

LES HOMMES ET LES SOINS PALLIATIFS: un nouveau questionnaire sur les pratiques

ISABELLE ROY-ROLAND, T.S.

Étudiante à la maîtrise-École de service social

Université Laval – Québec – Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Québec –

CHUQ – Équipe de recherche de la Maison Michel-Sarrazin

Courriel : isabelle.roy-roland@live.ca

INTRODUCTION

Que savons-nous des réalités des hommes atteints de cancer avancé et du rapport qu'ils entretiennent à l'égard de l'aide? Quel est l'état des connaissances relatives aux différenciations selon le genre dans le domaine de la recherche portant sur le cancer, les soins palliatifs et, plus spécifiquement, concernant les hommes? Notre pratique en soins palliatifs est-elle sensible et adaptée aux réalités des hommes et, plus précisément, des hommes qui adhèrent aux stéréotypes traditionnels? Voilà autant de questions faisant l'objet du présent article.

L'intérêt à entreprendre une recherche portant sur les besoins perçus par des hommes âgés de 60 ans et plus, atteints de cancer avancé et sur le rapport qu'ils entretiennent à l'égard de l'aide m'est venu à la suite d'un stage d'intervention en service social (Université Laval) dans un milieu de soins palliatifs au sein duquel j'ai pu côtoyer des hommes de diverses générations. Dès les premiers instants, j'ai pu constater que la manière d'entrer en relation avec les hommes et de leur offrir de l'aide psychosociale

pouvait être potentiellement différente de celle engagée naturellement avec les femmes. De fait, les comportements des hommes, leurs réactions devant la maladie, leurs manières de s'exprimer et de parler de leurs réalités peuvent comporter des différences marquées comparativement à celles habituellement observées chez les femmes. Cette prise de conscience a suscité chez moi un questionnaire et une réflexion quant aux fondements théoriques et pratiques sur lesquels prennent assises les professions associées au domaine de la santé et de la relation d'aide telles que le service social, actuellement largement exercées par des femmes.

S'inscrivant dans une perspective qui tient compte des éléments de socialisation selon le genre, le présent article s'intéresse à deux domaines de recherche et d'intervention, soit celui du cancer et celui des soins palliatifs, examinés sous l'angle de la problématique des hommes. Il sera présenté sous la forme d'un extrait de recension des écrits scientifiques.

En premier lieu, l'article propose de distinguer les concepts de sexe, de genre et de masculinité pour les fins de notre réflexion. En deuxième lieu, le contexte d'émergence de la recherche portant sur les

hommes et les masculinités sera situé et un portrait général des connaissances concernant les réalités des femmes et des hommes en ce qui a trait à leurs représentations de la santé et de leur bien-être, leurs comportements et leurs attitudes concernant leur santé, de même que la relation qu'ils entretiennent à l'égard de l'aide sera présenté. Troisièmement, l'état des connaissances actuelles portant sur les différenciations selon le genre dans le domaine de la recherche portant sur le cancer et les soins palliatifs, de même que les limites qui y sont associées seront mis en perspective. Enfin, quelques enjeux et pistes de réflexion pour la pratique des soins palliatifs quant à la nécessité de mieux comprendre les réalités des hommes atteints de cancer et leurs besoins spécifiques seront soulevés.

Les principales banques de données consultées pour cette recension des écrits sont les suivantes : *Ageline* ; Archimède ; *Cancerlit* ; *CINAHL* ; *Current Contents* ; ERIC ; Francis ; *MEDLINE (PubMed)* ; *Proquest Dissertations and Theses* ; *Psychology and Behavioral Sciences Collection* ; *PsycINFO* ; Repère ; *Social Services Abstracts* ; *Social Work Abstracts* ; *Sociological Abstracts* ; *Women's Studies International*. Les articles parus entre 1986 et 2009 ont été retenus. Les publications scientifiques qui ont été sélectionnées sont celles qui portaient principalement sur les notions de différenciation selon le genre (identité, représentations, comportements, attitudes, besoins, rapport à l'aide et aux services, expérience de la maladie, etc.), sur la problématique du cancer, de même que concernant les besoins spécifiques des personnes atteintes de cancer.

SEXES, GENRE ET MASCULINITÉ : DE QUOI PARLONS-NOUS ?

Le sexe et le genre sont deux notions différentes, en interaction étroite et qui ont des effets sur l'identité, la santé et la maladie. En effet, les notions de **sexe** et **d'appartenance sexuelle** se réfèrent aux différences physiologiques (anatomiques) influencées

par les gènes et la biologie, permettant ainsi la catégorisation de l'individu en « homme » ou « femme » (mâle ou femelle).

Quant aux notions de **genre** masculin ou féminin et **d'identité sexuée**, elles se rapportent aux dimensions psychologiques et comportementales (non anatomiques) essentiellement influencées par l'environnement, la culture, l'éducation et les facteurs psychosociaux. Ces dimensions se traduisent notamment par des différences de rôles masculins et féminins transmis par la socialisation sexuée ou différenciée selon le genre, ces derniers s'actualisant au sein des rapports sociaux (Kiss et Meryn, 2001) et dans un contexte relationnel (Moynihan, 2002). L'identité sexuée ou de genre serait donc construite dans une perspective sociale, c'est-à-dire dans un environnement qui propose des modèles de « masculinité » et de « féminité » qui sont transmis et acquis par l'entremise de la socialisation et de l'éducation. Les hommes et les femmes construiraient donc leur identité sexuée sur la base des modèles de masculinité et de féminité en vigueur au sein de leur environnement et de leur culture d'appartenance (Dudoit, Dany, Blois et Cuvello, 2007 ; Pleck, Sonenstein et Ku, 1994). Lorsque nous parlons de **genre** masculin ou féminin, nous les considérons dans une *perspective sociale* plutôt qu'*anatomique*.

En ce qui a trait au concept de **masculinité**, celui-ci est considéré comme un construit social à partir de phénomènes biologiques, psychologiques et sociaux qui conduisent à la définition de rôles de genre masculin, par exemple le rôle de pourvoyeur, de même que d'attentes conformes à ces derniers. Ces rôles de genre, transmis par la socialisation, définiraient les attitudes, les croyances et les comportements socialement attendus chez les hommes (Courtenay, 2000 ; Good *et al.*, 1989). Quatre règles de base de la socialisation traditionnelle masculine sont identifiées en ces termes dans les écrits scientifiques consultés : l'autonomie, l'ambition, l'agressivité et la compétition (Lynch et Kilmartin, 1999, Philaretou et Allen, 2001). Ces règles de base seraient associées à des exigences de la masculinité comme construit social

telles que le déni de la souffrance et des émotions, la nécessité de conserver le contrôle, de maintenir l'autonomie, de protéger son intimité, etc.). Les actions individuelles acceptables et inacceptables seraient donc déterminées à partir de ces règles chez les hommes et intégrées par la socialisation (Nicholas, 2000).

En concordance, les règles de base (normes) de la socialisation masculine valoriseraient chez les hommes un *mode d'expression masculin plutôt axé sur l'agir et la répression des émotions*. Ce mode d'expression masculin stéréotypé se traduirait par exemple par l'expression (ou la non-expression) de malaises au moyen de comportements tels que la négation de leurs émotions, de leurs symptômes et de leurs problèmes ou encore par des comportements socialement réprouvés tels que des comportements agressifs, violents et impulsifs (Dulac, 2002). Ce mode d'expression qualifié par certains de « viril » jouerait contre les hommes qui expriment de cette façon leur détresse et leur demande d'aide, ce qui pourrait aussi limiter le repérage de leurs difficultés et leur admission aux services par les professionnels, ces derniers étant également influencés par les normes stéréotypées associées à la masculinité et à la féminité. Quant aux normes de la socialisation féminine, les femmes seraient encouragées à exprimer leurs émotions, leurs sentiments et leurs difficultés, à être en relation et proactives quant à la recherche d'aide, ce qui constituerait pour elles des avantages et des facteurs de protection sur le plan de leur santé globale.

À la lumière de ces connaissances, nous pouvons considérer que des obstacles liés à la socialisation masculine peuvent se poser quant à la reconnaissance chez les hommes de leurs besoins, de leurs difficultés, ce qui pourrait limiter leurs capacités à demander et à obtenir de l'aide, et ce, particulièrement chez les hommes qui adhèrent aux stéréotypes traditionnels (Addis et Mahalik, 2003 ; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004 ; Courtenay, 2000 ; Denis *et al.*, 2001 ; Dulac, 1997 ; Mutran et Ferraro, 1988). Cet état de fait engendrerait plusieurs conséquences négatives sur la santé

mentale et physique des hommes (Dulac, 1997 ; Dulac et Groulx, 1999 ; Tremblay *et al.*, 2005).

Le tableau suivant présente les effets négatifs de la socialisation masculine sur le plan de la santé mentale des hommes.

Tableau 1 – 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
<i>Se débrouiller seul</i>	<i>Ne pas demander de l'aide</i>
Prouver sa masculinité	Insécurité
Valorisation de la force et de la violence	Dévalorisation de la parole, agirs violents

Pour conclure cette section de notre article, il importe de souligner que les *masculinités sont qualifiées de plurielles* dans les écrits scientifiques, c'est-à-dire que tous les hommes n'adhèrent pas nécessairement aux règles de base de la socialisation masculine précédemment abordées¹. À titre d'exemple, Skovholt (1978) a élaboré une typologie qui classifie les hommes en trois catégories à partir de leurs réactions aux grands changements amorcés par les femmes : les hommes qui se rattachent aux stéréotypes sexuels traditionnels ; les hommes en transition qui démontrent davantage d'ouverture aux changements amorcés par les femmes ; les hommes affranchis des stéréotypes sexuels.

