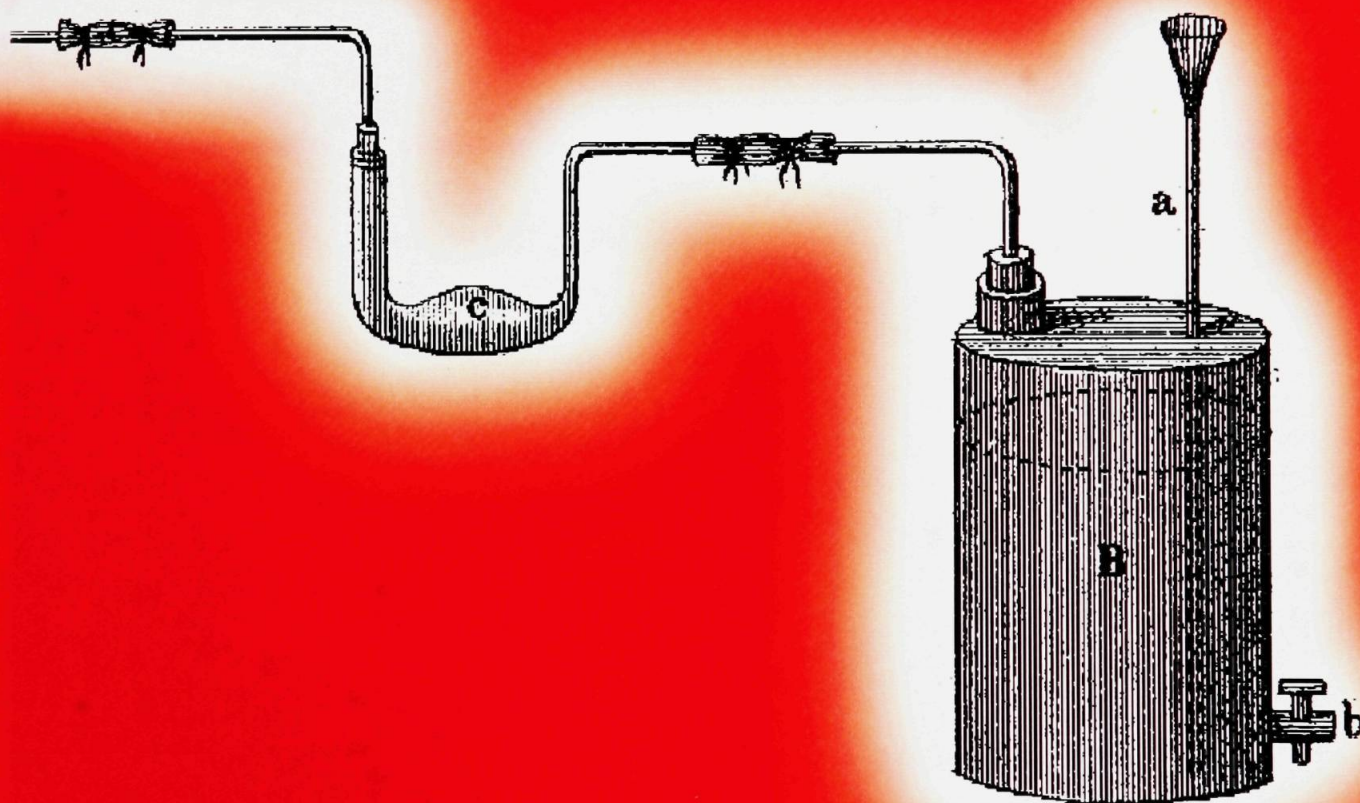


Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques Québécoises

Germain Dulac



HV
1441
.Q44
D878
1999

A.I.D.R.A.H.

Action Intersectorielle pour le Développement et la Recherche sur l'Aide aux Hommes

INSPQ - Montréal



3 5567 00003 0509

Intervenir auprès des clientèles masculines.

Théories et pratiques Québécoises

par Germain Dulac, Ph D.
avec la collaboration de
Johanne Groulx, M.A.



Centre d'études appliquées sur la famille École de service social. Université McGill

3506, rue Université, bureau 106
Montréal (Québec) H3A 2A7
Téléphone : (514) 398-1025, Télécopieur : (514) 398-5287
Courrier électronique : CZ96@MUSICA.MCGILL.CA



A.I.D.R.A.H.

Action
Intersectorielle pour le
Développement et la
Recherche sur
l'Aide aux
Hommes

A R I H V

A.R.I.H.V.

Association des
Ressources
Intervenant auprès des
Hommes
Violents



A.Q.S.

Association
Québécoise de
Suicidologie



F.O.B.A.S.T.

Fédération des
Organismes
Bénévoles et communautaires
d'Aide et de
Soutien aux
Toxicomanes

Montréal, juin 1999

Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention de SANTÉ CANADA
dans le cadre du Programme de Promotion de la santé.

ISBN 2-9805592-1-0
© AIDRAH, 1997

Dépot légal- Bibliothèque nationale du Québec 1999
Dépot légal- Bibliothèque nationale du Canada 1999

Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques Québécoises

Germain Dulac

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

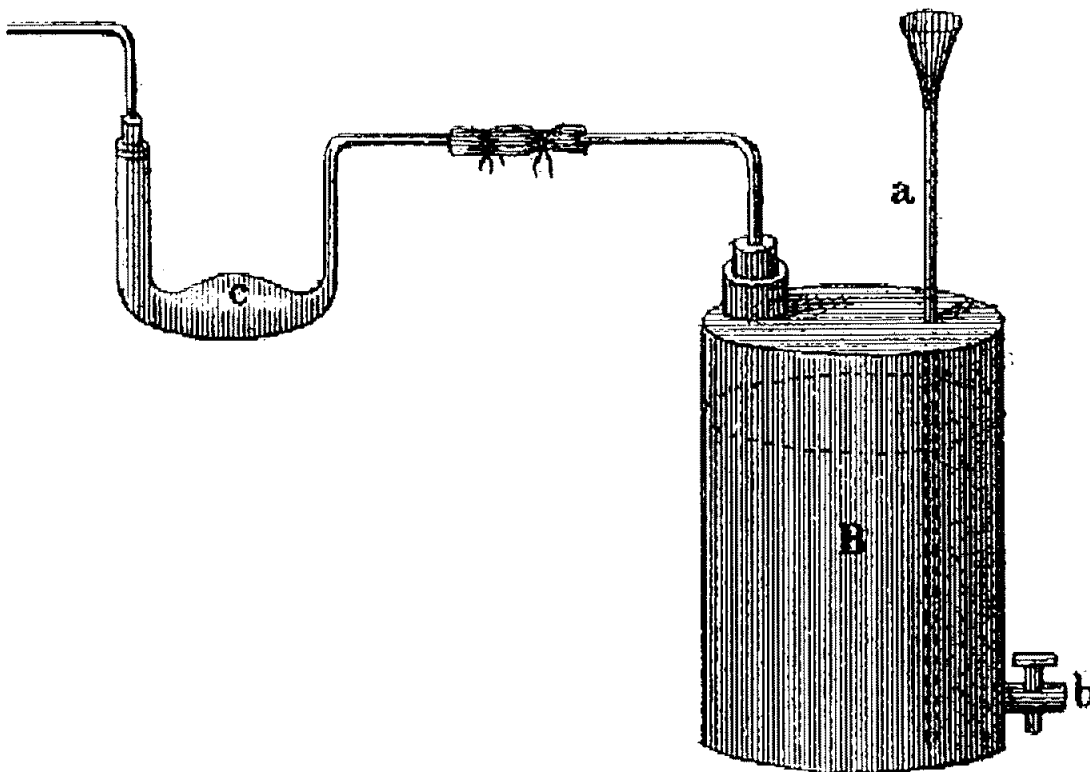


Table des matières

Avant-propos	VII	2.1.3 Voir le client rapidement	31
Introduction	VIII	• La première rencontre : l'anxiété du client.....	31
• Présentation générale	VIII	• La honte du client et l'alliance	31
• Méthodologie.....	VIII	• Le lien de confiance	34
• Limites de la recherche.....	IX	• Le confort physique et psychologique.....	34
• Plan du rapport.....	IX	2.2 Les étapes de l'intervention	34
• Remerciements.....	X	2.2.1 La première rencontre face à face :	
		l'entrevue d'évaluation ou de soutien?	34
		• La réaction du client	34
		• La nécessité de plusieurs entretiens	35
		2.2.2 L'évaluation.....	35
		• Reconnaître le problème : la rupture du silence.....	35
		• Les fondations de l'intervention.....	36
		• Les contre-indications.....	37
		2.2.3 Le contrat de participation à la	
		démarche d'aide	39
		• Les règles et le processus.....	39
		• Les limites.....	40
		• En attendant d'intégrer le groupe	40
Chapitre 1			
La conformité sociale et la souffrance des hommes			
1.1 Le vécu masculin : contrôle social ou aide, un survol.....	1		
• La conceptualisation et les modes d'intervention.....	2		
• Le sexisme dans les modalités d'intervention.....	3		
• Un nouveau regard sur les hommes	4		
• Intervenir autrement	6		
• Une attitude non jugeante : responsabiliser au lieu de culpabiliser.....	7		
1.2 Comprendre la socialisation masculine et ses conséquences négatives	8		
• Le sacrifice de l'être humain au profit de la masculinité en tant qu'hégémonie.....	8		
• L'expressivité et la détresse.....	9		
• L'intervention et la notion de genre.....	12		
• L'identité masculine et les émotions en intervention.....	15		
• Intervenir malgré les contradictions, les difficultés ..	21		
Chapitre 2			
La trajectoire des clients et le territoire de l'intervention			
2.1 Intervenir en fonction de la trajectoire des clients...25			
2.1.1 L'offre et la demande d'aide	25		
• La trajectoire	25		
• Ils arrivent généralement en crise.....	27		
2.1.2 L'accueil : aller au-devant et tendre la main....28			
• Un premier contact si important.....	28		
• Le téléphone	28		
• Réagir rapidement devant les signes de la demande d'aide	29		
• L'accessibilité téléphonique : être là, les horaires, la gratuité des services	29		
• Dédramatiser, sécuriser, informer, démystifier, orienter	30		
		3.1 L'intervention de groupe et les masculinités	41
		• Des étapes et des critères d'efficacité.....	42
		• Rétablir un lien significatif dès les débuts de l'intervention.....	43
		• L'interdépendance	44
		• Expérimenter les relations entre hommes sous un autre angle que la compétition	45
		3.2 Les points forts de l'intervention de groupe	45
		• Le climat de confiance	46
		• La confidentialité, une garantie de confiance.....	46
		• Un lieu d'échanges et de réciprocité.....	47
		• Le leadership de l'intervenant	47
		3.3 Le travail en groupe	49
		• L'expérimentation	49
		• L'intimité, la confiance et la complicité entre hommes.....	49
		• Parler de la souffrance pour développer la sensibilité à soi et aux autres	51
		3.4 L'intervention de groupe, un outil de rééducation...52	
		• Prendre des risques et faire de nouveaux choix	52
		• Vivre avec les résistances	54
		3.5 La fin, le bilan et la postintervention.....	54
		• La fin et le bilan de l'intervention de groupe	54
		• Le suivi en postintervention.....	55
		• Le suivi sur le Web	56



Chapitre 4

Les conditions de réussite et les obstacles à l'intervention de groupe

4.1 L'intervenant	57
4.1.1. Les limites et les compétences personnelles et professionnelles	57
• Connaître ses limites professionnelles	58
• Le transfert et le contre-transfert	58
• Le partage des responsabilités dans le rétablissement	59
• La neutralité et l'empathie chez l'intervenant	59
• Le sexe de l'intervenant et celui du client	60
• L'intervention féministe est-elle applicable aux hommes en difficulté?	63
4.1.2 Les besoins de l'intervenant	64
• Les pièges liés aux conditions de travail	65
• Décloisonner et partager les expériences, avoir un réseau soutien (interne et externe)	66
• Le besoin de formation	66
• Le besoin de supervision par les pairs	67
4.2 Le client	68
• L'exigence de la démarche	68
• Les délais d'intervention	68
• Le profil des décrocheurs	69
• Les coûts et les honoraires	70
• Les obstacles socioculturels	70

Épilogue

Le changement

• L'ouverture à l'aide	73
• Les changements physiques et le bien-être quotidien	75
• La prise de conscience du problème	75
• La rechute n'est pas un signe d'échec de l'intervention	75
• L'ampleur et la nature du changement	76

Bibliographie	79
----------------------------	-----------





Cela tient peut-être à ce qu'on appelle «l'effet d'usure de la compassion», l'idée que les médias nous jettent chaque jour à la figure une telle masse de souffrance humaine que notre sensibilité s'est émoussée, nous avons épuisé toutes nos réserves de pitié, de colère, d'indignation, et ne songeons plus qu'à la douleur qui nous travaille le genou.

David Lodge, *Thérapie*,
Éditions Rivages, 1995





Avant-propos

Le groupe A.I.D.R.A.H., *Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes*, existe depuis 1995. Il est composé de trois regroupements provinciaux : l'Association québécoise de suicidologie (AQS), l'Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (ARIHV) et la Fédération des organismes bénévoles et communautaires d'aide et de soutien aux toxicomanes (FOBAST), et de Germain Dulac, sociologue au Centre d'études appliquées sur la famille de l'Université McGill, qui agit à titre d'expert-conseil et de chercheur.

Le besoin de connaître davantage les difficultés des hommes confrontés à des problèmes de toxicomanie, de suicide et de violence, a émergé du constat suivant : dans ces différentes situations, les hommes adoptent généralement la même attitude, laquelle consiste à ne pas demander d'aide. Par ailleurs, les membres du Comité aviseur du groupe AIDRAH ont soulevé l'hypothèse de l'existence de liens étroits entre ces trois problématiques qui ne sont pas nécessairement exclusives. En effet, il existerait des similarités entre la consommation de substances, la violence et le suicide. À titre de piste de recherche, le Comité aviseur a formulé l'hypothèse que les hommes et les femmes ont une perception différente du soutien social et que ce ne sont pas les mêmes éléments qui provoquent chez eux un besoin d'aide ou de soutien. Les hommes et les femmes perçoivent différemment la demande d'aide, et la provision de services d'aide devrait être adaptée aux besoins particuliers de la clientèle masculine.

Le groupe A.I.D.R.A.H. a eu l'appui de Santé Canada grâce à deux subventions du Programme de promotion de la santé. La première phase réalisée en 1996-1997 a consisté en une recherche-action sur les facteurs inhibiteurs de la demande d'aide des hommes et les difficultés à utiliser les services d'aide psychosociale pendant les crises qu'ils traversent, les types de services qu'ils souhaitent obtenir, etc. Cette recherche a permis de mieux cerner les mécanismes de demande d'aide des hommes et l'incidence de la socialisation sur l'utilisation des services sociosanitaires. Les résultats de cette première phase ont été publiés et le rapport s'intitule *Les demandes d'aide des hommes* (Dulac, 1997). Avec cette étude, nous avons constaté que :

1. Les hommes en difficulté ne demandent pas d'aide, du moins jusqu'à la crise grave.
2. Les hommes en difficulté qui font des demandes d'aide les formulent selon des modes qui souvent ne correspondent pas à la norme sociale et aux comportements attendus en matière de recherche de soutien, mais plutôt selon des modes genrés.
3. Les intervenants ont généralement de la difficulté à décoder

les demandes d'aide telles que formulées par les hommes en difficulté, parce qu'elles ne correspondent pas à la norme socialement admise du comportement du client qui a besoin d'aide.

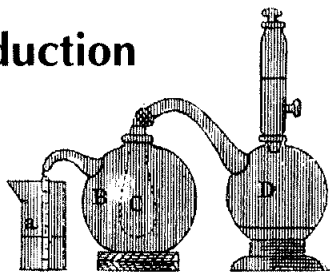
4. Il y a possibilité d'un biais «sexiste» structurel envers la clientèle masculine.

La présentation des résultats de cette phase de recherche a permis de sensibiliser un bon nombre d'intervenants sur les défis que la démarche de demande d'aide psychosociale vécue au masculin leur pose, ne serait-ce qu'au niveau de la formation en relation d'aide auprès des hommes. Nous avons aussi diffusé plus de 2 500 exemplaires du rapport *Les demandes d'aide des hommes* et présenté près d'une trentaine de communications relatives à cette étude auprès de 3 000 personnes (milieux communautaire, privé et gouvernemental). Quoique les critiques furent unanimes à reconnaître la qualité de nos travaux, on nous a signalé à plusieurs reprises la nécessité de poursuivre nos recherches de manière à documenter et faciliter les stratégies et méthodes d'intervention auprès des hommes en difficulté.

Santé Canada a soutenu financièrement le groupe A.I.D.R.A.H. dans une deuxième phase de recherche - action dont les objectifs visaient l'état de la situation en intervention auprès des clientèles masculines. Notre rapport - *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises* - présente les résultats de cette phase II.



Introduction



Présentation générale

Peut-on vraiment intervenir auprès des hommes en difficulté sans s'appuyer sur une perspective qui serait inclusive du vécu masculin? Maintenant que les hommes s'expriment davantage sur leur expérience intime, nous sommes forcés de remettre en question nombre de stéréotypes sociaux à l'égard des hommes, qui font partie de notre imaginaire collectif et qui peuvent influencer la pratique de l'intervention psychosociale.

Évidemment, les hommes ne constituent pas un groupe homogène et il est nécessaire de voir la pluralité des masculinités. Toutefois, il nous apparaît indispensable de développer une vision commune des masculinités pour que l'intervention puisse évoluer de manière cohérente et inclusive.

Ce texte s'inscrit contre les visions stéréotypées concernant les hommes (et les hommes en difficulté) et met plutôt en évidence et en valeur leur vécu. Notre propos n'est pas de s'engager dans une sorte de compétition pour établir qui est le sujet social le plus souffrant ou le plus vulnérable. Le groupe AIDRAH veut plutôt contribuer à l'amélioration des relations entre les individus (ex. sans discrimination, sans violence) et des rapports sociaux. En aucun cas, cette position se veut-elle anti-féministe, car l'objectif est de lutter contre la souffrance - qu'elle soit conjuguée au masculin ou au féminin. Nous nous sommes engagés dans cette étude conscients qu'il s'agit d'un domaine d'intérêt émotivement chargé. Parler de suicide, de toxicomanie, de violence survient généralement dans des contextes chargés d'émotivité parce que ce sont des sujets qui mettent en cause des êtres qui nous sont chers ; de plus, ce sont des thématiques qui questionnent nos rapports (collectifs et individuels) avec les personnes aux prises avec des difficultés et la compréhension même de ces difficultés.

Mais au delà de celles-ci, notre travail se veut aussi une contribution au savoir *praxéologique*. À l'instar de Garfinkel (1967), nous estimons que ce n'est plus le savoir spontané du praticien qui fait obstacle à la vérité du social, mais le savoir institué, le savoir disciplinaire, qui devient un obstacle à la connaissance du réel. Le savoir institué introduit des *a priori* (qui peuvent être dépassés rapidement) dans l'évaluation des problèmes ; il produit un savoir inadapté aux exigences et aux questionnements posés par la mouvance de la pratique ; il invalide, dans beaucoup de cas, le savoir propre du praticien

en réduisant sa pratique à une simple application d'un savoir disciplinaire.

Notre objectif est tout autre. Il est de faire reconnaître les modèles d'intervention à partir de l'expérience des intervenants, des praticiens eux-mêmes, qui oeuvrent auprès des clientèles masculines. Nous ne cherchons pas à vérifier l'applicabilité d'une théorie, mais à contribuer à l'émergence ou à la construction de pratiques issues de cette expérience concrète. Et quand nous disons *construire*, cela veut dire que notre travail se résume en grande partie à mettre en forme des propos recueillis auprès d'intervenants, comme un travail de reconnaissance à l'égard de leur savoir en tant qu'experts de l'intervention auprès des hommes en difficulté. Le savoir spontané des intervenants est venu révéler, d'ailleurs, de façon poignante la difficile réalité de certains hommes et la difficile recherche de solutions en matière d'aide psychosociale.

Maintenant, le mouvement est amorcé. Les hommes et les femmes qui nous ont livré leurs témoignages l'ont fait avec courage et conviction ; nous sommes d'ores et déjà ouverts à l'expression de la critique dans une esprit de dialogue.

Méthodologie

Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises traite du travail d'intervention effectué auprès des hommes en difficulté au Québec. Il s'agit d'une recherche qualitative dont le corpus d'enquête est composé de deux sources principales d'informations. Il y a le matériel d'information issu des entrevues de groupe menées auprès d'une soixantaine de clients de services d'aide pour hommes, dont une partie n'avait pas été utilisée lors de la phase I du projet et auquel s'ajoute une dizaine d'entrevues réalisées auprès d'informateurs clés choisis pour leur expertise clinique dans l'une ou l'autre des trois problématiques ; ces derniers ont été choisis également pour leur position critique en ce qui concerne la clientèle masculine et, à dessein, pour leur expérience d'intervenant auprès des hommes en difficulté.

Par ailleurs, notre mandat incluait l'examen de la littérature scientifique quant aux modalités théoriques et pratiques de l'intervention psychosociale en général et concernant les hommes en particulier. Ce corpus constitue notre deuxième source d'information. Par cet examen, nous avons pu faire des rapprochements avec les propos des intervenants et considérer l'ensemble du questionnement selon diverses positions (auteurs, courants de pensée, moyens d'action).

Techniquement, les recherches informatiques dans les banques de données et en bibliothèque ont permis de retracer les publications pertinentes (monographies et périodiques) sur



l'intervention auprès des hommes. Plus de trois cents titres ont été retenus. L'indicateur clair de saturation des informations a légitimé la cessation de la collecte des données ; les ressources limitées à notre disposition ont joué le même rôle. Le matériel d'enquête issu des entrevues a été transcrit, puis organisé selon les thématiques qui émergeaient des propos recueillis et de la grille d'entrevue. Nous avons procédé à l'analyse thématique de l'ensemble du matériel d'entrevue et complété, par la suite, l'analyse globale en incluant tout le volet théorique issu de la recension des écrits.

Le lecteur prendra note que les commentaires des informateurs clés apparaissent en italique dans le texte et ne sont pas identifiés afin de respecter l'anonymat des participants et du secteur d'intervention (le secteur d'intervention est dévoilé seulement si la nature particulière de l'information révélée le commande). Pour des raisons d'exactitude et de simplicité, nous utilisons le genre masculin (au singulier et au pluriel) pour parler des clients et des intervenants des deux sexes.

Le travail de l'équipe de recherche a été supervisé par le Comité aviseur du groupe A.I.D.R.A.H. composé des représentants suivants : André J. Tanguay pour la FOBAST, Lucie Charbonneau pour l'AQS et Suzie Delangis pour l'ARIHV. Germain Dulac a fait l'analyse et rédigé le rapport avec la collaboration de Johanne Groulx.

Limites de la recherche

Les participants à cette étude ont été choisis en qualité de témoins privilégiés parce qu'ils possèdent une longue expérience d'intervention auprès des clientèles masculines. Cependant, compte tenu de leurs compétences éclectiques et de la façon dont ils abordent leur travail (ex. plusieurs modèles théoriques ou adoption de modèles particuliers), nous tenons à préciser les aspects suivants : ces réalités sont le reflet à la fois de leurs expériences, du peu de ressources intervenant auprès des hommes en difficulté au Québec - donc de l'organisation des services d'aide pour cette clientèle - et de l'état de la formation en intervention liée au genre.

Également, toutes les modalités d'intervention psychosociale n'ont pas été considérées, par exemple la «thérapie de couple» et la «thérapie familiale» qui peuvent aussi aider les hommes en difficulté. Nous nous sommes limités à la démarche dite individuelle dans un contexte d'intervention de groupe (surtout) parce que cette pratique semble en plein développement et mérite notre attention pour des raisons rattachées à toute la problématique de la condition masculine et à celle de l'intervention psychosociale en général. De même en est-il pour les différentes théories, desquelles découle un

très grand nombre de modèles d'intervention. Pour tous ces motifs, la synthèse des informations n'a pu se faire, nous en sommes conscients, sans une certaine réduction de la complexité de toute cette réalité de l'aide psychosociale fournie aux hommes en difficulté.

Enfin, nous insistons sur le fait que cette étude qualitative est exploratoire, étant donné le petit nombre d'informateurs clés interrogés. La démarche de recherche avait pour objectif principal la construction d'une problématique d'intervention auprès des clientèles masculines (Quivy et Van Campenhout, 1989).

Plan du rapport

Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises est structuré de la manière suivante :

- le chapitre premier introduit le lecteur à la problématique du vécu masculin sous l'angle de la normativité sociale et de la souffrance cachée, qui ont forcé les aidants et les pratiques en intervention psychosociale à se redéfinir ;
- le chapitre 2 révèle les particularités de la trajectoire d'aide des clientèles masculines, en particulier l'accueil mais aussi le moment de crise qui précède. Ces spécificités viennent élargir le «territoire de l'intervention» par la prise en compte d'aspects cruciaux en amont, si l'on veut, d'une conception dite conventionnelle de l'intervention psychosociale ;
- le chapitre 3 expose de façon détaillée les caractéristiques de l'intervention de groupe auprès des hommes en difficulté telles que formulées par les informateurs ;
- le chapitre 4 porte sur les conditions de réussite et les obstacles à l'efficacité de l'intervention de groupe auprès des hommes en difficulté ;
- l'épilogue fait office de conclusion et son propos est axé sur le changement, la principale finalité visée par l'intervention. Le changement, ici, renvoie à la demande d'aide des hommes, au processus d'aide lui-même, mais aussi au savoir et aux moyens concrets à leur disposition qui peuvent contribuer au changement souhaité ; il renvoie également à l'amélioration des services offerts, voire à une modification en profondeur de l'organisation de l'aide aux personnes en difficulté.

Également, nous avons produit dans un document à part un ensemble de fiches techniques portant sur les différents modèles d'intervention auprès des hommes (jeunes, adultes, âgés), recensés dans la littérature scientifique. Chaque fiche



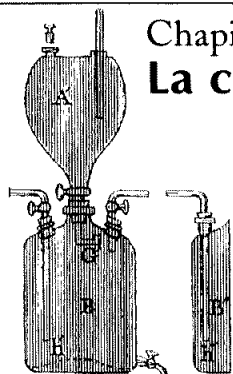
technique correspond à un modèle d'intervention et révèle, entre autres, des informations sur le choix des approches, sur les orientations privilégiées, sur les clientèles visées, sur les moyens de l'intervention, etc. Toute personne curieuse de cet éventail de possibilités d'intervention peut se procurer le document en s'adressant au Centre d'études appliquées sur la famille de l'Université McGill.

Remerciements

Nous voudrions rendre hommage à tous les intervenants qui ont participé à cette étude. L'expertise professionnelle créée et acquise, au fil des ans, par les intervenants ne se limite pas aux aspects techniques d'un processus d'aide. Toute leur intelligence et toute leur sensibilité sont mises au service des autres, alors que leur créativité vient souvent suppléer au manque de ressources matérielles, au faible financement des organisations et à tous les obstacles qui se dressent devant eux pour intervenir auprès des hommes en difficulté et les aider adéquatement. Dans ce contexte, le savoir-faire, c'est souvent la capacité de *faire quelque chose avec presque rien*.

Nous tenons à remercier Santé Canada qui, dans le cadre de son programme Promotion de la santé, nous a permis de réaliser cette étude, et madame Monique Bélanger - agente de programme - pour son aide et son appui constant. Nous remercions également monsieur Pierre Turcotte qui a réalisé les entrevues avec les intervenants et participé aux recherches dans les banques de données et à la lecture/synthèse d'une partie de la littérature scientifique retenue. Enfin, ce projet n'aurait pu voir le jour sans l'initiative du comité tripartite formé de l'AQS, de la FOBAST et de l'ARIHV.





Chapitre 1

La conformité sociale et la souffrance des hommes

Ce chapitre est construit de manière à introduire le lecteur aux principales questions qui se posent actuellement au regard de l'intervention psychosociale auprès de la clientèle masculine. Avant d'aborder les aspects techniques reliés à l'intervention, il nous est apparu fondamental de situer le cadre général à l'intérieur duquel se développe la pratique.

L'idée générale a consisté à baliser le champ en soulignant l'emprise des mécanismes de normalisation qui ont pesé, historiquement, sur les conduites humaines et, en ce qui nous concerne, sur les hommes dont les comportements dévient de ce qui est «normalement» attendu sur le plan social et individuel. Nous parlons dès lors des forces inhérentes au processus de socialisation masculine qui restreignent les hommes dans des rôles sociaux qu'ils n'ont pas toujours consciemment choisis, et de l'impact de la socialisation sur les comportements.

Nous verrons aussi que la notion de genre occupe une place importante en intervention puisqu'elle questionne autant les prémices théoriques que les pratiques. De plus, comme l'intervention thérapeutique est en soi un travail sur les émotions, il est alors indispensable de traiter de cet aspect compte tenu des discours contradictoires concernant le vécu et l'expression des émotions chez les hommes.

D'ailleurs à ce propos, nous ne pouvions ignorer la démarche cognitive des intervenants eux-mêmes qui ont participé à cette étude. Au cours de leurs années d'expérience, ils ont progressivement transformé leurs perceptions et leur connaissance des clientèles masculines surtout à travers un nouveau regard sur la souffrance humaine des hommes : de nombreux intervenants se sont distancés de la notion de «comportement pathologique» très répandue dans la société comme dans le domaine de l'intervention pour embrasser une vision plus humaine de l'homme en difficulté.

