'intensité ou de la fréquence des colères soudaines.
8. Intérêt nouveau ou renouvelé de l'automédication de psychotropes.
9. Déni de la tristesse ou difficulté à pleurer.
10. Autocritique sévère : Souvent centrée sur les erreurs surtout sur le plan des rôles de pourvoyeur ou de protecteur.
11. Plans impulsifs pour s'assurer que le conjoint ou la conjointe et les enfants ne manquent de rien en cas de mort soudaine ou de maladie importante.
12. Humeur impulsive ou faible.
13. Désordres sur le plan de la concentration, du sommeil et du poids.

Tableau 2 : Critères de dépression pour les hommes (Cochran & Rabinowitz, 2000)

- Évaluation des symptômes directs :
  - Humeur dépressive
  - Perte d'intérêt dans les activités
  - Dérèglement du sommeil et de l'appétit
  - Fatigue
  - Culpabilité
  - Difficultés de concentration
  - Idéations, plan ou tentatives de suicide
- Facteurs ou évènements précipitants
  - Sentiment de rejet dans le cadre d'une relation significative
  - Perte d'emploi
  - Blessure narcissique
  - Pression par un tiers (conjointe, employeur, partenaire ou ami)
- Éléments de comorbidité reliés
  - Abus d'alcool ou alcoolisme
  - Abus de substances ou dépendance aux drogues
  - Comportements antisociaux
- Plaintes physiques et somatiques
- Séparation ou perte récente sur le plan interpersonnel
- Paranoïa et sensibilité interpersonnelle accrue
  - Risques de filature ou de poursuite.

Pour sa part, Rutz (1999), insatisfait des questionnaires auto-administrés existants, a élaboré un nouveau questionnaire qu'il juge plus adapté aux hommes, le *Gotland Male Depression Scale* (GMDS) (Zierau, Rutz & Bech, 2002).

Notons qu'il demeure important de bien distinguer la dépression de l'andropause, d'autant plus que plusieurs symptômes de l'andropause ressemblent à ceux de la dépression (perte d'énergie, perte de libido, difficulté de concentration, etc.). Des protocoles d'évaluation et de traitement de l'andropause ont émergé au cours des dernières années et permettent de mettre en lumière ce problème de santé trop longtemps méconnu (Drouin, 2006).

1.4 Dépression, abus de substances et comportements agressifs

Il n'est donc pas surprenant de constater que proportionnellement plus d'hommes que de femmes attribuent leur état dépressif à leur environnement de travail et à la maladie physique et extériorisent leurs symptômes par des comportements et des modifications importantes sur le plan des habitudes de vie (consommation d'alcool ou de psychotropes, sports, passages à l'acte, agressions). En comparaison, proportionnellement plus de femmes que d'hommes attribuent leur état dépressif à la maladie d'autrui ou à des difficultés relationnelles et intériorisent davantage leurs symptômes (Angst et al., 2002).

De nombreux auteurs établissent un lien étroit entre l'abus d'alcool ou de drogues et le trouble de l'humeur chez les hommes (Cochran & Rabinowitz, 2000; Francis-Cheung & Grey, 2002; Hart, 2001; Heifner, 1997). Dans la même veine, Dutton (1996) rapporte des éléments dépressifs chez la moitié des hommes en traitement pour des comportements violents. « Pour

certains hommes, nous disent Cochran et Rabinowitz, (2000 : 75), notre traduction), le comportement agressif, l'une des quelques formes acceptables de relâchement émotionnel valorisées pour les hommes, peut être conceptualisé comme une expression cathartique de la tristesse, du deuil ou de la dépression ». Selon ces auteurs, on ne retrouve actuellement que quelques formes plus socialement acceptables de relâchement émotionnel comme les sports extrêmes. Lisak (1998) abonde dans le même sens et considère que la dissociation sur le plan émotionnel, engendrée par la socialisation masculine, amène certains hommes à considérer les comportements agressifs comme une manière « adaptée » de se libérer d'une partie d'un vaste réservoir de peine, de perte, de trahison et d'humiliation. Selon Hart (2001), l'agressivité est l'un des masques souvent utilisés par les hommes pour cacher leur dépression.

Rappelons aussi que les hommes semblent cumuler plusieurs facteurs de risque. Par exemple, ils sont plus nombreux que les femmes à rapporter un niveau de soutien social faible, particulièrement chez les hommes âgés entre 25 et 44 ans. Ils sont deux fois plus nombreux que les femmes à rapporter n'avoir aucun confident (14,3 % c. 7,6 %) (Bergeron & Cloutier, 2005 : 51). De plus, les hommes seraient moins nombreux que les femmes à rapporter avoir consulté au moins une fois un professionnel de la santé ou des services sociaux au cours de la dernière année (Antil, et al., 2005). La dépression se retrouve également en comorbidité avec d'autres problèmes psychosociaux. Elle serait ainsi relativement fréquente chez les consommateurs d'opiacés et d'alcool (Pihl et Peterson, 1992). En se mettant en action par la consommation abusive de tabac, d'alcool, de drogues ou par le jeu ou une sexualité compulsive, ou encore par un surtravail, certains hommes évitent de sentir les conflits intérieurs, incluant la honte et les sentiments dépressifs (Real, 1997) Or, au Québec, la consommation d'alcool demeure élevée chez les hommes en général, et ce peu importe la tranche d'âge (Chevalier et Lemoine, 2001a). Les hommes font également usage de drogues en plus grand nombre que les femmes, particulièrement les jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui demeurent les plus grands consommateurs (Chevalier et Lemoine, 2001b). Ces données démontrent l'urgence de mieux saisir la problématique de la dépression chez les hommes, ainsi que d'affiner davantage les interventions faites spécifiquement auprès d'eux.

2. Approche théorique : Conflits de rôle de genre

Les rôles de genre sont des modèles que les individus construisent en fonction des représentations sociales de la masculinité et de la féminité (Pleck, 1981, 1995). Ils constituent une référence sociale de ce qui est attendu et approprié pour chaque sexe. À travers leur socialisation, autant les femmes que les hommes intègrent les normes et les attentes de leur milieu à propos des comportements dits masculins ou féminins et tentent habituellement de correspondre à cette représentation sociale des contraintes reliées à leur genre. D'un point de vue sociologique, Connell (1995) parle d'une multiplicité de masculinités qui s'articulent en divers sous-groupes. Selon lui, la masculinité hégémonique domine toutes les autres formes de masculinité dans le système hiérarchique. Cette idéologie reflète et cultive les inégalités dans les rapports de sexe et de genre. Les stratégies des garçons et des hommes pour développer leur identité se construisent à travers leur adhésion ou leur résistance à ce style masculin dominant.

Les hommes plus traditionnels cherchent à développer des stratégies pour se conformer au modèle de la masculinité qui leur est présenté, et qu'ils perçoivent, comme étant idéal (Pleck, 1995). Les tensions de rôle de genre (*gender role strain*) surviennent lorsque des individus intériorisent certaines normes sociales à propos d'un idéal de genre, même si celles-ci sont contradictoires, inaccessibles ou incompatibles avec ce qu'ils pensent être réellement (O'Neil, Helms, Gable, David & Wrightman, 1986; O'Neil, Good & Holmes, 1995). Selon Pleck (1995), très peu de personnes parviennent à atteindre ce stéréotype social de la masculinité. De plus, déroger du stéréotype occasionne une certaine condamnation sociale et des conséquences psychologiques importantes. Plusieurs auteurs (Brooks-Harris, Heesacker & Majia-Millan, 1996; Pleck, 1981) s'entendent pour dire que ces tensions sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes, les pressions étant plus fortes pour se conformer au stéréotype, et cela même si ce dernier est fortement critiqué depuis une trentaine d'années dans les pays occidentaux. Selon plusieurs auteurs (Mahalik, Cournoyer, De Franc, Cherry & Napolitano, 1998; O'Neil, 1990; O'Neil & Good (1997), les conflits de rôle de genre peuvent apparaître dans des contextes situationnels lorsque la personne :

1) dévie ou viole les normes de rôles de genre;
2) vit des différences entre le concept de soi réel et le soi idéal, basés sur des stéréotypes de rôles de genre;
3) essaie ou ne réussit pas à rencontrer les normes de rôles de genre de la masculinité;
4) se dévalorise, se restreint, ou viole ses propres droits pour correspondre aux rôles de genre acceptés socialement;
5) vit de la dévalorisation, des restrictions, ou une violation de ses propres droits de la part d'autrui;
6) dévalorise, restreint, ou viole les droits d'autrui en raison des stéréotypes de rôles de genre.

Ceux qui n'atteignent pas ces standards de « virilité » sont amenés à se percevoir comme étant inférieurs et à se sentir dévalorisés (Connel, 1995; Pleck, 1995). En fait, les règles de base de la socialisation masculine mettent particulièrement l'accent sur l'agressivité, l'ambition, l'autonomie et la compétition (Lynch & Kilmartin, 1999; Philraretou & Allen, 2001). Ainsi, s'instaure une peur, un rejet de la féminité (O'Neil, Good et Holmes, 1995). Dans ce modèle, afin d'obtenir la reconnaissance de leur identité et pour se conformer au rôle masculin, les hommes plus traditionnels doivent supprimer tout élément perçu comme étant propre au genre féminin, dont l'expression des émotions (Levant, 2001; O'Neil, Good & Holmes, 1995). Ainsi ces hommes apprennent à retenir toute tendance à la douceur et à restreindre l'expression de

leur vulnérabilité (Levant, 1995). Cette camisole de force de la masculinité hégémonique (Pollack, 1999) limite le registre expressif valorisé pour les hommes à la colère, à la frustration et à l'impulsivité (Dulac, 2001). Cela amènerait certains hommes à exprimer leurs malaises par différents comportements négatifs socialement réprouvés (comportements agressifs, violents, impulsifs, etc.), à refuser l'aide et à développer divers risques sur le plan de la santé.

2.1 Conflits de rôle de genre et relation aux services de santé et aux services sociaux

En fait, la maladie marginaliserait les hommes plus traditionnels en déstabilisant leur conception de la masculinité (Messner & Sabo, 1990). De nombreux hommes plus traditionnels dissimuleraient et nieraient leurs symptômes pendant une longue période de temps, et ce, peu importe la gravité de la maladie (Charmaz, 1994). En fait, ces hommes adopteraient des stratégies d'actions telle que la fuite pour éviter de dévoiler leur problème (Dulac, 1997). Ils attendraient d'arriver à la limite de leurs capacités, voire d'être en situation de crise avant d'agir et d'aller chercher de l'aide (Banks, 2001; Dulac, 2001; Rondeau, 2004). Pour Dulac (1997 : 16), « les hommes agissent en aval, après une crise ». En santé mentale, cela a trop souvent pour effet d'entraîner des conséquences graves. Il n'est donc pas surprenant de constater que les hommes plus traditionnels utilisent peu les services de santé offerts en consultation externe (Rhodes & Goering, 1994) ou les autres services psychosociaux (Dulac, 1997; Dulac & Groulx, 1999; Tremblay et al., 2005). Ces hommes demeurent hésitants à demander de l'aide que ce soit auprès de leurs proches ou auprès des services professionnels (Ashton & Fuehrer, 1993; Nadler, Maler & Friedman, 1984 tous cités dans Houle, 2005), particulièrement lorsqu'il s'agit de problèmes mentaux ou émotionnels (Leaf & Bruce, 1987 dans Houle, 2005). Lorsque la situation semble particulièrement détériorée, ils seraient alors plus réticents à demander de l'aide à leurs proches qu'à s'adresser aux services professionnels (Olivier, Reed, Katz & Haugh, 1999; Rickwood & Braithwaite, 1994 tous dans Houle, 2005). Par ailleurs, si la masculinité hégémonique (Connell, 1995) inhibe la demande d'aide, le contexte actuel de remise en question des rôles de genre traditionnels fait en sorte que de nouveaux modèles d'hommes émergent et que la demande d'aide de la part des hommes serait malgré tout en hausse (Goode, Hanlon, Luff, O'Cathain, Strangleman & Greatbatch, 2004), les deux modèles cœxistant. De plus, lorsqu'une première démarche d'aide a été effectuée et que le contact avec l'intervenant ou l'intervenante a été positif, il serait alors plus facile de demander de l'aide à nouveau sans attendre cette fois que la situation soit explosive (Cusack, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2006; Turcotte, Dulac, Lindsay, Rondeau & Dufour, 2002).

Nous résumons les effets de la socialisation masculine sur la santé mentale des hommes par le tableau suivant :

Tableau 3 : Effets de la socialisation masculine sur la santé mentale (tiré de Tremblay et al., 2004)

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

Tous les hommes n'ont pas le même rapport aux exigences de la masculinité traditionnelle ou hégémonique. Certains en sont davantage influencés alors que d'autres la critiquent vertement et s'en distancent le plus possible. N'oublions pas qu'il y a de multiple façons d'être homme (Tremblay & L'Heureux, 2002). Ce que nous reprenons ici représente davantage les exigences de la masculinité traditionnelle.