LA RECHERCHE PORTANT SUR LES HOMMES ET LES MASCULINITÉS

Au Québec, depuis les années 1990, le domaine de la recherche portant sur le genre masculin est en plein essor, alors qu'aux États-Unis, celui-ci progresse

depuis les années 1980. Des problématiques telles que le suicide, la dépression, la violence conjugale, la rupture amoureuse, la parentalité, le stress post-traumatique chez les militaires, le décrochage scolaire et l'homosexualité commencent à être bien documentées. Or, depuis plusieurs années, des obstacles se posent quant à la reconnaissance de l'importance de mettre en priorité les problématiques propres aux hommes et d'investir dans la recherche sur ce sujet. De plus, malgré les nouvelles connaissances disponibles, la *mise en action* et le *développement de services qui soient mieux adaptés aux hommes* tardent à s'actualiser (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Bien qu'en 2004, un important rapport portant sur les réalités des hommes et sur leurs besoins (*Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*) ait été présenté au ministère de la Santé des Services sociaux et que ce dernier s'y soit montré réceptif en considérant l'élaboration d'un plan d'action qui tienne compte des 16 recommandations émises pour mieux répondre aux besoins des hommes, il semble que cinq ans plus tard, aucun plan d'action ne soit encore publié (Lemieux, 2009). Notons cependant qu'en juillet 2009, trois nouvelles priorités d'action gouvernementale ayant pour objectif l'amélioration de la santé et du bien-être des hommes ont été annoncées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, ces dernières étant assorties d'un budget de 750 000 \$ (Gouvernement du Québec, 2009). Ces trois mesures visent en premier lieu à adapter les messages et les activités de promotion des saines habitudes de vie en respectant les particularités des hommes, en deuxième lieu à adapter les services destinés à la clientèle masculine et en troisième lieu, à développer les connaissances et à améliorer les pratiques. Il resterait donc du chemin à faire pour mieux comprendre, agir et répondre aux besoins des hommes...

État général des connaissances différenciées selon le genre : représentations de la santé et du bien-être, comportements et rapport à l'aide et aux services

Génétique, comportements et attitudes des femmes et des hommes à l'égard de leur santé

En ce qui a trait à la santé, les femmes seraient favorisées sur plusieurs plans dont celui de la génétique (Denis *et al.*, 2001). Entre 2003 à 2005, l'espérance de vie à la naissance chez les femmes était de 5 années de plus que chez les hommes (près de 83 ans contre 78 ans), bien que l'écart entre les sexes ait diminué depuis 1980. Quant à l'espérance de vie en bonne santé, celle-ci était en 2001 de 68 ans chez les femmes contre 66 ans chez les hommes (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007). Sur le plan comportemental, les femmes porteraient également une attention supérieure à leurs symptômes physiques et à leur état émotionnel de manière générale, en plus d'avoir davantage recours que les hommes à leur réseau « informel » d'aide et aux interactions sociales. Globalement, elles se considéreraient aussi en meilleure santé que les hommes et se percevraient malades plus rapidement que ces derniers en ce qui a trait à la manifestation de symptômes, en plus d'avoir davantage recours à la prise de congés de maladie (Baider et Bengel, 2001 ; Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004 ; Lorber, 1997 ; ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007). Contrairement aux hommes, les femmes auraient également une approche plus préventive à l'égard de leur santé physique et psychologique. En effet, elles utiliseraient plus rapidement et de manière accrue les services médicaux et psychosociaux, ce qui constituerait pour elles des facteurs de protection (Addis et Mahalik, 2003 ; Dulac, 1997, 2001 ; ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007). La consommation de médicaments serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Comité de travail en matière de prévention

et d'aide aux hommes, 2004 ; Tremblay *et al.*, 2003). Elles seraient aussi davantage référées aux services psychosociaux par les professionnels de la santé que les hommes (Dulac, 2001).

Sur le plan comportemental, les hommes auraient quant à eux davantage de comportements à risque tels que le recours à l'abus de substances (drogues, alcool, etc.) et ils seraient confrontés à un nombre supérieur de problèmes psychosociaux que les femmes en ce qui a trait à l'usage de drogues et d'alcool, tout en ayant moins recours que ces dernières aux services d'aide « formelle » en rapport avec ces difficultés (Addis et Mahalik, 2003 ; ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007 ; Tremblay *et al.*, 2003).

Les hommes limiteraient aussi le recours à leur réseau « informel » d'aide (familles, proches, amis, voisins) (Houle, 2005 ; Lindsay, 2003 ; ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007). De plus, 22,5 % des hommes contre 17,4 % des femmes auraient la perception que leur réseau social est faible (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007). Le soutien social se traduirait chez les hommes non seulement par des liens moins fréquents et moins étroits avec leurs proches, mais aussi par une perception de solitude plus élevée et une satisfaction quant à leur vie sociale plus faible que chez les femmes (ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 2007). Ainsi, il serait aussi possible d'associer un niveau de détresse psychologique élevé chez les hommes, résultant du fait que le soutien social est reconnu comme un facteur de protection devant cette détresse (Tremblay *et al.*, 2003). Par contre, le portrait statistique élaboré par le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine en 2007 révèle que les femmes affichent un niveau de détresse plus élevé que les hommes (22,8 % chez les femmes contre 17,3 % chez les hommes), tout en soulignant que le suicide aurait une incidence plus élevée chez les hommes. En effet, entre 2004 et 2006, plus de 75 % des suicides complétés sont survenus chez les hommes, ces derniers usant de moyens plus

létaux que les femmes pour mettre fin à leurs jours, par exemple l'usage d'une arme à feu (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Notons cependant que les femmes font trois fois plus de tentatives de suicide que les hommes, ces dernières utilisant des moyens moins létaux comme une surconsommation de médicaments.

Les hommes en couple seraient davantage dépendants de leur épouse sur divers plans, notamment celui des tâches ménagères, de même que celui du maintien des relations à l'extérieur de la famille, avec les amis et les enfants devenus adultes. Ces éléments augmenteraient leur vulnérabilité et diminueraient le potentiel de soutien social, et ce, particulièrement en cas de maladie ou lors du processus de deuil de la conjointe (Oliviere, 2005).

Hommes, vieillissement et maladie

Le *vieillessement et la maladie* chez les hommes âgés entraînent des changements de rôles, des vulnérabilités sur le plan de la santé physique et psychologique, de même qu'un potentiel d'appauvrissement de leur réseau de soutien social, ce qui peut avoir des conséquences majeures sur leur qualité de vie et leur santé.

En effet, la mise à la retraite est relevée dans les écrits scientifiques comme étant un événement pouvant avoir des conséquences particulièrement négatives sur les hommes (De Ravinel, 1997 ; Dulac, 1997a ; Héту, 1992 ; Laforest, 1989). La perte du rôle de travailleur actif sur lequel se fonde en bonne partie l'identité masculine serait difficile à vivre pour plusieurs hommes, notamment par le fait que le travail occupe pour bon nombre d'hommes la majorité de leur temps, leur procure une autonomie, un sentiment d'appartenance et leur permet d'actualiser leur rôle de pourvoyeur. La mise à la retraite pouvant être prématurée en raison de la maladie serait aussi porteuse de conséquences négatives sur les hommes, entraînant des pertes multiples telles que la perte de capacités physiques, la douleur physique, le changement de lieu de résidence,

un rapport de dépendance envers autrui et la perte de contrôle sur sa vie, soit des changements en contradiction avec les exigences de la masculinité. Ces changements affecteraient également la qualité de vie des hommes (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004).

Les changements liés aux rôles domestiques et au partage des tâches pourraient aussi être problématiques pour certains hommes en couple qui ne réussissent pas à modifier leur mode de vie et à s'adapter au fait de passer la majorité de leur temps aux côtés de leur conjointe, et ce, particulièrement pour les hommes plus traditionnels. De plus, le réseau de soutien des hommes serait aussi affecté par la mise à la retraite puisque ceux-ci bénéficieraient au travail d'un réseau de soutien composé de plusieurs liens professionnels, lesquels ne seraient souvent pas maintenus après la mise à la retraite (De Ravinel, 1997; Dulac, 1997a). Le potentiel de soutien social qui s'avère pourtant une source de protection contre les aléas de la vie ferait aussi davantage défaut aux hommes, puisque contrairement aux femmes, les hommes entretiennent peu de relations intimes avec leur entourage (mis à part avec la conjointe), de même qu'avec leurs enfants et ils exercent des loisirs davantage individuels. Le décès de la conjointe entraînerait aussi des conséquences dramatiques pour les hommes en raison de la perte pour plusieurs de leur seule confidente et de la confrontation à la réorganisation de la vie quotidienne pour laquelle ils seraient moins bien outillés que les femmes (Dulac, 1997a; William *et al.*, 1992).

Les hommes âgés seraient donc potentiellement à risque sur le plan de la détresse psychologique et compteraient parmi l'un des groupes les plus à risque de suicide (Dulac, 1997a; McIntosh, 1992). En effet, le taux de mortalité par suicide chez les hommes âgés de 65 ans et plus était en 1999 de 34,5/100 000 habitants comparativement à 7,0/100 000 chez les femmes âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, le Québec se classait au huitième rang des provinces canadiennes en 1950 en ce qui a trait au classement des taux de décès par suicide chez les hommes âgés de 65 ans et

plus, alors qu'en 1990, le Québec s'est retrouvé au premier rang, ce qui est préoccupant. Notons finalement qu'en raison du vieillissement de la population et de l'évolution démographique prévue entre les années 1996 et 2043, l'application du taux moyen de suicide (1996-1999) signifierait que l'augmentation du nombre de suicides chez les personnes âgées atteindrait 248%! (Péville, Boyer, Hébert *et al.*, 2003).

Organisation du système de santé et de services sociaux et besoins des hommes: des entités incompatibles?