1.1 Le vécu masculin : contrôle ou aide, un survol

À toutes les époques, les sociétés humaines ont mis en place des systèmes disciplinaires dont la fonction avait pour but de châtier et de corriger les individus dérogeant à l'ordre, aux normes et aux valeurs partagés par une collectivité. Par conséquent, cette fonction a eu pour effet de régir les

comportements individuels qui dérogeaient aux comportements considérés appropriés. Avec le temps, les chaînes, les boulets et autres camisoles de force ont fait place à des mécanismes contemporains apparemment moins punitifs mais tout aussi violents quant à la répression des conduites socialement qualifiées de mauvaises. La répression ou la gestion des conduites constitue néanmoins une forme de contrôle social qui s'étend entre deux pôles : criminaliser ou traiter, pour normaliser les comportements.

Si les dispositifs et les mécanismes de normalisation sont multiformes, varient dans le temps et l'espace selon les formations sociales, ils s'exercent différemment selon qu'ils s'adressent à tel ou tel groupe social. Ainsi l'expression consacrée de Simone de Beauvoir «*On ne naît pas homme ou femme, on le devient*» doit-elle être complétée par l'idée selon laquelle, historiquement, le contrôle social s'est exercé différemment sur les hommes et les femmes (afin qu'ils se comportent correctement sur le plan social, mais aussi en tant qu'homme et femme). Pendant longtemps, contraintes à l'univers domestique, les femmes y ont été encadrées ; les hommes, «libres» d'accéder à l'espace public, étaient néanmoins confrontés à des systèmes d'encadrement adaptés à leurs rôles sociaux. Bien que les modalités du contrôle social sur les femmes aient été abondamment documentées (Chesler, 1972), nous commençons à peine à nous intéresser à la catégorie sociale «homme» et aux mécanismes de normalisation de leurs comportements.

Les travaux sur la normalisation des comportements sexuels (Dorais, 1992), sur l'homophobie (Welzer Lang et al., 1994) et sur la construction de l'homosexualité (Kinsman, 1987) sont riches d'enseignements et ouvrent la voie à une meilleure compréhension des masculinités. Dans ce domaine, les recherches récentes indiquent que les hommes seraient plus sévèrement punis lorsqu'ils adoptent un comportement déviant du rôle masculin prescrit socialement (Silverberg, 1986, cité dans Robertson et Fitzgerald, 1990). Et dans ce processus de socialisation masculine qui vise la conformité, Tremblay (1998) note une plus grande vulnérabilité des garçons, en raison des aspects suivants : les contraintes plus grandes à la conformité aux rôles traditionnels qui pèsent sur les hommes, les conflits de rôles issus des nouvelles attentes sociales, la dévalorisation et la déchéance de la masculinité (l'immoralité de la masculinité).

Tout tourne donc autour de la question des rôles masculins, et il appert que les mécanismes d'apprentissage et de conformité à ces rôles masculins sont particulièrement cruels. En effet, O'Neil (1982) indique que les comportements appropriés sont rarement définis, et les hommes doivent apprendre le bon



comportement par essais et erreurs. L'analyse de Hartley (1959, cité dans O'Neil, 1982) indiquait déjà à la fin des années 50 que l'anxiété était la conséquence de ce processus et ce, pour les raisons suivantes : 1) le garçon doit se comporter d'une façon qui n'est pas clairement définie ; 2) le comportement attendu est basé sur des raisons que le garçon ne comprend pas ; 3) le comportement attendu est imposé à travers différents modèles parentaux, par des menaces directes ou indirectes, des punitions et la colère.

Depuis, Dickstein et al. (1991) rappellent que de nombreux changements ont influencé la vie des hommes en Occident, des changements qui ont sensiblement affecté leur santé émotionnelle, notamment. Depuis plus de 30 ans, les hommes participent davantage (en temps et en qualité) à la vie familiale, vivent l'impact des départ/retour d'enfants adultes du foyer familial, des divorces, des recompositions familiales ; ils sont confrontés aussi à la précarisation du monde du travail, à la reconnaissance de l'homosexualité masculine, etc. Ces changements ont eu une réelle incidence sur les rôles des hommes et les attentes envers eux. Inévitablement, ils ont aussi eu une incidence sur le plan psychologique (détresse, santé mentale, etc.) en raison des écarts entre les attentes qui ont affecté la vie des hommes et les conditions d'exercice (matérielles, idéologiques) actuelles de la masculinité.

En effet, depuis 40 ans, quelque chose n'a pas changé : l'homme doit toujours «prouver» sa masculinité (ou la masculinité) et rejeter la féminité pour y arriver, acquérir les valeurs viriles, se faire reconnaître à travers ces valeurs, se comparer aux autres hommes (Brooks, 1998). D'aucuns penseront que les mouvements culturels de la seconde moitié du XXe siècle (ex. *beat generation*, contre-culture, féminisme) et le mouvement des femmes ont eu des retombées positives sur les hommes. Tout porte à croire, cependant, que la transformation des rôles issue de ces mouvements n'a pas produit les mêmes effets chez les hommes et chez les femmes : à titre d'exemple, l'attitude masculine des femmes est plus acceptée que l'attitude féminine des hommes, socialement du moins (Nelson, 1991). Ce n'est qu'un exemple. Mais nous savons tous que de plus en plus d'hommes éprouvent des difficultés (ex. dépression, suicide, violence, criminalité, consommation de substances, décrochage scolaire chez les plus jeunes, etc.) et qu'ils ont besoin d'aide sur le plan de la santé mentale (thérapie, soutien, entraide) et/ou des services sociaux. Si de nombreux auteurs reconnaissent ou crient haut et fort la détresse masculine, la question qui s'impose est la suivante : comment alors aider un homme en difficulté? Comment peut s'exercer cette aide quand on sait que plusieurs dispositifs sociaux ont une fonction de contrôle social et que, dans la gamme des dispositifs normatifs, l'intervention sociale

peut aussi avoir pour fonction de renforcer (ou maintenir, conformer) le rôle traditionnel des hommes autant que cela l'a été pour les femmes?

Pour mieux comprendre l'intervention auprès des hommes en difficulté, il faut examiner la façon dont les problèmes de santé sont conceptualisés. Il demeure que la manière de les conceptualiser et la façon dont les problèmes seront associés aux hommes et aux femmes (sexisme) vont déterminer la conception des modes d'intervention, autrement dit la «thérapeutique» sous-jacente.

• La conceptualisation et les modes d'intervention

La manière de définir un problème induit un type d'intervention spécifique. Lorsqu'un problème donné est associé à un déséquilibre physico-chimique du cerveau, l'intervention est de type médical, surtout axée sur la prescription de médicaments. Par contre, lorsque le problème identifié est associé à des difficultés vécues dans l'enfance, une psychanalyse ou une thérapie sera envisagée. Également, il semble que la manière de définir un problème puisse être influencée par les caractéristiques et les stéréotypes du client. Ainsi, Kelly et Hall (1992) estiment que dans le champ de la santé mentale, plus particulièrement en ce qui a trait à la clientèle masculine, que le paradigme de la pathologie prédomine.

Dans la conceptualisation des problèmes, il est donc généralement question de maladie et de chronicité, ce qui laisse entendre que le changement ou la réhabilitation de la personne est peu probable. Par rapport à cette vision, peu d'intervenants partagent la vision de May (1990) à l'effet que ce que l'individu apprend, il peut le désapprendre ; or, cette vision ouvre plutôt la porte à la réhabilitation, au changement.

Sur le plan conceptuel, il faut souligner que le caractère social des problèmes vécus par les hommes est rarement abordé ; c'est presque toujours une représentation en tant que facteur individuel qui domine, et le problème est vu à travers l'homme lui-même. Il s'agit d'une vision sombre où l'homme se cache derrière ses problèmes, une vision caractéristique des approches traditionnelles en intervention auprès des hommes. Ces approches reposent surtout sur deux positions : sur une classification opposant pathologie à développement normal et sur l'expérience des thérapeutes (des intervenants) plutôt que sur des données empiriques issues du vécu des hommes (Kelly et Hall, 1992). Sur ce dernier point, les auteurs estiment que les intervenants ont aussi endossé trop rapidement les présupposés à l'endroit des hommes, faute de preuves empiriques. L'intervention auprès des clientèles masculines devrait être précédée d'une remise en question de ces

présupposés théoriques et idéologiques. On pourrait ainsi mieux comprendre le comportement des hommes quant à l'utilisation des services sociaux et de santé ainsi que la nature de leurs problèmes.

Pour Kelly et Hall (1992), le paradigme de la pathologie explique en partie le refus des hommes de demander de l'aide (voir le rapport de la phase I), mais il y a plus grave encore. Cette approche s'appuie sur une conceptualisation limitée des hommes, ce qui réduit l'efficacité de l'intervention. Le paradigme de la pathologie est un modèle basé sur la responsabilité individuelle (voire fataliste) du problème, sans prise en compte de la réalité extérieure dans laquelle s'inscrit l'individu (famille, travail, société). C'est donc un modèle qui à la fois isole l'homme et réduit la compréhension du problème ; somme toute, il y a évacuation totale de nombreux aspects ou facteurs associés à l'émergence d'un problème de comportement ou de santé.

La conceptualisation des problèmes repose bien souvent sur de fausses perceptions de la réalité masculine. Par exemple, Heesacker et Prichard (1992) indiquent que, dans le domaine de la santé, domine une vision stéréotypée de faire au féminin (*feminine way*). La critique des auteurs porte sur le fait que la forme féminine d'expression émotionnelle est la seule manière de faire qui ait été validée ou le soit encore : c'est une vision non inclusive du vécu masculin. Sur le plan de l'autonomie, Pollack (1990) croit que ce thème a été considéré comme notion *sine qua non* de santé mentale. Cependant, l'autonomie a été complètement surévaluée, en particulier chez les hommes, d'où peut-être leurs difficultés à établir une alliance thérapeutique.

Ainsi, une meilleure conceptualisation des problèmes des hommes suppose-t-elle une meilleure perception de la réalité masculine. Encore faut-il que cette réalité soit fondée. La littérature répète immanquablement certaines caractéristiques des hommes, considérées plutôt de manière négative (voire toxique) comme la peur des émotions, le manque d'expressivité sur le plan émotionnel, la peur de l'intimité. Notamment, Pollack (1990) considère que l'une des difficultés des hommes sur le plan relationnel est le type de communication qu'ils pratiquent : la communication affective dissociée et la propension à être autonome de façon très défensive. Il semble y avoir un large consensus au sein de la communauté des intervenants à ce sujet.

Mais les conceptions à propos du **manque** ou du **déficit expressif** et d'habiletés à l'intimité chez les hommes, sont prises comme des évidences. Kelly et Hall (1992) estiment que ces dimensions attribuées aux hommes n'ont absolument

pas été vérifiées empiriquement, que ce sont des présupposés, des hypothèses sans fondement scientifique. Ils prétendent que les intervenants n'ont pas cherché à remettre en question les présupposés à l'endroit des hommes (une forme de sexisme), qu'il y a un manque de recherche au sujet de ces attitudes et stéréotypes, qu'il faut analyser les problèmes selon les contextes ayant contribué à leur émergence. Ils soutiennent que l'intervention est largement déterminée par la pratique auprès des clientèles féminines, fortement axée sur l'expression des émotions. Pour ces auteurs, contraindre les hommes à cette forme d'expressivité émotionnelle équivaut, par analogie, à contraindre les homosexuels à des comportements hétérosexuels. Ce ne sera que lorsque les modes d'expression des émotions des hommes seront mieux connus que les hommes seront attirés par la voie thérapeutique (Kelly et Hall, 1992).

Nous savons maintenant grâce à des observations cliniques sur les capacités des hommes à se dévoiler que l'analyse doit être plus nuancée.

Une expérience canadienne de thérapie de groupe a révélé qu'en fournissant à des pères séparés/divorcés un lieu et un contexte où ils pouvaient s'exprimer librement et en toute confiance sur leur situation, qu'ils devenaient très loquaces. Nahon et Lander (1992) ont conclu que ce ne serait pas l'incapacité à se dévoiler ni leur incapacité à demander de l'aide qui expliquent le comportement des hommes : ce serait les structures sociales au sein desquelles ils évoluent qui ne reconnaissent pas *l'homme vulnérable*. Jusqu'à ce jour, l'analyse des demandes d'aide des hommes aurait été biaisée, prétendent Nahon et Lander (1992) : ces analyses reflèteraient les perceptions des professionnels de la santé plutôt que le potentiel réel des hommes à recourir à de l'aide et les stratégies qu'ils adoptent réellement.

• Le sexisme dans les modalités d'intervention

S'il faut questionner la pratique thérapeutique comme nous le verrons plus loin il faut aussi s'interroger sur l'évaluation clinique qui transporte, elle aussi, des visions stéréotypées et une certaine idéologie dans les attitudes des praticiens. Une recherche empirique sur les différences liées au genre dans l'évaluation clinique, a été réalisée auprès de travailleurs sociaux de la Pennsylvanie et du New Jersey. Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête menée par Hansen et Reekie (1990) révèlent que les femmes clientes ont été évaluées plus favorablement que les hommes (sur la base des mêmes symptômes) par les femmes thérapeutes et par les hommes thérapeutes. Ce résultat laisserait supposer des standards de santé différents pour hommes et femmes.



Hansen et Reekie (1990) attribuent ces différences liées au genre dans les évaluations cliniques à l'influence de plusieurs facteurs : 1) la société a changé, les stéréotypes liés au genre également, si bien que les femmes sont évaluées plus positivement qu'avant dans le domaine de la santé mentale ; 2) les standards d'évaluation en santé mentale demeurent différents pour hommes et femmes, les standards à l'endroit des hommes sont plus sévères, alors que les femmes sont considérées moins négativement que les hommes présentant les mêmes symptômes. D'ailleurs, depuis les 20 dernières années, Twohey et Ewing (1995) ont remarqué que ce sont les caractères attribués comme propriété féminine qui sont devenus l'équivalent de santé (ex. être capable d'établir des relations, être intime, en lien). Ces changements désavantagent les hommes, car la socialisation masculine les dissocie de la féminité, donc de ces aspects dorénavant associés à la «bonne» santé mentale. On le voit, la question du genre a des conséquences sur le plan de l'intervention (Twohey et Ewing, 1995). Les perceptions stéréotypées façonnent donc le domaine de la santé et les modes d'intervention.

Hommes et femmes, aujourd'hui encore, sont sans aucun doute confrontés à une forme de préjudice résultant aussi bien des perceptions médicales et sociales que des perceptions à propos de l'aide à apporter aux bénéficiaires, aux clients. Robertson et Fitzgerald (1990) estiment que la psychothérapie demeure une institution sociale conservatrice parce que mal préparée à faire face à des clients affichant un comportement non traditionnel lié aux rôles, comme ce fut le cas il y a une génération pour les femmes présentant supposément des comportements non traditionnels liés à leurs rôles sociaux. Il y a cependant une nuance à faire entre sexisme dans les modes d'intervention (ou dans la conceptualisation des problèmes) et l'adéquation des thérapeutiques aux besoins des clientèles. Le domaine de l'alcoolisme indique de plus en plus des besoins d'aide ou de traitements différents pour les hommes et les femmes. D'après Kingree (1995), les facteurs personnels (comme la stabilité sociale) sont liés fortement au taux d'achèvement d'un programme de traitement chez les hommes ; pour les femmes, ce sont plutôt les facteurs liés directement au programme d'aide qui interviennent (modalités, croyances au sujet de la demande d'aide).

Ceci dit, il fut des gens qui se sont toujours levés pour transformer les pratiques dans le domaine de l'intervention psychosociale. Ils adoptèrent (souvent à contre-courant) une approche plus favorable, plus bienveillante à l'égard de la personne et inclusive de son vécu, même si les comportements problématiques (ex. violence conjugale) étaient considérés comme inacceptables. Et de nos jours, ce changement de

perspective et de valeurs dans le domaine de l'intervention psychosociale auprès des hommes, s'est accompli, entre autres, par suite de la prise de conscience de situations dramatiques vécues par des hommes, notamment le suicide. Comme l'explique un intervenant que nous avons rencontré : *«À cause du nombre de suicides et de nos interventions auprès des hommes, on s'est aperçu qu'il fallait revoir toute la problématique des hommes, mais pas du point de vue des problèmes qu'ils causent, mais plutôt en regard de ce qu'ils vivent.»*

• Un nouveau regard sur les hommes

Notre étude indique que l'intervention auprès des hommes en difficulté se développe de plus en plus selon une perspective dynamique, évolutionniste et inclusive du vécu de la personne, donc du vécu masculin, et souvent au delà de ce qui est prescrit dans les politiques gouvernementales. Il s'agit d'une nouvelle orientation, car auparavant l'intervention s'actualisait surtout sur la base des problèmes engendrés par le comportement des hommes, rapportent plusieurs intervenants. Autrement dit, c'est le vécu public des hommes qui fut surtout considéré et sanctionné ou puni. Le vécu intime et privé des hommes est méconnu encore de nos jours, même sous l'angle de l'intervention. Cependant, de plus en plus d'intervenants adoptent maintenant une philosophie et une approche misant sur le vécu privé et intime des hommes, et c'est ce qui favorise la prise en compte de leur souffrance :

«Quand tu reçois quelqu'un, tu ne reçois pas seulement quelqu'un par rapport à un problème donné, tu reçois un être humain. Je connais plein de gens, même en toxicomanie, qui ont bien de la misère à recevoir quelqu'un en le considérant comme un être humain à part entière quand il arrive démoli. Dans plusieurs niveaux d'intervention, c'est comme ça : quand on reçoit un «souïlon», un «biberon», un «sniffeux», c'est considéré comme de la pathologie et les intervenants disent : «(...) c'est des manipulateurs». Pour plusieurs, c'est difficile d'admettre qu'au-delà des comportements, ce sont des êtres humains.»

En intervention, cette position qui ne consistait qu'à regarder le problème des hommes, a souvent eu pour conséquence l'utilisation de techniques de culpabilisation afin qu'ils modifient comportements et attitudes. De plus, dans la problématique masculine, l'approche qui criminalise correspond souvent à un discours de contrôle social (une interprétation restrictive au dire de certains intervenants) :

«On voit beaucoup la violence (et les autres problèmes individuels) en termes de relations homme-femme, mais on ne voit pas la violence dans son contexte : c'est un environnement systémique au niveau des classes sociales, au niveau des jeunes, des vieux, des ethnies (ex. le racisme). On a tendance à voir la question sous un seul angle, le patriarcat, sans envisager les autres formes de violence. Au début de la pratique, j'avais

L'impression que les intervenants voyaient ça beaucoup comme les intervenants versus les hommes : nous en tant qu'hommes, on est correct et d'autres hommes ne le sont pas. Il y avait vraiment un gros problème de perception, comme si on n'était pas capable de voir la filiation qu'il y avait entre hommes (notre propre violence) et les clients. On avait tendance à ne pas les voir comme partie prenante de tout le processus de socialisation, de nous voir - eux et nous - comme partie prenante du même processus de socialisation.»

Lors des débuts de l'intervention auprès des clientèles masculines, il n'y avait pas vraiment de modèles d'intervention adaptés à ces clientèles, nous disent les intervenants. Il a donc fallu se pencher sur le type d'intervention souhaité et être créatif (apprentissage sur le tas, remises en question théoriques et personnelles, questionnement sur la masculinité) :

«On avait à l'époque seulement quelques modèles, entre autres Émerge (Ontario) et les groupes aux États-Unis, mais eux ils étaient très «collés» au mouvement féministe. On s'est inspiré un peu de ces modèles-là. Mais on ne travaillait pas selon l'approche systémique, on voyait ça encore sur une base individuelle. On intervenait sur des variables, une série de caractéristiques qui touchaient les hommes violents, les mécanismes de déni. On cherchait à déjouer tous les mécanismes de protection que les hommes violents avaient mis en place ; en fait, il y en avait toute une liste. (...) Mais, on n'avait pas assez travaillé sur nous-mêmes, je dirais, pour pouvoir intervenir efficacement. (...)»

Pour les intervenants qui ont participé à cette étude, la manière de se défaire des mythes concernant la masculinité et les problématiques telles que la toxicomanie, la violence, le suicide des hommes, fut de mettre l'accent sur la souffrance plutôt que de parler de courage, de pouvoir ou de lâcheté. À l'époque où l'Église condamnait, excommuniait, emprisonnait les gens parce qu'ils posaient de tels gestes, il y avait une autre compréhension de la souffrance des individus.

Choisir d'intervenir en tenant compte de la souffrance des hommes, c'est s'attaquer à un tabou social très persistant. Les intervenants eux-mêmes se sont questionnés sur leur capacité à accepter le fait que les hommes souffrent, contrairement à ce qu'ils avaient appris au sujet des hommes, notamment qu'ils «sont des êtres forts». C'est dans la pratique quotidienne que l'intervenant ou l'aidant apprend au sujet de cette souffrance, au sujet de la vulnérabilité des hommes : ils ne sont pas toujours des êtres puissants et forts, ou des êtres de pouvoir, comme l'exprime ce témoignage :

«Pendant longtemps, les seules relations d'aide que j'ai eues avec les hommes, c'était sur le plan socioéconomique : défense des droits, défense des accidentés du travail. Avec les hommes violents, ce n'était pas des hommes, c'était des violents. Des fois

les entrevues d'accueil étaient extrêmement pénibles, il arrivait que les hommes pleuraient, et dans ces cas-là, je me sentais manipulé. J'avais bien moins de difficulté à voir entrer un gars qui voulait sauter dans les airs et péter des murs ; ça ne me dérangeait pas d'avoir à «dealer» avec quelqu'un en crise, agressif. Mais j'avais bien plus de difficultés à «dealer» avec les hommes qui pleuraient, l'homme démoli avec les épaules rondes qui pleure à toutes les fois qu'il commence à parler... Ce fut une sorte d'apprentissage. J'ai moins de difficulté avec ça aujourd'hui, je pense que c'est quelque chose avec laquelle je dois apprendre à travailler, faire attention un peu à qui je suis intérieurement quand j'interviens avec l'homme défait.»

Broué et Guévremont qui ont plus de 20 ans d'expérience en intervention auprès des hommes en difficulté décrivent leur trajectoire d'intervenant par suite de leur engagement auprès des hommes violents : «Avec du recul, il est évident que cette offre avait fait surgir une crainte et que la première image qui traversa ma pensée fut celle d'un poing fermé brandi dans ma direction. (...) Pourtant, par diverses activités de réflexion et d'échange sur la condition masculine, j'avais appris à renoncer à quelques mythes entourant le vécu des hommes et à me méfier des préjugés. Mais la violence masculine demeurait à mes yeux la manifestation de la bêtise et de l'aliénation au pouvoir machiste. (...) Je songeai alors que la violence masculine en contexte conjugal ou familial était peut-être composée en partie par l'apparition, chez les hommes d'une grande terreur accompagnée d'un sentiment d'impuissance. Dès lors, ils m'apparurent différemment. (...) L'intérêt grandit alors pour cette problématique qui me sembla être l'occasion de poursuivre ma démarche d'approfondissement de la condition masculine, en abordant la face cachée des forces des ténèbres de mon enfance et de ma vie d'homme. Par les conjoints violents, j'allais à la rencontre de moi-même et d'une réconciliation avec l'ennemi, cet autre homme.» (Broué et Guévremont, 1994)

Ainsi, nous réalisons que tous les hommes sont susceptibles de souffrir, mais que certains sont plus à risque que d'autres, comme ceux qui sont dans des situations de vulnérabilité ou en difficulté. Pour la plupart, ce sont des hommes qui sont en perte de lien social, en perte d'affiliation significative. Les hommes «désaffiliés» sont probablement ceux qui souffrent le plus, car ils ont subi de lourdes pertes (affectives et matérielles) et les conséquences sont désastreuses : perte sur le plan des rôles, des capacités physiques, des références externes, comme dans les cas suivants :

- des hommes en rupture d'union ;
- des jeunes hommes qui s'interrogent sur leur identité et leur orientation sexuelle ;
- des hommes incarcérés dans les pénitenciers ;



- des hommes qui ont perdu leur emploi à cause d'une fermeture d'entreprise ;
- des hommes âgés ;
- des hommes qui ont été abusés sexuellement durant l'enfance (50 % des cas en thérapie) ;
- des hommes malades, handicapés, etc.

Les personnes qui ont participé à cette étude nous ont exprimé le souhait de voir la société entière (intervenants et autres) plus réceptive à la vulnérabilité et à la souffrance des hommes, même s'il y a des milieux d'intervention plus politiquement chargés comme dans le cas de la violence conjugale et familiale.

• Intervenir autrement

L'intervenant qui considère avant tout l'être humain est confronté, dans sa pratique, à un défi de taille et ce, sur deux plans. En effet, pour lui la question est de savoir comment responsabiliser un homme sans le blâmer, sans le détruire, sans l'humilier, en respectant l'individu. Comment faire face aussi aux perceptions et aux stéréotypes masculins véhiculés au sein même du domaine de l'intervention psychosociale. Plusieurs intervenants estiment que c'est toute la pratique de l'intervention qui est concernée. Ils nous disent :

« Mon attitude, c'est que lorsque le client nous expose son problème, il n'est pas jugé. Si le gars, m'avoue qu'il a frappé sa conjointe et arrive à nommer le problème ou la situation sans se sentir jugé, le gars se sentira accueilli, il y a aura plus de chance qu'il reste en thérapie. »

« Il faut faire en sorte qu'ils (les clients) reconnaissent leur part de responsabilité dans le problème, mais aussi qu'ils désirent avoir de la maîtrise et du pouvoir là-dessus. Ça se traduit dans la manière d'intervenir, le contenu, le type d'approche, le contexte, la manière de définir les problèmes, tant au niveau de l'accueil que de la prise de contact, que de l'entrevue avec les hommes. »

En ce sens, les valeurs et les préjugés d'un intervenant ne diffèrent en rien des valeurs et des stéréotypes portés par les clients masculins eux-mêmes, parce que clients et intervenants font partie de la même culture, de la même société. Les professionnels de l'intervention nous ont expliqué que c'est au fil du temps et de la pratique que leur point de vue sur les hommes a changé :

« La clé, ça a été de voir et de comprendre qu'une grande partie des comportements des hommes ne reflétait pas ce qu'ils étaient véritablement. J'ai eu la chance de voir des hommes se dévoiler devant moi, de voir ce qu'il y avait derrière leur personnage : par exemple, chez quelqu'un qui était méfiant ou agressif, de voir qu'il y avait derrière ça quelqu'un qui souffrait. Et ce qui m'a aidé, c'est que ce n'était pas théorique. Ça a été vraiment

une expérience où j'ai vu des hommes se dévoiler, pleurer, trembler, ... et me le montrer à moi. »

D'ailleurs Tremblay décrit bien à travers sa trajectoire d'intervenant comment la pratique professionnelle a été confrontée à la problématique générale de la santé des hommes : « Nous avons vaguement l'impression d'être plus réceptif à l'égard des problèmes exprimés par les clientes qui, d'ailleurs répondaient de façon beaucoup plus complaisantes aux interventions proposées. Auprès des hommes, qui présentaient souvent des problèmes marqués par l'opprobre social et qui se montraient plus réticents aux interventions, nous faisons preuve de moins d'empathie et nous étions plus confrontants. Résultat : le taux de désistement était plus élevé. Nous avons donc voulu sortir de ce cul-de-sac en cherchant à comprendre sans juger, l'objectif était d'abord d'améliorer la pratique professionnelle et de soutenir les collègues de travail qui sont aux prises avec les mêmes difficultés en essayant de construire un modèle qui ne s'appliquerait pas seulement aux hommes violents. » (Tremblay, 1996)

Évidemment, il n'est pas simple pour un aidant de modifier une manière d'intervenir et de changer (les perceptions, les stéréotypes). Plusieurs personnes, dans la société, croient que les hommes ont tout, qu'ils forment le groupe le plus favorisé dans notre société, qu'ils sont en position dominante, en position de pouvoir. Et qui dit *pouvoir*, sous-entend souvent le *pouvoir de gérer sa vie*. Ceux qui adoptent une telle position estiment que les hommes en difficulté ou avec des problèmes ont les moyens et les ressources pour « s'en sortir » ; que les ressources disponibles dans nos sociétés devraient être accordées aux personnes les plus démunies, les plus défavorisées.

Avec un tel point de vue, il est difficile pour un intervenant d'avoir une attitude empathique envers un homme qui commet un acte violent, qui est suicidaire, toxicomane, etc. On qualifiera plutôt cet homme de déviant et on se référera à la notion de pathologie. Par contre, les aidants qui ont une longue expérience d'intervention auprès des hommes ont constaté, contrairement à certaines idées préconçues, que les hommes n'ont pas nécessairement autant de contrôle et de pouvoir dans la société, particulièrement dans leur propre vie. Ils sont soumis à des conditions d'existence sur lesquelles ils n'ont pas automatiquement pouvoir et contrôle. Ces situations sont souvent déterminantes dans leurs choix et leurs comportements.