Il n'en demeure pas moins que cette socialisation influence aussi les dispensateurs de services (Moynikan, 1998; Raine, 200; Tremblay et al., 2004). Brooks (1998) et Dulac (1999, 2001) ont mis en lumière comment les exigences du cadre usuel de fonctionnement des services en matière d'aide thérapeutique sont exactement à l'inverse des exigences de la masculinité. Pour Kelly et Hall (1992), contraindre les hommes plus traditionnels aux normes dites « féminisées » de l'intervention équivaut, par analogie, à forcer un homosexuel à devenir hétérosexuel. En fait, les dispensateurs et dispensatrices de services, habituées de travailler selon des modèles d'intervention plus typiquement féminins, sont aussi influencées par les attentes sociales associées au genre que l'on peut résumer par le tableau qui suit :

Tableau 4 : Influence de la socialisation sur les réactions des dispensateurs de service (tiré de Tremblay et al., 2004)

Socialisation masculine	Réactions des dispensateurs de services
Performance	Croire qu'ils sont centrés sur la réussite, qu'ils veulent gagner à tout prix
Répression des émotions	Éviter le travail sur les émotions
Éviter le féminin en soi	S'ajuster au féminin, exiger un modèle féminin d'aide
Pourvoyeur, être centré sur le travail	Ne pas les impliquer dans les situations qui concernent les enfants
Autonomie	Donner moins d'information
Se débrouiller seul	Ne pas aller au devant, attitude bancale
Prouver sa masculinité	Réagir au comportement
Valorisation de la force et la violence	Peur, miser essentiellement sur la protection des femmes et des enfants, attitude répressive

On peut comprendre alors que, en matière de dépression, les hommes plus traditionnels consultent peu, et lorsqu'ils le font, ils rapportent peu ou minimisent la situation. De leur côté, les professionnels, habitués à investiguer uniquement les symptômes usuels de dépression et s'appuyant sur le modèle traditionnel d'aide (plus « féminin »), ont beaucoup moins de chances de diagnostiquer adéquatement la dépression chez cette catégorie d'hommes.

2.2 LA RECHERCHE SUR LE CONFLIT DE RÔLE DE GENRE CHEZ LES HOMMES

La recherche évaluant les conflits de rôle de genre chez les hommes est assez volumineuse depuis les années 1990. Le *Gender Role Conflict Scale* (GRCS), développé par O'Neil et ses collaborateurs en 1986, est à lui seul utilisé dans plus d'une centaine de recherches et est reconnu comme l'outil de référence dans la recherche sur le rôle de genre chez les hommes (O'Neil, 1997, O'Neil & Good, 1997; O'Neil, Good & Holmes, 1995). Il est composé de quatre sous-échelles, qui résument bien les composantes reconnues dans les écrits scientifiques sur les conflits de rôle de genre :

a) succès, pouvoir et compétition;
b) répression des émotions;
c) répression des comportements affectifs envers d'autres hommes et;
d) conflits entre le travail et les relations familiales.

Les nombreuses études réalisées avec cet outil ont permis de contribuer à une meilleure connaissance des effets des tensions ou conflits reliés au rôle de genre chez les hommes. La plupart des recherches ont toutefois été réalisées avec des échantillons non cliniques (Hayes et Mahalik, 2000).

Hayes et Mahalik (2000) citent plusieurs auteurs qui ont découvert que les conflits de rôles de genre chez les hommes sont associés aux problèmes de comportement, à la perte du sentiment de bien-être, à une faible estime de soi, à une faible capacité à supporter l'intimité, à un niveau élevé d'anxiété, à des troubles dépressifs et à une consommation abusive d'alcool. Les hommes ayant davantage de conflits de rôle de genre auraient moins tendance à rechercher de l'aide psychologique que d'autres hommes. Chez des hommes ayant recherché de l'aide, les conflits de rôle de genre seraient reliés à différentes formes de détresse psychologique et ceux-ci permettraient de prédire l'hostilité, l'inconfort social et les troubles obsessifs-compulsifs (Hayes et Mahalik, 2000). Le facteur *Succès, pouvoir et compétition* serait relié aux comportements interpersonnels rigides, aux comportements contrôlants ainsi qu'à la dépression, tandis que les facteurs *Répression des émotions* et *Répression des comportements affectifs envers d'autres hommes* seraient liés aux comportements hostiles (Mahalik, 2000). Le résultat ultime des conflits de rôle de genre est la restriction du potentiel humain chez la personne ou chez autrui (O'Neil et al., 1995).

Toutefois, l'étude de Good, Heppner, DeBord et Fischer (2004) obtient des résultats contraires aux études précédemment mentionnées. Ils mentionnent notamment que les conflits de rôle de genre masculin n'expliqueraient que 1 % de la détresse psychologique vécue chez un échantillon de 260 hommes étudiant au collège.

2.3 Les conflits de rôle de genre et la dépression.

Les tensions du rôle de genre, et les conflits de rôle de genre qui en découlent, ont des conséquences importantes sur la dépression des hommes. En effet, les hommes qui adhèrent aux normes traditionnelles et qui craignent d'être incompétents, vulnérables ou plus féminins ont tendance à nier ou à camoufler leur dépression (Shepard, 2002).

Selon les recherches américaines, le GRCS permettrait de distinguer les hommes dépressifs des hommes qui ne le sont pas, particulièrement à partir du facteur *Pouvoir, compétition et succès* pour lequel les hommes dépressifs s'évalueraient de façon moins positive. Les facteurs *Répression des émotions* et *Répression des comportements affectifs envers d'autres hommes* permettraient aussi de distinguer les hommes dépressifs de ceux qui ne le sont pas (Mahalik & Cournoyer, 2000). Shepard (2002) a, quant à lui, déterminé que le facteur *Répression des émotions* était plus spécifiquement lié, chez de jeunes adultes, à des symptômes de dépression comme l'état d'esprit négatif, le sentiment d'échec, l'autodépréciation, la culpabilité et le pessimisme.

Par ailleurs, des études démontrent que les hommes vivant des symptômes dépressifs ont un faible taux de masculinité (Cheng, 1999; Lengua & Stormshak, 2000), résultats qui laissent penser que les conflits de rôle de genre seraient importants chez ces hommes. Dans son étude auprès d'hommes ayant attenté à leur vie, Houle (2005) rapporte que ces hommes se rattachent davantage aux rôles traditionnels de genre pour toutes les sous-échelles du GRCS sauf celle relative aux conflits travail-famille. Ces hommes seraient aussi moins disposés à exprimer leurs émotions de vulnérabilité à leur meilleur ami et ils auraient tendance à valoriser l'indépendance dans la résolution de problèmes personnels.

Au moment de la réalisation de cette étude, le GRCS n'avait jamais connu de version française validée au Québec à notre connaissance. Lors de contacts personnels avec l'auteur, celui-ci nous a autorisé à traduire et valider son instrument pour son utilisation au Québec. Par ailleurs, ce

type de recherches réalisées auprès de participants américains mérite d'être fait auprès d'hommes québécois pour vérifier la portée des résultats antérieurs et leur généralisation possible.

3. Objectifs de la recherche

L'objectif de cette recherche est donc de vérifier auprès d'hommes québécois âgés entre 25 et 44 ans le lien entre les conflits de rôles de genre et la dépression.

À notre connaissance, aucune étude de genre portant sur la dépression chez les hommes n'a été réalisée au Québec. L'état actuel des connaissances sur les liens entre la dépression chez les hommes et les conflits de rôle de genre s'appuie sur un nombre relativement restreint d'études réalisées essentiellement aux États-Unis. L'étude permet d'offrir un instrument supplémentaire pouvant servir à dépister les facteurs de risque de la dépression. Enfin, à notre connaissance, le GRCS n'a été employé qu'une seule fois au Québec (en parallèle à la présente étude) malgré une utilisation très largement répandue aux États-Unis et en Australie; l'étude permet d'en valider la version québécoise. Nous escomptons que les résultats de cette recherche puissent soutenir les milieux de pratique en matière de dépistage, de diagnostic et d'intervention auprès des hommes déprimés.

4. Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale avec méthodologie quantitative. La variable dépendante est le niveau de conflits de rôle de genre. Les variables indépendantes sont a) l'indice de dépression, b) le niveau de détresse psychologique, et c) la présence d'idéation suicidaire. Un score composite agglomérant les deux premières mesures a été développé afin de pallier aux lacunes respectives des mesures psychologiques chez les hommes et de permettre ainsi un portrait plus juste de la réalité globale de la dépression chez les participants. Nous avons choisi des instruments standardisés dont la valeur est largement reconnue afin de nous assurer de la validité de la recherche et de la crédibilité des résultats escomptés.

4.1 PARTICIPANTS

À l'origine, le recrutement devait viser les hommes âgés de 25 à 44 ans, soit la tranche d'âge priorisée par la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998). Des difficultés considérables liées au recrutement ont justifié d'élargir le critère d'inclusion quant à l'âge des participants et de retenir dans l'étude des questionnaires soumis par des participants âgés de plus de 44 ans, ce qui a permis d'ajouter 22 participants à l'échantillon, dont 11 sont âgés de 45 ans. Cet ajout n'a aucun effet sur le taux ou la gravité de dépression ou de conflits de rôle de genre de l'échantillon. L'échantillon final est donc constitué de 144 hommes âgés de 25 à 52 ans.

Le recrutement s'est effectué par l'entremise de contacts avec des syndicats de travailleurs, des entreprises avec une forte concentration de main-d'œuvre masculine, d'annonces à partir de la liste de diffusion aux étudiants et au personnel de l'Université Laval, d'annonces classées dans les journaux locaux et de messages dans des forums de discussion sur Internet. Des professionnels de la santé (médecins, psychologues, travailleurs sociaux) et des organismes

communautaires en santé mentale, susceptibles de rencontrer dans leur pratique une proportion significative d'hommes déprimés ont aussi été contactés. Bref, l'équipe a dû multiplier les stratégies de recrutement.

Les premières vagues de recrutement dirigées vers les syndicats et les entreprises ont permis de compléter rapidement le groupe de comparaison. Par la suite, l'équipe a ciblé plus particulièrement les hommes dépressifs. Le recrutement s'est déroulé sur une période de deux ans. L'une des bonnes stratégies a été la réalisation de kiosques d'information sur la santé des hommes (à partir de données recueillies lors d'une recherche antérieure) dans deux entreprises avec des informations sur la recherche en cours. Cette stratégie a permis de recruter un bon nombre de participants. À chaque fois, le numéro de téléphone de la boîte vocale associée au projet était publicisé, celle-ci était vérifiée à tous les jours et les messages retournés dans les plus brefs délais possibles.

Conformément aux exigences éthiques, les participants ont consenti librement à contribuer à cette étude et ont signé le formulaire de consentement à cet effet[4]. De plus, les hommes participant à l'étude et identifiés comme étant à risque de suicide ont été promptement contactés et référés vers des services spécialisés. Quatre participants ont expressément demandé d'être contactés pour que leur soient transmis leurs résultats aux mesures de l'étude. Trois ont pu être rejoints, alors que les coordonnées fournies par le quatrième n'étaient plus valides au moment d'effectuer ce retour. Deux participants nous ont appris qu'ils avaient consulté une ressource d'aide à la suite de la passation du questionnaire.

Un court questionnaire sociodémographique a permis de tracer le profil des répondants. L'âge des répondants varie de 24 à 52 ans (M = 37,14; ET = 7,03). Au test t, on note une légère différence entre le groupe clinique et le groupe non clinique, le groupe clinique étant un plus âgé d'environ trois années. La scolarité est très variable et s'échelonne sur une courbe normale avec les études professionnelles et collégiales comme fréquences principales (20,8 % et 29,2 % respectivement); on retrouve cependant une proportion plus élevée d'universitaires chez les hommes dépressifs et une proportion plus grande de techniciens chez ceux qui ne présentent pas de symptômes de dépression. Près des deux tiers (62,5 %) des participants vivent en couple, ce qui correspond exactement au taux populationnel établi dans l'ESS-98. Comme on pouvait s'y attendre, les hommes déprimés se retrouvent proportionnellement plus nombreux à être célibataires veufs, ou séparés. De plus, environ 88 % des participants se définissent comme Québécois, ce qui correspond également au taux relevé par l'ESS-98. Cependant, on retrouve une surreprésentation des participants ayant un revenu supérieur à 60 000 $, cela étant lié aux milieux visés par les efforts de recrutement, notamment des grandes entreprises manufacturières syndiquées. Par ailleurs, les hommes déprimés sont proportionnellement plus pauvres que les hommes non déprimés (voir Tableau 5).

[4] Notons que quelques participants ont retourné leurs formulaires par la poste sans avoir signé le formulaire de consentement. Nous avons considéré l'envoi du questionnaire comme un consentement de facto. Il s'agissait d'hommes déprimés, pour lesquels un diagnostic médical de dépression avait été émis, avec un score élevé au GRCS. On peut donc penser que ces hommes désiraient contribuer à la recherche mais voulaient à tout prix éviter d'être identifiés de quelque manière que ce soit.

Tableau 5 : Caractéristiques démographiques selon les catégories normatives à l'*Inventaire de dépression de Beck* et l'*Indice de détresse psychologique*

	Groupes selon le BDI		Groupes selon l'IDP	
	Clinique (n=61)	Non clinique (n=83)	Clinique (n=103)	Non clinique (n=41)
	P	*P*	*P*	*P*
Scolarité				
Secondaire 5 ou moins	16,4 %	14,6 %	15,6 %	14,6 %
DEP ou CEGEP	34,4 %	62,2 %	42,2 %	70,8 %
Université	49,2 %	23,2 %	42,2 %	14,6 %
Revenu				
Moins de 30 000 $	44,3 %	15,7 %	35,9 %	7,3 %
30 000 $ à 59 000 $	31,1 %	32,5 %	26,2 %	46,4 %
Plus de 60 000 $	24,6 %	51,8 %	37,9 %	46,3 %
Origine ethnique				
Québécoise	86,9 %	89,2 %	87,4 %	90,2 %
Autre	13,1 %	10,8 %	12,6 %	9,8 %
État matrimonial				
En couple	42,4 %	83,3 %	59,6 %	81,6 %
Célib., sép./divorcé ou veuf	57,6 %	16,7 %	40,4 %	18,4 %
Âge	*M* = 35,68	*M* = 38,19	*M* = 36,24	*M* = 39,34
	ET = 7,42	*ET* = 6,58	*ET* = 6,97	*ET* = 6,76

Enfin, le questionnaire comportait des questions relatives aux recours aux services de santé au cours de la dernière année. Ainsi, 103 répondants ont rapporté avoir consulté un médecin au cours de la dernière année, pour une moyenne de 2,79 fois. Parmi les 96 participants ayant signalé la raison de la consultation médicale, 18 ont explicitement nommé la dépression comme motif. Les motifs d'ordre somatique étaient très diversifiés, avec une prépondérance des demandes concernant le système musculo-squelettique (22). De plus, 43 répondants ont noté avoir consulté un ou une thérapeute (psychologue, travailleur social ou travailleuse sociale, ou autre thérapeute de relation d'aide) au cours de la dernière année pour une moyenne de 3,35 fois. La dépression et l'anxiété sont de façon égales les motifs de consultation qui sont le plus souvent rapportés par les participants pour avoir consulté un ou une thérapeute.