Pour nombre d'auteurs, le système de santé et de services sociaux et l'organisation des services actuels ne conviennent pas aux réalités masculines, aux besoins et aux difficultés des hommes. En effet, le modèle et les services actuels correspondraient davantage aux réalités et aux besoins des femmes. Quelques raisons évoquées pour soutenir cet argument sont par exemple l'organisation des services qui s'inscrirait davantage dans une culture féminine que masculine qui serait calquée sur un modèle féminin, et ce, notamment en raison de la féminisation des professions reliées à l'aide (infirmières, travailleuses sociales, psychologues, etc.) (Dulac, 1997, 2002; Dulac et Groulx, 1999; Kadushin, 1996; Perreault, 1990; Rondeau, 2002; Tremblay *et al.*, 2003). Quant aux exigences de l'aide (exigences d'introspection, de révélation de soi, etc.), celles-ci sont relevées comme étant en contradiction avec les exigences de la masculinité précédemment évoquées tel que le tableau 2 de la page 31 l'illustre.

Les éléments précédemment énoncés permettent également de considérer que l'attitude des intervenants envers les hommes pourrait aussi exercer une influence quant au repérage des difficultés que vivent les hommes et leurs besoins, pouvant ainsi limiter la réponse à ces derniers par le biais des informations et des services qui leur sont offerts. À cet effet, certains auteurs soutiennent que les dispensateurs des services sont aussi influencés par la socialisation et les stéréotypes à l'égard des hommes, de même que par les attentes sociales associées aux

**Tableau 2 – Exigences contradictoires :
exigences de la thérapie
et exigences de la masculinité
(Brooks, 1998 dans Dulac et Groulx, 1999)**

Exigences de la thérapie	Exigences de la masculinité
- Dévoiler sa vie privée	- Cacher sa vie privée
- Renoncer au contrôle	- Maintenir le contrôle
- Intimité non sexuelle	- Sexualiser l'intimité
- Montrer ses faiblesses	- Montrer sa force
- Expérimenter la honte	- Exprimer sa fierté
- Être vulnérable	- Être invincible
- Chercher de l'aide	- Être indépendant
- Exprimer ses émotions	- Être stoïque
- Être introspectif	- Agir-faire
- S'attaquer aux conflits	- Éviter les conflits
- Confronter sa douleur, sa souffrance	- Nier sa douleur, sa souffrance
- Reconnaître ses échecs	- Persister indéfiniment
- Admettre son ignorance	- Feindre l'omniscience.

genres masculin et féminin, en plus d'être habitués à travailler selon un modèle d'intervention et de services correspondant davantage aux caractéristiques féminines (Dulac, 2002; Kelly et Hall, 1992, cités dans Dulac, 2002). De plus, Corin *et al.* (1990) et Rhéaume et Sévigny (1988) cités dans Dulac (1997) qualifient en ces termes l'accessibilité aux services sociosanitaires : « Les services sociosanitaires ne sont accessibles qu'aux personnes qui partagent les mêmes valeurs et la culture des services (attitudes, manière d'être, de parler et de demander de l'aide, d'exprimer ses besoins, etc.) ; c'est-à-dire des personnes qui disposent donc de traits de personnalité qui induisent l'empathie de l'aidant. » (Dulac, 2002 : 159).

Un autre argument invoqué soutient que l'offre de services proprement dite rejoindrait davantage la disponibilité et les intérêts de la clientèle féminine (accueil et horaires non adaptés à la réalité des hommes, entrevues individuelles, services corporels, esthétiques et artistiques, etc.). Cette réalité qualifiée

en termes d'obstacles structurels renforcerait les contradictions entre l'aide recherchée par les hommes et l'organisation des services et favoriserait les réticences de certains hommes à l'égard de l'utilisation des services d'aide disponibles (Dulac, 2001, 2002; Oliviere *et al.*, 2005; Tremblay *et al.*, 2003). Plusieurs acteurs actuellement informés des réalités masculines et des obstacles qui se posent pour les hommes quant à la recherche d'aide réclament donc des changements dans l'organisation du système de santé et de services sociaux, dans la définition des services, de même que sur le plan des cultures professionnelles.

Hommes et service social

Plus spécifiquement, en ce qui a trait à la profession du service social, celle-ci est considérée comme étant largement féminisée, ce qui peut notamment s'illustrer par le fait qu'une majorité de travailleurs sociaux et plusieurs théoriciens de la profession sont de genre féminin. Les habiletés socioaffectives requises de la profession correspondent également davantage aux caractéristiques reconnues comme étant plus « féminines », par exemple la sensibilité, la compréhension ou encore l'empathie. Les techniques de relation d'aide utilisées en service social se basent également sur des attitudes plus « féminines » telles que l'introspection, la verbalisation ou l'expression des émotions, ce qui pourrait ne pas convenir à certains hommes, considérant les exigences de la masculinité précédemment abordées. De plus, la clientèle des services psychosociaux est largement féminine (Dulac, 2001). Ces constats seraient donc la source d'une interprétation biaisée et de paradoxes potentiels dans l'intervention auprès des hommes. Pour Dulac (2002), les femmes correspondraient majoritairement à une *clientèle idéale* pour les intervenants et l'organisation des services puisqu'elles partageraient des valeurs, des comportements et une culture en concordance avec ces derniers, alors que les hommes, particulièrement les hommes plus traditionnels, seraient peu ou pas en mesure de correspondre aux caractéristiques appartenant à la culture des professions d'aide en général.

* * *

Considérant l'émergence récente du champ de la recherche portant sur les hommes et les masculinités et les constats généraux précédemment abordés en ce qui a trait aux réalités masculines et aux difficultés pour certains hommes à reconnaître et à exprimer leurs besoins, de même qu'à rechercher de l'aide, il nous apparaît pertinent d'interroger les connaissances actuelles dans le domaine du cancer et des soins palliatifs au regard des hommes.

Que savons-nous des besoins des hommes atteints de cancer et de leur rapport à l'aide dans le domaine des soins palliatifs? L'évaluation des besoins et des problèmes des personnes atteintes de cancer en phase palliative et de leurs proches est-elle sensible aux réalités masculines et féminines qui peuvent être différenciées, par exemple, en ce qui a trait aux modes d'expression des besoins et de la détresse ou encore en ce qui concerne les contradictions entre les exigences de la masculinité et celles relatives à la culture des services? Sommes-nous à l'abri, en tant que soignants, des pièges et des paradoxes relatifs à l'influence de la socialisation stéréotypée et des exigences de la masculinité pouvant limiter certains hommes à exprimer leurs besoins et leur détresse? Savons-nous décoder les comportements masculins stéréotypés et les besoins sous-jacents?

Dans les prochains paragraphes, nous proposons un survol de l'état des connaissances actuelles portant sur les différenciations hommes-femmes dans le champ de la recherche portant sur le cancer et les soins palliatifs, puis plus spécifiquement portant sur les réalités connues des hommes à travers ce champ.

LES ÉTUDES PORTANT SUR LE CANCER, LES SOINS PALLIATIFS ET LES DIFFÉRENCIATIONS SELON LE GENRE: OÙ EN SOMMES-NOUS?

État de la recherche différenciée selon le genre dans le domaine du cancer et des soins palliatifs: le point de vue de quelques chercheurs

Bien qu'il soit reconnu dans les écrits scientifiques que les femmes et les hommes expérimentent la maladie, y réagissent et s'y adaptent différemment (Carroll et Shaefer, 1994; Martin et Doka, 2000; Oliviere et Monroe, 2005; Oliviere, Monroe et Hargreaves, 1998; Nicholas, 2000), il semble que dans le domaine de la recherche portant sur la problématique du cancer et des soins palliatifs, des lacunes sur le plan des connaissances à cet effet demeurent, et ce, particulièrement en ce qui concerne les réalités des hommes atteints de cancer.

Tout d'abord, Moynihan (2002) émet le constat qu'à ce jour, la recherche portant sur la santé et le cancer s'est principalement basée sur un modèle médical. Ainsi, les hommes et les femmes auraient essentiellement été considérés selon leurs différences biologiques et principalement étudiés au moyen de recherches quantitatives. Conséquemment, les dimensions sociales, culturelles, philosophiques et individuelles ne seraient pas approfondies dans ce type de recherches, ce qui pourrait engendrer une méconnaissance de *l'expérience* du cancer telle qu'elle est vécue de manière individuelle chez les femmes et les hommes dans leur contexte social. La poursuite de recherches qualitatives visant à explorer le sens accordé à l'expérience du cancer telle qu'elle est vécue par les femmes et les hommes pourrait apporter un éclairage complémentaire aux connaissances actuelles, et ce, notamment en permettant l'analyse des similitudes et des différences selon le genre en considérant l'expérience individuelle et le contexte social. De plus, Dahlborg-Lyckhage et Lidén (2009) rapportent que la majorité des documents et des guides de

pratique en soins palliatifs sont basés sur une perspective médicale et qu'il est difficile de changer les structures basées sur une culture de soins de santé curatifs en une culture de soins palliatifs. De ce fait, ils affirment qu'il y a un manque de considération des besoins existentiels, spirituels et psychologiques, et ce, malgré la progression des équipes multidisciplinaires en soins palliatifs.

Ensuite, plusieurs auteurs rapportent un manque de connaissances en psycho-oncologie en ce qui a trait aux réalités spécifiques des hommes atteints de cancer, par exemple concernant leurs besoins de soutien (émotionnel, pratique, informationnel) et leur manière de rechercher de l'aide pour les combler. L'adaptation spécifique des hommes au cancer serait également particulièrement méconnue.

Ces derniers arguments sont entre autres fondés sur le fait que, traditionnellement, la recherche scientifique liée au cancer, incluant celle dans le domaine de la psycho-oncologie, a accordé moins d'attention aux réalités des hommes qu'à celles des femmes. En effet, les recherches à ce jour auraient majoritairement porté sur l'expérience des femmes, particulièrement celles atteintes de cancer du sein, connaissances ayant servi de points d'assises et de standards au développement plus général des modèles, des protocoles et des trajectoires de soins et de services (Clarke & Booth, 2006; Graydon *et al.*, 1997; Luker *et al.*, 1996; McCaughan et McKenna, 2007; Moynihan, 2002; Ptacek, Pierce, Ptacek et Nogel, 1999). À titre d'exemple, Moynihan (2002) soutient que les connaissances actuelles sur l'adaptation au cancer sont conceptualisées de manière globale, mais comme les sujets d'études ont majoritairement été des femmes atteintes de cancer du sein, cela pourrait engendrer des répercussions importantes quant à la prise en considération des réalités propres aux autres types de cancer, mais aussi concernant les réalités des hommes en tant que groupe social.