Comme l'indiquent Dickstein et al. (1991) et plusieurs intervenants, les hommes, au cours de leur vie, vont vivre des conflits résultant des nouveaux rôles sociaux, des pressions

sociales contradictoires en termes de normes de comportements, qui les affecteront sur le plan émotionnel. Les intervenants devront être attentifs à ces transformations via les réactions des hommes à travers leur rôle de pourvoyeur économique, de pourvoyeur de soins aux enfants, dans l'équilibre travail/famille, etc. D'autres problématiques surgiront (ex. divorce, rôle de beau-père, monoparentalité au masculin, soins aux personnes âgées, etc.) qui nécessiteront plus d'analyses pour mieux saisir les conditions dans lesquelles vivent les hommes ainsi que leurs réactions. Le diktat *s'en sortir par soi-même* est donc pernicieux. Un intervenant souligne justement :

«Souvent, on ne tient pas compte du bagage que les gens possèdent et de leurs capacités. On méconnaît les gens. Il y a des gens qui sont beaucoup plus démunis en termes de moyens personnels, comportementaux. On ne tient pas compte, non plus, de la manière dont les gens gèrent leur souffrance, leur stress, leur angoisse. J'ai bien de la difficulté à adhérer à cent pour cent à l'idée que toute action est le produit d'un choix rationnel, je trouve ça culpabilisant. Cela veut dire que la personne est complètement responsable des conséquences de ses choix. C'est comme un message de désolidarisation. C'est implacable. C'est choisi individuellement. C'est mis dans une case à part. C'est jugeant, en fait. Puis quand on juge, on risque plus d'éveiller la résistance ou la fermeture. Je trouve que ce n'est pas un appel au changement. (...) Tout le contraire. Je trouve que c'est une autre porte qui se ferme, là, au bout du nez des gars.»

Chez les intervenants, la notion de responsabilisation a plusieurs sens. Lorsqu'ils disent que le client doit se responsabiliser, cela signifie qu'il doit reconnaître qu'il a un problème et demander de l'aide.

Intervenir autrement auprès des hommes signifie donc de dépasser les stéréotypes masculins, d'aborder l'individu comme un être humain malgré son comportement dommageable, de reconnaître que les conditions d'existence des individus influencent leur santé physique et émotionnelle. Ces quelques aspects à considérer ouvrent la voie à l'empathie. Concrètement, les intervenants ne pourront entrer en contact avec d'autres hommes sans empathie, précisent justement de nombreux intervenants. Cela semble un truisme, mais l'histoire de l'intervention psychosociale auprès des hommes prouverait le contraire, du moins du point de vue du regard empathique quant au vécu des hommes dans les types d'intervention. Et pourtant, c'est bien l'une des conditions préalables en relation d'aide pour qui veut distinguer comportement problématique et être humain.

Lorsque vient le moment d'aider un homme en difficulté, le message transmis à travers l'accueil de l'intervenant doit être clair : ces hommes, peu importe leurs antécédents, sont

d'abord et avant tout des êtres humains avec des valeurs, des qualités, des principes, une intelligence ; ils sont des êtres complexes : des pères, des conjoints, des travailleurs, des gars qui rendent service, de bons «chums», ils sont aussi tout ça. En relation d'aide, il faut que le client sente ce respect envers lui, cet accueil empathique :

«Quand les gars se sentent coupables, je travaille fort pour faire en sorte de les amener à se responsabiliser. Mais se sentir coupable, c'est une première étape dans laquelle je ne veux pas que les gars restent. Pour moi, il n'y a pas d'apprentissage dans la culpabilité.»

«Pour moi, c'est important. Et on leur exprime : 'Tu es d'abord et avant tout un être humain avec des valeurs, des qualités, des principes, une intelligence, tu es tout ça ; tu es un père, un conjoint, un bon travailleur, un bon gars de service, un bon «chum», tu es tout ça. N'oublie pas que tu es tout ça.»

«Moi, ce qui me frappait le plus, c'était quelqu'un qui était fermé, puis qui te racontait un peu ce qu'il vivait et, à un moment donné, tranquillement, la confiance s'établissait, il ne se sentait pas jugé, commençait à se sentir apprécié, d'après l'attitude de la personne qui l'écoutait. Quand je voyais cette personne-là s'ouvrir, les larmes arriver, les émotions monter, on pouvait voir tout un système personnel mis en place pour se protéger, pour protéger l'être humain derrière. (...) J'ai vu des hommes qui étaient supposément terrifiants, mais tout d'un coup, je voyais leur bonté, leur intelligence, leur sensibilité. (...) Tout ça c'était relié à leur souffrance et au fait qu'ils pouvaient me la montrer, dans un geste d'une très grande vulnérabilité, (...)»

Comme on le voit, derrière les mécanismes de protection, il y a la souffrance. C'est par ce changement de perspective qu'on a pu dépasser cette première image transmise par un individu pour atteindre l'être humain. Mais il ne faut pas être naïf non plus, précisent plusieurs intervenants, et ne pas négliger l'aspect problématique chez la personne qui demande de l'aide :

«Bien que ces personnes-là aient toujours des qualités inhérentes intactes, il faut néanmoins vérifier s'il y a un élément de dangerosité pour elle-même ou pour les personnes qui les entourent. (...) Je peux recevoir quelqu'un qui a des «patterns» de comportements dangereux, alors je n'interviendrai pas de la même façon qu'avec une personne avec qui je suis capable d'entrer en contact, qui n'a pas ces «patterns»-là. Il faut vraiment être stratégique.»

• Une attitude non jugeante : responsabiliser au lieu de culpabiliser

Dans cette approche humaniste, on comprendra que la lecture d'un problème n'est pas une lecture culpabilisante même **si le comportement du client demeure inacceptable** (ex. violence, toxicomanie). Le but, c'est justement de faire ressortir ce comportement inacceptable : *«C'est ça qui t'amène là, et c'est ceci*



qu'on va travailler pour essayer de changer ta façon de faire qui, elle, est bien intégrée.» C'est une présentation sous l'angle du comportement problématique, non pas de l'individu fautif et irrécupérable.

«Je tiens à ce qu'on ne tombe pas dans la culpabilisation, et notre organisation a travaillé fort pour ça. Je ne veux pas que les gars soient culpabilisés, ce n'est pas notre travail. Notre travail, c'est de l'aider à changer, l'aider à se responsabiliser. Donc, je suis contre la culpabilisation, je suis contre le jugement. Tous les humains, peu importe la couleur de leur peau, leur âge, leur sexe ont droit aux mêmes traitements. (...) En adoptant les valeurs humanistes, je vais devoir confronter la clientèle à ces valeurs : «Tu es un humain, je te respecte.» Ça commence par ça.»

Les intervenants considèrent qu'un discours qui juge, culpabilise, blâme, est un frein à la consultation. Puisque l'on sait que les hommes ne demandent pas d'aide, il faut adopter une attitude plus invitante que l'approche en terme de contrainte (souvent préconisée), d'autant plus que la demande d'aide est généralement induite par un contexte de crise, une recommandation judiciaire.

«Je pense que c'est un premier frein. Quand ils arrivent ici, les gars portent ça en eux. Une gars qui se présente devant moi passe une heure et demie à vouloir se décoller de cette étiquette culpabilisante. Il se débat contre ça. (...) Il n'est pas uniquement une étiquette, une bête méchante. C'est un être humain, avec une zone qui est moins agréable, qui s'appelle comportements violents, et qui est à changer. Ce même être humain a un coeur, des «stripes», c'est un être humain dans sa globalité, et il a des comportements violents.»

Avec cette notion de responsabilisation de l'individu face à sa vie entre en jeu deux thèmes fondamentaux : la reprise du pouvoir sur sa vie, qui sous-entend la capacité de faire des choix de vie ou de comportements plus humains.

«Je n'aime pas galvauder l'expression responsabilisation comme c'est souvent le cas. La responsabilisation, c'est de se savoir responsable, de se sentir responsable et donc de se donner une emprise et un pouvoir personnel là-dessus. Dans notre problématique, on va ramener l'élément de choix. On va demander au gars de choisir de ne plus agir par la violence. On va leur demander de choisir de se retirer du milieu familial dans certains cas, de faire le choix ; c'est pour leur montrer que c'est eux qui peuvent décider, qu'ils peuvent choisir. Je crois qu'ils peuvent choisir, mais ça ne veut pas dire qu'ils vont le faire. C'est un premier volet. Et si je ne fais pas ça, si je ne leur demande pas de faire ce choix-là tout de suite, je leur envoie le message, en tant que thérapeute, qu'ils ne sont pas solides, pas fiables, incapables. Le message, c'est qu'ils peuvent arrêter d'être inhumains, qu'ils ont ce pouvoir, indépendamment de la façon dont ils se sentent. Une grande partie de mon intervention consiste à leur dire : «Tu peux continuer à agir en étant complètement humain.» (...) Ils ont à faire un choix.»

«La culpabilité, c'est stagnant, c'est un cul-de-sac. Ça peut être hypersouffrant de se sentir coupable, et ça n'amène pas à changer. Ça permet de «tasser», d'évacuer, mais ça ne responsabilise pas, ça ne conduit pas vers l'action. Je ne retrouve pas là-dedans le pouvoir sur moi ; c'est toute la question de «l'empowerment», c'est-à-dire la reprise du pouvoir sur soi, et ça fait partie de la responsabilisation.»

Le respect de l'autre et l'empathie ne doivent pas, toutefois, interférer avec les finalités de l'intervention : la prise de conscience et l'identification du problème ainsi que la motivation du client à entrer dans le processus d'aide pour changer son comportement. La responsabilisation permet de faire la différence entre le blâme et le regard sur ce qui se passe, comme les gestes posés dans un contexte donné et leur impact. L'absence de blâme permet à un homme de recouvrer aussi ce qu'il est vraiment : un être intelligent et sensible, comme tout être humain.

1.2 Comprendre la socialisation masculine et ses conséquences négatives

L'abondante littérature scientifique que nous avons inventoriée, rejoint l'expérience des intervenants québécois : l'intervention s'appuie sur une meilleure connaissance des rôles masculins, des attentes sociales, de l'impact des mécanismes d'apprentissage issus de la socialisation masculine ; bref, des mécanismes de construction de la masculinité. Sur ce point, un certain consensus émerge de la littérature scientifique à l'effet qu'il y a un processus traumatisant dans la socialisation masculine : le passage de l'état de garçon à celui d'homme. Pittman (1990, cité dans Brooks, 1998) parle du moment de l'adolescence qui constitue une étape où l'on sacrifie l'humanité du garçon, de l'homme en devenir, au profit de la masculinité.

Globalement, les analyses associent ce traumatisme aux vulnérabilités psychologiques accompagnant le développement émotionnel des hommes ou, encore, aux carences et lacunes qui se dessinent au cours de ce développement. Les analyses portent une grande attention, également, aux limites de la socialisation masculine. Ainsi, comprendre la socialisation masculine et ses conséquences suppose donc l'examen du lien entre le développement émotionnel de l'individu et la vision prescrite de la masculinité qui est surévaluée dans le développement individuel.

• Le sacrifice de l'être humain au profit de la masculinité en tant qu'hégémonie

Si les études féministes ont montré l'existence de privilèges pour les hommes dans une société patriarcale, il faut se rappeler que ce ne sont pas tous les hommes qui bénéficient des privilèges en

question (ou de tous les privilèges) ; cette réalité ne doit pas nous faire oublier, non plus, que la notion de masculinité sur le plan social est basée sur une démarche (ou un processus) d'attribution. D'abord, Lisak (1995) réaffirme la vision de Chodorow (1978) (qu'il cite) à l'effet que la masculinité est définie surtout par ce qu'elle doit exclure, c'est-à-dire la féminité ou ce qui est considéré socialement comme des attributs féminins (ex. la vulnérabilité, la passivité, la dépendance). Il prétend également que, pour parvenir à exclure ce qui est considéré féminin, la socialisation masculine exigera une amputation systématique ou un renoncement de tout ce qui caractérise une personnalité humaine (*systematic truncation of a human being's personality*), c'est-à-dire l'amputation des émotions ou le sacrifice des émotions. Alors, Lukton (1992) soutient que pour devenir un individu, le garçon érigea des barrières intérieures, et toute sa façon de fonctionner consistera à diminuer sa vulnérabilité.

Cette recherche se fera en accord avec les préceptes de la masculinité que l'on tente d'inculquer ou sera guidée par de tels préceptes. Cochran et Rabinowitz (1996) soutiennent que les valeurs et les comportements masculins prescrits par la culture (et décrits par O'Neil), seraient dus aux vulnérabilités de la prime enfance, à travers les discontinuités et les interruptions du lien maternel et paternel chez les hommes. Brooks (1998) explique, quant à lui, que l'acquisition de la masculinité passe inévitablement par le rejet de la notion de faiblesse et l'accentuation des attributs de contrôle qui transitent à travers les comportements colériques ou agressifs.

Dans la masculinité, les affects s'expriment plutôt à travers des traits comme la logique, la rationalité. Les attributs qualifiés de masculins comme le contrôle, l'indépendance, la compétition, apparaissent alors antithétiques aux émotions intenses. La notion de mystique masculine a été utilisée pour décrire les comportements et les attributs associés à la masculinité traditionnelle par la socialisation (Silverberg, 1986 - cité dans Brooks, 1998). Une telle masculinité met l'accent sur l'indépendance au lieu de la coopération, sur la connaissance rationnelle au lieu de la connaissance sensible, sur l'action au lieu des sentiments.

En termes de conséquences, Lisak (1995) croit qu'en séparant les hommes de leur répertoire émotionnel, la socialisation masculine entraîne des difficultés sur le plan relationnel et les prive d'un soutien social. En somme, cette socialisation ne les amène pas à expérimenter toute la gamme des émotions humaines, notamment l'empathie ou la sympathie envers les autres et envers eux-mêmes (on peut associer cette situation aux comportements d'agression, entre autres). Également, la socialisation masculine éloigne ou coupe les hommes du

processus de prise en charge des enfants (*childrearing*). Conséquemment, comme le soutiennent Chodorow (1978) et Kilmartin (1994 - cités dans Lisak, 1995), les hommes n'expérimentent pas la capacité de créer des liens intimes avec les autres. Pendant que les jeunes filles apprennent à nouer des liens intimes (intimité et confiance) avec des amies, les relations entre les garçons sont largement déterminées par la compétition (jeux, sports, etc.). Cette socialisation, même au cours de la vie adulte, reproduit chez les hommes ces mêmes caractéristiques. Les expériences vécues dans le monde du travail renforcent et reconduisent les modèles et les rôles appris durant l'enfance (Dulac et Groulx, 1998).

Cette analyse de la construction de la masculinité et des conséquences négatives est ici sommaire, la suite de notre rapport permet d'approfondir la question. Mais il faut souligner à quel point il est étonnant de constater que cette analyse récente met l'accent sur des aspects vulnérables que Horney mettaient au jour en 1932 (ex. peur d'être ridiculisé, attaqué et privé, menace au respect de soi, à la dignité de l'homme, peur d'être rejeté par les autres), des vulnérabilités souvent résolues dans le comportement de surcompensation (Boehm, 1930 - tous cités dans Lukton, 1992).

Cela étant dit, la masculinité n'est pas que négative ; elle comporte aussi des aspects positifs que plusieurs auteurs ont relevés, dont Cochran et Rabinowitz (1996) ; en résumé, il faut remarquer :

1. La capacité de sacrifier ses besoins et désirs personnels pour nourrir les membres de sa famille
2. La capacité d'endurer la douleur et les épreuves pour protéger ses proches
3. L'empressement à épauler quelqu'un ou à l'aider à résoudre un problème
4. L'expression d'amour en posant des gestes pour les autres (ex. prouver l'amour au lieu de le dire)
5. Ne pas lâcher tant qu'on a pas réussi à résoudre un problème
6. L'intégrité, la résolution et la loyauté face à des engagements
7. L'empressement à prendre des risques et à rester calme face à un danger
8. La tendance à être centré sur l'action et le faire (l'agir)

• L'expressivité et la détresse

Comme l'explique Scher (1990), plusieurs de ces comportements sont vus, ironiquement, comme étant la cause des difficultés des hommes et qui les amènent à consulter. Néanmoins, plusieurs hommes peuvent vivre un sentiment puissant d'affirmation et de validation quand les



comportements pour lesquels ils ont été critiqués, sont considérés de manière plus positive.

Dans la littérature, plusieurs auteurs s'accordent pour souligner le lien entre l'expressivité limitée des hommes sur le plan émotionnel et les conséquences négatives de cette situation : il y a la violence, la dépendance aux substances, la peur de l'intimité, la communication, les problèmes relationnels avec les femmes, les difficultés parentales. Bien que ces aspects soient largement reconnus dans la littérature, Allen et Gordon (1990) prétendent que sur le plan social, d'autres problèmes sont cependant niés, par exemple la dépression. La souffrance et la détresse des hommes constituent un «secret bien gardé», reprennent les auteurs à l'appui de la position de Eichler (1989) qu'elles citent.

De nombreuses études ont souligné les différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les problèmes de santé et ce, dans le cadre des perspectives biogénique et psychosociale. Certes, les seules raisons biogéniques n'expliquent pas entièrement ces différences, les statistiques comparatives sur ce sujet le montrent bien : les femmes davantage que les hommes sont diagnostiquées dépressives, le taux de suicide des hommes est plus élevé que chez les femmes, les hommes ont plus de problèmes liés à l'alcoolisme, à la dépendance aux drogues, aux maladies coronariennes, etc. Pour Eisler et Blalock (1991), ces statistiques révèlent plus que de simples différences liées au genre : elles révèlent une association entre les préceptes de la masculinité et de la féminité et une façon de faire face (*coping*) aux problèmes ou aux situations qui n'est pas la même. À la lumière des

positions de Pleck (1981), Eisler et Blalock (1991) estiment que l'imposition de valeurs masculines sur les hommes pourrait engendrer des stress liés aux rôles selon le genre et conduire à des problèmes de santé ou à une façon de faire face dysfonctionnelle.

Cette position ne signifie pas que tous les comportements masculins sont nocifs, mais que ce sont plutôt les façons rigides (c'est-à-dire extrêmement conformes à la masculinité) d'évaluer les situations et d'y faire face qui est en cause. On constate donc que les contingences sociales sur les attitudes et les comportements masculins produisent un schéma cognitif lié au rôle selon le genre. En somme, les hommes ont recours aux schémas masculins pour évaluer les menaces potentielles dans leur environnement et pour les guider dans leurs façons de faire face aux difficultés, de réagir. En conséquence, un fort attachement (*commitment*) aux schémas cognitifs liés aux rôles traditionnels selon le genre, restreint les stratégies disponibles pour faire face aux problèmes (Eisler et Blalock, 1991).

Pieretti (1996) illustre très bien à partir des stades de développement de l'ego (d'après la théorie de Loewinger, 1976) certaines des conséquences nuisibles ou problématiques de la socialisation masculine, sur le plan relationnel en particulier :

STADES	SITUATIONS	CONSÉQUENCES
Protection de soi ou auto-protection (<i>self-protective</i>)	<ul style="list-style-type: none"> individu préoccupé par les gains ou les buts fixés, par le fait de les atteindre «au moindre coût» pour lui-même ; tendance à exploiter les autres pour atteindre la gratification ; tendance à manipuler normes et règles sociales à son profit, pour rencontrer ses objectifs de développement ; préoccupé par lui-même, peu conscient de son appartenance à un groupe social. 	<ul style="list-style-type: none"> à ce stade, être un homme est surtout défini par des caractéristiques physiques et l'apparence extérieure ; peu d'attention aux aspects psychologiques et sociaux dans sa définition du genre ; sur le plan interpersonnel, les relations sont vues en terme de pouvoir, de compétition et d'avantages ; les relations sentimentales sont un moyen d'obtenir un soutien émotionnel et une gratification sexuelle ; peu de conscience des besoins psychologiques de la partenaire, à moins que ce ne soit en lien avec les propres besoins de l'homme.
Conformiste	<ul style="list-style-type: none"> identification au groupe est de première importance ; accord et adhésion aux normes et conventions sociales parce que considérées appropriées à un grand groupe ; très fort sens identitaire en tant que membre d'un groupe ; conformité qui permet le maintien de l'appartenance au groupe ; individu motivé par l'apparence et l'approbation sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> être un homme et la masculinité vus selon des traits stéréotypés ; être un homme = attrait superficiels (ex. en contrôle, agressif, fort, dominant, rationnel, indépendant) ; en relation, le comportement est cohérent avec les attentes sociales au fait d'être un homme ; sur le plan sentimental, les rapports stéréotypés dominant ; compréhension de l'amour et de l'intimité est romancée ; rôle de protecteur et de pourvoyeur.

STADES	SITUATIONS	CONSÉQUENCES
Conscient	<ul style="list-style-type: none"> • plus grande séparation psychologique de l'individu envers le groupe ; • présence de standards personnels ; • il n'y a plus de dépendance totale aux normes et règles sociales ; • les standards personnels permettent d'évaluer ses accomplissements, sa réussite ; • cristallisation des buts et valeurs personnels ; • augmentation de l'engagement personnel et social, des responsabilités envers les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> • capacité à définir de façon personnelle et selon ses standards la masculinité, les rôles (incluant des aspects psychologiques, des traits, des influences sociales) ; • être un homme est défini selon une conception personnelle ; • sur le plan relationnel, l'individu ne ressent plus le besoin de se comparer aux autres ; • il y a moins d'attentes envers les autres sur le plan de la réalisation de la masculinité ; • les relations sentimentales sont empreintes de communication, d'expression de soi, de réciprocité (<i>mutuality</i>), de respect ; la partenaire est vue comme une personne égale ; • si l'individu est très responsable, il peut y avoir conflit entre soi et l'obligation envers les autres.
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • augmentation du sentiment de contentement (<i>self-fulfillment</i>) et prise de conscience de l'interdépendance entre individus ; • conflit personnel inévitable entre besoins d'autonomie pour soi et ceux des autres ; • compréhension de soi vue comme un processus ; • appréciation des divers rôles ; • capacité de voir les relations interpersonnelles à travers ses propres rôles ; • individu reconnaît la diversité des rôles chez les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> • être un homme est un processus et un aspect d'un Soi à multiples facettes ; • individu plus disposé à reconnaître le conflit intérieur entre la définition de soi et la relation aux autres ; • être un homme est vu comme une dimension du développement de la personne ; • sur le plan interpersonnel, capacité à intégrer des rôles vus autrefois comme étant en compétition (ex. rôles de partenaire, de parent, membre de la communauté) ; • être un homme est défini de plusieurs façons ; • les relations interpersonnelles, sentimentales impliquent réciprocité et interdépendance, accomplissement des 2 partenaires contribue à chacun ; respect de la liberté de l'autre.

Pieretti (1996)

Même dysfonctionnels, les hommes tirent encore suffisamment d'avantages secondaires des rôles traditionnels pour ne pas changer.

Pour sa part, Brooks (1998) identifie les principaux signes de détresse chez les hommes traditionnels :

1. *Colère, frustration, impulsivité*, des émotions très associées à la socialisation.
2. *Colère à l'endroit des femmes*, la tension maritale et le coût à payer pour la redéfinition sociale des rôles familiaux.
3. *Sentiment d'impuissance* : Brooks cite Kimmel (1994) qui estime que les hommes vivent un paradoxe dans l'articulation vie privée/vie professionnelle sous la forme du sentiment d'impuissance dans la vie privée alors que dans la vie professionnelle, ils ont le pouvoir sans se sentir pour autant puissant.
4. *Sentiment d'impuissance (ou de médiocrité) face aux autres hommes*, car les privilèges sont surtout le lot des Blancs, hétérosexuels de classe moyenne ou riches.
5. *Sentiments de culpabilité, de honte, de chagrin*.
6. *Anxiété associée au fait d'être un homme sans association à la féminité*.

7. *Isolement émotionnel face aux autres hommes*, d'où la dépendance émotionnelle excessive à l'endroit des femmes (autant pour les questions d'expressivité que de validation de la masculinité).

Good et al. (1996) montrent de façon significative le lien entre rôles masculins et dépression. Ils concluent que les hommes seraient en meilleure santé s'ils ne se limitaient pas aux attributs traditionnels de la masculinité. En raison de leur détresse psychologique et de leur refus face à l'assistance psychologique, ils sont plus sujets ou prédisposés à faire usage de drogues ou à adopter des comportements extravertis (*externalizing behaviors*), tels que la violence interpersonnelle ou d'autres comportements antisociaux. En revanche, Dickstein et al. (1991) estiment que les hommes sont affectés émotionnellement par les nouveaux rôles, notamment par une augmentation de la détresse psychologique. Les thérapeutes devront s'enquérir des préoccupations des hommes à cet égard, car tous ces nouveaux rôles feront apparaître sous un autre jour la dépendance psychologique des hommes.

Malgré ces signes qui traduisent une détresse émotionnelle et psychologique, les hommes ont de la difficulté à demander de l'aide.



D'après Wilcox et Forrest (1992), les difficultés des hommes sont attribuées à deux facteurs : premièrement, à la trop grande conformité aux rôles liés au genre (ce que nous avons décrit dans le rapport de la phase I - Dulac, 1997) ; deuxièmement, au conflit entre la relation d'aide qui exige intimité, expressivité, abandon et les façons des hommes d'entrer en relation (compétition, pouvoir, contrôle), ce que nous abordons plus loin. Bien sûr, de tels présupposés amènent chercheurs et praticiens à conclure à la nécessité de «changer» les hommes, la manière d'intervenir ou les deux.

• L'intervention et la notion de genre

Quels sont les éléments qui caractérisent l'intervention auprès des hommes? D'abord, parler de thérapie et des hommes suppose de considérer la notion de genre même si cette notion vient ébranler plusieurs certitudes et attitudes bien ancrées dans la théorie et la pratique psychosociale. En effet, pendant longtemps, on a cru que les caractéristiques personnelles d'un client ne devaient pas interférer avec le processus d'aide. Mais les études féministes et ethniques nous ont montré que le sexe, la race, l'ethnicité devaient être pris en compte dans l'intervention. Ainsi, le fait d'être un homme ou une femme constitue un élément important qui compte dans l'intervention, car la notion de genre n'est pas neutre.

Certains spécialistes comme Wilcox et Forrest (1992) croient que l'intervention doit sortir des sentiers battus, puisque la littérature montre que les caractéristiques masculines et la façon d'entrer en relation des hommes sont incompatibles avec la demande d'aide et certains aspects du rapport thérapeutique. Ces auteurs estiment insuffisant d'attribuer les difficultés des hommes à demander de l'aide aux stéréotypes masculins, comme nous l'avons démontré dans la phase I (Dulac, 1997). Pour mieux comprendre cette problématique, ils adoptent une vision critique de la notion de genre : il faut considérer la construction du genre selon la théorie du constructivisme social, qui prône d'ailleurs la diversité des masculinités et suggère la complexité des vécus masculins (Wilcox et Forrest, 1992).

Jusqu'à maintenant, rapportent Wilcox et Forrest (1992), les études empiriques et la littérature ont été peu imaginatives dans leur façon d'adapter le modèle ou le processus thérapeutique général au style d'interaction des hommes. Ils notent que les approches cognitives et de résolution de problèmes dominant encore. La critique de Wilcox et Forrest est basée sur les recherches des intervenants pour transformer leur pratique en fonction des attentes de la clientèle masculine.

Ils prétendent, comme nombre d'auteurs, à la présence de nouvelles exigences par rapport aux normes ou aux consignes traditionnelles de l'intervention. L'intervenant doit être plus direct et l'intervention axée sur des stratégies d'action (Allen et Gordon, 1990 ; Heppner et Gonzales, 1987 ; Solomon, 1982), les clients s'attendent à plus de dévoilement de la part de l'aidant (comparativement aux femmes), surtout en termes de conseils plutôt qu'en termes d'informations sur l'aidant lui-même (Hardin et Yanico, 1983 ; Subich, 1983). Enfin, certains estiment que le recours à des débats, des arguments (donc un fonctionnement plus axé sur une base logique ou intellectuelle) représentent des moyens efficaces ou productifs en relation d'aide avec des hommes (Hogg et Turner, 1987 - tous cités dans Wilcox et Forrest 1992). En accordant une place prépondérante à la notion de genre, nous en arrivons rapidement à nous interroger sur le concept même de «thérapie».

La thérapie

Étant donné l'importance des émotions dans un processus thérapeutique ou en relation d'aide, de la difficulté des hommes à les exprimer (voire des intervenants à les reconnaître chez les hommes), on peut s'interroger sur le concept de «thérapie» comme modèle d'intervention approprié aux clientèles masculines.

Plusieurs spécialistes ont identifié des contradictions dans le modèle thérapeutique traditionnel par rapport à une clientèle masculine. Nous nous inspirons des travaux de Robertson et Fitzgerald (1992), de Shay (1996) et de Brooks (1998) qui ont le mérite d'illustrer clairement l'écart entre le modèle thérapeutique traditionnel et les compétences masculines. Ainsi beaucoup d'approches thérapeutiques exigent chez les clients les capacités ou les prérequis suivants :

1. Une prise de conscience de soi-même (*self-awareness*), alors que les hommes ne sont pas socialisés à développer cet aspect, mais plutôt à contrôler et à cacher leurs émotions et sentiments.
2. La thérapie est la forme d'aide qui demande chez le client la reconnaissance de ses problèmes, alors que les hommes sont socialisés à ne compter que sur eux-mêmes et à ne pas reconnaître le besoin d'aide.
3. La thérapie exige de révéler des aspects vulnérables, alors que les hommes sont socialisés à les cacher ou à les nier.
4. La thérapie exige de poser un regard sur sa vie à l'aide d'une autre personne, alors que les hommes sont socialisés à ne compter que sur eux-mêmes, ce qui sous-entend une introspection indépendante et intellectuelle.