4.2 Calendrier

Cette étude s'est déroulée sur une période de quatre ans, de 2003 à 2007. La première année a permis de traduire et de valider en français le *Gender Role Conflict Scale,* de réaliser la recension des écrits et de voir au recrutement du groupe normatif et une partie du groupe clinique. La deuxième et la troisième années ont été consacrées au recrutement du groupe clinique ainsi qu'à la saisie des données. La dernière année a été dédiée à l'analyse des données et à la production du rapport.

4.3 Instruments de mesure

4.3.1 Questionnaire sociodémographique

Un court questionnaire a permis de recueillir les données sociodémographiques des participants. Des items rapportent l'utilisation par le participant des services de santé, sur le plan médical ou psychosocial, ainsi que la fréquence de cette utilisation. Ce questionnaire a permis de dresser le profil des répondants.

4.3.2 Gender Role Conflict Scale

Le *Gender Role Conflict Scale* (O'Neil, Helms, Gable, David & Wrightman, 1986) est composé de 37 items de type Likert-6. Les items se regroupent en 4 échelles, soit : a) *Succès, pouvoir et compétitio*n b) *Répression des émotions* c) *Répression des comportements affectifs envers d'autres hommes* et d) *Conflits entre le travail et les relations familiales*. Le GRCS a été élaboré dans le contexte de l'étude des origines du sexisme chez les hommes (O'Neil & Good, 1997). Cet instrument a depuis connu une très large diffusion et a été utilisé dans plus d'une centaine de recherches publiées (O'Neil, 1997; O'Neil & Good, 1997; O'Neil, Good & Holmes, 1995). Les preuves de ses qualités métrologiques sont abondantes et ont été démontrées à de multiples reprises par de nombreux auteurs. O'Neil et al. (1986) ont trouvé des coefficients variant de 0.75 à 0.85 pour l'échelle totale et les sous-échelles. D'autres auteurs (Rogers et al., 1997; Tokar et al., 2000, tous cités dans Shepard, 2002) ont trouvé des coefficients similaires. De plus, les réponses de cet instrument ne sont pas associées avec une tendance à la désirabilité sociale (Good et al., 1995). Moradi, Tokar, Schaub, Jome et Serna (2000) ont quant à eux évalué statistiquement la structure en quatre facteurs du GRCS et concluent qu'elle présente une bonne validité et une robustesse statistique suffisante. Largement utilisé aux États-Unis et en Australie, cet instrument n'avait encore jamais été utilisé en français, ni au Québec au moment de la mise en branle de cette étude. La traduction et la validation de cet instrument permettront de pouvoir l'utiliser dans des recherches futures au Québec.

La traduction et la validation de la version québécoise du GRCS ont été réalisées en deux étapes. Nous avons d'abord demandé à une traductrice professionnelle de traduire le questionnaire de l'anglais au français, puis à une autre de traduire la nouvelle version française en anglais. Par la suite, nous avons procédé par accord interjuges en réunissant cinq personnes habiles dans les deux langues, soit la traductrice et quatre experts en condition masculine connaissant bien l'instrument.

Le score moyen des participants à cette étude au GRCS est de 58,37 (*ET* = 13,02). La sous-échelle *Répression des comportements affectifs avec d'autres hommes* obtient le score moyen le plus élevé avec 60,27 (*ET* = 18,90), alors que la sous-échelle *Répression des émotions* présente le score moyen le plus bas avec 55,71 (*ET* = 18,06), les deux autres sous-échelles, *Succès, pouvoir et compétition* et *Conflits entre le travail et les relations familiales* affichent des scores moyens intermédiaires (respectivement *M* = 58,99 *ET* = 14.85 et *M* = 58,92 *ET* = 20,67).

4.3.3 Beck Depression Inventory *ou* Inventaire de dépression de Beck

Le *Beck Depression Inventory* (BDI) ou *Inventaire de dépression de Beck* (Beck, Ward, Menhelson, Mock & Erbaught, 1961) est constitué de 21 items à énoncés multiples progressifs mesurant les symptômes connus de la dépression. Le BDI permet de caractériser le profil de dépression du participant en fonction de la gravité des symptômes (dépression majeure légère, modérée ou sévère) à partir des points de coupure établis par Kovacs et Beck (1978). Il s'agit d'un outil psychométrique largement utilisé dans la recherche clinique sur la dépression. De multiples études effectuées sur plus d'une quarantaine d'années de recherche ont démontré ses qualités psychométriques très satisfaisantes (Beck et al., 1988; Richter, Werner, Heerlien, Krauss & Sauer 1998). La version québécoise du BDI, l'*Inventaire de dépression de Beck*, a démontré des qualités psychométriques satisfaisantes, avec, pour une population adulte francophone, un coefficient alpha de 0.82 et un indice de fidélité test-retest de 0.75 (Gauthier, Morin, Thériault & Lawson, 1982). Sa validité concurrente est également clairement reconnue (Bourque & Beaudette, 1982). Les instructions livrés aux répondants étaient les mêmes que celles établies lors des recherches antérieures.

Le score moyen des participants à cette étude au BDI est de 15,24 (*ET* = 15,13). La distribution des participants en catégories cliniques en fonction des normes publiées (Kovacs et Beck, 1977) est présentée au Tableau 6.

Tableau 6 : Répartition des participants selon le niveau de dépression à l'*Inventaire de dépression de Beck*[5]

Catégories cliniques	n	*P*	*P* cumulé
Asymptomatique (< 15,87)	83	57,6 %	-
Dépression légère (> 15,87 < 30,16)	36	25,0 %	25,0 %
Dépression modérée (> 30,16 < 47,62)	21	14,6 %	39,6 %
Dépression sévère (47,62 et plus)	4	2,8 %	42,2 %
Total	144	100 %	

4.3.4 Indice de détresse psychologique

L'*Indice de détresse psychologique* (IDP) est la version francophone du *Psychiatric Symptoms Index* (Ilfield, 1976, 1978). Sa version originale comporte 29 items de type Likert-4. L'IDP-29 a été traduite aux fins de l'*Enquête Santé-Québec* 1987 (Levasseur, 1987), et c'est sa version de 14 items (Préville, Boyer & Potvin, 1992) qui a été utilisée par la suite dans l'*Enquête sociale et de santé Québec 1998* (ESS-98). C'est également cette version qui a été utilisée dans la présente étude. L'IDP constitue une évaluation de la santé mentale générale par le biais de quatre dimensions reconnues comme indicateurs fiables de l'état psychologique, soit la dépression, l'anxiété, l'agressivité, ainsi que les troubles cognitifs. L'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (EMMDP23), incluse avec l'IDP dans l'ESS-98, n'est pas utilisée dans la présente étude. Les items de l'IDP-14 correspondent dans l'ESS-98 aux questions QAA98 à QAA111 (Audet, Lemieux & Cardin, 2001). Les analyses métrologiques sur de grands échantillons tirés des *Enquêtes Santé-Québec* ont permis de déterminer pour l'IDP une consistance interne de 0,92 (Préville et al., 1992). Les sous-échelles présentent des consistances internes respectives de 0.92 et de 0.81 à 0.89. Le score à l'IDP est réputé invalide si plus de trois items n'ont pas été répondus (Daveluy et al., 2001), ce qui n'est toutefois jamais advenu parmi les participants de l'étude.

Les analyses effectuées à partir des données de l'ESS-98 (Daveluy et al., 2001) ont démontré un effet d'interaction significatif entre la mesure de santé mentale (IDP) et certains autres indicateurs, dont la santé mentale perçue et la consultation pour un problème de santé mentale, d'où la pertinence d'inclure ces mesures dans notre étude afin d'étudier ces interactions. Les items QAA112 à QAA116, évaluant l'ampleur et les répercussions des troubles psychologiques, ainsi que l'item QAA140, évaluant la perception du participant quant à sa propre santé mentale, sont donc également inclus en tant que mesures additionnelles complémentaires à l'IDP.

[5] Afin de faciliter les comparaisons avec la mesure de détresse psychologique, les scores sont présentés sous leur forme pondérée sur 100.

Le score moyen des participants à cette étude à l'échelle de l'*Indice de détresse psychologique* est de 37,26 (*ET* = 22,29). La distribution des participants en catégories cliniques selon l'IDP en fonction des normes de l'ESS-98 est présentée au Tableau 7.

Tableau 7 : Répartition des participants selon le niveau de détresse psychologique

Catégories cliniques	n	*P*
Asymptomatique (< 23,81)	41	28,5 %
Clinique (23,81 et plus)	103	71,5 %
Total	144	100 %

L'IDP est constitué de quatre sous-échelles pour lesquelles aucunes normes spécifiques n'existent. Leurs données descriptives sont présentées au Tableau 8.

Tableau 8 : Données descriptives de base pour les sous-échelles de l'Indice de détresse psychologique

Sous-échelles	*M* (max. 100)	*ET*
Dépression	34,03	26,21
Anxiété	45,60	28,57
Agressivité	37,79	23,34
Troubles cognitifs	33,87	28,61

4.3.5 Idéation suicidaire et parasuicide

Penser s'enlever la vie représente une indication claire d'un risque de dépression (Courtenay, 1998). Nous avons cru important de joindre des questions à cet effet. Les items retenus pour évaluer la présence d'idéation suicidaire et le parasuicide sont ceux de l'ESS-98, soient les items QAA141 et QAA144 (Audet et al., 2001)[6]. Bien que l'évaluation du phénomène du suicide par questionnaire auto-administré comporte des difficultés, les items retenus offrent une bonne estimation de cette réalité. Un lien important entre les deux items et le niveau de détresse psychologique ainsi qu'un taux de non-réponse inférieur à 4 % confirment la validité des mesures (Boyer et al., 2001).

Dans le cadre de l'ESS-98, 4,5 % des hommes âgés entre 25 et 44 ans rapportaient la présence d'idées suicidaires dans la dernière année, ceci en excluant les individus rapportant également un parasuicide (estimés à 0,6 %) (Boyer et al., 2001). Dans la présente étude, alors que vingt-trois participants (16,1 %) ont répondu avoir pensé sérieusement à s'enlever la vie dans les 12 derniers mois avant l'étude, aucun n'a rapporté avoir attenté à ses jours au cours de la même période.

[6] Les deux questions sont les suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie) ? » « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie ? »

4.3.6 Note sur l'ordre de présentation des questions

Les enquêtes *Santé-Québec* ayant utilisé l'*Indice de détresse psychologique* avec d'autres mesures de santé mentale n'ont pas révélé d'effet significatif découlant de l'ordre de présentation des questions (Daveluy et al., 2001). Puisque la recherche actuelle utilise des mesures similaires, il apparaissait raisonnable qu'un tel effet ne serait pas significatif. C'est pourquoi une seule version du questionnaire a été soumise aux participants. Le matériel d'envoi comprenait un mot d'introduction générale précisant que la recherche s'adresse à des hommes déprimés et des hommes non déprimés, que des questions portent sur la santé psychologique et sur les rôles associés aux hommes et aux femmes, qu'il n'y a pas de mauvaise réponse, ainsi que les modalités pour retourner le questionnaire (une enveloppe préaffranchie était jointe). Par la suite, se retrouvaient dans l'ordre suivant : 1) le formulaire de consentement, 2) une liste de ressources disponibles au besoin, 3) le questionnaire sociodémographique, 4) le GRCS, 5) l'IDP suivi des deux questions sur le risque suicidaire et 6) le BDI. Ainsi, il se peut que le fait que le BDI apparaissait à la toute fin ait fait en sorte que certains hommes qui ont coté avec un conflit de rôle de genre élevé ont systématiquement répondu au BDI comme s'ils n'avaient aucun symptôme de dépression malgré qu'ils aient noté avoir reçu un diagnostic de dépression majeure de la part de leur médecin traitant.

4.4 Analyses statistiques

4.4.1 Note sur les données manquantes

Les réponses manquantes ont été imputées, pour les variables ordinales, par la méthode de la substitution de moyenne, compte tenu de la faible fréquence de réponses manquantes et de la taille relativement petite de l'échantillon qui rendait inutile l'approche par profils similaires. Les données manquantes étaient très rares (moins de 1 % de tous les items) et elles ne représentent aucune menace à la validité des données.