Des études récentes portant spécifiquement sur les hommes ont certes été conduites, mais celles-ci ont particulièrement porté sur les cancers propres au sexe masculin (ex: prostate) et sur leurs effets sur la

sexualité des hommes, plutôt que d'étudier les réactions potentiellement différenciées selon le genre devant le cancer et concernant l'adaptation des hommes atteints de cancer (Davison *et al.*, 1995; Quinn et Kelly, 2000). En ce qui a trait aux études portant spécifiquement sur les hommes, il y a également une sur-représentation des études portant sur le cancer de la prostate, réalité à laquelle il faudra demeurer vigilant afin que ces connaissances ne deviennent pas les standards masculins en écartant l'étude des réalités vécues en fonction des autres types de cancers.

Par ailleurs, plusieurs auteurs rapportent que la majorité des études qui ont porté sur les besoins des patients atteints de cancer, incluant des sujets de recherche féminins et masculins, ont failli à reconnaître le genre comme étant une variable spécifique qui pourrait affecter l'évaluation des besoins des patients atteints de cancer, les comportements de ces derniers et la manière dont les besoins sont satisfaits (Dodd et Ahmed, 1987; James *et al.*, 1999; McCaughan et McKenna, 2007; Van den Borne, 1998). Bien que certaines études générales reconnaissent l'influence du genre, ces dernières ne feraient qu'y référer plutôt que d'en faire une discussion et de recommander des pistes de nouvelles recherches portant sur les différences de genre.

D'autres explications quant aux limites actuelles en ce qui a trait aux connaissances scientifiques différenciées selon le genre concernant le cancer et les soins palliatifs émergent des écrits scientifiques consultés: difficultés sur le plan du recrutement des sujets masculins, ces derniers pouvant notamment être considérés de prime abord par les chercheurs comme plus réticents et peu enthousiastes à s'engager dans une recherche ou encore comme naturellement stoïques et requérant moins de soutien devant une maladie menaçant leur survie (Moynihan, 2002); peu d'études analysant volontairement les différences de genre quant aux besoins des personnes atteintes de cancer (Im, Chee, Guevara *et al.*, 2008); sous-représentation des hommes dans les recherches et échantillons mixtes dans lesquels la variance hommes-

femmes pourrait influencer sur l'interprétation des résultats (ce qui ne serait pas toujours souligné dans la discussion des résultats) (Evans, 1995 ; Moynihan, 2002) ; instruments de mesure et outils de collecte de données possiblement non adaptés aux réalités et aux modes d'expression masculins et jamais remis en cause (Hearn, 1994) ; manque de sensibilité possible quant aux différences de genre et aux aspects culturels des instruments de mesure des besoins des personnes atteintes de cancer (Im, Chee, Guevara *et al.*, 2008), etc.

État des connaissances relatives aux différenciations psychosociales entre les femmes et les hommes atteints de cancer

Dans le cadre de notre recension des écrits, et ce, malgré les limites précédemment abordées, nous avons tout de même relevé des études portant sur des aspects psychosociaux et des différences selon le genre, mais leur nombre est très limité, tout particulièrement en ce qui a trait au domaine des soins palliatifs. Nous aborderons donc de manière conjugulée les études concernant le cancer en général et celles s'inscrivant dans le contexte spécifique des soins palliatifs. Nous croyons que cette démarche est légitime, puisqu'il est possible d'envisager que les différences observées chez les femmes et les hommes atteints de cancer s'appliquent également lors de la phase palliative du cancer. Rappelons que dans le cadre de cet article, nous nous intéressons aux notions de différenciations selon le genre, ces dernières s'inscrivant dans une *perspective sociale* plutôt qu'*anatomique*.

Certains thèmes émergeant de notre recension des écrits semblent pointer dans la même direction que les constats plus généraux des études portant spécifiquement sur le genre masculin, précédemment rapportés. Nous avons regroupé nos résultats sous cinq thèmes que nous aborderons dans les prochains paragraphes : 1-Évaluation des besoins des personnes atteintes de cancer ; 2-Perception du soutien et type de soutien recherché ; 3-Conception de l'aide et participation aux soins ; 4-Recherche d'aide et utilisation

des services ; 5-Adaptation au cancer, culture de soins et offre de services psychosociaux.

1. Évaluation des besoins des personnes atteintes de cancer

En ce qui a trait aux besoins d'aide différenciés chez les femmes et les hommes atteints de cancer, mesurés au moyen de deux instruments de mesure standardisés –le *Cancer Needs Questionnaire-Short Form* (Lattimore –Foot, 1996) et le *Supportive Care Needs Survey* (Bonevski, 2000)-, l'étude de Im, Chee, Guevara *et al.* (2008) rapporte que les moyennes relatives aux besoins psychologiques, physiques et de soutien étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes, alors que les moyennes relatives aux besoins d'information et de communication étaient plus élevées chez les hommes. Cependant, les différences de genre ne se sont pas avérées statistiquement significatives. Notons que ces auteurs signalent que ces instruments de mesure, bien qu'utilisés dans plusieurs études, ont rarement été considérés voire évalués en fonction de leur sensibilité aux caractéristiques propres au genre féminin et au genre masculin. Ensuite, Hawkins *et al.* (2008) rapportent que concernant les besoins informationnels précédant les traitements et après ceux-ci, les femmes s'intéressaient davantage aux informations concernant l'atteinte corporelle que les hommes, tandis que les hommes étaient davantage concernés par les dysfonctions sexuelles que les femmes. Une étude réalisée à partir de la revue des demandes d'informations lors de l'utilisation du service d'information téléphonique sur le cancer du National Cancer Institute (États-Unis) nous informe que les demandes d'information des femmes concernent davantage les services de soutien et le besoin de discuter d'éléments psychosociaux, alors que les hommes recherchent davantage des informations sur le choix des traitements (Squiers *et al.*, 2005).

Plus spécifiquement concernant les hommes, ceux-ci seraient réticents à discuter des questions relatives aux besoins de soutien avec les professionnels de la santé et des services sociaux (McCaughan et

McKenna, 2007 ; Ream *et al.*, 2008 ; Squiers *et al.*, 2005 ; Steginga *et al.*, 2001). Ream *et al.* (2008) rapportent que chez les hommes atteints du cancer de la prostate, des besoins spécifiques et significatifs ne sont pas entièrement satisfaits, ces derniers étant particulièrement reliés à la détresse psychologique, à la sexualité et aux symptômes d'incontinence urinaire. Ensuite, 54 % des hommes atteints de cancer de la prostate interrogés sur leurs besoins de soutien ont rapporté des besoins psychologiques non satisfaits (Smith *et al.*, 2007). Les résultats de McCaughan et McKenna (2007) quant aux besoins d'information des hommes nouvellement diagnostiqués d'un cancer révèlent aussi que ces besoins ne seraient pas totalement comblés. En effet, bien que les hommes interrogés dans le cadre de cette étude se disaient satisfaits de prime abord quant aux informations reçues de la part des soignants, tous les participants ont posé des questions aux chercheurs lors des entrevues pour obtenir de nouvelles informations, ce qui porte à croire que leurs besoins n'étaient pas entièrement comblés. De plus, ces chercheurs ont observé que les hommes s'ouvrent davantage sur leur vécu personnel et leurs besoins lorsqu'ils sont interrogés dans un climat sécuritaire, détendu et sur lequel ils ont du contrôle, tel que celui qu'offre leur domicile.

Par ailleurs, l'étude de Livingston *et al.*, avait pour but d'examiner l'impact d'une référence des hommes nouvellement diagnostiqués du cancer par un professionnel de la santé traitant sur l'ajustement psychologique de ces hommes. Précisons que la référence à un service téléphonique de soutien et d'information a été faite et suivie de l'intervention téléphonique instaurée par les infirmières de ce service, spécialisées dans le domaine de l'oncologie. Les auteurs ont comparé les résultats à ceux mesurés dans le cadre de la procédure plus traditionnelle d'offre de ce service téléphonique qui consiste à informer ces hommes de l'existence du service en les laissant eux-mêmes formuler une demande d'aide. Cette étude n'a pas démontré d'impact psychologique significatif sur la détresse reliée au cancer, l'anxiété,

ou encore la dépression lors des interventions initiées par les infirmières. Cependant, les hommes qui ont reçu de l'intervention initiée par une infirmière ont rapporté que les interventions les ont amenés à penser plus positivement à propos de leur diagnostic de cancer et à réduire leurs inquiétudes. Cela porte les auteurs à croire que les interventions entreprises par un professionnel de la santé peuvent s'avérer un besoin chez les hommes atteints de cancer.

2. Perception du soutien et type de soutien recherché

Quant à la perception du soutien, la tendance actuelle dans les écrits scientifiques suggère que les hommes préféreraient en priorité obtenir du soutien informationnel de la part des professionnels, alors que les femmes privilégieraient le soutien émotionnel (Kiss et Meryn, 2001 ; Klemm *et al.*, 1999 ; Seale *et al.* 2006). Une recherche menée par Clarke et Booth, 2006, ayant pour objet d'étude les différences de genre quant à la perception du soutien social chez les patients atteints de cancer au Royaume-Uni nous apprend également que sur le plan de la perception, de l'accès et de la satisfaction quant au soutien, le genre modulerait la satisfaction et les préférences des hommes et des femmes quant aux différents types de soutien. En effet, les femmes seraient plus susceptibles que les hommes de rechercher et d'utiliser les services de soutien et espéreraient recevoir de la part des professionnels à la fois du soutien émotionnel et informationnel. Les hommes quant à eux percevraient le soutien émotionnel de la part des professionnels comme disponible, mais non approprié à leurs besoins. Les hommes préféreraient bénéficier de soutien émotionnel de la part de leur conjointe, considérant ainsi les professionnels comme davantage des dispensateurs de soutien informationnel (Clarke et Booth, 2006). Quant à une étude portant sur le désir de bénéficier de soutien psychologique, 26 % des femmes interrogées ont rapporté un tel désir contre seulement 11 % des hommes (Merckaert *et al.*, 2009).