Ces contradictions relevées par Robertson et Fitzgerald (1992) entre socialisation masculine et thérapie révèlent deux préoccupations à propos de ce type d'aide : a) le mode thérapeutique suppose de reconnaître l'échec (*failure*) au lieu du succès, la coopération au lieu de la compétition et la vulnérabilité au lieu du pouvoir ; b) ces contradictions ne révèlent pas que les hommes sont fautifs ou dans le tort, mais elles font ressurgir les différences entre la socialisation masculine et les attentes de plusieurs thérapeutes et intervenants formés de manière traditionnelle. Dans ce contexte, on peut très bien saisir la réticence de certains hommes à demander une aide psychologique ou psychosociale.

Le modèle thérapeutique conventionnel, rappelle Shay (1996), est fondé sur deux phénomènes : la conversation et l'expérience, avec pour devise la communication, le dévoilement, la vulnérabilité et le partage intime ; ce qui est en somme l'antithèse de la masculinité (Meth et Pasick, 1990 : 152, cités dans Shay, 1996). Le langage de la thérapie n'est pas celui, non plus, des hommes ; il faut donc trouver le langage des hommes pour les atteindre.

Brooks (1998) prétend lui aussi que la psychothérapie, plus que jamais, doit considérer de nouvelles façons d'interagir avec les hommes. On ne doit pas seulement développer de nouvelles techniques, soutient-il, mais le contact thérapeutique doit être modifié autant dans sa forme que par rapport au rôle du thérapeute (ou de l'intervenant). Brooks (1998), à travers son expérience de thérapeute, sa réflexion sur la masculinité et sur le processus thérapeutique comme tel, a constaté le peu d'intérêt dans le domaine de la psychothérapie pour la problématique de l'homme dit traditionnel. Ses remarques à ce sujet sont plus que pertinentes : la culture de la psychothérapie est bien différente de la culture des hommes traditionnels, et il est bien ironique de constater, dit-il, que ce champ dominé par les hommes n'a pas su atteindre la clientèle masculine pour lui venir en aide, comme ce fut le cas pour les femmes.

Voici en résumé les éléments relevés par Brooks qui ne facilitent pas la demande d'aide des hommes et l'intervention auprès des hommes en difficulté :

<p>Stéréotypes à l'endroit de la psychothérapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • profession dominée par les hommes mais dirigée vers les femmes ; • stigmatisation de ce qui est associé à la maladie mentale ; • distance thérapeute/ client ; • processus nébuleux, objectifs non tangibles ; • freudiens excentriques (images véhiculées par les médias) ; • femmes thérapeutes qui tombent en amour avec client masculin ; • exigences de la thérapie à l'encontre des caractéristiques de la masculinité traditionnelle ; hommes traditionnels ont plutôt une attitude négative à l'endroit des images auxquelles renvoient ces caractéristiques. En résumé : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>Exigences de la thérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • dévoiler la vie privée • renoncer au contrôle • intimité non sexuelle • montrer ses faiblesses • faire l'expérience de la honte • être vulnérable • chercher de l'aide • exprimer les émotions • être introspectif • s'attaquer aux conflits interpersonnels • confronter sa douleur, sa souffrance • reconnaître ses échecs • admettre son ignorance </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>Exigences de la masculinité</p> <ul style="list-style-type: none"> • cacher la vie privée • maintenir le contrôle • sexualisation de l'intimité • montrer sa force • exprimer sa fierté • être invincible • être indépendant • être stoïque • agir-faire • éviter les conflits • nier sa douleur, sa souffrance • persister indéfiniment • feindre l'omniscience </td> </tr> </table>	<p>Exigences de la thérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • dévoiler la vie privée • renoncer au contrôle • intimité non sexuelle • montrer ses faiblesses • faire l'expérience de la honte • être vulnérable • chercher de l'aide • exprimer les émotions • être introspectif • s'attaquer aux conflits interpersonnels • confronter sa douleur, sa souffrance • reconnaître ses échecs • admettre son ignorance 	<p>Exigences de la masculinité</p> <ul style="list-style-type: none"> • cacher la vie privée • maintenir le contrôle • sexualisation de l'intimité • montrer sa force • exprimer sa fierté • être invincible • être indépendant • être stoïque • agir-faire • éviter les conflits • nier sa douleur, sa souffrance • persister indéfiniment • feindre l'omniscience
<p>Exigences de la thérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • dévoiler la vie privée • renoncer au contrôle • intimité non sexuelle • montrer ses faiblesses • faire l'expérience de la honte • être vulnérable • chercher de l'aide • exprimer les émotions • être introspectif • s'attaquer aux conflits interpersonnels • confronter sa douleur, sa souffrance • reconnaître ses échecs • admettre son ignorance 	<p>Exigences de la masculinité</p> <ul style="list-style-type: none"> • cacher la vie privée • maintenir le contrôle • sexualisation de l'intimité • montrer sa force • exprimer sa fierté • être invincible • être indépendant • être stoïque • agir-faire • éviter les conflits • nier sa douleur, sa souffrance • persister indéfiniment • feindre l'omniscience 		
<p>Construction sociale de la masculinité</p> <p>Brooks (1998, ...suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tout dans la masculinité est compétition et hiérarchie, alors que le processus thérapeutique s'appuie sur une démarche réflexive, plus lente, avec un contact avec les vulnérabilités ; • la thérapie est vue comme une perte de temps chez les hommes traditionnels ; • les notions de contrôle, de pouvoir, de domination sont cruciales et associées à leur valorisation personnelle ; si une femme gagne « en pouvoir », ces hommes se percevront comme peu attachants (<i>unlovable</i>), perdront le respect. 		



<p>Intervention auprès des hommes traditionnels</p> <p>(Brooks, 1998)</p>	<p>Brooks (1998) identifie deux aspects qui interpellent l'aidant dans le modèle d'intervention auprès des hommes traditionnels et qui laissent entrevoir sa vision globale : la thérapie auprès des hommes traditionnels nécessite un nouveau regard autant sur la démarche thérapeutique que sur le rôle du thérapeute (Brooks indique, en résumé, que les thérapeutes font partie de la solution ou du problème, c'est selon) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le regard porté sur le client : Brooks soutient que c'est avec Schofield (1964) que la neutralité du thérapeute a été remise en question lorsqu'il a indiqué que les thérapeutes avaient des clients préférés, qu'ils avaient tendance à préférer des clients semblables à eux-mêmes (puisque les thérapeutes sont aussi le produit d'influences culturelles). Face aux hommes traditionnels, les thérapeutes devront tenter de les comprendre en tant qu'individu et par rapport à leurs résistances à la thérapie ; • Revoir la démarche thérapeutique : profession dominée par les hommes, la psychothérapie a ironiquement peu considéré (<i>limited value</i>) les hommes traditionnels. Pour Brooks, c'est un biais lié au genre, une exclusion qui s'est faite notamment en raison de la masculinité elle-même et de la culture des hommes en général. La culture de la psychothérapie est différente de la culture des hommes traditionnels, soutient Brooks. Le modèle thérapeutique conventionnel a donc été restrictif (<i>restrictive therapy model</i>) et appliqué à une population qui ne pouvait y réagir. Face aux hommes traditionnels, Brooks considère qu'il faut plus que le développement de nouvelles techniques telles que l'acquisition d'habiletés (Levant, 90 ; O'Neil, 1981) ou l'approche psychoéducatrice (Allen et Gordon, 1990). Un changement de perspective s'impose, un changement qui n'exclut pas de composer avec les approches cognitive, behaviorale, et de viser le changement relationnel. Brooks propose une perspective qui met l'accent sur le rôle du thérapeute qui doit s'adapter au client, non l'inverse. D'où cette nécessité de comprendre les hommes traditionnels et leurs résistances à la thérapie.
--	---

La notion de genre

Si l'intervenant doit considérer la diversité des masculinités et la fluidité des représentations de la masculinité, la notion de genre et les mécanismes d'apprentissage doivent l'être tout autant.

Levant (1992) préconise, comme d'autres, l'examen de la socialisation liée au rôle selon le genre, en particulier les habiletés différentes selon les sexes. En général, les psychothérapeutes utilisent de façon traditionnelle, soutient-il, les habiletés et les comportements des hommes (ex. difficulté d'admettre l'existence du problème, à demander de l'aide, à identifier et à exprimer les émotions, peur de l'intimité). Or, ces habiletés et ces comportements deviennent généralement des obstacles socioculturels qui nécessitent de revoir formes et contenus de l'aide, notamment de :

1. Tenir compte de la honte dans la vie des hommes et de traiter ceux qui sont aux prises avec ce problème
2. Tenir compte de la notion de genre, explicitement la socialisation des hommes
3. Tenir compte des aspects problématiques de la définition de la masculinité

Une autre dimension importante à propos de la notion de genre est amenée par Rowan (1997b). Pour lui, l'aide appropriée aux hommes sur les plans individuel et socioculturel, doit considérer les enjeux de l'intimité, du pouvoir, de la compétition, de la vulnérabilité et les rôles liés au genre. Quoiqu'il admette que les hommes puissent avoir des comportements dysfonctionnels, il considère à l'instar de Kipnis (1991: 93) qu'il cite que l'homme est essentiellement quelqu'un de bon. Comme chez plusieurs théoriciens de l'intervention auprès des hommes, Rowan (1997a) considère

que les qualités masculines doivent être mises en valeur et insiste sur le fait qu'il n'y a pas qu'un type de masculinité.

Le modèle de O'Neil (1990) inclut aussi la notion de genre en intervention. C'est d'ailleurs l'un des précurseurs quant à cette question. Il désigne les croyances et les valeurs associées au genre masculin sous l'appellation de **mystique masculine**. Ici encore la masculinité n'est pas univoque : croyances et valeurs masculines sont intégrées au cours du processus de socialisation et tout au long de la vie, mais elles varient selon les individus en raison de facteurs comme l'âge, la race, le passé familial et le niveau socio-économique. O'Neil (1990) prévient toutefois qu'une démarche d'intervention qui ne comporte qu'un aspect de la compréhension des rôles sans un éveil aux dimensions affectives et aux émotions, ne suffit pas pour promouvoir un changement durable chez les hommes. Les interventions qui tiennent compte des aspects cognitifs et des expériences émotives, sont plus appropriées pour stimuler un *empowerment* dont les hommes ont besoin pour actualiser les changements dans leur vie. O'Neil (1990) émet principalement l'hypothèse que la peur de la féminité est sous-jacente à des conflits et des tensions issus de cette socialisation ; que cette peur de la féminité est apprise très tôt dans le processus de socialisation et peut affecter la santé tant physique que psychologique. La peur de la féminité est une dimension importante en intervention psychosociale auprès des hommes.

Dans le même esprit, Lisak (1995) estime fondamental de confronter les individus à leur socialisation. En intégrant cette perspective dans les modèles d'intervention auprès des hommes, on peut alors saisir les liens entre socialisation masculine et les conséquences psychologiques et comportementales d'un problème. Il évoque l'analyse

féministe à propos de l'importance de la socialisation selon le genre dans les problèmes psychologiques des femmes. C'est une perspective qui peut s'appliquer aussi aux hommes, car la socialisation masculine traditionnelle les empêche de se dévoiler et d'exprimer leurs émotions, qu'il s'agit bien d'une conséquence liée au rôle selon le genre. Comme Brooks (1998), Lisak (1995) affirme que le principe de base d'une démarche d'aide entre en conflit avec les normes de la masculinité : la psychothérapie (ou les thérapies en général) est traditionnellement considérée comme le refuge des faibles, de ceux qui ne peuvent régler leurs problèmes eux-mêmes, si bien que les hommes se cachent, veulent garder le contrôle de la situation en cas de problème.

La notion de genre permet donc de distinguer ce qui est propre au genre masculin, par conséquent de mettre au jour les aspects favorables et dommageables de la masculinité. Elle permet aussi d'élargir la compréhension de ces aspects aux dimensions socioculturelles qui y sont associées et de susciter ultimement un changement personnel et social (ou collectif). Dans cette perspective, Nelson (1991) pense que les hommes qui reconnaissent leur dimension féminine ne se sentent plus menacés, n'ont plus besoin d'affirmer leur masculinité par opposition à leur féminité, ont de meilleurs rapports avec les femmes, acceptent les homosexuels. Ce changement survient lorsque les rôles masculins sont redéfinis. Cette redéfinition des rôles masculins serait le cœur d'une approche thérapeutique efficace, laquelle doit tenter de résoudre le conflit entre des rôles liés au genre (issus et imposés par la culture) et des rôles davantage liés aux besoins et aux habiletés des individus plutôt qu'à une masculinité traditionnelle ou rigide.

Un autre point de vue sous-jacent à la notion de genre est amené par Heesacker et Prichard (1992). L'approche mythopoétique de Robert Bly est jugée efficace afin que les hommes comprennent profondément leur propre expérience émotionnelle. De sorte qu'un modèle d'intervention devrait correspondre à une sorte de « conversation avec soi-même » (*to have a conversation about who they are*). Les auteurs estiment que la thérapie a failli à cette tâche fondamentale qui est de connaître et de valider *qui est l'homme* avant de pointer ses incompétences, ses lacunes. Les forces émotionnelles des hommes n'ont pas été assez reconnues. Comme démarche thérapeutique, ces auteurs recommandent l'adoption d'un modèle d'intervention général axé sur :

1. Le recours aux livres et aux moyens audio et vidéo (bibliothérapie).

2. L'écoute attentive de l'histoire personnelle des hommes pour y découvrir les thèmes mythiques autant sur le plan de l'affect que sur le plan des archétypes.
3. L'approfondissement de la voie de ces mythes et archétypes, car c'est ce qui révèle le sens de la masculinité et la psychologie de l'homme.
4. Le silence en thérapie afin de se rapprocher des émotions.
5. *L'acting out* (contrairement aux enseignements) pour permettre le contact avec les émotions.

Au Québec, Tremblay (1996) propose un modèle d'intervention intégrant la notion de genre appliquée aux hommes traditionnels. Son modèle est centré sur six éléments : l'analyse de soi-même ; un cadre d'intervention clair et structuré ; s'appuyer sur les aspects concrets ; avoir pour objectifs de responsabiliser et de soutenir ; briser l'isolement affectif ; développer des modèles masculins positifs.

• L'identité masculine et les émotions en intervention

Les émotions, les sentiments ressentis par les individus occupent une place importante dans le processus d'intervention psychosociale. Il s'agit d'un matériel brut avec lequel les clients et les intervenants travaillent pour faciliter le processus de changement, d'aide. Mais la littérature n'est pas unanime sur la question de l'expression émotionnelle chez les hommes. Deux écoles de pensée s'affrontent.

L'école de l'insuffisance (manque et limites)

Certains considèrent que les hommes n'expriment qu'un registre limité d'émotions. C'est le cas de Femiano (1992) qui propose une définition de l'affect et des façons pour les hommes de faire face aux émotions. L'affect est défini comme toute expression verbale ou non verbale d'un contenu émotionnel, que ce soit la colère, le deuil, la joie ou d'autres sentiments. Il estime que le fait d'apprendre aux hommes à exprimer un plus large éventail d'émotions aura une double fonction, c'est-à-dire éducative et thérapeutique. Malgré les mécanismes de défense reliés à la socialisation, l'intervention auprès des hommes est gratifiante, car le changement engendré aura des répercussions sur une échelle plus grande de leur vie et dans leur entourage, jusqu'à la mise en place d'un monde plus tolérant. Il faudrait donc aider les hommes à identifier et à faire la distinction entre les sentiments, leur apprendre le langage de l'expression émotive afin qu'ils puissent faire savoir aux autres ce qu'ils ressentent, les encourager à utiliser cette nouvelle connaissance de leurs émotions pour être plus empathiques et sensibles aux sentiments des autres. Femiano (1992) suggère des techniques corporelles et de communication pour enseigner l'expression des émotions.



Les hommes n'exprimeraient qu'un registre limité des émotions parce qu'ils sont éduqués à les réprimer, les affects étant considérés comme un signe de vulnérabilité, de non-contrôle, d'irrationalité. Cela ne veut pas dire que les hommes n'ont pas d'émotions, mais qu'elles sont rationalisées. Il s'agit d'une stratégie comportementale visant à contenir les sentiments. D'après Seidler (1992), lorsque des hommes prennent conscience de la dissociation entre ce qu'ils ressentent et la norme de comportement (ce qu'ils doivent ressentir selon la raison), ils se tournent vers la thérapie comme lieu d'exploration de ces tensions.

Selon ce point de vue, la thérapie (ou la démarche d'aide) est un processus au sein duquel les hommes réapprennent à accepter l'intégrité des émotions et des sentiments, ce qu'on appelle le «ressenti». On y reconnaît que les émotions font partie de la réalité, non seulement de la subjectivité qui peut fausser la réalité, mais d'une subjectivité qui donne accès au réel.

L'école de l'imperceptibilité

D'autres chercheurs ou théoriciens adoptent plutôt une position où l'expressivité émotionnelle des hommes et des femmes n'empruntent pas le même chemin, voire se distinguent carrément. Par exemple, Bruckner et Johnson (1987) ont observé des différences liées au genre sur le plan de

l'expressivité chez les personnes ayant été abusées sexuellement dans leur enfance. Dans leur étude, les femmes intériorisent leurs émotions, les hommes les expriment plus ouvertement ; cependant, chez les hommes, les émotions s'expriment souvent à travers la colère alors que les femmes ont une attitude dépressive ou coupable. Heesacker et Prichard (1992) inspirés des travaux de Kohlberg et Kramer (1969) et de Gilligan (1982) sur le développement moral chez les hommes et les femmes (ex. décisions instrumentales ou décisions selon une perspective de prise en charge), prétendent qu'il y a bien deux «voix émotionnelles». Toutefois, celle des femmes est davantage reconnue socialement que celle des hommes, particulièrement chez les professionnels du domaine de la santé. Pour les tenants de cette approche, ce n'est pas tant les hommes qui sont problématiques que la capacité des intervenants à lire et décoder les modes masculins d'expression des sentiments et des émotions.

L'exemple suivant est extrait du texte théâtral *Choeur d'hommes* de Jean Chapleau, un intervenant du CEGEP de Saint-Jérôme. Ce document a pour objectif d'illustrer la nécessité (bien souvent) pour les intervenants de «traduire» émotivement le langage des hommes afin de mieux saisir la nature du malaise qu'ils ressentent. Voici des exemples :

Propos du client	Traduction du malaise
- <i>«Le christ de Jacques, il essaie toujours de me planter devant tout le monde à la job. Une bonne fois, il va en manger toute une.»</i>	- J'ai beaucoup de peine quand Jacques tente de me ridiculiser devant tout le monde à la job. J'ai peur de m'enrager et d'y sauter dessus. Je me sentirais coupable.
- <i>«Ces temps-ci, je laisserais tout tomber et je partirais pour deux ans, tout seul dans le bois.»</i>	- Je me fais peur ces temps-ci. Mon goût de tout lâcher, de partir, ça ressemble à un goût de mort. Mais à qui dire cela?
- <i>«Si y a pas quelqu'un qui m'aide à m'en sortir tout de suite, je pense que je vais tout casser.»</i>	- Ma souffrance est tellement grande, elle m'envahit si fort et je ne peux la dire à personne. Je vais éclater.
- <i>«Christ, tu m'entends-tu quand je te dis que j'en ai plein le cul de cette vie-là?»</i>	- Si tu savais comment mon mal de vivre est grand et ma douleur profonde. Si tu savais comment je me sens petit, tout petit.
- <i>«Ma femme est partie, finie la vie à deux. Qu'est-ce que tu veux que ça me fasse? Est libre, non?»</i>	- Je ne pensais jamais qu'elle aurait mis sa menace à exécution. Je suis complètement bouleversé, surpris, atterré.

Chapleau, Jean : *Choeur d'hommes*, 1998
texte théâtral

On comprend donc à la lumière de ces extraits que les sentiments des hommes sont souvent cachés et non perceptibles par rapport à ce qu'ils signifient réellement. Cela se comprend, car il y a différents modes d'expression des sentiments variant selon le sexe. Mais ils peuvent varier selon les cultures ou l'origine ethnique. L'étude canadienne de Dion (1996) portant sur l'alexithymie en milieu ethnique, révèle certes une influence socioculturelle dans la verbalisation/extériorisation des émotions. C'est que les émotions et leurs modes d'expression sont construits socialement. Une autre étude canadienne (McCann et al., 1991) sur la tendance à s'inquiéter (concept *to worry*) auprès d'étudiants de 2^e année en psychologie, révèle un peu plus d'informations quant à la construction sociale des émotions. On remarque une corrélation entre attentes sociales et les hommes, entre masculinité et attentes sociales également ; on remarque une corrélation, également, entre le sexe et la tendance à s'inquiéter davantage chez les femmes que chez les hommes. Des scores élevés envers les attentes sociales ont été associés à une faible tendance à s'inquiéter.

McCann et al. (1991) précisent, à juste titre, que les raisons sociales, économiques, politiques et la socialisation féminine interviennent dans le fait de s'inquiéter. Mais ces différences notées entre hommes et femmes au cours de l'étude, peuvent occulter le fait qu'il est moins acceptable socialement pour les hommes de s'inquiéter. D'après Stavosky et Borkovec (1987, cités dans McCann et al., 1991), hommes et femmes perçoivent d'ailleurs le fait de s'inquiéter comme une caractéristique féminine.

À travers ces positions plus nuancées les unes que les autres, il appert que le mot expression (ou expressivité) est défini comme toute forme d'expression (émotionnelle ou autre) actualisée dans un agir et/ou une verbalisation. Mais socialement, la façon féminine de s'exprimer est devenue la norme, en conséquence la verbalisation des émotions. Si l'expressivité des hommes, axée sur l'agir surtout, n'est pas reconnue, ce pourrait être relié à la peur (socialement) de l'agir des hommes ou de leur comportement.

Changer radicalement ou valoriser l'expérience des hommes

Un autre aspect particulier des interventions auprès des hommes en difficulté concerne le recours à des types d'intervention axée sur le langage et l'introspection. La littérature reconnaît le fait que les hommes sont moins portés à s'exprimer verbalement au sujet de leurs problèmes que ne le sont les femmes. Cette différence est sans doute liée aux modes différentiels de socialisation, à des facteurs familiaux et environnementaux. En général, les hommes ne sont pas encouragés à parler de leurs sentiments ou à faire part de leur

réflexion personnelle. Par conséquent, ils ont peu d'expérience dans l'exploration de leur état d'esprit et de leurs émotions profondes. Ils sont ordinairement plus orientés vers l'action et donc enclins à rejeter un long processus d'exploration intime ; ils préfèrent tout simplement prendre les choses au jour le jour.

On peut émettre alors l'hypothèse qu'une intervention exclusivement basée sur l'exploration introspective et à forte tendance langagière, risque de précipiter le client dans un processus d'aide dans lequel il ne sera pas à l'aise, puisqu'il n'y est pas préparé ou auquel il sera incapable de faire face.

Une démarche d'aide est affaire de sentiments et d'affects, ce qui pose problème à bien des hommes parce qu'ils ont beaucoup de difficultés à les exprimer verbalement. Toutefois, il ne faut pas interpréter cette limite comme une confirmation d'un stéréotype, à savoir que les hommes seraient démunis sur le plan des sentiments ou de leur niveau d'expressivité émotionnelle comparativement aux femmes. Au contraire, les hommes sont des êtres humains qui ressentent les mêmes émotions que les femmes, mais ce sont des émotions moins susceptibles d'être différenciées et articulées. Ces émotions sont souvent canalisées ou amalgamées sous la forme d'un agir (impulsivité, colère) (Dulac, 1997). Les hommes font souvent l'erreur de ne pas aller plus loin pour comprendre ce qui se passe lorsqu'ils expriment de la colère, par exemple.

La colère n'est pas, contrairement à ce que l'on peut croire, un sentiment confortable. Les intervenants qui ne seraient pas conscients de la complexité des états émotifs engendrés par la colère exprimée par leur client, devraient éprouver des difficultés à intervenir efficacement. Il s'agit, en fait, d'un tourbillon de sentiments incontrôlés et confus (où se mêlent honte, culpabilité, humiliation, anxiété, rage, etc.). Plusieurs intervenants associent la colère à la violence et ne sont pas conscients de la complexité de cette émotion. Un aidant qui suggère à un client d'acquiescer des techniques pour «contrôler» ou «gérer» sa colère, peut passer inconsciemment le message que la colère est une pathologie qu'il faut corriger ; mais surtout, c'est un message qui traduit douleur et confusion, deux émotions sous-jacentes non légitimes dans le monde masculin. Il ne faudrait pas, en revanche, tomber dans la situation inverse où l'intervenant risquerait d'inciter un client à exprimer sa colère au point de se faire peur ou de se nuire à lui-même et aux autres.

On comprendra qu'une intervention qui ne laisse pas de place au mode masculin d'expression des sentiments rate complètement la cible.



Néanmoins, il est important pour les intervenants de pouvoir différencier la colère négative de la colère positive. La colère négative est une réaction inadéquate, non reçue, réprimée ou mal orientée qui peut faire du tort au client et à d'autres personnes. La colère positive recèle ce caractère d'habilitation, une fois comprise en tant que réaction normale et saine aux restrictions étouffantes des rôles masculins que les hommes, en relation d'aide, doivent confronter. C'est à travers ce processus que les changements individuels ont des échos à un plus large niveau :

«À travers la thérapie, quand les gens commencent à découvrir leur histoire, à faire l'histoire des hommes, ils constatent la dimension collective, la dimension systémique de la problématique. Il faut un changement pour recouvrer mon humanité, pour que je puisse m'appuyer sur une société qui me respectera, dans laquelle je pourrai être complètement humain. Quand les hommes peuvent voir ça de leur côté à eux, qu'ils s'aperçoivent de la présence de quelque chose d'artificiel dans ce qui existe, alors naturellement ils veulent changer.»

«C'est un gain personnel très grand et des retombées sur toute la société en général.(...) Par exemple : un gars qui a tendance à être compétitif, à agir de façon agressive ou violente dans son milieu de travail, remarquera la différence après un processus de 20 ou 25 semaines : «Ah, j'ai décidé de prendre ça autrement.» Il adoptera généralement une attitude de coopération ou de collaboration, et ça peut avoir un rayonnement dans son milieu de travail. Un gars évolué réalise que le changement à faire n'est pas seulement personnel mais aussi sur le plan social : famille, travail, dans des organisations (...), sur le plan des relations homme-femme, en ce qui concerne les différentes formes d'oppression chez les enfants, l'adultisme, le racisme, les personnes handicapées, l'âgisme, le classisme. En fin de compte, le changement concerne tout ce qui est inhumain dans la société.»

L'analyse de la littérature scientifique sur les émotions et les hommes se complexifient si l'on tient compte des positions politiques des intervenants. On retrouve alors deux courants opposés : le courant anti-sexiste qui considère la question émotionnelle chez les hommes comme un «problème-à-régler» et le courant constructiviste (masculiniste, fonctionnaliste ou mythopoétique) qui préconise une meilleure compréhension de l'expérience émotionnelle des hommes et la valorisation de cette expérience.

La perspective anti-sexiste domine socialement, depuis plus de 20 ans (Scher, 1981, cité dans Heesacker et Prichard, 1992), ce qui n'est pas sans conséquence sur le plan thérapeutique : elle attribue aux hommes un manque de sensibilité émotive, une façon inappropriée d'exprimer leurs émotions, la nécessité de changer leurs façons de s'exprimer sur ce plan et de reconnaître ce fait comme un problème de société. Le mouvement anti-sexiste voit la solution au

«problème expressif des hommes» dans le changement de rôles, mais selon Heesacker et Prichard (1992), cette approche nie la dimension sociohistorique des individus qui est pourtant une composante clé de l'être humain.

Quant à la perspective constructiviste, c'est tout le contraire. Elle met l'accent sur l'importance, pour les hommes, de se pencher sur leur propre expérience émotionnelle, en s'attardant aux mythes, aux archétypes ou, encore, à la mystique masculine.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de la littérature scientifique sur le genre et sur les émotions? La thérapie (ou la relation d'aide) représente un travail sur les émotions, mais les hommes vivent les émotions de manière spécifique, comme nous venons de le voir. Autre constat, il y a une construction sociale des émotions. Ainsi, les différences émotionnelles sont apprises et construites dès le plus jeune âge. Les parents abordent volontiers les questions émotionnelles avec les filles plutôt qu'avec les garçons. Les contrastes dans l'éducation relative aux émotions favorisent le développement d'aptitudes émotionnelles très dissemblables entre filles et garçons. Les filles deviennent plus expertes que les garçons dans les tactiques d'agression plus complexes. Plus tard, à l'âge adulte, les femmes manifestent une meilleure capacité que les hommes à déchiffrer chez les autres les sentiments non dits à partir de l'expression du visage, du ton de la voix et de d'autres signes non verbaux (Gauthier, 1999). Il est possible de développer cette capacité par des exercices d'observation en vue de déceler les relations entre émotions, pensées, comportements et réactions physiologiques.

S'ajoutent aux perspectives opposées anti-sexiste et constructiviste, les positions de la gauche féministe sur la compréhension du rôle des émotions selon la notion de pouvoir, ce qui n'est pas dénué d'intérêt. Pour le commun des mortels, les émotions apparaissent comme des phénomènes «personnels» : les émotions appartiennent à la personne qui les ressent et les expérimente, les émotions sont modelées selon des situations particulières. Mais la «construction» des sentiments s'effectue selon un processus conditionné par des indicateurs internes (physiologiques, psychologiques) et situationnels ; c'est un processus déterminé également par des indicateurs externes comme les règles d'une société qui façonnent, organisent, régissent les émotions et leur mode d'expression.