4.4.2 Stratégies d'analyses statistiques

Des analyses statistiques du khi carré et des tests *t* de Student ont permis de comparer les groupes d'hommes ayant des éléments dépressifs ou vivant un niveau de détresse psychologique élevé de l'autre groupe quant aux données sociodémographiques. Des tests *t* de Student pour groupes indépendants portent également sur l'association entre : a) la présence de dépression et les mesures du GRCS, b) la présence de détresse psychologique et les mesures du GRCS et c) la présence d'idéations suicidaires et les mesures du GRCS. Les liens entre la catégorie normative du BDI et les mesures du GRCS sont explorés par *ANOVA*. Un score composite a aussi été élaboré afin de rendre un portrait plus global des deux variables de santé psychologique de l'étude.

4.4.3 Difficultés liées aux mesures utilisées et création d'un score composite

Bien que les scores bruts des deux principales mesures de dépression utilisées dans cette recherche, l'*Inventaire de dépression de Beck* (BDI) et l'*Indice de détresse psychologiqu*e (IDP) soient fortement corrélées ($r = 0{,}815$, $p < 0{,}001$), les résultats analysés en fonction des normes respectives de ces deux échelles suggèrent des réalités différentes, de telle sorte qu'on retrouve des taux fort différents de participants atteignant les seuils cliniques respectifs. Ces deux séries de données convergent dans le tableau croisé suivant :

Tableau 9 : Tableau croisé des classements selon les catégories diagnostiques en fonction de l'*Indice de détresse psychologique* et de l'*Inventaire de dépression de Beck*

Catégories du BDI	Catégories selon l'IDP					
	Asymptomatique		Clinique		Total	
	n	*P*	n	*P*	n	*P*
Asymptomatique	37	25,7 %	46	31,9 %	83	57,6 %
Total symptomatique	4	2,8 %	57	39,6 %	61	42,4 %
Dépression légère	4	2,8 %	32	22,2 %	36	25,0 %
Dépression modérée			21	14,6 %	21	14,6 %
Dépression sévère			4	2,8 %	4	2,8 %
Total	41	28,5 %	103	71,5 %	144	100 %

Ainsi, l'*Inventaire de dépression de Beck* identifie un peu plus de 42 % des participants comme présentant une symptomatologie de dépression, la majorité étant considérée comme ayant une dépression légère, ce qui peut sembler une sous-évaluation de ce qui peut être attendu d'un recrutement ayant visé spécifiquement les individus dépressifs. Quant à lui, l'*Indice de détresse psychologique* identifie que plus de 70 % des participants atteignent un niveau de détresse élevé, ce qui peut sembler un taux relativement élevé. Plus encore, parmi les 103 hommes ayant un niveau élevé de détresse psychologique au sens de l'IDP, 46 (32 %) sont considérés comme n'ayant aucun symptôme de dépression au sens du BDI, alors qu'on aurait pu s'attendre à retrouver au moins des indices d'une dépression légère. Il s'agit là d'une certaine contradiction entre les deux mesures.

Bien que les normes de l'IDP aient été dérivées des données de l'ESS à partir d'un nombre considérable de répondants (30 000), à notre connaissance, celles-ci n'ont pas été validées par des critères cliniques concomitants, comme c'est le cas pour le BDI. La norme clinique de l'IDP est en effet simplement dérivée d'une estimation du taux de détresse psychologique dans la population, soit 20 % selon Robins et Regier (1990) et se situe conséquemment au 80^{e} percentile de la distribution des scores à l'IDP, cela sans savoir s'il s'agit réellement de l'expression d'une réalité clinique vérifiable. Rappelons toutefois les considérables difficultés inhérentes au fait de tenter de tracer une ligne entre normalité et pathologie, de même que l'absence de consensus sur les critères à utiliser pour ce faire (Kendell, 1988; Vaillant & Schnurr, 1988). En ce sens, l'approche normative est sans doute la plus appropriée dans le contexte d'une étude populationnelle du type de l'ESS. Quant au BDI, ses normes reposent sur des échantillons étendus et des décennies de validation clinique. Toutefois, certains remettent en question la validité de son utilisation avec les hommes plus traditionnels (Pollack, 2006, communication personnelle). Ce point de vue trouve une certaine validation dans cette recherche alors que certains participants ayant un haut niveau de conflits de rôle de genre ont complété le BDI systématiquement comme s'ils n'avaient aucun symptôme dépressif même s'ils rapportaient être en congé de maladie et avoir un suivi médical pour dépression.

Par ailleurs, la forte proportion de participants ayant enregistré un niveau élevé de détresse psychologique semble prendre appui sur les items les plus représentatifs. Ainsi, parmi les 103 individus ayant un score élevé à l'IDP, 93 % affirment avoir ressenti ces manifestations psychologiques pendant au moins les six derniers mois (QAA-112), 73 % ont indiqué que ces manifestations ont nui à leur vie familiale et sentimentale (QAA-113), 55 % qu'elles ont nui à leur travail ou leurs études (QAA-114) et 44 % rapportent avoir consulté au sujet de ces manifestations (QAA-116). De plus, aucun des individus asymptomatiques ne qualifie sa santé mentale de moyenne ou mauvaise (comparativement à 45 % parmi le groupe ayant un score élevé). Il n'en demeure pas moins que le concept de détresse psychologique est apparenté à celui de la dépression mais semble couvrir un spectre légèrement plus grand si on se fie aux études populationnelles telle l'*Enquête sociale et de santé*.

Considérant que chacune de ces deux mesures présente une information utile mais non complète sur le phénomène de dépression, nous avons décidé d'élaborer un score composite qui servirait de modèle de synthèse des données fournissant de l'information sur la dépression dans notre échantillon. Plusieurs variables liées à la dépression (BDI, IDP, échelle dépression de l'IDP, items sur le suicide) ont été évaluées à l'aide d'analyses par composantes principales.

4.4.4 Stratégie suivie pour créer le score composite

L'analyse en composante principale a identifié un premier facteur expliquant environ 75 % de la variance des données. Il est constitué des variables des scores au BDI, à l'IDP et à la sous-échelle *Dépression* de l'IDP. Les trois variables ayant un poids très similaire dans le modèle, le score composite a été calculé en ramenant sur 100 le score moyen des trois variables. Afin de s'assurer que l'amélioration du modèle amené par la contribution de la sous-échelle *Dépressio*n de l'IDP ne soit pas un artéfact statistique dû au dédoublement des items en cause, la variable IDP retenue dans l'analyse factorielle a été pondérée en excluant les items de la sous-échelle *Dépression*. Cette vérification confirme une contribution réelle de la sous-échelle *Dépression* de l'IDP; elle a donc été maintenue dans le modèle du score composite.

La raison d'être du score composite étant l'incohérence des normes proposées par les deux principales mesures de dépression, il devient dès lors très difficile d'identifier pour le score composite lui-même quelles normes devraient être appliquées. Après avoir procédé à la refonte des données en un score synthétisant le mieux possible le phénomène de la dépression dans notre échantillon, il n'existe aucune approche rationnelle permettant de déterminer en fonction de quelles normes ce score devrait être comparé. C'est pourquoi les analyses statistiques effectuées avec le score composite ne supposent aucun seuil clinique.

Le deuxième facteur identifié dans la recherche du meilleur modèle d'ajustement pour le score composite est composé de l'item QAA141 de l'ESS, mesurant l'idéation suicidaire qui contribue à une information particulière supplémentaire. En l'intégrant au premier facteur, ce modèle explique près de 92 % de la variance.

5. Résultats

5.1 La dépression et la détresse psychologique selon les principales caractéristiques sociodémographiques

Les difficultés importantes rencontrées lors du recrutement sont telles qu'il aurait été impossible d'obtenir deux groupes (clinique et comparatif) homogènes sur tous les plans. Nous avons présenté précédemment (Tableau 5) les principales données sociodémographiques selon l'appartenance au groupe clinique ou au groupe comparatif. Cependant, la question se pose aussi autrement : est-ce que le fait d'avoir telle ou telle variable sociodémographique influence le niveau de dépression et le niveau de détresse?

5.1.1 L'état matrimonial

Tel que le démontre le Tableau 10, les hommes célibataires, séparés, divorcés ou veufs sont nettement plus à risque de dépression et d'un haut niveau de détresse psychologique que les hommes qui vivent en couple. Ces différences nettement significatives se retrouvent également au score composite. Cependant, les deux groupes enregistrent un niveau comparable de conflits de rôle de genre.

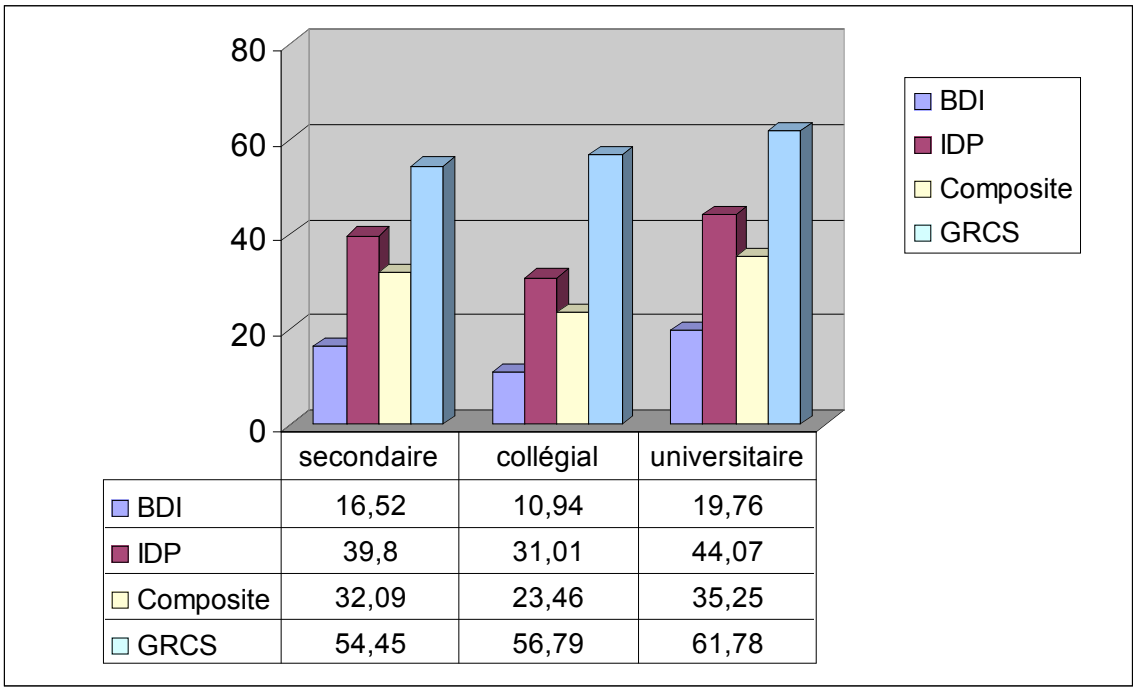
Tableau 10 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon l'état matrimonial

	En couple (n = 90)		Célibataires, séparés, veufs (n = 47)			
	M	*ET*	*M*	*ET*	*t*	*p*
Inventaire de dépression de Beck	11,18	12,79	23,78	16,16	4,989	0,000
Indice de détresse psychologique	32,41	21,82	46,23	19,88	3,628	0,000
Score composite	24,04	18,33	39,33	18,12	4,653	0,000
GRCS	57,56	13,56	61,07	12,05	1,494	0,138

5.1.2 La scolarité

Par ailleurs, les techniciens (cours collégial) semblent vivre des niveaux moindres de dépression et de détresse psychologique comparativement aux universitaires et à ceux qui n'ont obtenu qu'une cinquième secondaire ou moins (voir Figure 2). Une *ANOVA* réalisée à partir du score composite confirme ce qui semble être un effet protecteur d'une scolarité de niveau collégial alors que les techniciens (n = 72) affichent un score composite moyen (M = 23,46 ET = 16,69) nettement moindre que les hommes moins scolarisés (n = 21, M = 32,09 ET = 24,60, p = 0,037) et que les universitaires (n = 49, M = 35,25 ET = 17,42. p = 0,003). Cependant, le niveau de conflits de rôle de genre semble augmenter à mesure que les hommes sont plus scolarisés, touchant particulièrement les universitaires.