L'étude menée par McCaughan et McKenna (2007) révèle également un inconfort des hommes à

l'égard du système actuel de soins et converge dans le même sens que les écrits scientifiques plus généraux quant au fait que les hommes seraient rébarbatifs à explorer les sources d'information par eux-mêmes. En effet, ils compteraient principalement sur les personnes de genre féminin de leur réseau intime (conjointe, fille, sœur), principalement la conjointe, pour répondre à leur besoin d'information et de soutien. Harrison *et al.* (1995) rapportent également que 45 % des hommes ont un seul confident contre 25 % des femmes et que chez 27 % des hommes, ce confident est la conjointe, comparativement à 7 % chez les femmes. Par ailleurs, les résultats obtenus par Manii et Ammerman (2008) auprès de 128 hommes atteints de cancer de la prostate révèlent que, pour s'adapter au cancer et aux traitements, la majorité des répondants demandent de l'aide à leur conjointe (35,4 %) ou encore à leur équipe soignante (27,8 %), alors que 21,5 % ne demandent aucune aide et se débrouillent par eux-mêmes. Les sujets d'intérêts chez ces mêmes hommes se révèlent être de l'ordre de l'information et de l'acquisition de compétences en ce qui a trait à la nutrition, à la sexualité, aux techniques de gestion du stress et à la spiritualité.

3. Conception de l'aide et participation aux soins

Les hommes, dans leur conception de l'aide, souhaiteraient avoir du pouvoir et du contrôle lors des évaluations et de l'instauration de services (Dudoit, Dany et Cuvello, 2007 ; George et Fleming, 2004). Les revendications des hommes concerneraient davantage la continuité de la vie normale ainsi que la gestion personnelle de leur maladie, plutôt que les aspects psychiques (Gray, Fitch, Phillips *et al.*, 2000). Non seulement les hommes souhaitent d'abord et avant tout un retour à la vie normale, mais en parlant aussi le moins possible de leur cancer (Gray, Fitch, Phillips *et al.*, 2000 ; McCaughan et McKenna, 2007) et en évitant de le faire, à moins que cela ne soit vraiment nécessaire (Harrison *et al.*, 1995). Ces revendications seraient donc en concordance avec les exigences de la masculinité et les

stéréotypes associés (être fort, indépendant, compétitif, en contrôle de ses émotions, etc.).

Cela correspondrait également à deux modèles de participation aux soins psycho-oncologiques différenciés selon le genre, mis en évidence par Dudoit, Dany et Cuvello (2007). En effet, ces derniers auteurs ont mis en évidence deux modèles de participation dans le contexte des soins psychosociaux en oncologie, soit un modèle de type « objet du soin », plus fréquents chez les hommes et un modèle de type « sujet du soin », plus fréquent chez les femmes. Ainsi, les femmes occuperaient davantage une position de sujet actif dans leur participation aux soins et dans la relation avec les soignants, mode qualifié par les auteurs de *mise à contribution* de soi chez les femmes. Les hommes quant à eux occuperaient davantage une position de *mise à disposition* de soi pour les soins. Pour ces derniers, un corps fonctionnel serait privilégié, corps qu'ils mettent à disposition lors de la participation aux soins. De plus, les modalités de l'adaptation chez les hommes et les femmes observées dans cette étude révèlent que les hommes seraient davantage dans une position de « faire face à la maladie et la gérer » conformément à une conception virile de la masculinité, alors que les femmes seraient davantage dans des logiques reconnaissant la place du vécu psychique et de l'image corporelle, alliant le corps et l'esprit dans l'adaptation à la maladie.

4. Recherche d'aide et utilisation des services psychosociaux

Nous avons vu qu'il est clairement démontré que, de manière générale, les hommes utilisent moins les services de santé et les services de soutien psychologique (Courtenay, 2000 ; Husaini, Moore et Cain, 1994 ; Thom, 1986). Plusieurs études rapportent qu'il en serait de même pour les hommes atteints de cancer (Boudioni *et al.*, 2001 ; Dudoit, Dany, Blois et Cuvello, 2007 ; George et Fleming, 2004 ; Manii et Ammerman, 2008). Les hommes atteints de cancer seraient réticents à explorer par eux-mêmes les ressources d'information. Les femmes atteintes de

cancer seraient plus enclines et ouvertes à aller chercher de l'aide que les hommes. Elles prendraient également plus souvent l'initiative de recourir à des soins que les hommes, ces derniers étant également moins souvent à l'origine de la demande d'aide que les femmes (Livingston *et al.*, 2009).

Plus spécifiquement concernant le service social, les femmes seraient surreprésentées dans la consommation de services. Par exemple, les statistiques des dernières années du Ottawa Hospital Cancer Care (TOHCC) révèlent que les femmes ont bénéficié deux fois plus que les hommes d'interventions individuelles ou de groupe de la part d'un travailleur social et que la participation à des groupes de soutien est largement dominée par les femmes. De plus, lorsque l'intervention de groupe serait proposée aux hommes par les soignants, une réaction instantanée de rejet de cette option serait observée (McCaughan et McKenna, 2007). Les hommes qui participent à des groupes le feraient lors de stades plus avancés du cancer et auraient déjà fait face à un degré élevé de détresse (Manii et Ammerman, 2008). Une étude menée par Beresford, Adshead et Croft (2007) rapporte également que le nombre de femmes atteintes d'un cancer et bénéficiant des services d'un travailleur social est significativement plus élevé que chez les hommes atteints de cancer. Ces derniers auteurs émettent une hypothèse quant à la sous-représentation des hommes, à savoir la potentielle influence de la féminisation de la profession du travailleur social qui pourrait limiter les hommes à consulter. Par contre, les résultats d'une étude menée par Manii et Ammerman (2008) portant sur les besoins des hommes infirmeraient cette hypothèse, puisqu'aucun participant à l'étude n'a rapporté être inconfortable avec des travailleurs sociaux de genre féminin. Une autre hypothèse proposée par Beresford, Adshead et Croft (2007) postule que les hommes seraient moins référés aux services d'un travailleur social, puisque ceux-ci seraient perçus comme ayant moins besoin de soutien que les femmes, notamment en raison de leurs stratégies d'adaptation davantage centrées sur l'action plutôt que sur l'émotion

(Beresford, Adshead et Croft, 2007). De plus, une étude menée par Dudoit, Dany, Blois et Cuvello (2007) rapporte que le nombre d'interventions psychosociales, le nombre de patients et la durée moyenne des interventions psychosociales sont rapportés comme étant significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

5. Adaptation au cancer, culture de soins et offre de services psychosociaux

Sur le plan adaptatif, les stratégies adaptatives des femmes atteintes de cancer seraient plus efficaces que celles des hommes atteints de cancer (Goldzweid *et al.*, 2008; Nicholas, 2000). Les femmes percevraient aussi davantage la douleur et l'anxiété que les hommes (Frot et Freine, 2004) et bénéficieraient également de plus de ressources de soutien social que les hommes (Greimel, Padilla et Grant, 1998). L'ajustement des hommes à la suite d'un diagnostic de cancer serait quant à lui plus pauvre que chez les femmes (Fife, Kennedy & Robinson, 1994; Griemel, Padilla et Grant, 1998).

De manière générale, les hommes expérimenteraient plus de difficultés que les femmes dans l'adaptation et sur le plan psychologique. Ces difficultés concerneraient plus précisément la gestion des peurs, de l'anxiété, de l'hostilité et de la dépression, ces dernières étant reliées à la maladie et aux traitements médicaux, bien que ces variables ne soient pas toutes significatives. Pour les hommes, il serait plus difficile d'adopter un rôle de patient, considérant les règles de la masculinité précédemment abordées qui valorisent notamment l'indépendance et le contrôle (Peleg-Oren, Sherer et Soskolne, 2003). Chez les personnes atteintes de cancer, souffrant de dépression majeure, les facteurs tels que la diminution du fonctionnement physique et *le stade avancé du cancer* plutôt que les facteurs psychosociaux seraient significativement associés aux idéations suicidaires chez les hommes, contrairement aux femmes (Akechi *et al.*, 2009). Par ailleurs, lorsque les hommes bénéficieraient de peu de soutien social, le

taux de survie de ces derniers serait inférieur à celui observé chez les femmes (Micheli *et al.*, 1998 ; Reynolds et Kaplan, 1990). Ces données semblent confirmer la pertinence d'une approche d'intervention et de prévention du suicide qui considère les différences de genre.

Actuellement, au sein des milieux et des cultures de soins et de services, l'expression libre et ouverte des émotions et des sentiments serait valorisée et encouragée pour atteindre une adaptation et un ajustement idéaux au regard de la maladie, registres d'expression, nous l'avons vu, davantage utilisés par les femmes (Manii et Ammerman, 2008 ; Moynihan, 2002). En psycho-oncologie, conformément aux stéréotypes masculins, les hommes seraient souvent perçus par les soignants comme étant inexpressifs, ce qui pourrait limiter l'offre, la référence et l'accès à l'aide psychosociale, de même que la possibilité pour les hommes d'exprimer leur vécu émotif (Moynihan, 2002). En continuité, Oliviere et Monroe (2005) rapportent que les services de soins palliatifs prodigués aux personnes atteintes de cancer avancé sont traditionnellement axés sur l'expression des émotions, ce qui nécessite à la fois de ressentir et d'exprimer ces dernières, de même que les pertes et les deuils. Ils soulignent que ce type d'intervention peut ne pas être approprié pour certains hommes, invoquant notamment les éléments de socialisation masculine qui favorisent la répression et le contrôle des émotions. Ils mettent aussi en relief la nécessité de demeurer sensible à la diversité des genres et ils mettent en garde les professionnels quant aux possibles *interprétations biaisées* défavorables aux hommes. Ils recommandent également le développement de services appropriés au genre masculin pour les hommes malades et endeuillés. Nicholas (2000) soutient également que les gens qui travaillent dans le milieu de la santé doivent explorer la littérature portant sur les réalités des hommes, sur les tensions et les conflits possibles entre l'intégration de stéréotypes traditionnels et la relation que celle-ci peut avoir sur la santé des hommes, leurs comporte-

ment à l'égard de cette dernière et sur leurs capacités à rechercher de l'aide.