Hochschild (1989) a mis en relief ce que représente l'expérience émotive d'un individu. Cette expérience est basée sur la relation entre le comportement issu des émotions et les règles normatives qui gouvernent l'expression des sentiments,

avec les idéologies également. L'auteure estime que les règles (normatives et sociales) gouvernent les individus dans leur façon de ressentir les émotions de façon appropriée à une situation ou de ne pas ressentir. Par ailleurs, comme certaines personnes font des efforts délibérés pour se réapproprier leurs émotions, la thérapie pourrait constituer un outil de changement en ce sens.

Les règles sociales dirigent donc la façon de ressentir. Ce sont des règles partagées par l'ensemble de la société, plus ou moins consciemment, et elles reflètent des modèles de comportements socialement admis et attendus en matière d'interaction sociale. Mais la «conduite des émotions» n'est pas neutre puisqu'elle renferme des positions idéologiques, des stéréotypes et des valeurs.

Comprendre l'univers émotionnel des hommes

Pasick et al. (1990) relèvent les principaux traits de la socialisation masculine contribuant à faire du monde des émotions un monde difficile à reconnaître par les hommes et la société. Globalement, ils concluent que les hommes n'ont pas une moins grande capacité émotive que les femmes, leurs émotions sont aussi intenses et variées que celles des femmes ; cependant, la socialisation différente des hommes et des femmes rend les hommes moins aptes à reconnaître leurs émotions et à y faire face. Ils présentent les limites ou les restrictions émotionnelles ainsi que les principaux véhicules d'expression ou d'inhibition émotionnelle des hommes. Pour ces auteurs, il faut d'abord s'attarder, d'un point de vue thérapeutique, à la compréhension des règles qui gouvernent l'expressivité émotionnelle des hommes (en particulier sur le plan de la colère, du chagrin, de la douleur) et proposent des consignes thérapeutiques :

Limites ou restrictions émotionnelles	Canaux d'expression
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilité réduite à l'endroit de leurs émotions 2. Sensibilité réduite à l'endroit des émotions des autres 3. Intolérance ou confusion devant l'expression émotionnelle des autres 4. Valorisation de la raison, de la rationalité 5. Camouflage des émotions, des sentiments 6. Intimité et engagement sont des dimensions à éviter 7. Le recours aux substances pour réprimer les sentiments ou les émotions 8. La restriction émotionnelle contribue aux problèmes liés au stress 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le sport 2. La dépendance à l'endroit des femmes sur le plan des besoins émotionnels 3. L'alcool est une façon de susciter l'expressivité 4. La sexualité est une façon d'exprimer des émotions 5. Le travail est le lieu le moins recommandé pour exprimer ses émotions 6. Les hommes doivent gérer rapidement les expériences tristes, contrariantes

Émotions	Consignes thérapeutiques
Colère	<p>La colère est un thème crucial en thérapie, car elle est liée à l'agressivité, à la dominance dans la famille. Il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • recourir aux premières images de colère ; • explorer l'attitude de la famille d'origine à l'égard de la colère (façon de ventiler, réactions, situations engendrant la colère) ; • aborder la question de l'agressivité à travers l'image des héros de l'enfance ; • aborder le fait de dominer, de commander dans la famille ; • enseigner que la colère peut s'exprimer sans geste agressif ; • discuter sur les émotions en général ; • développer des alternatives aux accès de colère ou d'agressivité.
Chagrin, douleur	<p>En ce qui a trait au chagrin ou à la douleur, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aborder ces thèmes sous l'angle des nombreuses pertes ressenties ou vécues par le client (ex. perte de contact avec la notion de prise en charge des autres), sous l'angle du maternage et du rôle de la femme qui comble les besoins émotionnels (cf. mouvement des femmes et modification des rôles des femmes dans les rapports homme-femme et dans la société). Toutes ces pertes ont des conséquences sur les plans émotionnel, identitaire et du rôle de père (ex. divorce ou séparation qui entraîne des pertes émotionnelles avec conjointe et enfants). Miller (1984 : 54) estime que le chagrin, davantage que la colère, est la voie ou la porte menant aux émotions des hommes. • explorer les pertes passées ou actuelles pour déterrer (<i>unearth</i>) ou dénicher le sens de l'abandon chez l'homme ; • enjeu : la séparation d'avec la mère, les peurs associées à d'éventuels abandons ; • les pertes permettent aussi de toucher à une série d'émotions ; • explorer la solitude, l'isolement, le sentiment d'accomplissement.

Pasick et al. (1990)



La socialisation masculine met l'accent sur le contrôle, et on peut voir dans cette valorisation un façonnement de l'affectivité. C'est que lorsque quelqu'un «perd le contrôle (de soi)», c'est la traduction proprement dite de la perte du contrôle des émotions. La maîtrise de soi étant une condition pour la maîtrise des autres ou son environnement, les hommes vont réprimer peurs, souffrance, peines, et «projeter» hors d'eux-mêmes les affects pour être en mesure de se conformer aux attentes sociales à l'égard desquelles ils ont été socialisés, généralement en se renfermant dans l'action. De toute évidence, les hommes sont des êtres sensibles, vulnérables, mais à leurs yeux il est impératif de nier et de refouler ces aspects humains sous le couvert de la maîtrise de soi. Ainsi, les seules émotions que les hommes acceptent d'exprimer sont celles associées au pouvoir, à savoir la colère et l'agressivité.

La notion d'intelligence émotionnelle peut nous aider à comprendre le rôle des émotions dans la vie des hommes et en thérapie. D'après Gauthier (1999), les émotions et les sentiments sont indispensables aux décisions rationnelles. Mais il faut rechercher l'harmonie entre raison et émotions, et la thérapie peut représenter un moyen d'atteindre cet équilibre. L'intelligence émotionnelle comporte quatre types d'habiletés (Savoley et Sluyer, 1997, cités dans Gauthier, 1999) :

1. L'habileté à percevoir, à évaluer et à expérimenter des émotions de façon correcte et appropriée
2. L'habileté à aller chercher ou à générer des sentiments sur demande pour faciliter la pensée ou la réflexion, la résolution de problèmes
3. L'habileté à comprendre les émotions et à utiliser les connaissances émotionnelles
4. L'habileté à gérer les émotions pour favoriser le développement affectif et intellectuel

Seidler (1990), qui s'est appuyé sur son expérience de militant pour pousser sa réflexion sur la notion de changement, indique qu'il ne suffit pas de développer l'expression des émotions pour changer. L'exploration des sentiments, dit-il, doit nous amener à une compréhension plus profonde de nous-mêmes. En explorant sentiments et émotions, nous découvrons de nouvelles dimensions personnelles, en même temps que les processus sociaux qui réduisent le spectre de nos émotions. Nous avons tendance à croire que les émotions ne sont que des événements de nature mentale, mais elles révèlent une histoire individuelle et sociale. La thérapie décrite par Seidler (1990) ne fut pas seulement le lieu de reconnaissance des émotions, comme si les émotions n'existaient qu'en dehors de tout contexte social. Généralement, l'approche dite cognitive-behaviorale est la

plus souvent utilisée (en thérapie, en intervention), mais elle fait fi des processus affectif et politique dans l'intervention.

Malgré ces limites, Seidler (1990) affirme que la thérapie lui a fait prendre conscience qu'en tant qu'homme «il se mouvait dans une logique de l'action», propre à la norme sociale. C'est le vécu des hommes, qui sont par ailleurs éduqués à être autosuffisants et à ne compter que sur eux-mêmes. Les hommes ont peur de découvrir jusqu'à quel point le besoin des autres, leur appui, leur amour sont réels.

Pourquoi est-il si difficile pour les hommes (et la société) de valoriser les émotions et les affects? La morale sociale véhicule un malaise profond à propos des expériences physiques et corporelles où émotions et sentiments apparaissent comme une sorte de prolongement ou de réminiscence de l'animal en soi qu'il faut contrôler. Une lecture politique peut nous aider à reconnaître l'expérience personnelle des hommes et à prendre conscience des différents processus qui invalident ou minent les émotions et les sentiments.

Chez les hommes, la compétition est un bel exemple en ce sens, rappelle Seidler (1990). Les hommes grandissent avec un regard très critique sur eux-mêmes : ils se comparent aux autres, ont le sentiment de ne pas être à la hauteur, de ne pas en faire assez, bref ils grandissent en se dévaluant. Au lieu de mettre en valeur leurs efforts, les hommes se déprécient. Or, tant que ces sentiments ne seront pas confrontés, les tensions qui assaillent les hommes ne pourront être libérées. Et Seidler (1990) nous dit que la thérapie lui a permis de remettre en question les postulats sur les désirs des individus (ex. visions économistes, libérales), dès le moment où la notion de changement fut acceptée et mise en perspective. Tous les sentiments ambigus concernant le sens de la vie, la routine du travail, l'aliénation et qui deviennent partie intégrante de nous-mêmes, créent une vision moins morale du changement. Il s'agit d'une vision où les individus sont dépeints sous un ensemble de traits universels, ne vivant qu'isolés les uns des autres, non pas comme au sein d'une collectivité d'individualités.

À partir de l'exemple du mouvement des femmes, Seidler (1990) fut persuadé de l'importance de mettre de l'avant à la fois la validation de l'expérience individuelle des hommes et la mise en commun de cette expérience, puisqu'il y a là des éléments de l'histoire collective, de l'histoire sociale. En ce sens, la thérapie peut aider à redonner aux hommes le sens propre de leur histoire individuelle, à mettre au jour les tensions entre le monde intérieur et le monde extérieur.

Concrètement, ce militant soutient que les êtres humains ont besoin de se sentir validés sur le plan du «ressenti» (sentiments et émotions), que ce soit à propos de la tristesse, de la colère, de la gaieté ou encore de l'agacement et de la frustration. Cependant, dans la société, ces personnes ou ces émotions sont rarement acceptées, du moins chez les hommes. Lorsqu'un homme ressent de tels sentiments, il en résulte inévitablement, sur un plan personnel, une autoévaluation négative, un sentiment d'inadéquation, d'incapacité, de manque de contrôle de soi, de faiblesse.

L'intervention permet de prendre contact avec soi-même, explique Seidler (1990), car en tant qu'expert de leur histoire personnelle, les hommes peuvent examiner leurs dynamiques de fonctionnement depuis l'enfance. L'intervention permet de comprendre la complexité des notions de socialisation et d'accomplissement, et de retrouver une conception plus profonde des besoins humains ; elle permet aussi de reconnaître d'autres manières d'être, d'autres valeurs de vie et de réévaluer ce qui compte vraiment. Elle permet d'acquérir une vision plus fine de ce qui peut blesser les hommes et les autres, les humiliations quotidiennes, l'exploitation ; elle apporte une vision nouvelle de la notion de «contrôle sur sa vie». Citant Laing, Seidler (1991) soutient le caractère fondamental de la relation aux autres à travers leur expérience du monde, sinon nous invalidons cette réalité ou cette expérience spécifique du monde. Comme le dit Giddens (1987), *les individus sont les experts de leur vie* ; cependant, cela ne veut pas dire qu'il faille être d'accord avec tous leurs gestes et toutes leurs actions ; la question, c'est de reconnaître la validité de leur expérience objective et subjective.

Notre culture, poursuit Seidler (1991), produit une masculinité fragmentée où les hommes sont socialisés ou éduqués à s'identifier à travers la rationalité, la raison. Selon cette morale de la rationalité, les émotions (la subjectivité) ne peuvent qu'induire les hommes en erreur, car les sentiments ne sont pas une source de connaissance sur ce que les hommes sont, sur leur identité. Les hommes doivent donc se réconcilier avec cet aspect d'eux-mêmes puisque les sentiments teintent les relations ; sinon, ils risquent de demeurer prisonniers de «patterns» et de stéréotypes relativement inconscients. Cette réconciliation ne peut être qu'une simple démarche intellectuelle : elle suppose une dimension cognitive, ne se fait pas sans douleur et comporte des difficultés. Il s'agit bien de reconnaître et d'accepter les sentiments et les émotions.

Enfin, les différentes interventions humanistes posent une série de questions de nature politique puisqu'elles s'appuient sur l'idée selon laquelle les hommes sont des êtres qui peuvent

donner et recevoir de l'amour (donc des êtres fondamentalement bons), qu'ils n'ont plus à compter exclusivement sur les autres sur les plans affectif et émotionnel (ex. les femmes jouent souvent un rôle majeur sur le plan affectif auprès des hommes) ; qu'ils peuvent aussi se prendre en charge eux-mêmes sur le plan émotionnel. Seidler (1992) a développé ce sentiment de prise en charge, notamment mieux se traiter, prendre soin de lui, par l'intervention. En conséquence, dit-il, nous apprenons aussi à prendre soin des autres. Le respect de soi appelle le respect des autres, voilà ce qu'apporte l'intervention.

Seidler (1992) précise à quel point il est important de valider l'expérience émotionnelle des hommes, car ils ont appris à minimiser ce qu'ils vivent sur ce plan et à rejeter ces sentiments considérés non rationnels. Il est important également que les hommes réalisent leur méconnaissance du domaine affectif, et qu'ils commencent à se rebeller contre la désappropriation de leurs émotions, d'une partie de leur expérience du monde. Il est vrai qu'apprendre à ne rien ressentir fait partie de l'apprentissage du pouvoir.

Apprendre à reconnaître le monde des émotions peut s'avérer une expérience particulièrement menaçante pour un homme parce qu'il ne peut contrôler le processus à l'avance ou comprendre exactement ce qu'il est en train d'apprendre. Pour y arriver, il faut une ouverture d'esprit face à ce type d'exploration.

• Intervenir malgré les contradictions, les difficultés

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, les hommes deviennent ce qu'ils sont par réaction à ce qu'ils perçoivent comme normes socialement admises de la masculinité ou en interagissant avec elles. Ces normes sont modifiées sous l'influence des changements sociaux et des pressions sociales (la construction sociale de la masculinité) et des besoins individuels qui varient selon les époques. Pour mieux comprendre ou définir la masculinité et la féminité, des auteurs ont tenté de faire la liste des caractéristiques attribuées socialement comme propriété de la masculinité et de la féminité (Préjean, 1994) ; d'autres se sont penchés sur les conséquences de la socialisation masculine. Tous les constats formulés nous font voir l'existence non pas d'une masculinité, mais de plusieurs masculinités. Les intervenants doivent donc être sensibles au fait que tous les hommes ne sont pas pareils, qu'il y a plusieurs types de masculinité.

Selon Scher (1990), un travail adéquat en intervention doit tenir compte de la notion de genre et des caractéristiques des rôles masculins. Les hommes sont élevés, dit-il, de façon à voir le monde (et les autres) comme un adversaire et à



rechercher la maîtrise sur ce monde. Or, l'intervention se situe dans un contexte d'effort coopératif et est structurée de manière à attribuer la maîtrise de la situation à l'aidant, peu importe le style directif ou non directif de la démarche : l'aidant est l'expert qui connaît le processus interrelationnel et le client est celui qui demande assistance. Les attributs masculins tels que la compétition, l'autonomie et l'indépendance ne font pas de l'homme un client idéal. Le processus d'aide exige des qualités d'ouverture et d'introspection chez le client, de montrer sa vulnérabilité, d'accepter l'aide d'une autre personne. Le client masculin doit donc confronter tous ces obstacles quand il s'engage en thérapie. Scher (1990) indique six types de conflits que peuvent vivre les hommes :

1. L'autonomie et la rigidité prescrites par les rôles masculins contaminent et affectent significativement la relation d'aide. En conséquence, l'intervention auprès des clients masculins exige la patience des aidants pour amener cette clientèle à satisfaire aux exigences de la thérapie.
2. Le processus d'aide est l'antithèse du mode de communication masculin ; les hommes sont souvent en colère ou déprimés parce que la demande d'aide est souvent involontaire ; dans ce contexte, ils ont encore moins envie de créer un lien thérapeutique (voir l'aspect qui suit).
3. Le client masculin, lorsqu'il se retrouve dans un processus d'aide, vit généralement un conflit relationnel : combattre la relation qui doit s'établir pendant que l'intervenant (ou le processus d'aide) exige la reconnaissance d'un rapport aidant/aidé.
4. Les hommes sont très anxieux, pour la plupart, quand ils débutent une démarche d'aide, et parfois durant tout le processus. L'anxiété provient du conflit relationnel que le client vit, et d'une lutte de pouvoir où l'aidé doit abdiquer, car il est dans un rapport aidant/aidé où l'autorité n'est pas exercée par lui.
5. La principale cause du conflit intérieur vécu par le client masculin est due au fait qu'il doit admettre, à lui-même et à l'aidant, l'existence de ses peurs. Reconnaître de tels sentiments équivaut à un aveu de faiblesse.
6. Abandonner ou persister dans une relation d'aide constitue également un conflit : si le client persiste, cela confirme le besoin d'aide ; s'il abandonne, cela confirme l'incapacité d'accomplir cette tâche (*to cope with a task*) par lui-même. Ce conflit est exacerbé lorsque le client a développé une relation d'intimité avec l'aidant : il est alors effrayé par ces sentiments et souhaite alors abandonner.

Scher (1990) prétend que les intervenants doivent se rappeler (ou reconnaître) le côté réfractaire des hommes à demander de l'aide. Les hommes résistent en raison des contraintes, des restrictions issues de la socialisation masculine et des attentes culturelles face à la masculinité. Lorsque des hommes s'engagent dans un processus d'aide, la souplesse est de mise, ainsi que la patience et le souci de faire découvrir aux hommes cette *terra incognita* que représentent la vie émotive et l'introspection.

En considérant l'intervention comme une institution sociale qui façonne le réel, nous pouvons mieux comprendre les réticences des hommes à demander de l'aide psychologique. Cette perspective n'exclut pas la présence de contradictions en thérapie, mais cela demande une façon d'intervenir qui s'ajuste aux types de clientèles (hommes et femmes) et qui vise le changement individuel de la clientèle.

Quoique l'intervention avec les clientèles masculines ne soit pas facile, nous sommes dorénavant en mesure d'élaborer des principes directeurs à cet effet. Pieretti (1996) amène quelques indications surtout liées au genre :

1. Fournir un environnement thérapeutique flexible qui soutient et permet la démarche critique dans un contexte rassurant.
2. Explorer et clarifier les croyances sur soi, sur le genre, sur les relations.
3. Explorer les conséquences des croyances sur soi, sur le genre, sur les relations.
4. Remettre en question (*challenging*) certains aspects, surtout ceux qui précèdent le stade de développement atteint par le client au moment de la thérapie.
5. Explorer les aspects tels que la non-expressivité, la peur de la féminité, l'intimité sexuelle, la compétition, l'agressivité (ex. non-expressivité peut être reliée au stade de développement de l'ego de l'individu).

Shay (1996) a proposé, notamment, un modèle d'intervention approprié aux hommes dont les principes sont construits sur une connaissance étendue de la masculinité et sur dix principes destinés aux aidants ; mais il reconnaît, comme Nahon et Lander (1992) et Brooks (1998), que les hommes ont peu d'endroits ou de lieux pour s'exprimer dans un environnement confortable émotionnellement, respectueux de leur langage, de leurs réticences, de leur culture ; or, tous prétendent, quand cet environnement existe, que les hommes deviennent plus loquaces. Les principes énoncés par Shay sont les suivants :

1. Pas d'alliance, pas de thérapie	L'enjeu, ici, est de créer l'alliance thérapeutique avec des clients réfractaires à la thérapie. Si le but de la thérapie, c'est le changement, cela implique un travail de persuasion auprès de ces hommes pour mener à cette alliance. L'alliance doit se faire par étapes, délicatement et graduellement, sans conséquence en termes de honte ou d'humiliation. <i>Quel est le langage du client, qui est-il?</i>
2. Connaître sa clientèle	Les hommes éprouvent des difficultés à reconnaître leurs problèmes (socialisation, conflits de rôles) et ne recourent pas à la thérapie autant que les femmes ; les clients se présentent souvent avec des a priori (<i>working model</i>) au sujet des figures d'autorité, des aidants ; ils véhiculent des croyances sur les relations avec les hommes et les femmes. <i>Pas de pression et respecter les réticences des clients.</i>
3. Respecter le côté réfractaire	Une façon de rassurer le client, c'est de lui indiquer qu'il n'est pas seul à ne pas vouloir être en thérapie (la majorité des hommes), ne pas le blâmer pour ça, mais profiter de sa présence (<i>vous êtes là, vous avez déjà fait un pas</i>) ; d'autres facteurs interviennent tels les secrets personnels (Levant et Kopecky, 1995) : la peur d'être près de la mère, la recherche du père, le désir d'indépendance, la paralysie émotionnelle (<i>numbness</i>), la lâcheté ; il y a aussi des barrières culturelles (Segal, 1990), c'est-à-dire liées au genre et présentes dans le monde économique, social et les structures politiques. <i>Le thérapeute est confronté à une action paradoxale : demander au client réfractaire de contourner ces aspects.</i>
4. Parler le langage du client.
5. Ne pas oublier qu'on ne fait pas uniquement de la psychothérapie	Avec des clients réfractaires, la démarche thérapeutique peut être contre-productive, car le client n'a rien choisi, ni la formule ni l'aidant. Comment intervenir alors? <i>Il faudra être capable d'écoute qui se transformera en enseignement provenant du client. Mais il y a des limites.</i>
6. Ne pas oublier qu'on fait, malgré tout, une thérapie	Le chemin qui mène au but, c'est d'être bien et confortable avec le client. Le thérapeute doit préciser les buts du traitement avec le client, connaître les siens aussi. Ne pas perdre de vue ses objectifs. Clients réfractaires ou pas, c'est tout de même de la psychothérapie qui se fait. <i>Maintenir le lien thérapeutique est aussi important qu'avec d'autres types de clients.</i>
7. Valider les forces	Malgré les problèmes, il faut garder à l'esprit que les hommes possèdent des qualités, des forces, et il faut les légitimer, les valider. L'auteur rappelle la position de Levant et Kopecky (1995 ; voir aussi A. Levant, 1991) : <i>l'importance de reconnaître les traits positifs attribués à la masculinité.</i>
8. Être empathique à petites doses	Les clients réfractaires sont peu habitués et confortables avec les commentaires réconfortants et sensibles, car cela contredit les caractéristiques de la masculinité. <i>Agir à petites doses sur ce plan.</i>
9. Choisir une approche avec laquelle le thérapeute est à l'aise	L'approche choisie dépendra du type d'intervention (familiale, conjugale, individuelle, de groupe), du type de clients (réfractaires, violents, abuseurs, toxicomanes, etc.). <i>Adopter un contexte thérapeutique avec lequel l'aidant sera à l'aise.</i>
10. La question du genre est présente dans le contre-transfert	La vision de l'aidant à l'endroit des hommes intervient, générée par les expériences cliniques, par leur propre histoire socioculturelle et par des aspects sous-jacents liés au genre. <i>Il est important de bien isoler ses propres messages (ceux de l'aidant) liés au genre.</i>

Shay (1996)



Les principes d'intervention proposés par Shay (1996) sont issus d'une étude sociologique de la culture des hommes réfractaires à l'aide psychologique et d'une vision anthropologique. Dans l'intervention psychosociale, l'aidant sert, dit-il, d'ambassadeur d'un autre monde, celui de la communication, du dévoilement, du changement ; il invite le client à traverser le pont graduellement et de façon sécuritaire.

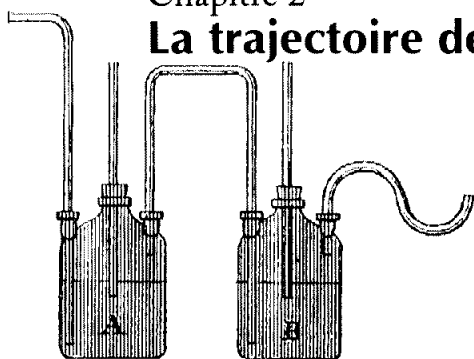
Pour aider un client à traverser ce pont, un intervenant interrogé reprend l'expression suivante : il est un passeur.

Toutefois, l'intervenant doit tenir compte non seulement des caractéristiques genrées du client, mais aussi de sa trajectoire de demande d'aide, comme nous allons le voir au prochain chapitre.



Chapitre 2

La trajectoire des clients et le territoire de l'intervention



Tous les intervenants reconnaissent que les hommes demandent difficilement de l'aide ou le font lorsque leur situation s'est passablement dégradée, quand ils sont «au fond du baril», au «bout du rouleau», bref en crise. L'intervention auprès des hommes en difficulté devrait donc s'actualiser en tenant compte de cette donnée. Une intervention plus efficace devrait considérer le fait que les hommes arrivent en crise, qu'ils sont peu ou pas motivés et que leurs besoins immédiats ne concernent pas leur problème, mais la résolution de la crise.

Par ailleurs, il appert désormais que plusieurs hommes suivent une trajectoire de demande d'aide qui les amène d'un service à un autre. Il nous semble essentiel, vu cette situation, de nous pencher sur les mécanismes de renvoi qui conditionnent, à toutes fins utiles, la demande d'aide des hommes en difficulté. En d'autres mots, pour mieux comprendre la nature des demandes d'aide et la nature des interventions possibles auprès des hommes en difficulté, il faut tenir compte de la trajectoire qui précède la demande d'aide d'un client.

2.1 Intervenir en fonction de la trajectoire des clients

La littérature scientifique, comme les témoignages des intervenants, montre que les hommes en difficulté ont très souvent suivi une trajectoire au cours de laquelle une ou plusieurs tentatives infructueuses de demande d'aide ont été faites. Nous devons nous interroger sur les causes de ces échecs répétés, car l'insuccès d'une démarche d'aide ne fait qu'accroître les risques de crise.

2.1.1 L'offre et la demande d'aide

• La trajectoire

Le fait de demander de l'aide comporte généralement, pour les individus, des coûts de diverses natures : perte d'autonomie, intrusion dans la vie personnelle, appel au changement, réaction de l'entourage. Et plusieurs personnes hésitent à demander de l'aide par peur d'être confrontées à un nouvel échec, pour écarter les risques de conséquences négatives que comporte le fait de recevoir de l'aide, pour maintenir le contrôle qu'elles exercent sur leur vie.

Et ces éléments ajoutent au risque d'insuccès (voire de crise) quand le réseau d'aide formel exerce une action négative qui

amène souvent le client dans un processus interminable de renvoi (ou d'évacuation) d'un service d'aide à un autre. Plusieurs études tendent à montrer que les hommes à risques (suicide, violence, toxicomanie, santé mentale, etc.) seraient enclavés dans un tel processus et/ou qu'ils n'auraient pas exprimé leurs besoins selon les normes attendues quant au comportement de demande d'aide. Le corollaire, c'est que les intervenants auraient des attentes en ce qui a trait aux comportements conformes d'une clientèle qui demande de l'aide. Or, comme le soulignaient Perrault et al. (1985), les comportements conformes recourent généralement des caractéristiques attribuées comme propriété féminine, et les intervenants se retrouvent impuissants ou déstabilisés devant un client masculin désemparé et/ou qui exprime ses besoins de manière dite «virile».

Pour les clients masculins, les coûts réels ou projetés engendrés par une demande d'aide peuvent créer un sentiment de rejet si la demande n'est pas «reçue» ou si le client est confronté à l'obligation de se conformer à des normes genrées de comportements, mais au demeurant totalement incompréhensibles et alors inatteignables. Ce sentiment d'obligation (ou de rejet, c'est selon) s'accroît au cours de la trajectoire de demande d'aide (Greenberg et Westcott, 1983).

On comprendra alors à quel point l'accueil réservé aux clientèles, en particulier les modes d'offre de services d'aide à la clientèle masculine vulnérable et à hauts risques, est déterminant au cours d'une trajectoire de demandes d'aide. Globalement, on peut dire que l'efficacité maximale de l'intervention est grandement déterminée par l'interaction entre les parties en présence, une interaction qui module les stratégies des acteurs. Sur ce plan, la culture d'entreprise des organismes fournisseurs de services d'aide sera au nombre des facteurs déterminants de l'interaction, non seulement à l'égard du type de prise en charge, mais également en amont de l'inscription et de l'accueil du client en tant que bénéficiaire.

En effet, plusieurs études montrent que la culture des services et des organismes d'aide est largement façonnée par les caractéristiques féminines (Kadushin, 1996) en raison de la féminisation de la pratique psychosociale et des normes de comportement de la personne en difficulté associées aux caractéristiques féminines (qui sont devenues la norme). C'est que historiquement la division sexuelle des tâches a assigné aux femmes les rôles de soins (*caring*) et d'aide, et la croyance qu'elles seules peuvent l'être persiste dans la société et dans le champ de l'intervention. Globalement, cette situation a une incidence sur la distribution de l'offre et de la demande d'aide (elle détermine les catégories de personnes qui offrent ou qui reçoivent de l'aide), sur la signification des interactions et sur



la dynamique dans laquelle s'inscrit la recherche d'aide. Si la décision de demander de l'aide découle de l'évaluation que fait une personne de sa réalité et de l'aide qu'elle peut recevoir, l'attitude des personnes offrant des services l'est tout autant. L'implantation de services spécialisés pour les pères (Dulac, 1998a) a montré que les facteurs socioculturels comptaient dans la mise sur pied de tels services.