Figure 2 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon la scolarité

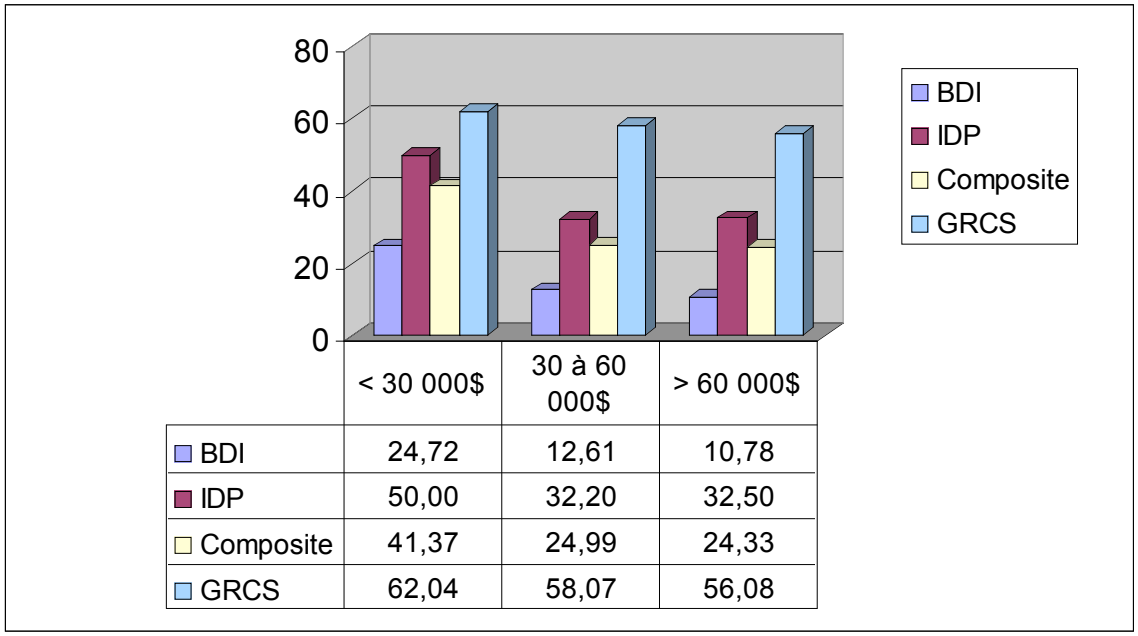


	secondaire	collégial	universitaire
BDI	16,52	10,94	19,76
IDP	39,8	31,01	44,07
Composite	32,09	23,46	35,25
GRCS	54,45	56,79	61,78

5.1.3 Le revenu

Comparativement aux hommes qui gagnent un revenu moyen ou supérieur, ceux dont le revenu est faible se retrouvent en situation nettement plus à risque de dépression, d'un haut niveau de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre (voir Figure 3). Une *ANOVA* réalisée à partir du score composite confirme la relation entre le faible revenu et une plus grande détresse. Ainsi, les hommes qui déclarent gagner moins de 30 000 $ (n = 40) par année obtiennent un score composite moyen de 41,37 (*ET* = 21,39), score nettement plus élevé (p = 0.000) que les hommes qui déclarent gagner entre 30 000 $ et 60 000 $ (n = 46) et plus de 60 000 $ (n = 58) dont les scores composites moyens s'élèvent respectivement à 24,99 (*ET* = 17,46) et 24,33 (*ET* = 16,61).

Figure 3 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon le revenu



	< 30 000$	30 à 60 000$	> 60 000$
BDI	24,72	12,61	10,78
IDP	50,00	32,20	32,50
Composite	41,37	24,99	24,33
GRCS	62,04	58,07	56,08

5.1.4 L'âge

Le recrutement visait principalement les hommes de 25 à 44 ans, ce qui limite considérablement les comparaisons selon l'âge. Cependant, les hommes de l'échantillon qui sont plus jeunes (moins de 35 ans) semblent plus à risque sur le plan de la dépression sans pour autant afficher un plus haut niveau de détresse psychologique ni de conflits de rôle de genre. On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes au score composite.

Tableau 11 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon la catégorie d'âge

	Moins de 35 (n = 52)		35 et plus (n = 85)			
	M	*ET*	*M*	*ET*	*t*	*p*
Inventaire de dépression de Beck	18,42	16,27	12,75	14,02	2,162	0,032
Indice de détresse psychologique	39,19	20,47	34,95	22,49	1,109	0,269
Score composite	31,80	18,51	26,77	19,63	1,487	0,139
GRCS	60,07	13,47	57,24	12,66	1,237	0,218

5.1.5 Le recours aux services médicaux et psychosociaux

Pour ce qui est du recours aux services d'un médecin, il n'y a pas de différence entre les hommes ayant consulté et ceux n'ayant pas consulté dans la dernière année en ce qui concerne les niveaux de dépression, de détresse psychologique et conflits de rôle de genre. Cependant, on note des différences significatives sur le plan de la détresse psychologique et lorsque l'on utilise le score composite, entre les hommes ayant consulté un médecin de 1 à 5 fois et ceux ayant eu recours à plus de 5 consultations dans la dernière année (voir Tableau 12). En fait, les hommes dont le niveau de détresse et de dépression est plus élevé ont tendance à consulter le médecin plus souvent.

Tableau 12 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon le nombre de consultations médicales dans la dernière année

	De 1 à 5 (n = 82)		Plus de 5 (n = 21)			
	M	*ET*	*M*	*ET*	*t*	*p*
Inventaire de dépression de Beck	15,02	13,99	19,53	21,12	1,179	0,241
Indice de détresse psychologique	35,28	22,50	48,48	22,71	2,395	0,018
Score composite	27,93	19,60	37,95	22,07	2,036	0,044
GRCS	57,70	12,56	61,31	13,54	1,159	0,249

Ces différences semblent davantage marquées en ce qui concerne le recours aux services psychologiques, les hommes qui ont consulté étant nettement plus déprimés, plus en détresse et plus en conflits de rôle de genre que ceux qui n'ont pas consulté. Ils obtiennent également un score composite nettement plus élevé (voir Tableau 13).

Tableau 13 : Niveaux de dépression, de détresse psychologique et de conflits de rôle de genre selon le recours à au moins une consultation psychologique

	Oui (n = 43)		Non (n = 101)			
	M	*ET*	*M*	*ET*	*t*	*p*
Inventaire de dépression de Beck	26,19	16,37	10,58	11,88	6,409	0,000
Indice de détresse psychologique	55,85	20,60	29,35	17,89	7,767	0,000
Score composite	45,68	18,75	22,29	15,54	7,761	0,000
GRCS	64,05	12,74	55,95	12,44	3,548	0,001

Par ailleurs, on ne note aucune différence liée au nombre de rencontres psychosociales.

5.2 RELATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTES VARIABLES À L'ÉTUDE

Le tableau des corrélations entre les diverses variables à l'étude (Tableau 14) indique une relation étroite entre les résultats obtenus au *Beck Depression Inventory* et ceux obtenus à l'*Indice de détresse psychologique*. Ces deux instruments s'intéressent à des composantes différentes, mais nettement proximales, des difficultés vécues sur le plan émotionnel. Par ailleurs, tous les scores aux échelles du *Gender Role Conflict Scale* sont significativement corrélés à la dépression, à la détresse psychologique et par le fait même, au score composite.

Tableau 14 : Corrélations significatives entre le *Beck Depression Inventory*, l'*Indice de détresse psychologique* et les diverses échelles du *Gender Role Conflict Scale*

	BDI	IDP	Composite	GRCS	GRCS-1	GRCS-2	GRCS-3
BDI	--						
IDP	0,815	--					
Composite	0,899	0,978	--				
GRCS Total	0,442	0,478	0.455	--			
GRCS-1 [a]	0,354	0,465	0,428	0,758	--		
GRCS-2 [b]	0,316	0,300	0,300	0,760	0,278	--	
GRCS-3 [c]	0,236	0,234	0,209	0,769	0,357	0,652	--
GRCS-4 [d]	0,420	0,414	0,410	0,661	0,548	0,271	0,263

* Toutes corrélations significatives au seuil $p < 0.001$
[a] Succès, pouvoir et compétition
[b] Répression des émotions
[c] Répression des comportements affectifs envers d'autres hommes
[d] Conflits entre le travail et les relations familiales

Comme on pouvait s'y attendre, la présence ou non d'idéations suicidaires est fortement liée à la dépression et à un niveau élevé de détresse psychologique (voir Tableau 15).

Tableau 15 : Score moyen à l'*Inventaire de dépression de Beck* et à l'*Indice de détresse psychologique* selon la présence ou l'absence d'idéations suicidaires

	Avec idéation (n = 23)		Sans idéation (n = 120)			
Variables de santé psychologique	*M*	*ET*	*M*	*ET*	*t*	*p*
Inventaire de dépression de Beck	31,31	17,67	12,29	12,51	6,211	0,000
Indice de détresse psychologique	62,01	16,72	32,83	19,88	6,600	0,000
Score composite	52,05	16,64	25,15	17,03	6,966	0,000

5.2.1 La dépression et les conflits de rôle de genre

En divisant l'échantillon en fonction du seuil normatif minimal de dépression du BDI (15,87/100), les tests-*t* réalisés pour comparer le groupe d'hommes avec dépression du groupe sans dépression révèlent une différence significative entre les deux groupes quant à leur score au GRCS et à chacune de ses sous-échelles, comme l'indique le Tableau 16.

Tableau 16 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon la présence ou l'absence de dépression à l'*Inventaire de Beck*.

GRCS (Scores pondérés sur 100)	Avec dépression (n = 61)		Sans dépression (n = 83)			
	M	*ET*	*M*	*ET*	*t*	*p*
GRCS Total	65,10	11,90	53,43	11,57	5,909	0,000
Succès, pouvoir et compétition	65,39	14,40	54,29	13,42	4,753	0,000
Répression des émotions	62,24	18,04	50,92	16,61	3,895	0,000
Répression des comportements affectifs envers d'autres ♂	65,44	19,28	56,48	17,79	2,883	0,005
Conflits entre le travail et les relations familiales	68,77	19,30	51,67	18,63	5,360	0,000

5.2.2 La détresse psychologique et les conflits de rôle de genre

De la même manière, en divisant l'échantillon en fonction du seuil normatif de l'*Indice de détresse psychologique* proposé dans l'ESS-98 (23,81/100), les tests-*t* révèlent des différences significatives entre les deux groupes quant à leur score au GRCS et à chacune de ses sous-échelles (voir Tableau 17).

Tableau 17 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon la présence ou l'absence d'un haut niveau de détresse psychologique

GRCS (Scores pondérés sur 100)	Avec détresse (n = 103)		Sans détresse (n = 41)			
	M	*ET*	*M*	*ET*	*t*	*p*
GRCS Total	61,49	12,29	50,53	11,55	4,916	0,000
Succès, pouvoir et compétition	62,35	14,37	50,56	12,65	4,590	0,000
Répression des émotions	58,26	17,99	49,31	16,81	2,746	0,007
Répression des comportements affectifs envers d'autres ♂	62,74	18,75	54,07	18,03	2,533	0,012
Conflits entre le travail et les relations familiales	63,36	20,95	47,76	15,15	4,331	0,000

5.2.3 Les idéations suicidaires et les conflits de rôle de genre

Le lien entre les idéations suicidaires au cours de la dernière année et les conflits de rôle de genre est statistiquement significatif, mais relativement faible (voir Tableau 18). En fait, il est très fort en ce qui concerne les sous-échelles 1 (*Succès, pouvoir et compétition*) et 4 (*Conflits entre le travail et les relations familiales*), mais inexistant avec les deux autres sous-échelles (*Répression des émotions* et *Répression des comportements affectifs avec d'autres hommes*). Les hommes qui ont des idéations suicidaires semblent se sentir davantage en conflits en regard des dimensions liées à la réussite (pouvoir, travail, famille), mais non pas dans l'expression de soi sur un plan plus personnel, que ce soit avec d'autres hommes ou avec des femmes.

Tableau 18 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon la présence ou l'absence d'idéations suicidaires

GRCS (Scores pondérés sur 100)	Avec idéation (n = 23)		Sans idéation (n = 120)		*t*	*p*
	M	*ET*	*M*	*ET*		
GRCS Total	64,21	12,26	57,36	12,92	2,346	0,020
Succès, pouvoir et compétition	67,63	13,53	57,46	14,59	3,098	0,002
Répression des émotions	55,64	19,26	55,86	17,93	(0,053)	0,958
Répression des comportements affectifs envers d'autres	64,86	23,78	59,53	17,83	1,020	0,317
Conflits entre le travail et les relations familiales	70,20	20,85	56,76	20,10	2,922	0,004

5.2.4 Les recours aux services de santé et les conflits de rôle de genre.

Les analyses n'indiquent aucune différence statistiquement significative entre les hommes qui ont consulté un médecin au cours de la dernière année et ceux qui ne l'ont pas fait quant à leur niveau de conflits de rôle de genre. Cependant, des différences significatives apparaissent en ce qui concerne le recours aux services psychosociaux (voir Tableau 19).

Tableau 19 : Scores moyens de conflits de rôle de genre selon le recours à au moins une consultation psychosociale dans la dernière année

GRCS (Scores pondérés sur 100)	Avec consultation (n = 43)		Sans consultation (n = 101)		*t*	*p*
	M	*ET*	*M*	*ET*		
GRCS Total	64,05	12,74	55,96	12,44	3,548	0,001
Succès, pouvoir et compétition	65,18	15,71	56,36	13,72	3,375	0,001
Répression des émotions	60,43	19,08	53,71	17,32	2,066	0,041
Répression des comportements affectifs envers d'autres ♂	64,05	20,56	58,66	18,01	1,574	0,118
Conflits entre le travail et les relations familiales	67,64	21,02	55,21	19,46	3,424	0,001

Il n'y a pas de différences significatives aux échelles du GRCS entre les individus ayant eu recours à quelques (1 et 5) consultations (n = 19), et ceux ayant eu recours à plus de 5 rencontres au cours des 12 derniers mois (n = 24). Des *ANOVA*s confirment que le nombre de rencontres n'influence pas le score moyen aux échelles du GRCS. Le profil en matière de conflits de rôle de genre des individus ayant eu recours à au moins une consultation psychosociale ne varie pas en fonction du nombre de rencontres.

Parmi les 43 hommes ayant eu recours à au moins une consultation psychosociale au cours de la dernière année, on n'observe aucune différence aux échelles du GRCS chez ceux ayant indiqué la présence d'éléments anxieux ou dépressifs dans le motif de consultation. Rappelons que la présence d'éléments anxio-dépressifs a été extrapolée à partir des descriptions fournies par les participants des motifs les ayant amené à consulter.

5.3 Effets combinés

Diverses *ANOVA*s ont été réalisées en vue de vérifier la présence d'effets combinés entre les variables ayant donné de premiers résultats significatifs. Ces analyses ont identifié deux effets d'interaction entre les variables de l'étude.