* * *

Devant ces résultats, il y a lieu de se demander si les attitudes, les stratégies d'adaptation et les autres dimensions différenciées des femmes et des hommes précédemment évoquées (représentations de l'état de santé et du bien-être, reconnaissance et expression des besoins, comportements relatifs à la recherche d'aide et aux services, etc.) sont bien connues et prises en considération dans le cas des personnes atteintes de cancer avancé, particulièrement celles qui bénéficient de soins palliatifs. Il y a lieu également de se demander si les dimensions différenciées selon le genre sont prises en considération dans le cadre de l'élaboration des nouvelles recherches dans le domaine des soins palliatifs et dans le développement d'interventions.

Considérant ces quelques résultats, il nous apparaît possible qu'il y ait des contradictions entre les cultures masculines et les cultures professionnelles et organisationnelles, ce qui pourrait limiter le potentiel d'adaptation au cancer des hommes.

ENJEUX ET PISTES DE RÉFLEXION POUR LA PRATIQUE EN SOINS PALLIATIFS

Plusieurs enjeux et pistes de réflexion concernant les réalités différenciées selon le genre des femmes et des hommes atteints de cancer, ainsi que plus spécifiquement chez les hommes, émergent de la recension des écrits que nous avons présentée. Nous les aborderons sous quatre angles, soit celui de l'augmentation des connaissances scientifiques, des interventions à élaborer, du soutien à apporter aux conjointes, de même que sous l'angle de la formation scolaire et de la sensibilisation des milieux professionnels.

Augmenter les connaissances scientifiques de l'influence des aspects culturels et de genre

Pour Im, Chee, Guevara *et al.*, 2008, des études qualitatives portant sur l'étude des croyances culturelles et des attitudes qui peuvent influencer sur les besoins d'aide chez les personnes atteintes de cancer sont requises. Ces mêmes auteurs recommandent d'explorer la sensibilité aux influences du genre et aux aspects culturels des instruments qui mesurent les besoins des personnes atteintes de cancer. Par ailleurs, Nicholas (2000) suggère que les recherches futures devraient inclure des variables associées au genre masculin, par exemple les attitudes à l'égard de la masculinité, mises en relation avec la prévalence des comportements à risque chez les hommes, de même que les différences dans la recherche d'aide, l'adaptation à la maladie et l'ajustement psychosocial. La manière de répondre aux besoins de soutien des hommes atteints de cancer et de les satisfaire est aussi identifiée comme peu claire et peu connue à ce jour, ce qui nécessiterait de nouvelles recherches portant spécifiquement sur ces aspects (Clarke et Booth, 2006; McCaughan et McKenna, 2007). Finalement, Manii et Ammerman (2008) soulignent la nécessité de poursuivre la recherche pour déterminer si les besoins des hommes atteints de cancer avancé sont satisfaits et, s'ils ne le sont pas, de veiller à étudier quels types de services leur apporteraient le plus de bénéfices. Il est permis de suggérer que ces dernières recommandations sont aussi applicables dans le domaine spécifique des soins palliatifs, puisque peu de recherche ont été conduites auprès des hommes atteints de cancer en phase palliative.

Développer des interventions qui tiennent compte des spécificités des hommes atteints de cancer

Nous avons vu que la recherche sur le cancer et le développement des modèles d'intervention ont principalement porté sur l'expérience du cancer chez les femmes, particulièrement chez celles atteintes du

cancer du sein, ce qui représente pour plusieurs auteurs un possible manque de connaissances quant aux réalités spécifiques des hommes et de potentiels «interprétations biaisées» dans l'intervention auprès de ces derniers (Clarke et Booth, 2006; Graydon *et al.*, 1997; Luker *et al.*, 1996; McCaughan et McKenna, 2007; Moynihan, 2002; Peleg-Oren, Sherer et Soskolne, 2003; Steginga *et al.*, 2001). Un des enjeux importants dans le domaine du cancer et des soins palliatifs réside donc dans l'acquisition de connaissances portant spécifiquement sur les hommes et dans l'adaptation des pratiques, s'il y a lieu.

Ensuite, bon nombre d'études réalisées dans plusieurs disciplines démontrent l'importance du soutien social (émotionnel, informationnel et pratique) pour le bien-être, l'adaptation à la maladie, la survie, de même que le rôle de ce soutien pour les proches aidants. Or, la tendance actuelle dans les écrits scientifiques suggère que les hommes atteints de cancer préfèrent obtenir du soutien informationnel de la part des soignants plutôt que du soutien émotionnel (Kiss et Meryn, 2001; Klemm *et al.*, 1999; Seale *et al.* 2006). Cette tendance pourrait contribuer à favoriser le développement d'interventions auprès des hommes principalement axées sur le soutien informationnel, au détriment du soutien émotionnel. À ce titre, une Arrington, Grant et Vanderford (2006) rapportent que bien que les interventions de groupe de soutien telles que celles destinées aux hommes atteints de cancer de la prostate soient en progression, celles-ci sont largement dominées par le soutien informationnel, de par leur structure, les sujets abordés et les règles de communication au sein du groupe, limitant ainsi l'expression du vécu et le potentiel de soutien émotif, et ce, en évitant notamment d'aborder des sujets tels que les émotions, les craintes ou encore la mort.

Par ailleurs, nous avons vu que les hommes atteints de cancer perçoivent le soutien émotionnel de la part des soignants comme étant disponible, mais non adapté à leurs besoins, ce qui constitue également un enjeu de taille à considérer pour les pratiques (Clark et Booth, 2006). Ces derniers

auteurs affirment également que si le soutien faisait partie d'office du plan d'intervention destiné aux hommes atteints de cancer, il serait possible d'envisager que les hommes l'utilisent.

Le recours à l'humour serait également un facteur facilitant pour rejoindre les hommes (George et Fleming, 2004 ; Oliffe *et al.*, 2009). De plus, nous retenons que George et Fleming (2004) concluent que si les hommes n'ont pas de contrôle dans les décisions les concernant, ils ne demanderont pas d'aide ; ils soutiennent donc qu'il est nécessaire de leur donner du pouvoir.

À cela s'ajoutent les éléments de socialisation masculine précédemment abordés qui ne valorisent pas chez les hommes l'expression de leurs émotions et la recherche d'aide. Par exemple, les stéréotypes tels que la nécessité d'être fort, d'être autonome et de se débrouiller seul, pourraient limiter non seulement l'expression des difficultés et des besoins émotionnels chez les hommes, mais aussi l'évaluation et le repérage de ces derniers par les soignants, étant eux-mêmes influencés par les stéréotypes de genre et leur propre socialisation féminine ou masculine.

Soutenir les conjointes des hommes atteints de cancer

Plusieurs auteurs soulignent l'importance de soutenir les conjointes des hommes atteints de cancer, considérant que ces dernières occupent un rôle central et significatif dans l'expérience du cancer, l'adaptation et les soins de leur conjoint. En effet, nous avons vu que près d'un homme sur deux rapporte avoir un seul confident, principalement la conjointe chez les couples en union, cette dernière représentant aussi la personne sur qui ils comptent pour obtenir du soutien émotionnel, de l'aide concrète et des informations concernant la maladie et les traitements (Harrison *et al.*, 1995 ; Manii et Ammerman, 2008 ; Volk, *et al.*, 1997). De plus, comme le rapportent Heyman et Rosner (1996), dans leur rôle d'aidantes, les conjointes peuvent expérimenter au moins autant de détresse que leur conjoint atteint de cancer.

Cependant, elles perçoivent recevoir moins de soutien de la part des professionnels, comparativement à leur conjoint malade. Conséquemment, les conjointes peuvent expérimenter un fardeau psychologique et émotionnel important, en plus d'être particulièrement à risque d'épuisement dans le cas de l'exercice du rôle d'aidante sur une longue période (Cawyer et Smith-Dupre, 1995). Un niveau de détresse psychologique plus élevé chez les aidantes que chez les aidants est aussi relevé dans plusieurs études (Dumont *et al.*, 2006 ; Hagedoorn *et al.*, 2002 ; Hagedoorn *et al.*, 2000). La recherche portant sur les problématiques et sur les besoins des conjointes, de même que la création d'interventions pour soutenir les conjointes dans leur rôle d'aidante et l'aide professionnelle à leur endroit sont des pistes d'intervention relevées dans les écrits scientifiques consultés et considérés comme prioritaires pour prévenir et réduire les difficultés vécues par les aidantes.

Enseigner en incluant les notions de genre et sensibiliser les milieux professionnels

Certains auteurs mettent en lumière le manque de connaissances scientifiques concernant les hommes atteints de cancer. Ils recommandent de mettre l'accent lors de futures recherches sur les croyances et les comportements des hommes qui se posent en obstacle quant à l'évaluation de leurs besoins et au succès de la recherche d'aide par ces derniers, de même que d'explorer les failles possibles du système de soins de santé et de services sociaux actuel. De telles connaissances permettraient notamment l'amélioration de la communication entre les patients de sexe masculin et les professionnels de la santé (McCaughan et McKenna, 2007 ; White et Cash, 2004).