Selon Broué et Guévremont (1994b), une dynamique particulière existerait au sein des institutions du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : les intervenants procèdent généralement à une évacuation des clients masculins en détresse parce que l'intervention auprès de cette clientèle est difficile ; ils entendent ainsi le moins possible leur désarroi et leur souffrance. La clientèle masculine apparaît dérangement pour les intervenants, car son attitude (passivité, agressivité) ne favorise pas l'empathie, mais plutôt l'antipathie des intervenants et des intervenantes ; surtout, cette particularité les confronte à leurs limites d'intervenant créées par l'institutionnalisation de leur pratique. Brooks (1998), aux États-Unis, fait un constat similaire en quatre points, ce qu'il appelle «pouvoir politique et triangulation» :

<p>Pouvoir politique et triangulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de santé mentale font aussi l'objet de stéréotypes liés au genre. Depuis 20 ans, on a vu un déplacement dans la nature des diagnostics de santé mentale chez les femmes, et il y a eu une prise de conscience du sexisme sur le plan des modèles thérapeutiques appliqués aux femmes ; • Il y a une association de l'univers de la thérapie aux femmes, ce qui peut représenter une menace pour les hommes dits traditionnels ; • Les relations homme-femme se sont transposées (<i>shifted</i>) dans le champ de la santé mentale ; • Il y a une augmentation marquée de l'intérêt à l'endroit des problèmes des hommes.
<p>Brooks (1998)</p>	

Pour illustrer cette dynamique particulière de l'intervention auprès d'hommes en difficulté, Labelle et Boyer (1998) ont fait remarquer que, dans leur étude, les jeunes suicidaires sont passés à l'acte du fait qu'on n'a pu ou pas su répondre à leurs besoins spécifiques lors de la demande d'aide. Quoique 92 % des jeunes de cette étude aient eu recours à un service d'aide (un net changement par rapport à l'étude de Lavoie et al. en 1990, cités dans Labelle et Boyer, 1998), ils évaluaient négativement certaines ressources d'aide : soit en raison de la mauvaise qualité du service offert, soit parce que le service offert par la ressource ne répondait pas à leur besoin

particulier. On peut se demander dans quelle mesure ce constat ne s'applique pas à la population masculine en général.

La discontinuité dans les services offerts aux hommes trouve aussi sa source dans les résistances des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, des résistances qui empruntent aussi des avenues idéologiques. Tremblay (1996) fait remarquer que, depuis une dizaine d'années, un questionnement émerge à propos du biais proféminin chez l'ensemble des intervenants de la santé et des services sociaux, qui préfèrent nettement intervenir auprès de la clientèle féminine. Les commentaires analytiques de Tremblay (1996) soulèvent l'importante question de l'adéquation de notre système de provisions de services d'aide aux besoins spécifiques exprimés par la clientèle masculine. Canetto (1994), qui s'est intéressée à la question du suicide, renchérit : sur le plan clinique, les intervenants (hommes et femmes) acquièrent, dans un tel fonctionnement, une pratique largement teintée par les connaissances reliées au comportement suicidaire des femmes. Ils doivent donc réapprendre à intervenir à la lumière du vécu des hommes ou des caractéristiques de leurs demandes d'aide.

Ce qui pourrait être en cause ici, c'est la présence de stéréotypes dans l'intervention. Une recherche auprès de praticiens et de thérapeutes américains (Robertson et Fitzgerald, 1990), a permis d'identifier que la dimension *rôle lié au genre* chez le client comptait dans le comportement des thérapeutes, notamment dans l'établissement d'une pathologie et des causes d'une maladie (étiologie). Dans cette étude, les praticiens/thérapeutes ont associé un comportement non traditionnel chez l'homme client à une pathologie plus sévère ; ils se sont comportés différemment devant un client affichant ce type de comportement lié au rôle ; ils ont associé vraisemblablement la dépression à la situation de vie du client ; certains thérapeutes ciblent le comportement non traditionnel lié au rôle comme un comportement exigeant une intervention thérapeutique.

Le cas de la dépression chez les hommes illustre assez bien l'incapacité clinique et institutionnelle à cet effet. D'après Heifner (1997), qui a mené une enquête auprès d'hommes diagnostiqués dépressifs, cette problématique défie les croyances sur la masculinité, la maladie, la thérapie et la guérison. Elle a constaté que les symptômes cliniques de la dépression sont surtout associés aux femmes, que la dépression chez les hommes est moins acceptée «socialement» ; conséquemment, il est difficile de reconnaître un problème de dépression chez les hommes. Heifner (1997) se demande si cette situation ne mène pas les hommes sur les chemins de la drogue, de l'alcool, du suicide, de la détresse

familiale, de la violence familiale et sociale. Si la dépression était associée à une perspective masculine, les cliniciens seraient plus alertes et les traitements appliqués plus tôt dans la vie des hommes en détresse.

Toutes ces données rejoignent, en quelque sorte, les conclusions du coroner Bérubé (1997) et de Dulac (1997) quant à la décision des hommes de demander de l'aide : ils le font surtout lorsqu'ils sont en crise. Toutefois, cette crise n'est pas seulement imputable au fait que les hommes attendent trop longtemps avant de consulter. La crise est aussi reliée au fait qu'ils n'ont pas reçu assez rapidement une aide appropriée à leurs besoins. Il semble que les demandes de services et d'aide des hommes ne soient pas toujours prises en charge par le système de santé et de services sociaux au Québec.

• Ils arrivent généralement en crise

Comme nous l'avons déjà montré (Dulac, 1997), en général ce sont des éléments extérieurs incontrôlables qui provoquent une situation de crise où l'individu se retrouve désemparé, sans point de repère : la relation avec la conjointe, le départ de la conjointe, le travail, la santé physique et psychique, etc. La crise est souvent l'élément déclencheur d'une demande d'aide.

«J'ai l'impression que ceux qui viennent sont un peu au bord du précipice, qu'ils se rendent très loin, «crampent en masse» parce qu'ils ne savent pas à quoi se rattacher. J'ai l'impression que c'est cette clientèle-là qu'on rejoint. Parce qu'on ne rejoint pas tous les hommes qui ont besoin d'aide. Ces hommes que nous rencontrons ne savent pas vers quoi se tourner, comment se comporter, à quoi se rattacher : ça va être quoi les schèmes de référence d'un tel homme s'il ne veut plus être le gros gars invincible, solide tout le temps.»

«En toxicomanie, ce sont des clients volontaires. Par contre, il y a des déclencheurs importants : perdre sa femme, perdre son travail, un ivressomètre, les enfants, la conjointe. C'est ce que l'on appelle les déclencheurs à la prise de conscience.»

Les hommes attendent donc jusqu'à la crise. Mais qu'est-ce que l'on veut dire par *crise*? Qu'est-ce qu'une *crise*? Voici ce qu'un intervenant soutient :

«La plupart du temps, ces hommes ont atteint ce qu'on appelle «le fond du baril». Ce n'est pas nécessairement une liste de pertes matérielles, car il y a du monde qui n'ont plus rien et qui sont encore capables de «toffer». (...). Souvent les gars auront vu des médecins qui leur auront prescrit des antidépresseurs, ce qui gèle la souffrance et permet de «toffer» encore un peu, pour un bout de temps. La crise, c'est quelque chose qui est plus émotif que de l'ordre du matériel. La crise, c'est quand tu n'as plus la capacité à endurer ta souffrance.»

Ce commentaire est éloquent pour plusieurs raisons. Il montre que les hommes font des demandes d'aide, mais que le service obtenu n'est pas nécessairement celui qui est le plus utile ou approprié à la santé des hommes. Ce commentaire nous permet, en outre, d'entrevoir une définition opérationnelle intéressante de la notion de crise, du moins si l'on admet que les hommes souffrent. En un sens, la crise ou l'incapacité à supporter plus longtemps la douleur ou la souffrance, c'est déjà le début de la démarche d'aide. C'est ainsi qu'il faut voir la crise. La crise, devient l'élément déclencheur d'une démarche en profondeur souhaitée dans laquelle certains hommes vont s'investir ou elle permet de faire face aux échecs antérieurs de recherche de solutions pour que cesse la souffrance :

«Souvent, ce sont des hommes qui viennent nous voir parce qu'il y a une perte dans leur vie. Il y a donc une situation de crise, un homme en déséquilibre dont le mécanisme de défense habituel ne lui sert plus, il doit faire autre chose sans trop savoir quoi. Pour moi, la crise représente un passage. La crise est révélatrice d'une étape de vie importante où l'homme réalise qu'il ne peut plus endurer sa souffrance plus longtemps.»

Mais la trajectoire de demande d'aide des hommes traduit, en quelque sorte, leur perception au sujet de leur souffrance (donc de leur problème). Nous le savons : l'aide qu'ils rechercheront pour diminuer, atténuer, faire cesser leur souffrance, sera bien souvent de nature médicale avant d'être psychothérapeutique. Cependant, plusieurs diagnostics émis par des spécialistes se conclueront par le recours à une médication en guise de traitement : vraisemblablement, la demande d'aide signifiée par un client est parfois mal interprétée :

«Il y a au moins le tiers (1/3) des gars qui arrivent ici, des filles aussi, avec leur prescription d'antidépresseurs. Mais c'est un généraliste qui a prescrit ça, les hommes n'ont jamais consulté en psychiatrie, le généraliste n'a pas expliqué le temps d'action du médicament, précisé les effets négatifs. Les gars vont aller chez un médecin parce qu'ils ne comprennent pas ce qui leur arrive. Le médecin autorise, lui, la souffrance. Et les hommes se disent : «Je dois avoir une maladie physique qui fait que je ne suis pas bien.» Quand tu as mal aux dents, tu vas chez le dentiste...»

La trajectoire de demande d'aide des hommes en difficulté est donc déterminée par un ensemble d'éléments s'influençant les uns les autres dans la mise au jour d'un problème comme dans sa résolution. Elle fait ressortir, ni plus ni moins, toute l'étendue du territoire de l'intervention. Dans la prochaine section de ce chapitre, nous abordons le thème de l'accueil, un thème crucial en intervention au dire des praticiens.



2.1.2 L'accueil : aller au-devant et tendre la main

• Un premier contact si important

Le travail auprès de la clientèle masculine passe impérativement par la révision de la façon d'intervenir. Les intervenants nous ont confié avoir progressivement modifié leur approche à toutes les étapes de l'intervention. Ils précisent surtout avoir révisé la manière d'établir le premier contact auprès d'un homme en difficulté. Si la demande d'aide officielle doit émaner du client, rien n'empêche d'aller vers lui... C'est ainsi que la problématique du suicide a forcé certains intervenants à modifier leur façon de faire : ne plus attendre l'appel ou la visite de l'homme en détresse, mais aller vers celui qui a besoin d'aide, à travers les autres et dans le respect de la volonté de cet homme et des personnes de son entourage :

«Il y a six ans, sept ans, on s'est rendu compte que les hommes suicidaires en crise intense, à risques élevés, ne nous contactaient pas, ne voulaient pas d'aide. C'étaient les tiers qui nous contactaient, surtout les conjointes. Mais ces personnes étaient épuisées. Notre façon de faire maintenant, c'est en fonction des tiers pour qu'ils (elles) amènent le bénéficiaire à nous appeler, à faire une demande d'aide lui même. (...) Si le risque n'est pas trop grand, il y a une marge de manoeuvre en se fiant sur les tiers, à la condition que ces personnes acceptent qu'on divulgue leurs noms lorsque nous contactons le client. Si oui, on appelle le bénéficiaire et on lui dit : «Écoute, il y a telle personne proche de toi qui nous a appelés ; elle très inquiète et elle nous demande d'entrer en contact avec toi.» Généralement, on est très bien reçu quand on réussit à faire ce premier contact.»

«Il faut comprendre que l'homme a de la difficulté à faire le pont pour demander de l'aide, mais quand le pont est créé, seigneur, ça va mieux. Le gars, il ne demande pas mieux.(...) Quand on se permettait d'appeler l'homme en crise, il acceptait de nous parler ; quand on faisait notre travail de prise de contact, d'exploration du problème, l'homme était content de pouvoir parler de lui. On n'appelle jamais quelqu'un sans que le proche nous ait autorisés à le faire. C'est un peu la façon de faire. L'autre est toujours libre de raccrocher le téléphone, mais présenté comme ça, moi, chaque fois que je l'ai fait ce type de contact, je ne me souviens pas que quelqu'un m'ait raccroché.»

Cette pratique semble peu orthodoxe. En effet, elle paraît contredire ce principe fondamental de l'intervention qui veut que le client fasse lui-même la demande d'aide ; ce principe fait partie de la notion de responsabilisation. Cette approche de la «main tendue» est sensée. Elle soulève néanmoins la question de l'adaptation des services d'aide aux besoins des clientèles, voire aux modes de vie des clients (Simoncelli, 1996)

• Le téléphone

Selon les intervenants, il y a plusieurs façons d'accéder à des services d'aide. Généralement, lorsqu'un individu se présente dans une ressource pour hommes, il peut avoir pris un rendez-vous par téléphone auparavant. Un intervenant l'accueillera, verra aux questions administratives et procédera à l'évaluation de la situation du client. Cet homme sera orienté, par la suite, vers un service ou un programme d'aide approprié à ses besoins. Mais ce ne sont pas tous les hommes qui téléphonent ou qui, lors de l'appel téléphonique, accepteront de se présenter éventuellement à un rendez-vous. Au moment de l'appel, plusieurs hommes sont craintifs : ils ont des résistances, des peurs, racontent leur vie, se répètent, etc.

À travers cet appel, qui somme toute représente l'amorce de la demande d'aide, ces hommes ne manifesteront pas nécessairement une demande d'aide de manière explicite. Ces éléments sont bien documentés dans la littérature. Déjà en 1985, la question était soulevée par Perrault et al. dans le domaine de la santé mentale. Pour eux la prise de contact initiale (*intake*) par téléphone ne représente qu'une faible partie de l'environnement de traitement, mais son impact sur les autres sous-systèmes d'aide, sur le client et le clinicien, peut s'avérer considérable.

Pour le client et le fournisseur de services, la qualité du contact initial influencera certainement la décision de persister dans la démarche d'aide : accepter de faire partie d'une liste d'attente, décider d'avoir recours aux services d'urgence ou décider de se présenter ou non aux entrevues d'évaluation. L'intervenant, pour sa part, a tout intérêt à rencontrer un client déjà doté d'une représentation de l'environnement de traitement. En d'autres mots, un client qui possède une connaissance contextuelle de l'environnement thérapeutique bénéficiera davantage de ses premiers contacts avec le milieu d'aide et focalisera beaucoup mieux et plus rapidement sur ses problèmes.

Par ailleurs, les conclusions de l'étude de Perrault et al. (1985) soulignent la grande variation dans l'accueil au client selon les fournisseurs de services d'aide. Les réceptionnistes font très peu d'interventions thérapeutiques et manquent souvent d'habiletés thérapeutiques (qui seraient dues à une absence relative de planification de la part des autorités institutionnelles) pour cette fonction importante, quasi clinique, qu'est l'accueil initial.

Tous les intervenants qui ont participé à l'étude de Perrault et al. (1985), ont longuement parlé des différents aspects de la dimension *accueil*. Ils ont mis l'accent sur la manière d'entrer en contact avec un individu, et plus particulièrement les

façons d'utiliser le téléphone. Certes, les pratiques diffèrent sensiblement d'un organisme à l'autre, mais certains organismes ont des approches très novatrices.

Dans le cadre de notre étude, les intervenants rencontrés ont indiqué l'importance de tout mettre en oeuvre pour faciliter une demande d'aide par l'homme lui-même et ce, compte tenu des problématiques rencontrées (violence, toxicomanie, suicide) et des diverses attitudes vis-à-vis de l'aide. Concrètement, ils ont adopté des façons de faire techniques (ex. frais d'appels acceptés peu importe la provenance) ; mais le contact téléphonique (15 à 20 minutes) sera l'occasion pour un intervenant de tendre la main à cet homme, d'aller au-devant de lui, d'en savoir un peu plus sur la situation qu'il vit : connaître la raison de l'appel, la façon dont il a obtenu les coordonnées du centre d'aide, le degré de dangerosité de la situation (pour lui-même, pour les autres), l'état dans lequel il se trouve (ex. suicidaire, homicidaire), sa situation d'emploi, sa situation de vie (milieu social, statut civil), l'endroit où il se trouve au moment de l'appel.

On le voit, ce contact téléphonique est capital parce que c'est l'amorce d'une demande d'aide, et crucial parce qu'il peut représenter un point tournant dans la vie d'un homme en difficulté. Dans ce domaine, les centres de prévention du suicide, comme les lignes téléphoniques d'aide, ont une expertise qui devraient être transmise aux autres intervenants de manière à bonifier l'accueil téléphonique. Car c'est non seulement le moment de tendre la main à quelqu'un qui est en crise ou qui souffre, mais c'est le début de l'intervention.

«Le gars qui appelle lui-même va demander : «Comment ça marche chez vous? Ça dure combien de temps?» C'est des questions très techniques qu'ils posent. Ils ne révèlent pas leurs sentiments parce qu'ils ne savent pas à qui ils parlent. Je vais leur donner un rendez-vous, la plupart du temps dans les 24 heures, parfois dans la journée même. Il faut donc réagir rapidement et les recevoir le plus vite possible.»

Selon cette approche véhiculée par les intervenants que nous avons rencontrés (et au sein des organismes d'aide), l'individu qui a contacté une ressource pour hommes est d'abord accueilli avec son «vécu», et l'intervenant prend le temps de cerner la situation ou l'état de crise. C'est ce qui facilitera le travail ultérieur. Plus fondamentalement, un lien s'est créé à travers ce type de contact avec un homme qui s'informe ou demande de l'aide et la barrière de la demande d'aide a été franchie.

• **Réagir rapidement devant les signes de la demande d'aide**
Concrètement, pour aider quelqu'un de manière efficace, désamorcer une situation de crise, répondre aux besoins d'un

individu, il faut réagir rapidement : c'est que du moment qu'un client franchit la barrière de la demande d'aide, il est plus susceptible qu'en d'autres temps de se dévoiler. Alors, le délai entre l'appel et le contact avec un intervenant doit être très court, pour éviter que l'individu se démotive :

«Quand le gars appelle, il ne faut surtout pas le rappeler quatre jours plus tard ... parce qu'on voit alors la différence : son image a pris le dessus. Au moment de l'appel il était vulnérable, prêt à s'ouvrir. Si on ne s'occupe pas de ce gars-là à ce moment, on va peut-être le revoir six mois plus tard lors d'une crise majeure. Pour la majorité des gars, c'est déjà tellement un effort de nous appeler, alors si on attend quatre jours plus tard, sa carapace aura repris sa place. Quand le client passe par le réseau institutionnel, à moins que ce soit la crise majeure, c'est très normal que le rendez-vous soit fixé une semaine plus tard...»

Un délai, si petit soit-il, peut freiner la demande d'aide d'un client, rendre encore plus difficile l'expression de la vulnérabilité et/ou la création du lien de confiance avec un intervenant. Les commentaires suivants illustrent de telles conséquences :

«Je me souviens, au début j'étais tout seul, tu as deux ou trois appels, tu ne peux pas répondre à tout le monde, tu es obligé de dire à quelqu'un : «Je vais te rappeler plus tard». Combien de fois, des gars voulaient même plus me parler quand je les rappelais, et parfois seulement le lendemain! Ils auraient voulu être accueillis tout de suite, et c'est normal.»

«Règle générale, le pas est dur à faire, mais le rendez-vous avait été fixé dans un mois... Alors, dans un tel contexte, un individu peut croire que ça situation n'est pas urgente. Il y a neuf chances sur dix qu'il ne revienne pas. Il va continuer tranquillement à se détériorer.»

«Après huit ans d'intervention auprès des hommes, je réalise que les gars qui n'ont pas été rencontrés rapidement au moment de leur demande, même s'ils reviennent, ils ne sont pas aussi disponibles que la première fois ; ils sont plus fermés même. C'est beaucoup plus difficile de parler des mêmes problèmes dont on aurait pu parler lors du premier 24 heures du contact initial.»

• **L'accessibilité téléphonique : être là, les horaires, la gratuité des services**

Incidentement, une des manières d'être efficace, c'est de se rendre accessible. Concrètement, l'accessibilité téléphonique se traduit par la présence humaine lors du premier contact. Les organismes ont généralement une permanence téléphonique de 9 h à 20 h. C'est ce qui permet d'élargir l'accessibilité aux travailleurs de jour et aux travailleurs de d'autres quarts de travail. La permanence téléphonique est souvent assurée par quelqu'un qui prend les appels sur le champ, ou retourne un appel s'il y en a deux en même temps,



dans un délai très court de moins de 24 heures. Plusieurs raisons expliquent l'importance de la réception d'un appel par un intervenant.

«L'individu au bout du fil fait un pas, qu'il voulait peut-être faire depuis un an, pour avoir de l'aide ; ils ont découpé et gardé un bout de journal, un article de Solange Harvey. Ça fait un an que ça mûrit! Il faut que le gars puisse être reçu lors d'un premier contact téléphonique par une voix humaine qui va lui dire «bonjour», l'orienter, l'encadrer : «Oui, tu es à (nom de l'organisme), qu'est-ce que tu désires, tu veux de l'information, est-ce que c'est une demande d'aide, est-ce que tu veux entreprendre une démarche?» Qu'on puisse répondre à ses questions. Quand ça fait un an, laisse-moi te dire que le gars est plus «verbomoteur» que moi! Il est là, prêt à... Donc, c'est vraiment de faciliter la réception de cette demande d'aide.»

Comme il fut indiqué plus haut, les ressources pour hommes acceptent tous les frais d'appel, puisque le premier contact avec un homme en difficulté se fait par téléphone : *«Je ne peux pas me permettre qu'il y ait une barrière de fric ou technologique entre les deux»*, confie un intervenant.

• **Déramatiser, sécuriser, informer, démystifier et orienter**

Il arrive souvent que le premier contact soit plus informatif, car le client magasine en quelque sorte les services d'aide ou n'est tout simplement pas prêt à aller plus loin. S'il n'est pas intéressé à parler de son problème, l'intervenant l'informe sur les services d'aide offerts par l'organisme ; par contre, si le client parle de son problème, c'est l'occasion de faire une rapide évaluation de la situation.

Deux dimensions doivent être vérifiées par l'intervenant qui prend l'appel : d'abord, l'absence de contraintes majeures au dévoilement chez le client : *«Est-ce que tu es en mesure de parler? Es-tu à l'aise, es-tu dans un environnement où tu peux parler?»* Si ce n'est pas le cas, la poursuite de l'entrevue se fera à un autre moment. Puis, il est primordial de vérifier si cette personne contacte la bonne ressource, de préciser le rôle de l'organisme (ex. type et fonctionnement de l'organisation, type de services, fonctionnement de la thérapie de groupe, nombre de rencontres, etc.), de s'assurer que l'individu comprend bien pourquoi ce service d'aide lui convient ou pourquoi il est orienté ailleurs (si c'est le cas). Ce premier contact vise beaucoup à recadrer la démarche du client, ce qui peut s'avérer confrontant. L'intervenant précise alors au client : *«On va se rencontrer, on va parler du problème, mais ici on est là pour t'aider, on n'est pas là pour répondre aux exigences de quelqu'un d'autre ; on n'est pas là, non plus, pour servir de garderie aux services judiciaires.»*

En terme d'approche, l'accueil vise autant à informer qu'à évaluer la situation en peu de temps. Les intervenants qui

répondent à ces appels n'ont pas un discours jugeant ou blâmant. À cette étape, on insiste sur l'accueil qui permettra de désamorcer la crise et de fournir des informations justes : *«(...) parce que les gars aiment avoir de l'information juste. Contenteur pas de roman. À une question, une réponse claire. Et ça, c'est un mécanisme assez masculin que je trouve important de respecter.»* Pour ce qui est de l'évaluation au téléphone, c'est surtout de voir si l'homme est en crise : l'intervenant vérifie si le client peut être dangereux pour quelqu'un d'autre, pour sa conjointe, ses enfants, pour lui également.

Il y a des situations où l'évaluation téléphonique va plutôt se dérouler lors du second contact quand l'intervenant recontactera le client pour l'amener à préciser sa demande, l'historique de sa situation, etc. :

«Je suis intervenant, je m'appelle... Une des premières questions c'est : «Qu'est-ce qu'on peut faire pour toi ? Qu'est ce qui t'amène à appeler? Qu'est-ce qui fait que tu n'as pas appelé (avant)?» (...) Ça donne des éléments sur ce qui vient de se passer, sur les événements significatifs qui sont survenus. On le sait : souvent, c'est parce que il y a eu un épisode comme le départ de la conjointe, ou une rupture potentielle. (...) Les gars souvent disent : «J'sais pas trop quoi faire, il faut que je change» ou «Je sais que je dois changer.» Mais ils ne savent pas par où commencer. On fait tout de suite un renforcement positif : on leur dit que c'est la première étape qu'ils viennent de franchir que d'être entré en contact avec nous, d'avoir demandé de l'aide.»

Au téléphone, l'accueil vise aussi à soutenir l'individu, à dédramatiser la situation, à mieux cerner l'individu et le contexte pour l'aider à prendre une décision à la fin de l'appel ; ils vont :

- soutenir la personne ;
- recueillir les coordonnées de base (parce que les appels de demande d'aide peuvent vite se transformer en appel d'intervention de crise) ;
- situer où se trouve la personne, en cas d'intervention de crise ;
- demander les raisons de l'appel ;
- vérifier si cet homme reconnaît l'existence de son problème ;
- informer le client sur les services offerts ;
- vérifier la motivation de l'individu pour éviter une mauvaise orientation en terme de service d'aide.

Comme le résume un intervenant, cette étape doit servir à cerner une situation problématique et à orienter adéquatement la personne qui vit tel ou tel problème :

«C'est plus un «screening» qu'on fait pour avoir une bonne idée de cet homme. (...) On va lui refléter avec beaucoup de respect sa résistance si c'est le cas, ou le fait qu'il n'est peut-être pas prêt,

qu'il a peut-être intérêt à réfléchir davantage, à prendre un temps de réflexion ; mais il peut nous rappeler n'importe quand.»

2.1.3 Voir le client rapidement

Les intervenants ont souligné l'importance d'agir rapidement et de rencontrer un client dans les heures, sinon les jours, qui suivent le premier appel téléphonique reçu dans une ressource pour hommes. Dans le cas où des individus se présentent directement sans avoir téléphoné préalablement, les intervenants doivent consacrer le temps nécessaire à une rencontre. La première rencontre en personne entre un intervenant et un client est, en outre, un moment crucial dont dépendent les autres étapes de l'intervention. Tous les intervenants s'entendent sur l'importance de bien comprendre l'état dans lequel se trouvent les clients qui consultent. Si possible, un rendez-vous est fixé et réalisé très rapidement après l'appel d'un homme en difficulté ; pour rejoindre un bassin plus large d'hommes, plusieurs organismes d'aide prévoient des rencontres durant la journée ou en soirée. Malgré cette souplesse, il faut souligner que plusieurs personnes ne se présentent pas à leur rendez-vous.

• La première rencontre : l'anxiété du client

La première rencontre doit se dérouler de façon chaleureuse, car le client est généralement très anxieux. Il faut donc miser sur le respect et agir avec tact. Un intervenant a bien exprimé ce que des hommes pouvaient ressentir ou faire avant cette fameuse rencontre : *«Il y a des gars qui font le tour du «bloc», d'autres viennent la veille pour repérer la place, certains viennent une heure avant le rendez-vous et ne veulent pas monter l'escalier. Souvent ils nous disent, plus tard, que ça a été difficile de monter cet escalier-là.»* Lors de la première rencontre avec un homme en difficulté, un autre intervenant nous confie qu'il essaie toujours de se mettre dans la peau de cet homme qui se présentera pour la première fois :

«Comment voudrais-je être reçu, moi, si je montais l'escalier, ici? Ce peut être un homme méfiant, il ne sait pas comment il va être reçu. C'est important de le recevoir correctement, avec toute la politesse nécessaire. Quand je parle de politesse, ce n'est pas en terme de convenance, mais de respect, le respect qu'il a le droit d'avoir en tant que personne humaine.»

Pour plusieurs, la façon de faire contribuera à bien encadrer une personne dès son arrivée :

«Compte tenu de l'anxiété qui l'habite, je crois que c'est important de bien encadrer la personne au moment où elle entre ici, dès les premières secondes de son arrivée. Ce sont des détails qui peuvent sembler insignifiants, sauf qu'on a affaire à des personnes anxieuses. (...) Quand le gars a des réponses, son taux d'adrénaline baisse et il est capable de te tendre la

main puis de dire «bonjour». Donc au niveau de l'accueil, il faut y aller avec douceur et recevoir cette personne-là dans le plus grand respect. On fait même attention aux blagues entre confrères lors des pauses de travail, car on ne sait pas comment cette «personne-anxieuse-qui-arrive» peut les interpréter.»

Heppner et Gonzales (1987) ont bien insisté sur l'anxiété des hommes, puisque c'est ce qui rend difficile l'expression de ce qu'ils ressentent. L'intervenant doit pouvoir évaluer cette anxiété, l'incidence de l'orgueil et de l'amour-propre du client et de ses craintes afin de ne pas brusquer ou pousser le client dans une démarche trop rapide ou trop «intrusive». L'intervenant doit être empathique face aux hésitations du client et de l'anxiété entourant la mise à découvert et la divulgation, qui sont du reste des expériences hautement significatives pour le client.