5.3.1 Effet combiné du niveau de scolarité et des conflits de rôle de genre sur la dépression.

Le premier effet concerne l'interaction entre la scolarité, les conflits de rôle de genre et la dépression au sens du score composite, les conflits de rôle de genre ayant été ramenés à trois niveaux égaux pour les fins d'analyse. Ainsi, peu importe leur niveau de scolarité, les hommes qui sont moins en conflits de rôle de genre affichent des scores composites moyens plus faibles. Par ailleurs, l'effet des conflits de rôle de genre semble moins marquer le niveau de dépression (score composite) des collégiens que celui des universitaires et celui des hommes moins scolarisés. Pour ces derniers, dès que les conflits de rôle de genre atteignent un niveau moyen, l'effet se fait sentir rapidement sur la dépression (voir Figure 4). Autrement dit, peu importe le niveau de scolarité, lorsque les conflits de rôle de genre sont élevés, le niveau de dépression est toujours plus élevé que lorsque les conflits de rôle de genre sont moindres, par ailleurs, les études collégiales semblent avoir un effet protecteur.

Tableau 20 : Analyses de variance selon la scolarité et les conflits de rôle de genre

Test	*dl*	*F*	*p*
GRCS	2	10,48	,000
Faible	2	n.s.	
Moyen	2	7,96	,001
Élevé	2	n.s.	
Scolarité	2	6,43	,002
Secondaire	2	7,86	,001
Collégiale	2	5,37	.006
Universitaire	2	n.s.	
GRCS x scolarité	4	2,57	,041

Figure 4 : Effet d'interaction entre les conflits de rôle de genre, la scolarité et la dépression (score composite)

5.3.2 Effet combiné de l'état matrimonial et des conflits de rôle de genre sur la dépression.

Le deuxième effet d'interaction concerne l'état matrimonial, les conflits de rôle de genre et la dépression au sens du score composite. Cette interaction révèle que l'effet protecteur du couple contre la dépression est très clair chez les hommes qui ont un niveau faible ou moyen de conflits de rôle de genre, mais s'estompe pour les hommes qui en sont fortement marqués.

Tableau 21 : Analyses de variance selon l'état matrimonial et les conflits de rôle de genre

Test	*dl*	*F*	*p*
GRCS	2	5,49	,005
Faible	1	11,26	,001
Moyen	1	16,86	,000
Élevé	1	n.s.	
État matrimonial	1	21,04	,000
Célibataire	2	n.s.	
En couple	2	13,31	.000
GRCS x état matrimonial	2	4,98	,008

Figure 5 : Effet d'interaction entre les conflits de rôle de genre, l'état matrimonial et la dépression (score composite)

Aucune autre interaction n'a atteint le seuil de la signification statistique.

6. Discussion

Le fort taux de suicide, particulièrement chez les hommes, demeure préoccupant malgré la légère baisse que l'on connaît au cours des dernières années (Ross & François, 2007). Plusieurs recherches ont mis en évidence le lien entre le suicide et la dépression (Foster et al., 1997; Lesage et al., 1994; Séguin et al., 2005). Plus encore, on sait selon les autopsies psychologiques réalisées à la suite du suicide que la majorité de ces hommes avaient consulté leur médecin ou un/e professionnel/le de santé mentale ou en toxicomanie sans que la dépression n'ait été diagnostiquée (Séguin et al., 2005). Ces constats suggèrent que la dépression chez les hommes s'exprimerait de manière différente de telle sorte qu'elle est plus difficilement détectée (Cochran & Robinovitz, 1999; Lynch & Kilmartin, 1999; Kilmartin, 2005; Real, 1997; Tremblay et al., 2004). Dans les faits, elle s'exprimerait sous forme d'irritabilité (Winkler et al., 2004), liée à des comportements agressifs, notamment envers les proches et une propension plus grande à « s'automédicamenter » entre autres par une consommation abusive d'alcool, de drogues, de pornographie ou encore par le jeu compulsif (Cook, 2006; Hart, 2001; Houle, 2005; Lynch & Kilmartin, 1999; Kilmartin, 2005). Par ailleurs, plusieurs études américaines établissent un lien étroit entre la dépression chez les hommes et les conflits de rôle de genre (Hayes & Mahalik, 2000; Mahalik, 2000; Mahalik & Cournoyer, 2000; Shepard, 2002). Ainsi, plus les hommes auraient tendance à considérer qu'ils ne répondent pas adéquatement aux pressions exercées par la masculinité hégémonique (Connell, 1995), plus ils seraient à risque que ces tensions de rôle de genre génèrent un état dépressif.

La présente étude avait comme objectif de vérifier auprès d'hommes québécois âgés entre 25 et 44 ans le lien entre les conflits de rôles de genre et la dépression. Il s'agit d'une tranche d'âge pour laquelle les taux de suicide ont continué de croître tout au long des années 1990 au Québec. Dans les faits, 144 hommes âgés entre 25 et 52 ans ont été recrutés dans divers milieux de travail et d'études. Le recrutement s'est déroulé sur une période de plus de deux ans. En fait, alors que le recrutement du groupe normatif s'est avéré relativement facile, celui du groupe clinique a exigé de nombreux efforts. Après avoir été informés des objectifs de l'étude et avoir complété un formulaire de consentement, les participants devaient remplir un questionnaire comprenant quelques questions sociodémographiques, l'échelle sur les conflits de rôle de genre (*Gender Role Conflict Scale*), l'*Indice de détresse psychologique*, des questions sur les idéations et tentatives suicidaires et enfin l'*Inventaire de dépression de Beck*. Diverses analyses statistiques ont été réalisées en vue d'établir les liens entre ces diverses variables.

Rapidement, certaines difficultés sont apparues en regard des instruments utilisés pour évaluer la dépression et la détresse psychologique. Ces deux concepts très reliés sur le plan théorique demeurent cependant distincts. Dans les faits, il semble bien que les hommes plus traditionnels aient eu certaines réserves dans leurs réponses à l'*Inventaire de dépression de Beck* (BDI), ce qui a obligé à établir certains bémols même si les résultats obtenus avec cet instrument demeurent nettement significatifs. Alors qu'au contraire, l'*Indice de détresse psychologique* (IDP) a livré un taux relativement très élevé d'hommes affectés par un haut niveau de détresse. Notons que l'IDP est plus sensible aux dimensions somatiques et aux effets sur le travail et les relations familiales que ne l'est le BDI qui, au contraire, porte davantage sur des aspects émotionnels (tristesse, pleurs, etc.). Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Vredenburg, Krames et Flett (1986 dans Cochran & Rabinowitz, 2000) qui rapporte que les hommes ont tendance à répondre au BDI selon les normes de genre en appuyant sur les symptômes somatiques et les difficultés reliées à la performance au travail. De manière générale, ils rapporteraient moins souvent que les femmes des symptômes reliés aux pleurs, à la perte d'intérêt dans les activités sociales, aux plaintes somatiques et au sentiment de faillite

(Padesky, 1977 dans Cochran & Rabinowitz, 2000), Pour combler ces lacunes et établir une certaine cohérence entre ces deux mesures, nous avons créé un score composite qui nous a permis de réaliser des analyses à partir d'un taux d'hommes atteints de dépression qui semblait plus ajusté. Il s'agit là d'un problème très significatif pour la recherche clinique sur la santé des hommes que la présente démarche met clairement en évidence et qui ouvre sur la nécessité d'entreprendre des efforts de recherche pour le développement d'outils de dépistage et de diagnostic, et ultimement d'intervention, qui tiennent compte davantage des particularités des hommes plus traditionnels. Tel que proposé par d'autres études, ces outils devront tenir compte du large spectre de la symptomatologie de la dépression chez les hommes, notamment les changements sur le plan de l'irritabilité, des comportements agressifs, des comportements de dépendance (alcool, drogues, jeu, sexualité) ou encore de traits de personnalité narcissique ou antisociale.

Lorsque l'on établit les liens entre la dépression et la détresse psychologique avec les principales variables sociodémographiques, on s'aperçoit que les hommes célibataires, séparés, divorcés ou veufs sont plus à risque de dépression comparativement aux hommes qui vivent en couple, mais les deux groupes affichent des niveaux de conflits de rôle de genre comparables. Il en est de même des hommes peu scolarisés et des universitaires qui sont plus à risque de dépression que ceux qui ont obtenu un diplôme de niveau collégial. Cependant, le niveau de conflits de rôle de genre semble s'accroître selon la scolarité. Les hommes peu fortunés sont plus à risque de dépression que les hommes ayant un salaire moyen ou supérieur, mais, contrairement à la scolarité, les conflits de rôle de genre diminuent à mesure que le revenu augmente. Enfin, le groupe des plus jeunes hommes de l'échantillon (25-35 ans) est plus à risque de dépression mais non de détresse psychologique comparativement au groupe plus âgé (36-52 ans).

L'analyse des données de *Santé-Québec* sur la santé des hommes (Tremblay et al., 2005) identifiait les jeunes hommes, les hommes moins scolarisés, ceux qui sont plus pauvres et ceux qui vivent seuls comme étant les groupes les plus à risque sur le plan de la santé. Nous voyons maintenant que ces groupes sont aussi plus vulnérables sur le plan de la dépression. De plus, les universitaires semblent également plus à risque sur ce plan que les études précédentes ne le laissaient entrevoir. Par ailleurs, tout comme dans l'étude de Wallace et Pfohl (1995, dans Cochran & Rabinowitz, 2000), le score obtenu au BDI est inversement proportionnel à l'âge des participants, alors que les scores obtenus chez les femmes ne varient habituellement pas selon l'âge (Cochran & Rabinowitz, 2000).

Conformément à notre hypothèse initiale, les hommes plus marqués par les conflits de rôle de genre (échelle totale du GRCS) sont les plus sujets à la dépression, à la détresse psychologique et aux idéations suicidaires. Ces résultats sont conformes aux études américaines rapportées plus haut ainsi que celle de Houle (2005) réalisée au Québec auprès d'hommes ayant attenté à leur vie. Dans notre étude, cela semble d'autant plus vrai pour les dimensions *Succès, pouvoir et compétition* et *Conflits entre le travail et les relations familiales*. Les dimensions *Répression des émotions* et *Répression des comportements affectifs envers d'autres hommes* n'atteignent pas le seuil de signification statistique dans le cas des idéations suicidaires alors que leur poids relatif est moindre pour ce qui en est de la dépression et de la détresse psychologique. Toutes les recherches sur la dépression et le suicide ayant utilisé le GRCS confirment l'importance de la dimension *Succès, pouvoir et compétition*. Cependant, notre étude fait exception en ce qui concerne la dimension *Conflits entre le travail et les relations familiales*, alors qu'aucune des études recensées n'a obtenu le seuil de la signification statistique pour cette dimension. De plus, alors que les hommes ayant attenté à leurs jours de l'étude de Houle (2005) rapportent de hauts

niveaux de conflits de rôle de genre relativement à l'expression des émotions et aux comportements affectifs avec d'autres hommes, les participants à notre étude rapportant avoir eu des idées suicidaires affichent des scores comparables sur ces dimensions que les hommes qui n'ont pas rapporté avoir eu des idées suicidaires.

À l'instar de Pleck qui, dès 1981, considérait que les contraintes liées au modèle dominant de masculinité génèrent des problèmes de santé mentale chez les hommes qui tentent d'y adhérer, les résultats de notre étude portent à croire que les hommes qui remettent en question les exigences de la masculinité hégémonique et qui, par le fait même, se sentent moins en porte à faux avec un idéal-type préconçu, sont moins à risque de dépression et de détresse psychologique que ceux qui adhèrent aux normes et tentent de s'y conformer tant bien que mal. En fait, ces derniers, ayant l'impression d'avoir échoué dans l'accomplissement de leur masculinité, se retrouveraient alors en dépression. On peut penser que le message qu'ils portent au fond d'eux est : « Je ne suis pas l'homme que je devrais être ». Cela semble d'autant plus vrai que la dimension du GRCS qui est mise en évidence dans toutes les recherches est celle du *Succès, pouvoir et compétition*. Or, la réussite, au sens de la masculinité traditionnelle, se « calcule » trop souvent par un travail reconnu, pour lequel l'homme performe bien et reçoit une bonne rémunération, par le fait d'être en couple et d'avoir des enfants, etc. On peut comprendre alors que les hommes plus traditionnels qui sont peu scolarisés ou encore qui sont seuls, sans conjointe, sont les plus à risque de dépression. Ils portent davantage le sentiment d'avoir « raté sa vie » comparativement à ceux qui sont en couple ou qui ont accompli des études collégiales. Quant aux universitaires, on peut penser que le niveau élevé des exigences reliées au travail ou à leurs études (plusieurs d'entre eux sont aux études), leur donne l'impression de ne jamais réussir à atteindre le niveau de performance qu'ils perçoivent qui est attendu d'eux.

À l'opposé, les hommes qui se distancent davantage des exigences de la masculinité traditionnelles (niveau bas de conflits de rôle de genre) sont nettement moins à risque de dépression malgré des conditions socioéconomiques adverses (faible scolarité, bas revenu). On observe un phénomène semblable chez les hommes en couple; les conflits de rôle de genre représentent pour eux un facteur de risque important et les discriminent clairement des hommes non dépressifs. Cependant, la distanciation par rapport aux exigences de la masculinité traditionnelle ne diminue pas le risque associé au fait d'être célibataire. On comprend alors que l'isolement affectif représente un facteur de risque de dépression plus fort que les conflits de rôle de genre.