Par ailleurs, considérant les exigences de la masculinité que nous avons abordées et les difficultés que cela peut engendrer chez certains hommes quant à leur santé, à la reconnaissance de leurs difficultés sur le plan de leur démarche de recherche d'aide, l'intégration au sein des formations professionnelles des éléments reliés aux notions de socialisation stéréotypée

et de différenciations selon le sexe et le genre nous semble requise. De plus, la sensibilisation des soignants aux réalités que peuvent vivre les hommes à l'égard de leur santé et à leurs potentielles difficultés quant à l'expression de leurs problèmes et dans leur démarche de recherche d'aide nous apparaît également un défi à relever au sein de notre discipline et des milieux de soins tels que les soins palliatifs.

CONCLUSION

À la lumière des résultats présentés, il est possible de faire le lien entre les éléments de connaissances différenciés selon le genre sur le plan du cancer et des soins palliatifs et la correspondance aux modèles de masculinité et de féminité précédemment abordés. De manière générale, les femmes et les hommes peuvent vivre, expérimenter et ressentir différemment la maladie, et ce, en se basant sur des représentations et des modèles comportementaux féminins et masculins valorisés au sein de leur culture d'appartenance. Les recherches récentes portant sur les hommes et les masculinités nous offrent des connaissances qui révèlent la nécessité d'adapter les soins, les services et les cultures professionnelles aux réalités et aux besoins spécifiques des hommes.

Un enjeu important dans le domaine des soins palliatifs consiste en la nécessité de poursuivre la recherche portant sur l'expérience de la maladie chez les hommes atteints de cancer avancé, et ce, notamment concernant leurs besoins et leur rapport à l'aide afin de développer des interventions permettant de faciliter la recherche d'aide et l'obtention de soutien. Ces nouvelles connaissances nous permettront de tenir compte des spécificités des hommes, de leurs modes d'expression et d'adaptation qui, nous l'avons vu, peuvent diverger de ceux généralement observés chez les femmes.

Il est possible d'envisager que l'ensemble des besoins de soutien des hommes atteints de cancer et qui bénéficient de soins palliatifs ne soient pas entièrement comblés par les interventions actuelles et

qu'un danger de négliger le vécu émotif de ces derniers soit un des pièges possibles dans l'intervention auprès d'eux.

En tant que soignants et chercheurs dans le domaine du cancer et des soins palliatifs, il nous faut considérer que les femmes et les hommes atteints de cancer sont en mesure de participer et de répondre à l'aide proposée par les soignants, mais que leurs représentations, leurs manières de penser et d'agir devant la maladie, de même que leurs réactions comportementales dans la recherche d'aide et dans la participation à cette dernière peuvent être différentes.

Ces constats invitent donc les soignants à demeurer sensibles aux possibles différenciations selon le genre lors de l'expression (ou la non-expression) des difficultés, des besoins et de la recherche d'aide, qu'elle soit amorcée ou non par les hommes eux-mêmes au moment de l'annonce du diagnostic de cancer ou lors de la phase curative, palliative ou terminale de la maladie. En continuité, l'évaluation et l'interprétation des attitudes et des indices comportementaux chez les hommes atteints de cancer, de même que la référence, l'offre de soutien et les modes de participation aux soins et services nous appellent à questionner les pratiques quant à la sensibilité des modèles de soins à l'égard des besoins des hommes atteints de cancer avancé et de leur rapport à l'aide.

Ce questionnement nous semble nécessaire pour rapprocher la pratique de soins de l'univers masculin et favoriser ainsi une meilleure accessibilité pour ces hommes.

RÉFÉRENCES

- Addis M.E. & Mahalik, J.R. (2003). Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14.
- Akechi, T., Okamura, H., Nakano, T., Akiziki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Okuyama, T., Furukawa, T.A. & Uchitomi, Y. (2009) Gender differences in

- factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psycho-Oncology*, published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).
- Arrington, M.I., Grant, C.H. & Vanderford, M.L. (2006). Man to Man and Side by Side. They Cope with Prostate Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), 81-102.
- Baider, L., & Bengel, J. (2001). Cancer and the spouse: Gender-related differences in dealing with health care and illness. *Crit Rev, Oncol Hematol*, 40, 115-123.
- Beresford, P., Adshead, L., & Croft, S. (2007). *Palliative care, social work and service users. Making life possible*. London : Jessica Kingsley publishers.
- Bonevski, B., Samson-Fisher, R., Girgis, A., Burton, L., Cook, P. & Boyes, A. (2000). Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1), 217-225.
- Boudioni, M., McPherson, K., Moynihan, C., Melia, J., Boulton, M., Leydon, G. & Mossman, J. (2001). Do men with prostate or colorectal cancer seek different information and support from women with cancer? *British Journal of Cancer*, 85, 641-648.
- Brooks, G.R. (1998). *A new Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Carroll, R. & Shaefer, S. (1994). Similarities and differences in spouses coping with AIDS. *Omega*, 28, 273-284.
- Cawyer, C.S. & Smith-Dupre, A. (1995). Communication social support : Identifying supportive episodes in and HIV/AIDS support group. *Communication Quarterly*, 43(3), 243-358.
- Clarke, S. & Booth, L. (2006). Social support. Gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29(1), 66-72.
- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2004). *Rapport Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Récupéré en ligne le 20 septembre 2008 de www.msss.gouv.qc.ca
- Connel, R.W. (2002). *Gender*. Cambridge : Polity Press.
- Conseil de la famille et de l'enfance. (2004). *Avis Vieillesse et santé fragile un choc pour la famille?* Québec : Les publications du Québec.
- Corin, E., Bibeau, G., Martin, J.C. & Laplante, R. (1990). *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science and medicine*, 50, 1385-1401.
- Dahlborg-Lyckhage, E. & Lidén, E. (2009). Competing discourses in palliative care. *Support Care Cancer*, published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).
- Dale, J., Jatsh, W., Hughes, N. Pearce, A. & Meystre, C. (2004). Information needs and prostate cancer : the development of a systematic means of identification. *BJU International*, 94, 63-69.
- Davison, B.J., Degner, L.F. & Morgan, T.R. (1995). Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 22, 1401-1408.
- Denis, C., Descent, D., Fournier, J. & Milette, G. (2001). Les modèles masculins et féminins d'une société à l'autre : notre nature, c'est notre culture. Chapitre 9 : Les différenciations sociales basées sur le sexe. Dans *Individus et société*, 3^e éditions, Montréal : Éditions Chenelière/McGraw-Hill, 281-319.
- De Ravinel, H. (1997). *Vieillir au masculin : Accepter le passage du temps*. Montréal : les Éditions de l'Homme.
- Dodd, M. & Ahmed, N. (1987). Preference for type of information in cancer patients receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 10, 244-251.
- Dudoit, E., Dany,L., Blois, S. & Cuvello, C. (2007). Rôle de l'identité sexuée et de l'influence du genre pour l'analyse de l'expérience des soins de support en oncologie. *Psycho-Oncologie*, 1, 267-275.
- Dulac, G. (2002). Les paradoxes et biais qui marquent l'intervention auprès des hommes. *Intervention*, 116, 158-167.

- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes... aussi*. Montréal: Vlb Éditeur et Germain Dulac.
- Dulac, G. (1997a). Plaidoyer pour une minorité oubliée: les hommes âgés. *Le gérontophile*, 19(4), 3-9.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille (AIDRAH), Université McGill.
- Dulac, G. & Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*. Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Fife, B.L., Kennedy, V.N. & Robinson, L. (1994). Gender and adjustment to cancer: Clinical implications. *Journal of psychosocial Oncology*, 12, 1-20.
- Dumont, S., Tugeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C. & Vézina, L. (2006). Caring for a Loved One with Advanced Cancer: Determinants of Psychological Distress in Family Caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 9(4), 912-921.
- George, A. & Fleming, P. (2004). Factors affecting men's help-seeking in the early detection of prostate cancer: implication for health promotion. *The Journal of Men's Health and Gender*, 1, 345-352.
- Goldzweid, G., Andritsch, E., Hubert, A., Walach, N., Perry, S., Brenner, B. & Baider, L. (2009). How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample middle-aged and older cancer survivor. *Psycho-Oncology*, 18, 866-874.
- Good, G.E., Dell D.M. & Mintz, L.B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of counseling Psychology*, 36, 295-300.
- Gouvernement du Québec (2009). *Le ministre Yves Bolduc souhaite adapter les soins destinés aux hommes*. Portail Québec. Récupéré en ligne le 26 août 2009 de: www.communiquees.gouv.qc.ca/gouvqc/communiquees/GPFQ/Juillet2009/09/c5090.html.
- Gray, R.E., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M. & Fergus, K. (2000). To tell or not to tell: Patterns of disclosure among men in prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 9, 273-282.
- Graydon, J., Galloway, S., Palmer-Wickham, S., Harrison, D., Rich Van Der Bij, L., West, P., Burlein-Hall, S. & Evans-Boyden, B. (1997). Informational needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 59-64.
- Griemel, E.R., Padilla, G.V. & Grant, M.M. (1998). Gender differences in outcomes among patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 197-207.
- Hagedoorn M., Buunk B.P., Kuijter, R.G., Wobbes, T. & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9(3), 232-242.
- Hagedoorn, M., Sanderman R., Buunk B.P. & Wobbes T. (2002). Failing in spousal caregiving: The 'identity-relevant stress' hypothesis to explain sex differences in caregiver distress. *British Journal of Health Psychology*, 7(4), 481-494.
- Harrison, J., Maguire, P. & Pitceathly, C. (1995). Confiding in crisis: Gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Social Science Medicine*, 41, 1255-1260.
- Hawkins, N.A., Pollack, L.A., Leadbetter, S., Steele, W.R., Carroll, J., Dolan, J.G., Ryan, E.P., Ryan, J.L. & Morrow, G.R. (2008). Informational Needs of Patients and Perceived Adequacy of Information Available Before and After Treatment of Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(2), 1-16.
- Hearn, J. (1994). Research in men and masculinities. Some sociological issues and possibilities. *Australian NZ Journal of Sociology*, 30, 47-70.
- Héту, J.L. (1992). *Psychologie du vieillissement*. Montréal: Éditions du Méridien.
- Heyman, E.N. & Rosner, T.T. (1996). Prostate cancer: An intimate view from patients and wives. *Urology nursing*, 16(2), 37-44.
- 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.