• La honte du client et l'alliance

Un thème important relevé par les intervenants est celui de la honte. La honte est un sentiment très associé à la masculinité parce que lié à la capacité (ou l'incapacité) de l'homme à résoudre lui-même ses problèmes et à la performance. Quand des hommes se retrouvent en difficulté, leurs perceptions rattachées à la socialisation masculine entrent en jeu ; un intervenant raconte à quoi cette honte est reliée : *«Cette honte là, c'est la honte de ce qu'ils ont fait, la honte de la vie cachée, la honte de leur faiblesse, de ce qu'ils considèrent comme leur faiblesse. (...) Un gars, quand il a un problème, il faut qu'il trouve une solution à son problème, et il est centré là-dessus.»*

Que ce soit en toxicomanie, en violence conjugale, en prévention du suicide (ou autres), tous les intervenants ont fait ressortir la présence de la honte chez les hommes qu'ils rencontrent. C'est que ces hommes ont tous essayé, à maintes reprises, de «s'en sortir par eux-mêmes», de trouver une solution à leurs problèmes :

«En toxicomanie, ils ont tous essayé d'arrêter de consommer avant de consulter. Ils vivent des échecs, ils arrivent ici petits, «hauts comme ça» ou comme un chien battu; donc, l'estime de soi est très basse. Souvent les gens cachent beaucoup ce sentiment-là derrière une apparence de grandeur, derrière un paraître.»

Dès la première rencontre, l'intervenant devrait être sensible à cet état. Pendant longtemps, l'une des manières d'intervenir était de maintenir la personne dans ce sentiment de honte. Ce n'est plus le cas. Les intervenants nous ont dit adopter une philosophie plus humaine en intervention, qui ne maintient pas le client dans cette situation, mais qui n'excuse pas son comportement nocif : *«La honte, c'est irrespectueux, immoral. La honte est cousine de la culpabilité. Peu importe ce qu'il a fait ou ce*



qu'il a vécu, je ne justifierai jamais le geste d'un gars, mais je vais excuser la honte.»

Cet intervenant va plus loin dans la compréhension de l'émergence de ce sentiment nuisible en spécifiant que les hommes semblent adopter inconsciemment la honte comme une partie de la solution à leurs problèmes. Ici, c'est la vision de la honte comme solution qui est mise en évidence par ce commentaire :

«Le gars qui plonge profondément dans la honte était un grand démuni au moment où il a commis ses actes. Je vais, à ce moment-là, valider : «Tu ne voyais pas d'autres choix. Tu étais en manque de moyens, en pénurie d'autres moyens.» Je ne justifierai jamais ce qu'il a fait cependant. Même s'il a fait quelque chose qui n'est pas correct, le fait d'éprouver de la culpabilité ou de la honte, c'est pas ça qui va l'aider à avancer. Souvent, les hommes croient qu'il faut être dans la honte pour s'en sortir.»

Qu'est-ce que la honte? C'est le sentiment pénible de son infériorité, de son indignité ou de son humiliation devant autrui, de son abaissement dans l'opinion des autres. Lorsqu'un intervenant nous confie que les hommes croient qu'il faut être dans la honte pour s'en sortir, c'est une réalité masculine tout à fait aberrante. Cela veut dire que les hommes attendent d'avoir l'estime de soi à zéro avant de demander de l'aide. Cet intervenant ne nous indique-t-il pas que ce n'est pas tant le fait de demander de l'aide qui est une attaque à l'estime de soi que l'inverse : c'est-à-dire que les hommes ne demanderont pas d'aide tant et aussi longtemps qu'ils ne pourront plus supporter de se sentir humiliés, abaissés, inférieurs, bref, de souffrir. On reconnaît encore une fois un des éléments clés des stéréotypes masculins : «c'est dans leur nature, ils sont construits, produits socialement ainsi». L'impuissance face à la solution des problèmes s'additionne au sentiment négatif de perte de contrôle sur la situation.

Mais lorsque ces hommes ont un comportement inhumain, le corollaire devient donc celui de la reprise de contact avec une partie de leur humanité. C'est une des raisons qui amènent de nombreux intervenants à dire qu'il faut, avant même de penser aux problèmes pour lesquels les hommes consultent, accueillir le vécu de cette personne :

«Souvent, on veut aller trop vite dans la résolution des problèmes pour réinstaller un autre mode de vie. D'abord, il faut passer par l'étape de l'accueil du vécu de la personne, qu'il y ait une libération émotionnelle : écouter la personne, la laisser pleurer et dire tous les aspects amers qu'elle a vécus, revenir sur cette blessure-là; à partir de là, quelque chose se construira par la suite.»

La honte joue donc un rôle important chez les hommes lorsqu'ils demandent de l'aide. Toutefois, cette question a été peu analysée parce que considérée comme un état infantile chez l'être humain. Mais, de nos jours, un regain d'intérêt se manifeste chez de nombreux chercheurs, et le rôle qu'elle joue est mieux connu.

Krugman (1995) signale que les processus reliés à la honte agissent différemment dans le développement des hommes et des femmes. Elle a une fonction normative d'adaptation, et la culture s'appuie quotidiennement sur la honte comme sanction pour faire naître l'acquisition et la conformité aux normes. Ainsi, la honte est intrinsèquement associée à l'acquisition et au renforcement de l'identité et des comportements de genre.

Cependant, la honte est différente pour un homme et une femme. Les femmes vivent ce sentiment plus directement, sont plus familières avec les nuances qu'elle comporte, sont plus habiles à l'intégrer dans les relations continues sans être désorganisées psychologiquement. Aussi, la socialisation et les normes sociales du comportement féminin soutiennent davantage une attitude de tolérance et de reconnaissance de la honte. Par contre, d'après Krugman (1995), la socialisation masculine néglige l'intégration de la honte chez l'homme adulte, et les hommes deviennent extrêmement sensibles aux états de honte ; les normes sociales du comportement masculin et la socialisation masculine tendent plutôt à nier l'importance de la honte et inhibent son potentiel de transformation et d'adaptation.

L'expérience masculine de la honte mal intégrée induit le développement de dysfonctions et de pathologies ou de réactions dysfonctionnelles : isolement affectif et isolement social, comportements agressifs comme mode de résolution de problèmes, comportements antisociaux, dépression, consommation de substances, suicide, violence conjugale, etc. Chez les hommes, les barrières normatives (telle que la socialisation par la honte) induisent des états (de honte) qui menacent leur identité de genre et leur équilibre psychologique. C'est qu'ils sont socialisés à éviter la honte, ont donc un rapport inexploité, immature ou réactif avec le sentiment de la honte qui demeure étroitement liée à l'impulsivité et à l'affrontement. Autrement dit, la honte n'est pas modulée et transformée en un signal d'adaptation qui guide les relations interpersonnelles, estime Krugman (1995). Pour cet auteur, le fait de reconnaître et de partager les secrets honteux diminue la haine de soi et facilite les relations avec les autres.

L'intervention est une démarche qui peut faire revivre les luttes intérieures pour éviter la honte. Selon les préceptes de la masculinité, les hommes se dévoilent difficilement, et la demande d'aide apparaît humiliante, voire honteuse. C'est contre l'idéal de compétence et de performance masculin. La

honte apparaît alors sous forme de confusion, d'incompétence, d'échec. Dans ce contexte, Osherson et Krugman (1990) précisent les particularités du contexte thérapeutique et des mécanismes de défense :

Le contexte thérapeutique	La thérapie est une forme d'aide étrangère aux hommes parce qu'elle exige de verbaliser des émotions, d'accéder à ses émotions, la capacité de parler de ses blessures, de sa vulnérabilité et l'acceptation de devoir compter sur quelqu'un d'autre. Pour toutes ces raisons, le monde de la thérapie est associé au monde féminin, donc une menace pour les hommes. Aussi, la thérapie est une démarche basée sur un contrat entre un aidant et un client, un contrat où les notions de contrôle et d'engagement sont revues : le contrôle appartient à l'aidant et le client doit s'engager. La thérapie fait renaître l'expérience de la dépendance.
Les mécanismes de défense : cacher ou nier la honte	Le comportement en thérapie est souvent révélateur de cette lutte pour cacher ou nier la honte : les discussions aussi banales que les coûts de la thérapie, la fin abrupte des séances, les demandes pour changer d'horaire, les raisons de voyage, sont tous des indices ; mais il y a aussi le silence, le non-dévoilement, l'intellectualisation, la distanciation, les nombreuses questions, l'isolement ou les démarches personnelles de prise en charge, le comportement hypermasculin ou agressant, le rôle de celui qui prend le plancher, enfin les mécanismes de projection. Osherson et Krugman (1990)

La clé de l'intervention sera de s'allier au client pour gérer la honte plutôt que de laisser la résistance augmenter. Voici comment :

1. Reconnaître les luttes thérapeutiques comme des tentatives pour se lier (<i>connect</i>)	L'aidant doit être capable de réagir non seulement à la colère ou à la distance du client, mais au désir latent de se lier à quelqu'un ; surtout dans la dyade homme-homme, il sera crucial de développer des façons de distinguer les désirs d'attachement des désirs de nature sexuelle (cf. peur de l'homosexualité).
2. Parler de la honte	C'est utile, car plusieurs hommes ne réalisent pas ou ne reconnaissent tout simplement pas la honte.
3. Reconnaître le rôle de la honte dans la vie des hommes	Les barrières normatives, la socialisation par la honte.
4. Intervenir de façon apaisante, contenue ; reconnaître et appuyer les sentiments de honte	"Comment vivre avec de tels sentiments?", pourrait dire un intervenant à un client pour l'encourager.
5. Honorer le rôle de l'agressivité dans la vie des hommes	C'est une façon de ne pas perdre la face, en tant que moyen de défense contre l'impuissance ou la vulnérabilité. C'est une façon de reconnaître que le client se protège même si c'est de façon dysfonctionnelle. L'agressivité est souvent l'unique moyen pour des individus d'établir un contact émotionnel (ex. la famille fonctionnait comme ça).
6. S'identifier aux hommes, les rassurer sur leurs émotions, sur le fait qu'ils sont normaux	C'est une façon de soulager leur sentiment douloureux d'isolement ou d'échec personnel.
7. Parler de l'amour	Autant l'amour du client pour le thérapeute que l'amour envers d'autres personnes.
8. Fournir un modèle d'attachement sans honte via le comportement du thérapeute	
9. Transfert et contre-transfert	Être attentif aux aspects féminins du transfert du client, aux peurs d'être diminué par la profondeur de l'objectivation et de la honte du patient. Être conscient des manifestations de contre-transfert de l'intervenant (ses vulnérabilités, sa propre honte, la compétition avec le client).
10. Affirmer sa compétence de thérapeute	L'intervenant doit affirmer sa compétence en tant qu'aidant, éviter la compétition par trop de questions.
11. Être attentif aux enjeux rattachés au genre	Osherson et Krugman, (1990)



• Le lien de confiance

L'intervenant, conscient des sentiments ambivalents ressentis par les hommes (honte, anxiété, etc.), doit voir à l'établissement d'un climat de confiance. Au moment de l'accueil, le contexte relationnel prime et constitue un moment stratégique permettant au lien de confiance de s'établir, qui plus est la reconnaissance du problème, l'engagement dans le processus thérapeutique et la qualité de celui-ci. À ce stade, les intervenants disent jouer deux rôles : écouter et faire prendre conscience.

«Quand le gars arrive en crise, il n'en peut plus, il gueule. Il faut le laisser exprimer ses émotions, ventiler, frapper un «punching bag» s'il le faut. Chez les femmes avec de gros problèmes de toxicomanie, ça cogne autant qu'un gars. Le besoin premier de la personne qui fait une demande d'aide, c'est de sentir qu'elle va pouvoir apaiser la crise quelle qu'elle soit : que ce soit pour calmer la conjointe, pour atténuer une sentence à la cour, etc.»

«Un gars appelle du CLSC, il est en rupture de couple, ça va mal. Le CLSC nous l'envoie et on le reçoit l'après-midi à l'accueil. Lors de l'entrevue d'accueil, il parle de la rupture, il est dans ses émotions. Puis, on utilise un document d'évaluation que le client remplit, dont une section porte sur les comportements violents. On fait ça systématiquement. Généralement, le gars coche pas mal de comportements violents. Alors, il dit à l'intervenant qu'il a des comportements violents, que c'est la raison pour laquelle sa conjointe est partie. Et le gars ira vers un groupe en intervention auprès des conjoints violents et non pas en rupture. Une chose est sûre : le gars est bien content d'avoir eu la place pour parler de ça.»

Les hommes à risques (toxicomanie, violence, suicide, etc.) sont des personnes en perte de lien social, en perte d'affiliation. Il serait alors logique de penser l'accueil de manière à ce qu'un client sache qu'il sera considéré et écouté par un intervenant soucieux d'établir un lien avec lui. La manière de signifier au client ce lien se reflète, entre autres, dans la stratégie d'intervention :

«La construction du lien, c'est la qualité de l'intervention. Je vais tenter d'entrer en contact avec mon client, de suivre son rythme, «prendre sa position», de le suivre au niveau physique. Et tout ça permet de vérifier si le rapport avec moi s'est établi : après trois quarts d'heure, je fais, au cours de l'entrevue, un mouvement et vérifie si le client va faire le même. S'il fait le mouvement, le lien commence à s'établir. C'est automatique quand il est en lien, il fait le geste. Alors, dans mon intervention, ça me donne plus de force.»

• Le confort physique et psychologique

Plusieurs intervenants conviennent qu'il faut favoriser le bien-être physique de la personne afin de diminuer l'anxiété, la honte ou d'autres sentiments qui tenaillent les clients lors des

rencontres. Cette attitude se reflète notamment dans la façon d'aménager le local avec un mobilier confortable, et dans des gestes simples comme offrir café, thé, jus, tisane, demander l'heure du rendez-vous, le nom de l'intervenant à rencontrer.

L'importance du cadre physique du lieu des rencontres reflète la philosophie d'accueil, l'esprit d'ouverture d'une ressource d'aide, indiquent des intervenants ; c'est ce que prétendent également Rabinowitz et Cochran (1987) pour qui le cadre physique doit être propice aux échanges sans interruption et à la confidentialité. Un intervenant raconte : *«Je suis très sensible au confort du lieu, au décor dans lequel on reçoit les hommes : les images au mur ne sont pas des images violentes. Je ne veux aucune image agressive. C'est banal, mais c'est ça. (...) On a des fauteuils au lieu de petites chaises en bois.»* En ce qui a trait au confort psychologique, il repose sur une attitude respectueuse envers l'aider et la personne aidée.

On change de vocabulaire, on explique, on ne juge pas :

«Ce n'est pas évident pour le gars avec un problème de violence de franchir la porte... Le gars rentre, tu lui donnes la main : «Bonjour monsieur», on ne dit pas : «Salut!». «Vous avez rendez-vous, si vous voulez venir par ici, on va prendre vos coordonnées pour ouvrir votre dossier». Il y a toujours, aussi, un petit questionnaire à remplir, alors on prend le temps de lui expliquer le but du questionnaire : c'est pas d'évaluer en profondeur la situation, c'est un questionnaire confidentiel. Il n'est pas reçu comme le mauvais garçon qu'on veut «épingler» en raison de son comportement répréhensible ou inacceptable.»

2.2 Les étapes de l'intervention

2.2.1 La première rencontre face à face : l'entrevue d'évaluation ou de soutien?

• La réaction du client

Après l'étape du contact téléphonique, le client est généralement convoqué à une entrevue. Il y a des entrevues évaluatives, d'autres où l'accent porte sur l'accueil quand un client n'est pas prêt à répondre à des questions techniques parce qu'il a plutôt besoin d'aide, de savoir ce qui lui arrive, où il s'en va ; en somme, il a besoin de counseling. L'aider doit alors agir pour créer une fissure pour lui permettre de lâcher prise, d'être moins rigide, d'être moins méfiant. Selon les termes d'un intervenant, ce type d'entrevue est «à mi-chemin entre l'accueil et l'évaluation, un mélange des deux» :

«Il y a deux questionnaires : un questionnaire sociodémographique, l'autre plus historique (ex. histoire de la famille d'origine). Il y a une section comportement violent et contrôle, une autre où l'on demande à la personne de se présenter : l'origine familiale mais aussi sa situation actuelle, c'est-à-dire comment ça s'est passé chez lui, comment il a fait

ses apprentissages (pour comprendre la socialisation), comment il transige actuellement dans sa relation de couple, avec ses enfants, ou les beaux-enfants s'il y a lieu.»

Les clients réagissent différemment à l'entrevue d'accueil. Certains sont «verbomoteurs», d'autres se confient peu ou sont méfiants. Les intervenants ont développé des moyens pour encadrer ce type de client et réaliser une entrevue efficace.

«Avec les «verbomoteurs», il faut les respecter, c'est un cadeau qu'ils font en se confiant de la sorte, et c'est souvent la première fois qu'ils s'expriment. En même temps, il faut structurer mais sans que la personne soit vexée et qu'elle se referme. Avec le client qui résiste («pourquoi tant de questions, pourquoi tant de formulaires?»), on met l'accent sur la confidentialité et sur les rôles de chacune des parties : «Voici ce qui nous engage, voici ce que tu me dis et ça reste entre nous, voici ce qui pourrait ne pas rester entre nous.» Ce sont des tentatives justement pour rassurer les individus méfiants.»

• La nécessité de plusieurs entrevues

Selon la situation particulière d'un client, deux entrevues peuvent être nécessaires, parfois trois. Après une deuxième entrevue, un client peut ne pas reconnaître qu'il a un problème ou, simplement, ne se présente pas à cette deuxième entrevue. Les intervenants vont alors indiquer clairement au client le choix qu'il a à faire : réfléchir sur sa démarche d'aide parce qu'il ne semble pas prêt à aller plus loin ou rappeler à la ressource pour hommes éventuellement. La troisième entrevue ne se fera donc pas, à quelques exceptions près.

Quand la première rencontre ne permet pas à l'individu d'aborder de front son problème, une deuxième entrevue sera nécessaire : *«(...) c'est quoi le problème que le gars veut travailler, sous quel angle on peut le faire, pouvoir aller plus loin dans la compréhension plus large de son problème. Souvent, c'est sur ce point qu'on se bute, et qu'une troisième rencontre est nécessaire.»*

2.2.2 L'évaluation

• Reconnaître le problème : la rupture du silence

L'évaluation doit permettre aux intervenants de juger si le client est disponible et disposé à s'engager dans une démarche d'aide. Cette étape comprend deux aspects. D'abord, arriver à une prise de conscience intellectuelle du problème par le client lui-même, mais si le climat devient trop intense, le client risque d'être poussé hors de la zone de confort et de ne plus vouloir poursuivre la démarche. Puis, le client est amené à élaborer l'histoire du problème et à préciser la forme, l'occurrence, les circonstances relatives au comportement problématique. Il est recommandé, dans la construction de la problématique, de ne pas trop s'éloigner du problème vécu par le client (ex. violence, toxicomanie, suicide). Globalement, au

cours de l'étape de l'évaluation, il faut valider le vécu du client, établir avec lui un rapport thérapeutique sécuritaire, lui donner des renseignements pratiques sur le problème qu'il vit et les conséquences pour lui et son entourage.

L'étape cruciale pour le client sera la reconnaissance de son problème, étape qui a été décrite dans *Les demandes d'aide des hommes* (Dulac, 1997). Dans certains cas, il faut du temps pour qu'un client prenne conscience de son problème et des conséquences pour lui et les autres ; seul le rapport de confiance entre l'aidant et le client permettra de briser le silence.

«Lorsqu'ils arrivent dans le bureau, les hommes vont «tourner autour du pot», parler de généralités. Ils ne parlent pas de ce qu'ils vivent, de ce qu'ils ont fait et de ce qu'ils ressentent. Une partie de notre travail, c'est d'aller à l'école des mots, pour apprendre à nommer les choses. Il y a des hommes qui ont une espèce de discours intérieur, de compréhension de la vie, mais dans une sorte de mutisme : ils sont voués au silence, condamnés au silence, non pas qu'ils soient fermés à la communication, mais parce qu'ils ont intégré le silence. Si l'on veut parler de quelque chose, il faut avoir des mots pour le dire, sinon comment veux-tu le faire. Si le gars est inquiet, que peut-il faire pour ne plus l'être? Il faut savoir, d'abord, c'est quoi l'inquiétude ; ensuite, il faut être conscient que pour ne plus être inquiet il faut se rassurer. Si tu demandes à un gars ce qu'il vit avec sa femme, s'il consomme, si le couple va mal, il répondra : «J'ai peur de perdre ma femme.» Ou si tu lui demandes : «Comment ça va?», il va dire : «Ça va pas bien, ça va mal.» Puis ça s'arrête là. Oui, mais ça veut dire quoi ça va mal? C'est sur quel plan que ça va mal? Si tu veux des solutions, il faut bien comprendre. (...) Les mots, ils existent pour s'en servir. On peut dire au client : «Si je veux que tu comprennes l'état où je suis, tu vas le comprendre beaucoup mieux si je te l'explique avec des mots.»

Nous insistons sur le fait que le client a aussi besoin, parfois, de développer certaines aptitudes fondamentales de communication avant de pouvoir briser le silence. Cela fait partie de l'étape de la prise de conscience. La reconnaissance du problème, que ce soit dans un contexte de motivation extrinsèque ou intrinsèque, c'est le début du processus de réhabilitation, de rétablissement des comportements socialement adaptés. Les intervenants insistent sur le fait suivant : quand les hommes arrivent à dire le problème, ils en éprouvent un grand soulagement :

«Le gars est assez fier quand on réussit à nommer carrément le problème qu'il a. Maintenant il peut le dire sans que personne ne lui «sacre un coup de poing» sur la gueule, ou qu'il se fasse «planter», démolir, ou qu'on lui dise qu'il est un «trou d'cul» parce qu'il a un problème de violence ou de consommation. Un gars peut refuser de parler, mais il y a très souvent un grand soulagement à la suite des autres sujets abordés, souvent tout aussi souffrants : on a accueilli ses propos, on l'a accueilli



globalement. Pour nous, cela fait partie de l'entrevue d'accueil et ça représente un exemple de l'approche privilégiée : le gars constate qu'on ne l'a pas fusillé depuis qu'il est arrivé, on lui donne une occasion de parler de ça. (...).»

La difficulté à verbaliser est assez généralisée chez les hommes, et c'est ce qui fait dire à Heppner et Gonzales (1987) que le rôle de l'aidant est important dès les premières rencontres. Dans le processus d'intervention, certains hommes peuvent taire sciemment certaines informations ; toutefois, règle générale, les hommes sont simplement inconscients de leurs réactions affectives. Comme ils ne savent pas identifier ce type de réactions, ils vont intellectualiser et tenter de déduire logiquement ce qu'ils auraient dû ou devraient ressentir dans telles ou telles situations. Ils vont exprimer leur incompréhension au sujet de la situation qu'ils vivent, par conséquent leur frustration. Ce sera plus facile alors d'exprimer de la colère puisque c'est un sentiment plus acceptable, socialement du moins, pour les hommes.

L'objectif d'un intervenant sera d'accroître la sensibilité émotionnelle du client. Mais cette démarche peut apparaître menaçante pour le client lorsque perçue comme une exploration de ce qui fait défaut, de ce qui n'est pas adéquat, de ce qui ne fonctionne pas. C'est pourquoi l'intervenant doit mettre l'accent sur les forces et les aspects positifs, soutenir et renforcer positivement le client. Franchie l'étape de la verbalisation ou de l'expression, les hommes ressentent généralement un soulagement, une détente. Des intervenants que nous avons rencontrés exposent cette réalité :

«L'entrevue d'évaluation est centrée sur la verbalisation du client avec pour objectif d'établir le contact. C'est souvent une sorte de soulagement parce que plusieurs hommes n'ont pas eu beaucoup d'occasions de pouvoir en parler jusqu'au bout sans se faire dire «tu n'es pas correct». (...) c'est beaucoup plus de l'amener à voir à travers ses comportements s'il se reconnaît dans chacune des manifestations.»

«En individuel, le gars toxicomane n'est pas vraiment conscient de ce que la situation crée autour de lui. Il est pris dans la dépendance, n'est pas sûr de pouvoir s'en passer. La demande de consommation est grande, il n'a pas beaucoup d'estime de lui, il n'est pas confiant, il est dans le besoin constant de consommer. Il faut provoquer un déclic cognitif. Il n'a jamais été conscient de l'impact de sa consommation, des conséquences sur le plan de sa santé. Puis, il commence à reconnaître qu'effectivement il a un problème, que la consommation de substances amène beaucoup de méfaits dans sa vie. C'est important qu'il reconnaisse le problème. Quand il le reconnaît, il a moins l'impression d'être un gars tout seul.»

L'aide dispensée aux clients leur permet de récupérer un certain pouvoir sur leur propre vie à travers la prise de

conscience de leurs comportements. Quelle que soit la nécessité de transformer les comportements problématiques en comportements mieux adaptés, il demeure indispensable de reconnaître les points forts du client et de valider ses aptitudes et ses capacités.

Sur ce sujet, il faut reconnaître la présence de différences notables entre les compétences de communication des personnes. Les intervenants ont observé que la difficulté des hommes à verbaliser leur problème ne provenait pas d'une mauvaise volonté ou d'un déni (lequel peut exister), mais plutôt d'un manque d'habiletés à s'exprimer verbalement. C'est un manque d'habiletés issu généralement de la socialisation, comme le manque de mots pour nommer les émotions, les sentiments, les problèmes, etc.

«La plupart des clients masculins se sentent soulagés d'avoir parlé et d'avoir pu nommer les choses. Sur ce plan, je suis déjà intervenu auprès des femmes, et le pas est plus rapidement franchi qu'avec la plupart des gars. Les femmes ont peut-être appris ce type de communication entre femmes, de génération en génération ; il y a une permission, comme... une certaine ouverture à dire les choses qui facilite. Avec les femmes, c'est déjà là (la communication). Avec les hommes, effectivement, je marche sur des oeufs : (...) il y a un manque, les hommes n'ont pas confiance en la communication entre hommes. Quelque chose n'a pas été franchi, on ne s'est pas approprié le langage entre hommes. (...). On a de la difficulté à aller au coeur de notre intimité. On est pris un peu par la performance. Je suis pas sûr que ce soit uniquement ma perception ; pour moi, il y a quelque chose là-dedans qui appartient aux hommes.»

«En toxicomanie, on va regarder les émotions, mais les gars ne savent pas c'est quoi. Moi, je fais un exercice où je demande la définition de telle ou telle émotion : l'inquiétude, la colère, la tristesse. Mais, ils ne sont pas capables de le dire... ; ils n'ont pas de mots pour le dire, pas le langage pour l'exprimer. Ils ne sont pas habitués à parler de ça. Si bien que les mécanismes de défense sont très forts chez les gars et ils font plutôt des blagues.»

Un autre élément qui différencie les personnes, c'est que les femmes constatent plus rapidement les conséquences d'un problème, comme le relate cet intervenant :

«Ce n'est pas négatif, ni d'un côté ni de l'autre. Les femmes qui se présentent ici en phase de précontemplation (voir Prochaska et DiClemente), c'est la minorité. En phase de contemplation, il n'y a pas de différence : autant d'hommes que de femmes ont besoin d'être accompagnés plus longtemps, autant d'hommes que de femmes peuvent agir assez rapidement. C'est la prise de conscience du problème qui est différente. La motivation extrinsèque peut jouer également.»

• Les fondations de l'intervention

On comprendra que le processus d'évaluation contribuera à la

mise en place des fondations de l'intervention elle-même. En général, plus l'évaluation est minutieuse, moins il y aura d'inconvénients lors de la démarche. Si la dynamique particulière d'un client n'est pas bien saisie, il faut faire appel à un collègue.

Lorsque l'on procède à l'évaluation de la situation d'un client et de ses besoins, il revient à l'intervenant de lui apporter un soutien et de l'encourager doucement mais activement à briser le silence. Règle générale, les hommes traditionnels ne sont pas très enclins à parler, d'où l'importance d'obtenir les renseignements nécessaires à la compréhension de la situation problématique et de ses conséquences. Sinon le client pourra penser qu'on sanctionne son comportement de déni. Toutefois, il faut donner le temps nécessaire au client pour raconter son histoire qui est généralement dévoilée par bribes ou sous forme de révélations partielles souvent évasives. D'ordinaire, un tel comportement est moins le signe d'une incapacité à parler ou à exprimer ses émotions qu'une façon de tester les réactions de l'intervenant avant de dévoiler en toute sécurité le ou les problèmes.

En outre, la qualité et la nature des informations transmises par le client permettront inévitablement à un intervenant de manoeuvrer adroitement au moment de l'intervention. D'ailleurs, il est suggéré de remettre aux clients une feuille d'information relative aux éléments du contrat thérapeutique (ou encore du contrat de participation, d'engagement dans une démarche d'aide), aux comportements acceptables et non acceptables au cours de l'intervention de groupe (par exemple), aux objectifs thérapeutiques et à la structure de fonctionnement de la ressource pour hommes. Enfin, selon le cas, d'autres séances seront nécessaires pour finaliser l'évaluation.