Plusieurs recherches (Dulac, 1997, 2001; Tremblay et al., 2003; Tremblay et al., 2005) démontrent que les hommes consultent moins que les femmes tant sur la plan médical que sur le plan psychosocial. Houle (2005) rapporte diverses études quantitatives qui établissent un lien étroit entre les difficultés des hommes à demander de l'aide et les pressions de la masculinité traditionnelle. Alors que les recherches qualitatives de Dulac (1997, 2001) en font aussi la démonstration. Cependant, les données de notre étude apportent quelques nuances intéressantes. D'abord, on ne retrouve aucune différence en matière de conflits de rôle de genre chez les hommes qui ont consulté un médecin au cours de la dernière année et ceux qui n'en ont pas consulté. Plus encore, le nombre de visites chez le médecin est davantage lié au niveau de dépression qu'aux conflits de rôle de genre. Cependant, la situation est différente pour ce qui concerne les consultations psychosociales; comparativement aux hommes qui n'ont pas consulté sur ce plan, ceux qui l'ont fait affichent des scores significativement plus élevés à toutes les échelles du GRCS, exception faite de la dimension *Répression des comportements affectifs envers d'autres hommes*. Cela, par ailleurs, tient compte aussi du fait que ceux qui ont

rapporté avoir consulté pour avoir une aide thérapeutique sont ceux qui ont obtenu des scores élevés de dépression. On peut donc croire que les hommes qui vivent des conflits de rôle de genre peuvent vivre une souffrance telle qu'elle les force à outrepasser les normes traditionnelles de la masculinité et à accepter d'avoir recours à une aide psychologique.

La présente étude apporte des éclairages importants sur la dépression chez les hommes québécois. Sa principale limite se situe sur le plan de la représentativité de l'échantillon. En effet, les participants ont été recrutés par sollicitation surtout dans les milieux de travail; cet échantillon n'a pas été construit à partir d'un modèle de stratification échantillonnale tel que prescrit par un modèle épidémiologique idéal. Bien qu'il ne s'agisse pas là d'un obstacle majeur, il demeure important de rester prudents quant à la généralisation possible des résultats. De plus, même si une part importante des participants à cette étude présentaient un profil clinique de dépression, il n'est pas confirmé que ce groupe d'hommes est représentatif des hommes dépressifs susceptibles d'être rencontrés par les intervenants et intervenantes. Les interventions se réalisent essentiellement auprès d'hommes faisant une demande d'aide, ce qui d'emblée les différencie potentiellement des hommes déprimés en général. Plusieurs recherches, notamment celle de Kashubeck et Christensen (1992) auprès d'enfants adultes de parents qui abusent de l'alcool, ont démontré que les conclusions d'études réalisées auprès d'échantillons non cliniques, même si les participants affichent des scores significativement symptomatiques, ne peuvent être généralisées à la population clinique visée. En ce sens, les résultats de cette recherche suggèrent que les hommes qui ont consulté sur le plan psychosocial sont les plus lourdement marqués par la dépression. Enfin, même si cette recherche a pris en considération des variables importantes comme l'état matrimonial, la scolarité et le revenu, l'étendue limitée de l'âge des participants, le nombre limité provenant de minorités ethniques et l'absence de question relative à l'orientation sexuelle n'ont pas permis de considérer ces variables et limitent ainsi la portée de l'étude.

7. Conclusion et recommandations

Cette recherche visait à étudier les relations entre les conflits de rôle de genre et la dépression chez les hommes. Pour ce faire, un groupe normatif et un groupe clinique ont été recrutés parmi des hommes de 25 à 52 ans de divers milieux du Québec. Il s'agit de la première étude québécoise s'étant intéressée à la dépression chez les hommes avec un regard portant spécifiquement sur le genre. Les résultats démontrent une corrélation étroite entre le niveau de dépression (selon le BDI) et de détresse psychologique (IDP) avec les conflits de rôle de genre (GRCS). Dans cette optique, se distancer du modèle hégémonique de masculinité semble représenter un facteur de protection important en matière de dépression et de détresse psychologique. Par ailleurs, dans cette étude, la dépression et la détresse sont aussi liées au faible revenu, au fait d'être sans conjointe et d'être ou peu ou beaucoup scolarisés. Selon les résultats obtenus, avoir obtenu un diplôme d'études collégiales, avoir des revenus moyens (30 000 $ à 60 000 $) ou supérieurs (plus de 60 000 $) et vivre en couple représentent aussi des facteurs de protection en matière de dépression et de détresse psychologique.

Dans cette étude, comme dans celle de Kilmartin (2005), ce sont les hommes les plus atteints qui sont les plus enclins à chercher de l'aide psychosociale. Comme le souligne Dulac (2001), les hommes attendent d'être en crise aiguë pour demander de l'aide. Cela représente particulièrement un défi pour des hommes traditionnels d'autant plus qu'il doivent s'adapter à un cadre d'intervention davantage conçu pour rejoindre la clientèle usuelle des services de thérapie : les femmes et les hommes plus sociables et artistiques (Brooks, 1998, Dulac, 2001; Kilmartin, 2005; Tremblay et L'Heureux, 2002, 2005).

Ces résultats militent en faveur de la poursuite du travail de déconstruction des règles de la masculinité hégémonique. Celles-ci proposent un idéal-type d'homme impossible à atteindre plutôt que de favoriser que chaque homme élabore le modèle personnel qui lui convienne. Ces exigences de la masculinité traditionnelle représentent à la fois un facteur de risque sur le plan de la dépression, de la détresse psychologique et du suicide et, comme le démontrent d'autres études (Dulac, 1997, 2001), inhibent la demande d'aide formelle autant que le recours aux proches.

En matière de prévention, cette recherche identifie clairement des groupes plus à risque qui devraient être ciblés par des programmes de prévention. À l'instar de la recherche menée antérieurement sur la santé des hommes au Québec (Tremblay et al., 2005), on note que les hommes seuls, de même que les hommes peu scolarisés et les hommes avec peu de revenus sont plus à risque de dépression et de détresse psychologique. De plus, cette recherche identifie aussi les universitaires comme un groupe à risque. Il semble pertinent de développer des campagnes qui sensibilisent les hommes plus traditionnels aux symptômes de la dépression et à la demande d'aide, avec un choix de matériel adapté, couvrant plusieurs types d'hommes (Rochlen, McKelley & Pituch, 2006).

Sur le plan de l'intervention, il convient de mieux dépister la dépression chez les hommes, qui apparaît souvent masquée sous forme de changements de comportements. Notamment, il semble important de former les professionnels de la santé à mieux reconnaître les signes de détresse chez les hommes plus traditionnels (Dulac, 2001; Mansfield, Addis & Mahalik, 2003 dans Rochlen, McKelley & Pituch, 2006; Rondeau et al., 2004). Aussi, on note une plus grande comorbidité avec l'abus de substances, le jeu compulsif, l'usage de pornographie, ou encore les comportements agressifs. Plusieurs s'entendent pour dire que la pharmacothérapie demeure le traitement la plus largement utilisé malgré des effets négatifs importants (Antonuccio, Danton

& DeNelsky, 1995; Stuart, 2000). Antonuccio, Danton et DeNelsky (1995) se basent sur plusieurs études qui confirment les effets égaux ou supérieurs de la psychothérapie pour critiquer la forte utilisation des antidépresseurs et émettre des balises à leur utilisation. Stuart (2001) rapporte que les effets secondaires des antidépresseurs sur la sexualité des hommes (difficultés érectiles, anorgasmie, éjaculation tardive, etc.) ne sont pas clairement établis par la recherche mais obligent parfois à diminuer ou cesser la médication. Compte tenu des exigences de la masculinité traditionnelle sur le plan sexuel, on peut penser que ces effets secondaires peuvent aussi, par un effet paradoxal, accentuer la dépression. Par ailleurs, sur le plan psychothérapeutique, nous ne reprendrons pas ici toutes les règles déjà établies de l'intervention auprès des hommes plus traditionnels qui méritent une attention particulière (Brooks, 1998; Brooks & Good, 2001; Dulac & Proulx, 1999; Dulac, 2001; Levant & Pollack, 1995; Meth & Passick, 1990; OPTSQ, 2001).

Enfin, sur le plan de la recherche, beaucoup demeure à faire pour mieux saisir le lien entre les pressions de la masculinité traditionnelle et leurs effets sur la santé mentale des hommes, en particulier la dépression. En ce sens, tout comme Cochran et Rabinowitz (2000), nous croyons que des recherches qualitatives aideraient à mieux comprendre comment les hommes plus traditionnels vivent les contraintes liées au rôle de genre ainsi que les stratégies développées pour s'adapter. Ces recherches doivent tenir compte des dimensions reliées notamment à l'âge[7], à l'origine ethnique[8], à la classe sociale et à l'orientation sexuelle[9]. Il serait intéressant de mieux connaître leur registre sur le plan émotionnel, notamment si les conflits de rôle de genre suscitent chez eux de la honte comme des recherches cliniques semblent le dire (Dulac, 2001; Keefler & Rondeau, 2002; Krugman, 1998; Tremblay & L'heureux, 2002, 2005). De plus, la perte amoureuse semble représenter une période de crise particulièrement critique (Houle, 2005; Rondeau et al., 2004) qui exige plus d'investigation. Enfin, la comorbidité, notamment avec l'abus de substances, le jeu compulsif et l'usage de pornographie, demeure encore peu étudiée.

Nous espérons que ce rapport pourra susciter de nouvelles réflexions sur le plan clinique et de nouvelles pistes de recherche sur le sujet. La recherche sur la dépression chez les hommes demeure à ses débuts, beaucoup reste à faire pour mieux saisir la problématique et mieux intervenir, notamment pour prévenir le suicide.

[7] Même si on retrouve plusieurs similarités, il n'en demeure pas moins que les adolescents se débattent avec des pressions différentes que les adultes (Blazina, Pisecco & O'neil, 2005) et que les pressions pour se conformer aux stéréotypes de genre semblent encore plus fortes (Galambos, Almeida, & Patersen, 1990; Rust & McCraw, 1984). Par ailleurs, les hommes âgés semblent plus disposés à demander de l'aide psychologique (Berger, Levant, McMillan, Kelleher & Sellers, 2005).

[8] Lire à ce sujet Head (2004) qui traite particulièrement de la dépression chez les hommes noirs et les recherches de Liu et Iwamoto (2006, 2007) et Wesler, Kuo et Vogel (2006) sur l'expression de la détresse psychologique chez les hommes d'origine asiatique.

[9] Voir notamment Josephson et Whiffen (2007) sur les symptômes de dépression chez les hommes gays.

8. Références

Angst, J., A., Gamma, M., Gastpar, J.-P., Lépine, J., Mendlewicz & Tylee, A. (2002), *Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and DEPRES II studies.* European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, (252) 201-209.

Antil, T., Bergeron, M.-È. & Cloutier, R. (2005). État de santé et de bien-être des hommes québécois. In Tremblay, G., Cloutier, Antil, T., R., Bergeron, M-E & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québe*c. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux (pp. 115-142).

Antonuccio, D.O., Danton, W.G. & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus Medication for Depression : Challenging the Conventional Wisdom With Data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26 (6) 574-585.

Audet, N., Lemieux, M. & Cardin, J.F. (2001). E*nquête sociale et de santé 1998 – Cahier technique et méthodologique : Définition et composition des indices*, volume 2, Montréal : Institut de la statistique du Québec.

Banks, I. (2001). No man's land: men, illness, and the NHS. *British Medical Journal,* (323) 1058-1060.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8 (1), 77-100.

Berger, J.M., Levant, R., Mc'illan, K.K, Kelleher, W. & Sellers, A. (2005). Impact of Gender Role Conflict, Traditional Masculinity Ideology, Alexithymia, and Age on Men's Attitudes Toward Psychological Help Seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 6 (1) 73-78.

Bergeron, M.-È. & Cloutier, R. (2005). Qui sont les hommes québécois et quelles sont leurs conditions de vie? In Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M-E & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux (pp. 31-70).

Blazina, C., Pisecco, S. & O'Neil, J.M. (2005). An Adaptation of the Gender Role Conflict Scale for Adolescents: Psychometric Issues and Correlates With Psychological Distress. *Psychology of Men & Masculinity*, 6 (1) 30-45.

Bourque P. & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne de science du comportement*, 14 (3), 211-218.

Boyer, R., St-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R. et Poulin, Carole. (2001) Idées suicidaires et parasuicide. In Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*, 2e édition (p.355-367). Sainte-Foy : Publications du Québec.

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

Brooks, G.R. & Good, G.E. (Dir.)(2001). *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches* (Vol. 1 & 2). San Francisco: Jossey-Bass.

Brooks-Harris, J.E., Heesacker, M. & Majia-Millan, C. (1996). Changing men's male gender-role attitudes by applying the elaboration likelihood model of attitude change. *Sex Roles,* 35 (9/10) 563-580.

Cairney, J. (1998). Gender differences in the prevalence of depression among Canadian adolescents. *Canadian Journal of Public Health*, 89 (3) 181-182.

Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35 (2) 269-88.

Charbonneau, L. (2001). La prévention du suicide chez les hommes : bilan d'une campagne triennale. In. G. Rondeau & S. Hernandez (Dir.), *Hommes, intervention et changement - Actes du colloque « Les hommes et les services : un pont à établir »* (pp. 103-110). Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Charbonneau, L. & Houle, J. (1999). Une socialisation propice au suicide. In. M. Chabot & L. Charbonneau (Dir.), *La souffrance au masculin* (pp. 9-20). Montréal : Association québécoise de suicidologie.

Cheng, C. (1999). Gender-Role Differences in Susceptibility to the Influence of Support Availability on Depression. *Journal of Personality*, 63 (3) 439-467.

Chevalier, S., & Lemoine, O. (2001a). Consommation de drogues et autres substances psychoactives. In Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 135-147). Sainte-Foy : Publications du Québec.

Chevalier S. & Lemoine, O. (2001b). Consommation d'alcool. In Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998* (pp.135-147). Sainte-Foy : Publications du Québec.