- Houts, P.S., Yasko, J.M., Harvey, H.A., Kahn, S.B., *et al.* (1988). Unmet needs of persons with cancer in Pennsylvania during the period of terminal care. *Cancer*, 62, 627-634.
- Husaini, B.A., Moore, S.T. & Cain, V.A. (1994). Psychiatric symptoms and help-seeking behaviors among the elderly: An analysis of racial and gender differences. *Journal of Gerontological Social Work*, 21, 177-193.
- Im, E.O., Chee, W., Guevara, H-J.L., Liu, Y. & Shin, H. (2008). Gender and ethnic differences in cancer patient's needs for help: An internet survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1192-1204.
- James, C., James, N., Davies, D., Harvey, P. & Tweddle, S. (1999). Preferences for different sources of information about cancer. *Patient Education and Counseling*, 37, 273-282.
- Kadushin, A. (1996). Men in a Women's Profession. *Social Work*, 21(6), 440-447.
- 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.
- Kiss, A. & Meryn, S. (2001). Effects of sex gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *BMJ*, 323 (Nov 3), 1055-1058.
- Klemm, P., Hurst, M., Dearholt, S.L. & Trone, S.R. (1999). Gender differences on Internet cancer support groups. *Computers in Nursing*, 17(2), 65-72.
- Laporte, G. & Lefebvre, L. (1995). *Fondements historiques du Québec*. Montréal: Chenelière/MC Graw Hill.
- Lattimore-Foot, G.G. (1996). *Needs assessment in tertiary and secondary oncology practice: a conceptual and methodological exposition*. Newcastle: University of Newcastle.
- Lemieux, L. (4 mars 2009). Rapport Rondeau sur la condition masculine: Le ministre Yves Bolduc sommé de bouger. *Le Soleil*, 20.
- Lindsay, J. (2003). *Particularités des interventions adaptées aux besoins spécifiques des hommes*. Actes du colloque de l'équipe Hommes, violence et changement, tenu à St-Hyacinthe le 25 octobre 2002, CRI-VIFF Montréal et Québec, Collection RÉFLEXIONS, 15, 15-20.
- Livingston, P., White, V.M., Hayman, J., Maunsell, E., Dunn, S.M. & Hill, D. (2009). The psychological impact of a specialist referral and telephone intervention on male cancer patients: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 18(9), Paper Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).
- Lorber, J. (1997). *Gender and the social construction of illness*. Thousand Oaks (CA,US): SAGE Publications Inc.
- Luker, K.A., Beaver, C.K.A., Leinster, S.J. & Owens, R.G. (1996). Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 487-495.
- Lynch, J. & Kilimartin, C. (1999). *The pain behind the mask. Overcoming masculine depression*. New York: The Haworth Press.
- Manii, D. & Ammerman, D. (2008). Men and Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(2), 87-102.
- Martin, T.L. & Doka, K.J. (2000). *Men don't Cry... Women do. Transcending Gender Stereotypes of Grief*. Series in Death, Dying, and Bereavement. Philadelphie: Brunner/Mazel Taylor & Francis Group.
- McCaughan, E. & McKenna, H. (2007). Information-seeking behaviours of men newly diagnosed with cancer: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2105-2113.
- McIntosh, J.L. (1992). Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide Life-Threatening Behaviour*, 20, 113-122.
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J.L. & Razavi, D. (2009). Cancer patient's desire for psychological support: prevalence and implications for screening patient's psychological needs. *Psycho-Oncology*, 18(9), Paper published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).
- Micheli, A., Mariotto, A., Rossi, A.G., Gatta, G. & Muti, P. (1998). The prognostic role of gender in survival of adult cancer patients: EURO CARE Working

- group. *European Journal of Cancer*, 34(14), 2271-2278.
- Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. (2007). *D'égal à égal? Portrait statistique des femmes et des hommes. Faits saillants*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *État de santé de la population québécoise: Quelques repères (2008)*. Québec: Direction des communications, 29 pages.
- Moynihan, C. (2002). Men, women, gender and cancer. *European Journal of Cancer Care*, 11, 166-172.
- Mutran, E. & Ferraro, K.F. (1988). Medical Need and Use of Services Among Older Men and Women. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43(5), 162-171.
- Nicholas, D.R. (2000). Men, Masculinity, and Cancer: Risk-factor Behaviors, Early Detection, and Psychosocial Adaptation. *Journal of American College Health*, 49, 27-33.
- Oliviere, D. & Monroe, B. (2005) *Death, dying and social difference*. Oxford: Oxford University Press.
- Oliviere, D., Monroe, B. & Hargreaves, R. (1998). *Good practices in palliative care: a psychosocial perspective*. Aldershot: Asgate Publishing Co.
- Ollife, J. L., Bortorf, J. L., Hislop, T.G. & McKenzie, M. (2009). *The Role of Prostate Cancer Support Groups (PCSGs) in Health Promotion*. Executive summary. University of British Columbia. Centre for Nursing and Health Behaviour Research & Men Health Research Program. Récupéré en ligne le 25 août 2009: <http://www.menshealthresearch.ubc.ca/>
- Parle, M., Jones, B. & Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders in cancer patients. *Psychol Med*, 26, 735-744.
- Peleg-Oren, N., Sherer, M. & Soskolne, V. (2003). Effect of Gender on the Social and Psychological Adjustment of Cancer Patients. *Social Work in Health Care*, 37(3), 17-34.
- Perreault, C. (1990). Et si on parlait des hommes? *Santé mentale au Québec*, 15(1), 134-144.
- Philaretou, A.G. & Allen, K.R. (2001). Reconstructing masculinity and sexuality. *The Journal of Men's Studies*, 9(3), 301-321.
- Pleck, J.H., Sonenstein F.L. & Ku, L.C. (1994). Attitudes toward male roles among adolescent males: a discriminant validity analysis. *Sex Roles*, 30, 481-501.
- Prévaille, M., Boyer, R., Hébert, R., Bravo, G. & Seguin, M. (2003). *Étude des facteurs psychologiques, sociaux et de santé reliés au suicide chez les personnes âgées: Rapport de recherche*. Centre de recherche sur le vieillissement, Bibliothèque nationale du Québec et du Canada.
- Ptacek, J.T., Pierce, G., Ptacek, J. & Nogel, C. (1999). Stress and coping processes in men with prostate cancer: The divergent views of husbands and wives. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 299-324.
- Quinn, B. & Kelly, D. (2000). Sperm banking and fertility concerns; enhancing practice and the support available to men with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4, 55-58.
- Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J. & Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. *Br J Cancer*, 98(12), 1903-1909.
- Réhaume, J. & Sévigny, R. (1988). *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Reynolds, P. & Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda Country Study. *Behav Med*, 16, 101-110.
- Rondeau, G. (2002). *Adéquation des services psychosociaux en regard des besoins particuliers des hommes*. Actes du colloque de l'équipe Hommes, violence et changement tenu à St-Hyacinthe le 25 octobre 2002, CRI-VIFF Montréal et Québec, Collection RÉFLEXIONS, 15, 29-33.
- Sanson-Fisher, R. Girgis, A. Boyes, A. Bonevski, B. & Cook, L. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88, 226-237.

- Seale, C., Ziebland, S. & Charteris-Black, J. (2006). Gender, cancer experience and internet use: A comparative keyword analysis of interviews and online cancer support groups. *Social science and Medicine*, 62, 2577-2590.
- Smith D.P., Supramaniam R., King M.T. *et al.* (2007). Age, health and education determine supportive care needs of men younger than 70 years with prostate cancer. *J Clin Oncol*, 25(18):2560–2566.
- Soothill, K., Moris, S.M., Harman, J., Francis, B., Thomas, C. & McIlmurray, M.B. (2001). The significant unmet needs of cancer patients probing psychosocial concerns. *Supportive Care in Cancer*, Spring, 597-605.
- Squiers, L., Rutten, L., Finney, J., Treiman, K., Bright, M. A. & Bradford, H. (2005). Cancer Patients' Information Needs across the Cancer Care Continuum: Evidence from the Cancer Information Service. *Journal of Health Communication*, 10(7), 15-34.
- Steginga, S.K., Occhipinti, S., Dunn, J. *et al.* (2001). The supportive care needs of men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 10, 66–75.
- Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems: 1. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*. 81, 777-788.
- Tremblay, G., Morin, M.A., Desbiens, V. & Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Centre de recherches interdisciplinaires sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, collection Études et Analyses, 36.
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, R., Bergeron, M.E. & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Publications du Québec.
- 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.
- Tremblay, G., Fonséca, F. & Lapointe-Goutil, R. (2003). Annexe 2.: *Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux*. Présenté au Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, dans *Rapport Les hommes: s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Récupéré en ligne le 20 septembre 2008 de www.msss.gouv.qc.ca
- Tremblay, G. & L'heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes: Un modèle émergent d'intervention clinique. *Intervention*, 121, 6-16.
- Van den Borne, H.W. (1998). The patients from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counselling*, 34, 89-102.
- Volk, R.J., Cantor, S.B., Spann, S.J., Cass, A.R., Cardera, M.P. & Warren, M.M. (1997). Preferences of husbands and wives for prostate cancer screening. *Archives of Family Medicine*, 6(1), 72-76.
- White, A. & Cash, K. (2004). The state of men's health in Western Europe. *Journal of Men's Health and Gender*, 1, 60-66.
- William, D.R., Takeuchi, D.T. & Adair, R.K. (1992). Marital status and psychiatric disorder among black and whites. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 140-157.

NOTE

1. Dans les écrits scientifiques plus classiques ou les plus souvent relevés portant sur les femmes, la variété des modèles féminins est moins mise en évidence que dans les écrits concernant les hommes.