Clain, O. (2001). Les suicides des jeunes hommes au Québec, un cas de fatalisme? In Assoum, P.-L. & Zafiropoulos, M. (Dir.). *Les solutions sociales de l'inconscient*. Paris : Anthropos (Psychanalyse & pratiques sociales), pp.181-201.

Cochrane, S. (2001). Assessing and treating depression in men. In. G.R. Brooks & G.E. Good (Dir..). *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men*. Vol. 1. (pp. 229-245). San Francisco: Josey-Bass.

Cochrane, S. & Robinovitz, F.E. (2000). *Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives*. Washington: APA.

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

Cook, I. (2006). Western Heterosexual Masculinity, Anxiety and Web Porn. *The Journal of Men's Studies*, 14 (1) 47-64.

Cusack, J., Deane, F.P., Wilson, C.J. & Ciarrochi, J. (2006). Emotional Expression, Perception of Therapy, and Help-Seeking Intentions in Men Attending Therapy Services. *Psychology of Men & Masculinity*, 7 (2) 69-82.

Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., Lapointe, F., Côté, L. & Baulne, J. (2001). *Enquête sociale et de santé 1998 – Cahier technique et méthodologique : documentation générale, volume 1.* Montréal : Institut de la statistique du Québec.

Drouin, J. (2006). L'andropause : mise à jour et évaluation de la clientèle. *Le Clinicien*, 21 (5) 81-88.

Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.

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

Dulac, G. & Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories & pratiques québécoises.* Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.

Dutton, D. G. (1996). *De la violence dans le couple*. Paris : Bayard.

Foster, T., Gillespie, K. & McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 170, 447-452.

Francis-Cheung, T. & Grey, R. (2002). *Men and Depression. What to Do When the Man You Care About is Depressed*. London: Thorsons.

Galambos, N.L., Almeida, D.M., & Patersen, A.C. (1990). Masculinity, feminity, and sex role attitudes in early adolescence: Exploring gender intensification. Child development, 61, 1905-1914.

Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F. & Lawson, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3 (2), 13-27.

Good, G.E., Heppner, P.P., DeBord, K.A. & Fischer, A.R. (2004). Understanding Men's Psychological Distress: Contributions of Problem-Solving Appraisal and Masculine Role Conflict. *Psychology of Men and Masculinity*, 5 (2) 168-177.

Good, G.E., Robertson, J.M., O'Neil, J.M., Fitzgerald, L.F., Stevens, M., De Bord, K.A, Bartels, K.M. & Breverman, D.G. (1995). Male gender role conflict: Psychometric issues and relations to psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*. 42, (1), 3-10.

Goode, J., Hanlon, G., Luff, D., O'Cathain, A., Stangleman, T. & Greatbatch, D. (2004). Male callers to NHS Direct: The assertive carer, the new dad and the reluctant patient. *Health: An interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medecine,* 8 (3) 311-328.

Hart, A.D. (2001). *Unmasking Male Depression*. Nashville: Word Publishing.

Hayes, J.A. & Mahalik, J.R. (2000). Gender role conflict and psychological distress in male counseling center clients. *Psychology of Men's and Masculinities*, 1, (2), 116-125.

Head, J. (2004). *Standing in the Shadows. Understanding and Overcoming Depression in Black Men*. New York: Broadway Books.

Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide.* Thèse de doctorat. Montréal : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Ilfield, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39(2), 1215-1228.

Ilfield, F.W. (1978). Psychological status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 35(4), 716-724.

Josephson, G. & Whiffen, V. (2007). An Integrated Model of Gay Men's Depressive Symptoms.*American Journal of Men's Health*, (1) 60-72.

Kashubeck, S. & Christensen, S.A. (1992). Differences in distress among adult children of alcoholics. *Journal of Counseling Psychology,* 39, 356-362.

Keefler, J. & Rondeau, G. (2002). Men and shame. *Intervention* (116) 26-36.

Kelly, K.R. & Hall, A.S. (1992). Toward a developmental model for counseling men. Special issue: Mental health counseling for men. *Journal of Mental Health Counseling*, 14 (3) 257-273.

Kilmartin, C. (2005). Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health and Gender,* 2 (1) 95-99.

Kovacs M. et Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*. (135) 525-533.

Kramer, S. (2000). The fragile male. *British Medical Journal*, (321) 1609-1612.

Krugman, S. (1998). Men's shame and trauma in therapy. In W.S. Pollack & R.F. Levant (Éd.) *New psychotherapy for men*. pp. 147-166. New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapour et Toronto: John Wiley & Sons.

Lengua, L. J., & Stormshak, E.A. (2000). Gender, gender roles, and personality: gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43 (11-12) 787-820.

Lesage, A.D. (2000). D'autres pistes d'intervention pour prévenir le suicide chez les hommes au Québec. In Association québécoise de suicidologie, *Prévenir le suicide au masculin*, (pp. 107-114). Montréal : AQS.

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7) 1063-1068.

Levant, R.F. (2001). Understanding normative male alexithymia. Communication présentée au symposium *Are Males Really Emotional Mummies: What Do the Data Indicate?* San Francisco: American Psychological Association Congress.

Levant, R.F. (1995). Toward a reconstruction of masculinity. In. R.F. Levant & W.S. Pollack (Dir.), *The New Psychology of Men*. New York: Basic Books.

Levant, R.F. & Pollack, W.S. (Dir.) (1995). *The New Psychology of Men*. New York: Basic Books.

Levasseur, M. (1987). *Sources et justifications des questions utilisées dans l'Enquête Santé-Québec 1987 – cahier technique 87-03.* Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lisak, D. (1998). Confronting and treating empathic disconnection in violent men. Dans Pollack, W. & Levant, R. (Éd.). *New psychotherapy for men* (pp 214-238). New York: John Wiley and Sons.

Liu, W.M. & Iwamoto, D.K. (2006). Asian American Men's Gender Role Conflict: The Role of Asian Values, Self-Esteem, and Psychological Distress. *Psychology of Men & Masculinity*, 7 (3) 153-164.

Liu, W.M. & Iwamoto, D.K. (2007). Conformity to Masculine Norms, Asian Values, Coping Strategies, Peer Group Influences and Substance Use Among Asian American Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8 (1) 25-39.

Lynch, J. & Kilmartin, C. (1999). *The pain behind the mask. Overcoming masculine depression*. New York: The Haworth Press.

Mahalik, J.R. (2000). Gender role conflict in men as a predictor of self-ratings of behavior on the interpersonal circle. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (2), 276-292.

Mahalik, J.R. & Cournoyer, R.J. (2000). Identifying gender role conflict messages that distinguish mildly depressed from non-depressed men. *Psychology of Men's and Masculinities*, 1, (2) 109-115.

Mahalik, J. R., Cournoyer, R.J., De Franc, W., Cherry, M. & Napolitano, J. M. (1998). Men's gender role conflict and use of psychological defenses, *Journal of Counseling Psychology*, 45 (3), 247-255.

McKee, M. & Shkolnikov, V. (2001). Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *British Medical Journal*, (323) 1051-1055.

Messner, M. & Sabo, D.F. (1990). Toward a critical feminist reappraisal of sport, men and the gender order. In M. Messner & D.F. Sabo (Dir.), *Sport, Men and the Gender Order: Critical Feminist Perspectives* (pp 1-15). Champaign, IL: Human Kin&ic Books.

Meth, R.L. & Passick, R.S. (Dir.) (1990). *Men in therapy: The challenge of change*. New York and London: Guilford Press.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *S'entraider pour la vie : stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec : Gouvernement du Québec.

Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders,* (71) 1-9.

Moradi, B., Tokar, D., Schaub, M., Jome, L. & Serna, G. (2000). Revisiting the structural validity of the Gender Role Conflict Scale. *Psychology of Men and Masculinity*, 1(1), 62-69.

Moynihan, C. (1998). Theories of masculinity. *British Medical Journal,* (317) 1072-1075.

O'Neil, J.M. (1997). *Bibliography on gender role conflict and the Gender Role Conflict Scale.* School of Family Studies, University of Connecticut. Disponible sur demande à oneil@uconnvm.uconn.edu

O'Neil, J.M. (1990). Assessing men's gender role conflict. In D. Moore & F. Leafgren (Dir.), *Men in conflict: Problem solving strategies and interventions*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

O'Neil, J. M. & Good, G.E. (1997). Men's gender role conflict: Personal reflections and overview of recent research (1994-1997). *Society for the Psychological Study of Men and Masculinity Bulletin*, 3 (1), 10-15.

O'Neil, J. M., Good, G.E. & Holmes, S. (1995). Fifteen years of theory and research on men's gender role conflict: New paradigms for empirical research. In R.F. Levant & W.S. Pollack (Dir.), *A New Psychology of Men* (pp. 164-206). New York: Basic Books.

O'Neil, J.M., Helms, B., Gable, R., David, L. & Wrightman, L. (1986). Gender Role Conflict Scale: College men's fear of feminity. *Sex Roles*, 14, 335-350.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (Dir.)(2001). Le travail social et les réalités masculines. *Intervention* (116).

Pihl, R.O. & Peterson, J.B. (1992). Etiology. *Annual Review of Addiction Ressources and Treatment.* 1-23.

Philraretou, A.G & Allen, K.R. (2001). Reconstructing masculinity and sexuality. *The Journal of Men's Studies*, 9 (3), 301-321.

Pleck, J.H. (1981). *The Myth of Masculinity*. Cambridge: MIT Press.

Pleck, J.H. (1995). The gender role strain paradigm: An update. In. R.F. Levant & W.S. Pollack. (Dir.), *The New Psychology of Men* (pp. 11-32). New York: Basic Books.

Pollack, W. (1995). Mourning, melancholia, and masculinity: Recognizing and treating depression in men. Dans Levant, R.F. & Pollack, W.S. (Dir.). *New psychotherapy for men* (pp. 147-166). New York: Wiley.

Préville, M, Boyer, R., & Potvin, L. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec 1987. *Les cahiers de recherche,* 7. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Raine, R. (2000). Does gender bias exist in the use of specialist health care? *Journal of Health Services Research and Policy*, 5 (4) 237-249.

Real, T. (1997). *I Don't Want To Talk About It*. NewYork: Scribner.

Richter, P., Werner, J., Heerlien, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory: *A review. Psychopathology,* 31 (3), 160-168.

Robertson, J.M., Lin, C.H., Woodford, J., Danos, K.K. & Hurst, M.A. (2001). The (un)emotional man: Physiological, verbal, and written correlates of expressiveness. *The Journal of Men's Studies*, 9 (3), 393-412.

Robins, L.N. & Regier, D.A. (1990). *Psychiatric disorders in America*. New York: The Free Press.

Rochlen, A.B., McKelley, R.A. & Pituch, K.A. (2006). A Preliminary Examination of the Real Men, Real Depression Campaign. *Psychology of Men & Masculinity*, 7 (1) 1-13.

Ross, L. & François, H. (2007). *Profil du suicide au Québec 1981-2005p : mise à jour en 2007.* Présentation faite lors de la Semaine de prévention du suicide. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale de la santé publique. Québec. Disponible sur Internet http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/pdf/Profil-suicide-fev07.pdf

Rust, J.O., & McCraw, A. (1984). Influence of masculinity-feminity on adolescent self-esteem and peer acceptance. Adolescence, 19(74), 359-366.

Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J.-A. (2000). Gender, social roles, and mental health: an epidemiological perspective. *Sex Roles*, 43 (9-10) 605-628.

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Daigle, F., Guay, A., Bayle, M-N. & Landry, R. (2005). *Projet de recherché sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003.* Montréal : Centre de recherche Hôpital Douglas.

Shepard, D.S. (2002). A negative state of mind: Patterns of depressive symptoms among men with high gender role conflict. *Psychology of Men's and Masculinities,* 3 (1), 3-8.

Stuart, S. (2000). Psychopharmacologic Treatment of Depression in Men. In Cochrane, S. & Robinovitz, F.E. *Men and Deprenssion: Clinical and Empirical Perspectives*. (pp. 99-116). Washington: APA.

Tremblay, G., Cloutier, Antil, T., R., Bergeron, M-E & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tremblay, G. & L'Heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergeant d'intervention clinique. *Intervention*, (116) 13-25.

Tremblay, G. et L'Heureux, P. (2005). Psychosocial Intervention with men. *International Journal of Men's Health,* 4 (1) 55-72.

Tremblay, G., Thibault, Y., Fonséca, F. & Lapointe-Goupil, R. (2004). La santé mentale et les hommes : État de situation et pistes d'intervention. *Intervention*, (121) 6-16.

Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J, Rondeau, G. et Dufour, S. (2002). La demande d'aide des hommes en difficulté : trois profils de trajectoire. *Intervention,* 116, 37-51.

Walinder, J. (2001). Male depression and suicide. *International Journal of Clinical Psychopharmacology,* 16 (S2) 21-24.

Wesler, S.R., Kuo, B.C.H. & Vogel, D.L. (2006). Multicultural Coping: Chinese Canadian Adolescents, Male Gender Role Conflict, and Psychological Distress. *Psychology of Men & Masculinity*, 7 (2) 83-100.

Winkler, D., Pjrek, E., Heiden, A., Wiesegger, G., Klein, N., Konstantinidis, A., & Kasper, S. (2004). Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, (254) 209-214.

Zierau, F., Bille, A., Rutz, W. & Bech, P. (2002). The Gotland Male Depression Scale : A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56 (4) 265-271.

Collection Études et Analyses

Nos partenaires fondateurs

Université de Montréal

UNIVERSITÉ LAVAL

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE d'établissements de santé et de services sociaux

Relais femmes