Les évaluations se font dans un contexte délicat pour les aidants, puisqu'ils doivent inciter les clients à se dévoiler en évitant toute intrusion psychologique culpabilisante et en formulant les questions sans jugement de valeur. Un intervenant donne l'exemple suivant : «*Au lieu de demander «Avez-vous des problèmes d'appétit?», on dira «Mangez-vous à votre faim?» ou «Quelles sont vos habitudes alimentaires?»* Une question ouverte est moins menaçante pour le client. Également, les intervenants doivent être prêts à encaisser les témoignages des clients, des témoignages parfois très choquants, voire perturbants. Ils doivent aussi être prêts à «entendre» les réponses aux questions qu'ils posent, pour éviter de communiquer un sentiment d'inconfort au client qui risquerait alors de ne révéler que des informations partielles pour détendre l'atmosphère.

L'entrevue d'évaluation permettra de déterminer, encore une fois, si le service d'aide offert par la ressource pour hommes correspond réellement aux besoins d'un client. Pendant l'entrevue, il est donc important que le client divulgue suffisamment d'informations et de détails sur sa situation pour que l'intervenant détermine si le service d'aide offert au sein de cette ressource est pertinent ; si ce n'est pas le cas, il faut orienter le client vers l'aide appropriée.

«L'objectif de l'entrevue d'accueil, c'est vraiment de déterminer si nous sommes la bonne ressource pour le gars, si lui-même considère cette ressource comme étant la bonne ressource pour lui. (...) Il faut démystifier la ressource d'aide comme la nôtre, le rôle des thérapeutes, en quoi consiste le groupe, ce que signifie que de se rerouver entre hommes. Oui, il y a des gens qui ont fait les AA ou certains groupes de relations humaines, certaines démarches en individuel, mais c'est pas la majorité des clients. La plupart des hommes en sont à leur première consultation. Il y a un gros travail de démystification à faire à propos de la thérapie et des thérapeutes. Il y a des gens pour qui ça va jusqu'à leur faire visiter les lieux... (...) Lors de l'entrevue, on va examiner de façon exhaustive leurs comportements, travailler la motivation, car cette clientèle est très peu motivée intérieurement, du moins une bonne majorité des hommes. (...) On veut s'assurer que cette personne reste engagée dans sa démarche de 21 semaines.»

Certains thèmes peuvent être abordés pour jauger la disponibilité du client à recevoir de l'aide : l'aptitude du client à parler de son problème, le soutien dont il dispose en dehors de l'aide apportée par la ressource, l'autonomie, l'organisation de sa vie actuelle, les troubles de la personnalité, la motivation, l'homophobie.

En d'autres termes, c'est de la sélection des participants dont il s'agit lors de l'évaluation ou de l'entrevue pré-groupe. Rabinowitz et Cochran (1987) prétendent à l'importance de cette étape. Rencontrer les personnes individuellement avant la première rencontre de groupe permet d'explorer leurs attentes, de maximiser l'arrimage entre les clients et les objectifs du groupe d'aide, d'orienter s'il y a lieu les clients qui ont d'autres besoins que ceux offerts par le programme d'aide de la ressource.

• Les contre-indications

Pour qu'une intervention soit efficace, le client doit être prêt à faire face à son problème et l'intervenant doit posséder les compétences et les habiletés nécessaires pour effectuer son travail en ce sens. Jusqu'à maintenant, nous avons exposé les particularités et les consignes générales d'une intervention individuelle ou de groupe valables, selon plusieurs auteurs et les commentaires des intervenants. Mais, la littérature énumère également un ensemble de situations qui sont autant



d'indices qu'une aide n'est pas recommandée. Les contre-indications suivantes concernent le client comme l'aidant.

1. Si un client est dans un état de crise, l'intervention peut exacerber l'instabilité liée à cet état. Il faut d'abord stabiliser le client. Les clients qui ont des problèmes de santé mentale devraient être dépistés à l'entrevue d'accueil et orienter vers des services d'aide appropriés.
2. Les clients qui sont confrontés à de multiples difficultés (ex. perte d'emploi, manque d'argent, rupture d'union, deuil) ne sont pas les meilleurs candidats pour une intervention. Les problèmes connexes viendront interférer avec le problème traité et le client ne pourra se concentrer sur ce problème particulier.
3. Les clients ne doivent pas se présenter aux rencontres après avoir consommé de l'alcool, des drogues ou être dans un état qui les rend incapables de participer à un travail individuel ou en groupe. Les drogues modifient le niveau de conscience et les inhibitions.
4. Le client est souvent très isolé, et l'intervention doit aussi viser l'acquisition d'aptitudes sociales et l'établissement d'une communauté de soutien. Il n'est pas bon ni pour les intervenants ni pour les clients que l'aidant soit l'unique source de soutien du client. Les clients ont besoin d'attention et de soutien dans leur milieu naturel.
5. Le manque de motivation. Beaucoup d'hommes amorcent une démarche sous l'influence d'autres personnes. Il est reconnu qu'un client qui n'admet pas son problème, n'a pas vraiment le désir de changer. L'intervention exige un engagement du client, et si celui-ci n'est pas disposé à effectuer un changement et à atteindre les objectifs visés par l'intervention, ce n'est pas un bon candidat. *La motivation est un critère de succès. Toutefois, il faut reconnaître que la définition de la motivation varie considérablement selon les intervenants et les approches thérapeutiques. Certains vont jusqu'à dire que le client n'exprime pas nécessairement une motivation ; ils ont recours aux termes besoins et désirs, tout simplement.*

«La motivation des hommes, c'est vraiment un thème fort, à regarder de près, à scruter attentivement comme le ferait l'archéologue, le moindre indice est important. Souvent ce n'est pas clair pour eux, d'abord parce qu'ils sont dans un domaine plus inconnu, qu'ils maîtrisent moins. C'est difficile pour eux de se faire une idée claire de ce qu'ils recherchent. Ils vont exprimer cette situation comme ça: «Je suis perdu, je ne comprends pas, je suis désemparé, je suis dépourvu.» Ils ont de la difficulté à identifier ce qui leur conviendrait. Il faut donc

être vraiment attentif au moindre indice de motivation, et ne pas juger leur motivation non plus. Généralement, le gars va avoir beaucoup de difficultés à admettre qu'il a des comportements violents ou des comportements contrôlants, il reste au niveau du discours extérieur, de l'image, du paraître, etc. Donc, regardons ce qu'il y a derrière ce qui est présenté, ce qui n'est pas dit.»

«En toxicomanie, on compte beaucoup sur l'évaluation pour savoir jusqu'où le gars est prêt à aller pour s'en sortir (...) Mon travail, c'est d'augmenter la motivation du gars. Sa motivation n'est pas très grande au début, et je vais toujours tenter de l'augmenter pour qu'il franchisse d'autres stades. Avec l'information, il faut l'amener à une situation très concrète, lui faire voir objectivement la situation, pour passer au stade de contemplation. Il va reconnaître un peu plus, mais il va contempler encore. Je vais tenter de l'amener à d'autres, au moins passer à l'action pour réduire les méfaits : arrêter de boire, boire de façon contrôlée. C'est d'améliorer la situation, une réduction des méfaits sur la personne et son entourage.»

6. Un des indicateurs de la motivation d'un client est sa capacité à pouvoir parler de son problème. Mais il faut bien comprendre ce que cela signifie : la plupart des clients n'exprimeront pas clairement leurs malaises, surtout pas en termes cliniques très clairs. Par contre, ils doivent arriver à mettre en mots leurs difficultés, leurs besoins et les objectifs qu'ils cherchent à atteindre en demandant de l'aide. L'intervenant doit soutenir le client particulièrement lors de l'évaluation, car c'est le moment où le client doit pouvoir nommer le problème.
7. Le client peut aussi avoir des attitudes qui nuisent au bon déroulement de l'intervention, exemples :
 - un client qui n'est pas prêt à respecter les conditions du contrat de participation ;
 - un client qui rompt régulièrement les accords passés ;
 - un client qui n'assume pas la responsabilité de son propre comportement ;
 - un client qui menace la sécurité des autres.
8. Les clients activement homophobes risquent de ne pas être de bons candidats lors d'une intervention de groupe. Les hommes doivent disposer d'un espace suffisant pour explorer leur identité masculine, parfois leur orientation sexuelle. Au cours de l'intervention, les attitudes rigoureusement hétérosexistes font obstacle à cette exploration. Par ailleurs, la présence d'hommes hétérosexuels et homosexuels dans un groupe provoque la consternation, du moins au début. Cependant, au fil des séances, lorsque les hommes arrivent à se connaître et à comprendre les différences, la tension relâche progressivement et la question de l'orientation sexuelle n'a

plus autant d'importance. Quant à l'homophobie, c'est un thème généralement abordé en groupe avec des hommes, indistinctement du problème traité.

2.2.3 Le contrat de participation à la démarche d'aide

La réussite d'une intervention dépend de certains facteurs : la sélection des participants, les règles de participation, l'exercice du leadership. Il est essentiel également qu'elle se déroule dans un contexte d'intégrité éthique et clinique. En outre, le client comme l'aidant ont besoin de directives claires sur les aspects relationnels dans un tel contexte. Cela est particulièrement important lorsque l'on intervient avec les hommes, car ce sont des êtres qui utilisent surtout la dimension rationnelle dans leur rapport à la vie ; alors, l'établissement de procédures et de directives clairement définies les rassurera. Le contrat de participation encadre, à toutes fins utiles, les possibilités de changement et l'efficacité du processus qui ne peuvent s'épanouir, d'après Bélanger, que dans et grâce à l'alliance thérapeutique avec le client : « (...) alliance fondée sur la confiance dans son thérapeute permettant aux deux parties de s'entendre sur un objectif commun et de travailler conjointement à sa réalisation. Pour y parvenir, il est essentiel que les deux conditions suivantes soient remplies. 1) Le client doit se sentir accepté et respecté en tant que personne. 2) Il doit aussi avoir l'assurance que la confidentialité de ses propos sera respectée selon des modalités préalablement explicitées dans un contrat thérapeutique clair. » (Bélanger, 1994)

De plus, comme les hommes sont plus à l'aise dans l'action et avec la rationalisation, établir avec eux un plan de l'ensemble

de la démarche peut avoir un effet bénéfique et réduire leur angoisse devant l'inconnu. Cela peut se faire par l'entremise du contrat de participation dans lequel éléments formels et informels sont clarifiés : par exemple, la structure et le fonctionnement, le soutien donné au client, les règles de confidentialité entre le client et l'aidant mais aussi entre clients (les membres du groupe).

• Les règles et le processus

Le contrat de participation permet de clarifier les rôles et les règles de tout le processus d'aide. Ce contrat peut être écrit ou verbal, selon les possibilités. Les aspects de l'accord (ex. honoraires professionnels, heures des séances) peuvent être écrits alors que les aspects non structurés du programme d'aide peuvent faire l'objet d'une entente verbale. Les clients doivent être informés au sujet des honoraires et du mode de paiement, de la durée et de la fréquence des séances également.

Certains intervenants utilisent le contrat de participation (ou d'entente) pour renseigner leurs clients sur la manière dont ils travaillent ; d'autres donnent au client la permission de remettre en question toute interaction qui s'avère pénible, difficile à comprendre ou peu claire. Comme l'intervention n'est pas un processus statique, le contrat peut être renégocié au fur et à mesure de la progression de celui-ci. C'est bien ce que prétendent Rabinowitz et Cochran (1987) qui ont formulé des consignes générales selon le type d'approche privilégiée :

1. Pour un groupe de sensibilisation	Préciser l'orientation ou les objectifs comme la prise de conscience de l'impact des rôles ; l'examen des contraintes, des conflits de rôles.
2. Pour un groupe de croissance personnelle	Viser une prise de conscience selon une démarche plus structurée autour de thèmes particuliers.
3. Pour un groupe d'entraide et de soutien	Indiquer les buts visés comme la réduction de la détresse et de l'isolement, l'identification des obstacles dans les relations interpersonnelles, le questionnement sur l'identité et les rôles sexuels.
4. Pour un groupe de psychothérapie	Indiquer la prise de conscience au sujet des rôles et des problèmes spécifiques, l'accroissement de la responsabilité individuelle devant un problème, le changement des comportements ; la nécessité d'informer les clientèles sur les dimensions reliées au fonctionnement, à la structure du programme.
5. Pour tout type d'approche	Informers sur l'agenda, les procédures, les étapes, la sélection des clients, l'introduction au groupe, l'orientation de la démarche, le type d'exercices privilégiés, la durée totale de l'intervention.

Rabinowitz et Cochran (1987)



Il faut aussi informer les clients du type de soutien qu'ils peuvent recevoir en dehors des séances planifiées : les contraintes propres à l'intervenant ou du service d'aide en matière d'accès téléphonique lors des congés, des vacances, en cas d'urgence ou de situation de crise (ex. comportement autodestructeur, menace pour la sécurité de l'entourage). La planification d'une stratégie en cas de crise peut également réduire l'anxiété des clients.

• Les limites

Pour les aidants, l'indication de frontières claires et prévisibles dans leur travail est une forme d'autoprotection. Ces limites doivent être connues des clients pour que le processus soit prévisible et sans danger. Les intervenants doivent avoir des politiques claires en ce qui concerne les honoraires, les absences du client, la prolongation des séances, les appels téléphoniques du client en cas de crise, l'organisation des vacances, les horaires de travail, les remplacements. Bref, ils doivent organiser leur charge de travail en fonction de leurs besoins, mais avec des limites suffisamment souples pour pouvoir à la fois s'adapter aux événements et répondre aux objectifs de l'intervention.

L'assiduité constitue un autre élément du contrat d'entente. Tous les membres du groupe sont censés assister à toutes les séances et aviser le responsable en cas d'absence avant la tenue d'une rencontre. En cas d'absences répétitives, le client doit renégocier son appartenance au groupe. Par exemple, si un client décide de mettre fin à son engagement, à sa participation, cette décision doit être annoncée au groupe lors de la séance suivante.

En ce qui concerne la participation aux séances, un client peut choisir de ne pas participer à un segment ou à la totalité du travail de groupe, mais il doit en expliquer les raisons, montrer clairement qu'il s'agit d'un choix délibéré, non pas d'un refus d'assumer ses responsabilités.

• En attendant d'intégrer le groupe

Précédemment, nous avons insisté sur l'importance de la rapidité de l'intervention. Parmi les facteurs qui réduisent l'efficacité d'une aide et expliqueraient la non-persévérance des individus dans leur démarche, il y a les délais d'intégration dans un groupe. Conscients de l'impact négatif chez les clients d'une période d'attente, plusieurs ressources pour hommes ont mis en place des modes d'intervention dans le but de neutraliser ce facteur, comme dans ce cas-ci :

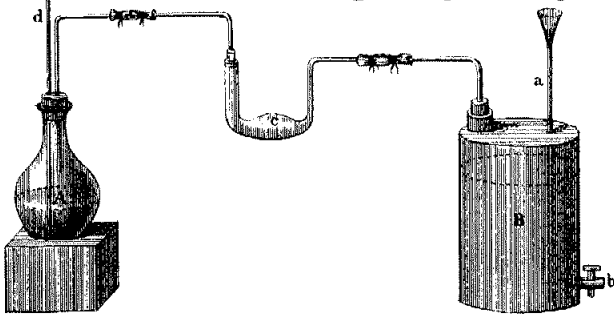
«Un gars peut intégrer un groupe après l'entrevue d'évaluation, tout de suite la semaine d'après. Mais, il peut accéder à un groupe d'attente aussi, c'est un groupe ouvert qui

a lieu toutes les semaines, un groupe dans lequel se retrouvent ceux qui peuvent accéder tout de suite au groupe thérapeutique. Je démarre un groupe presque tous les mois. Ce groupe d'attente peut durer un mois ; quand on sait comment c'est difficile de faire le choix de consulter, la mise sur pied d'un tel groupe c'est surtout pour éviter qu'il n'y ait pas de services. Le groupe d'attente permet aux hommes de ventiler, d'apprendre à s'exprimer ou d'explorer, dans ce cas surtout chez ceux qui se sentent plus isolés. Certains arrivent alors qu'ils sont en rupture d'union, d'autres sont séparés depuis deux semaines, il y a même eu un gars qui couchait depuis trois semaines dans son camion. Le fait d'avoir tout de suite accès à un groupe d'aide, à un groupe d'attente, dans lequel on peut se sentir accueilli, soutenu, dans lequel on peut parler, ça brise l'isolement. L'individu s'engage tout de suite dans un processus, qui permet de démystifier le groupe d'aide, le thérapeute, le fait de parler au «je».



Chapitre 3

L'intervention de groupe auprès des hommes en difficulté



Les débats entourant la notion de genre et les remises en question des modèles traditionnels d'intervention révèlent assez bien l'évolution à laquelle nous avons assisté en matière de services d'aide aux hommes en difficulté depuis quelques années. Particulièrement, dans la section précédente, nous avons pu mesurer toute l'acuité et toute l'importance de l'étape de l'accueil dans les services d'aide destinés aux hommes. Maintenant, dans ce chapitre, nous traitons de façon plus détaillée de l'intervention de groupe auprès des hommes en difficulté, à partir de l'illustration que nous en ont donnée des intervenants québécois oeuvrant en toxicomanie, suicide et violence conjugale, issue également de la littérature scientifique.

Qualitativement et sur le plan du fonctionnement comme tel, il s'agit d'un modèle d'intervention qui réunit différentes facettes considérées appropriées au vécu des hommes. Sur le plan thérapeutique ou de l'aide, l'intervention psychosociale de groupe fournit des moyens de réflexion et d'action visant le changement, puisqu'il s'agit là de la principale finalité de ce type d'intervention.

Globalement, le travail de groupe permet aux hommes de reconnaître leur souffrance, de l'approprier pour mieux se transformer eux-mêmes ; *pour retrouver leur humanité*, comme plusieurs auteurs le prétendent ainsi que les intervenants rencontrés. L'intervention de groupe *donne la parole aux hommes entre eux* sur des sujets hautement menaçants selon les préceptes de la masculinité, et c'est ce qui peut s'avérer productif individuellement et collectivement.

3.1 L'intervention de groupe et les masculinités

Pour Lanza et al. (1996), l'intervention de groupe avec des hommes en difficulté est une occasion donnée de considérer des problèmes dans une contexte où chaque participant fonctionne à son rythme et contrôle sa mise à nu. Toutefois, la formule de groupe est un lieu d'exacerbation de deux traits, entre autres, de la masculinité qui font peur aux hommes : le dévoilement et l'intimité. La formule de groupe intensifie le premier aspect et augmente l'ambivalence reliée au deuxième. C'est une situation paradoxale en somme : l'intervention de

groupe restaure les fonctions perdues ou manquantes du passage à la masculinité adulte et crée un environnement favorable au dévoilement, pour revivre et retravailler des sources de difficultés dans le développement de l'homme. Par exemple, plusieurs problèmes relatifs aux rôles sexuels portent sur la façon de gérer les relations interpersonnelles (intimité, compétition, colère, non-expression des émotions, pouvoir).

Pour Rabinowitz et Cochran (1987), la démarche de groupe évoque un milieu de vie reproduisant un microcosme de relations interpersonnelles, au sein duquel les problèmes vécus par les hommes deviennent manifestes dans l'interaction avec les autres et peuvent être résolus. De plus, il s'agit d'un véhicule idéal de changement personnel, estiment ces auteurs. Mais l'atteinte de cet objectif s'avère généralement ardue, car l'intervention de groupe semble trahir, chez plusieurs hommes, l'identification à la masculinité traditionnelle. Au début du processus, le client est soumis à toutes sortes d'émotions : confusion, méfiance, insécurité, anxiété, dépendance, impuissance. C'est une étape durant laquelle l'irrationalité émerge, provoquant parfois des réactions violentes à l'endroit des autres participants ou des intervenants (Lanza et al., 1996).

Caplan et Thomas (1995) ont noté que les clients masculins considéraient l'intervention comme a) une punition qui doit être évitée ou subie stoïquement ; b) une menace à leur identité masculine et à leur vision de la vie, incluant leur croyance sur la position dominante qu'ils occupent dans la famille ou le couple ; c) une attaque à leur valeur personnelle déjà malmenée. Les clients se retrouvent alors dans un dilemme : avoir l'occasion de développer de nouveaux comportements ou la peur d'être mortifiés en présence de pairs, d'être humiliés devant la nécessité d'admettre leurs échecs et le constat qu'ils sont inadéquats.

Si selon les conditions réunies une démarche individuelle possède une efficacité certaine, l'intervention de groupe a de plus en plus d'adeptes pour des raisons financières et d'efficacité. Notre objectif dans ce chapitre n'est pas prescriptif, mais l'idée générale qui prévaut est de traiter des particularités de l'intervention de groupe auprès des hommes en difficulté. Certains éléments s'appliquent toutefois à plusieurs approches d'intervention, qu'elles soient individuelle ou de groupe.

Particulièrement, l'intervention de groupe comporte de multiples exigences, parfois menaçantes, et il appert que tous les clients ne vivent pas le travail qui s'effectue de la même façon, car le point de départ n'est pas le même pour tout le monde. Comme nous le verrons avec ce qui suit, l'expérience



québécoise en matière d'intervention de groupe est révélatrice de ces tensions inhérentes au modèle d'intervention, en particulier auprès des clientèles masculines. Mais elle offre du même souffle l'occasion aux hommes en difficulté et aux intervenants d'explorer une réalité masculine souvent maintenue dans l'ombre.

• Des étapes et des critères d'efficacité

Du point de vue des intervenants, de la littérature et selon les diverses problématiques d'aide, l'intervention de groupe comporte plusieurs étapes qui encadrent le cheminement des participants. Crowder (1993) en distingue quatre : la rupture du silence, l'étape de la victime, du survivant, du combattant. Chez Rowan (1997c), il y en a onze : *getting started and building trust, identifying themes, exploring the past, dissolving the inner hierarchies and facing ambivalence, making changes, connectedness, ending and new beginnings ; deeper exploration, struggles, breakthrough, integration*. À ces étapes, il faut ajouter des finalités rattachées à l'aide (stabilisation, amélioration, consolidation) et des stades de motivation du client définis, entre autres, par Prochaska, DiClemente et Norcross (1992), à savoir la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien, la finalité. Nous suggérons au lecteur de consulter ces auteurs si le besoin d'approfondir ces aspects s'avérait nécessaire. Ce sont des notions qui montrent les différents stades de développement, sur le plan thérapeutique, au cours d'une intervention de groupe.

Dans sa forme et vis-à-vis des finalités de l'intervention, il semble que l'intervention de groupe soit particulièrement adaptée aux besoins des hommes. Elle offre un milieu sécuritaire sur le plan émotionnel, structuré et rassurant où acquérir de nouvelles compétences cognitives, psychosociales, relationnelles. Le soutien fourni par l'ensemble des membres du groupe constitue une expérience fondamentale dans le processus et prend toutes sortes de formes. Ainsi le fait d'être écouté et cru constitue une validation puissante de l'expérience masculine. Le partage émotionnel avec d'autres hommes, sans que cette intimité ne soit chargée de connotations sexuelles, offre des possibilités de créer ou de recréer des liens et des amitiés masculines. L'appartenance au groupe donne aux hommes l'occasion de prendre conscience de leur «processus interactif normé» (c'est-à-dire la façon d'interagir avec les autres) et de vivre de nouvelles relations interpersonnelles. Les interactions directes au sein du groupe permettent aux hommes d'apprendre à résoudre des conflits sans violence, à veiller à ce que leurs besoins soient satisfaits. Les clients expérimentent ensemble des modèles de stratégie d'adaptation positive. Ils réagissent directement et indirectement les uns aux autres sur plusieurs plans. De plus, le fait de recevoir et de donner de l'aide renforce l'amour-propre et l'estime de soi.

L'intervention de groupe comporte donc des éléments particuliers propices au bon fonctionnement et à l'efficacité thérapeutique. Mais les bonnes expériences de groupe ne se produisent pas par enchantement. Elles sont le résultat de l'engagement et de la participation des personnes présentes. Crowder (1993) énumère plusieurs dimensions qui concourent à ce résultat :

1. Le partage est essentiel : pensées, sentiments et expériences constituent la vie même du groupe. C'est une façon de faire des découvertes, d'approfondir des questions et de progresser en groupe.
2. Il faut exprimer des sentiments, pas simplement des idées. Les sentiments sont les meilleurs indicateurs de ce à quoi les gens accordent de l'importance. Il faut donc encourager ce contact nécessaire avec les sentiments ; en groupe, c'est l'occasion de les identifier clairement.
3. L'expression des sentiments négatifs peut, à l'occasion, être également utile. Les sentiments non exprimés créent des blocages.
4. Il faut faire preuve de respect, d'attention et de soutien à l'endroit des autres participants dans le groupe. Plus la confiance est ressentie par chacun, plus l'anxiété diminue, ce qui facilite l'exploration en profondeur de questions importantes.
5. Le soutien des intervenants doit s'exprimer clairement, les participants doivent bien ressentir et percevoir la qualité de ce soutien.
6. Il ne faut pas rabrouer les gens ; il y a un risque de fermeture (par réaction), ce qui va à l'encontre de l'effet positif recherché.
7. La confrontation positive est acceptable et nécessaire. Confronter quelqu'un, c'est lui présenter une idée nouvelle ou opposée pour obtenir une réaction : reconnaissance, accord, contradiction, clarification. La confrontation permet d'identifier où se situent les gens et ce à quoi ils accordent de l'importance.
8. Il faut confronter les gens avec leurs points forts non utilisés tout autant qu'avec leurs faiblesses.
9. Il faut éviter d'accuser et de ridiculiser, car c'est ce qui peut susciter l'hostilité et créer des blocages.
10. Il faut éviter de chercher à imposer un point de vue de façon arrogante ou par des barrages d'arguments.
11. Le but de l'intervention de groupe est d'amener les individus à changer. Il faut permettre l'affirmation des opinions des participants, de façon positive, avec l'espace nécessaire pour manoeuvrer.
12. Il ne faut pas être défensif, mais plutôt se rappeler que les participants sont «entre amis». Les confrontations sont, malgré l'aspect confrontant, une invitation à l'exploration de soi.
13. Pour porter fruit, la discussion requiert une ouverture aux changements.

14. Il ne faut pas s'éloigner du sujet.
15. Parler au «je», ne pas utiliser le «nous» ; offrir aux participants d'exprimer leur accord ou désaccord.
16. Ne pas utiliser de substituts au «je», comme «on» ou «tout le monde».
17. Il y a croissance, essentiellement, lorsque les membres du groupe appliquent le sujet de la discussion à leur propre vie.
18. Il faut s'adresser individuellement à toutes les personnes présentes. Les monologues adressés au groupe peuvent être mortels.
19. Il faut aider les autres à explorer et à développer les idées et les sentiments qu'ils expriment.
20. L'intervenant n'est ni un thérapeute ni un juge. Son rôle n'est pas de résoudre les problèmes des participants, mais de partager, d'aider et d'encourager.
21. Les désaccords représentent certaines idées véhiculées par les participants, non la vérité absolue ; il faut trouver et relever des points d'accord avant d'exprimer une opposition.
22. Il faut s'exprimer au sein du groupe, même en ce qui a trait à des propos tenus avant, pendant, après ou entre les réunions. Il ne doit y avoir qu'une conversation à la fois dans le groupe.
23. Les participants doivent assister à toutes les réunions. L'absence modifie la dynamique du groupe et pénalise la personne qui s'absente. Le groupe a besoin de la participation de tous les membres.
24. Il faut s'amuser, la vie est trop courte pour ne faire que ce que l'on n'aime pas. Il faut aider les autres à être heureux par la chaleur envers les autres, l'amitié et l'attention.

Sur le plan de l'intervention axée sur le genre, les intervenants qui ont participé à notre étude ont insisté sur l'importance d'effectuer un travail sur deux plans. D'une part, sur le plan psychoéducatif ou cognitif au moyen de thèmes choisis et abordés sous l'angle de la masculinité (ex. les normes sexuelles, les stratégies masculines d'adaptation et de résolution de conflits, la socialisation, le sexisme, l'homophobie, les émotions, etc.). D'autre part, sur le plan comportemental à travers la résolution de problèmes et l'acquisition de nouvelles aptitudes et compétences fonctionnelles reliées au problème noté. Intervenants et clients doivent d'ailleurs oeuvrer ensemble à la résolution des problèmes des clients et reconnaître clairement qui est responsable de quoi. Également, dans le processus thérapeutique, il y a une dimension fondamentale et essentielle pour tout intervenant (et client) : faire face à la souffrance des hommes, laquelle trouve sa source dans certaines expériences traumatisantes de la socialisation masculine.

Enfin, l'ensemble de la démarche doit se dérouler dans un cadre où les aidants agissent à titre d'expert-conseil devant des clients eux-mêmes maîtres d'oeuvre de leur situation autant que de leur transformation. Les intervenants facilitent la concrétisation du changement envisagé sans en assumer l'entière responsabilité.

• Rétablir un lien significatif dès les débuts de l'intervention

Certains hommes amorcent leur participation à une intervention de groupe avec une connaissance de leur problème et un désir profond de modifier leur comportement et leur situation. D'autres cependant n'ont qu'une motivation extrinsèque, mais acceptent de se plier à la démarche ; dans le domaine de la violence conjugale ou de la toxicomanie, il arrive que des individus se présentent dans un programme d'aide sous recommandation judiciaire. Ce sont des conditions déterminantes du maintien ou non de leur engagement.

«Et en général, après deux, trois, quatre rencontres, le gars s'engage dans le processus ou il abandonne. Dans le groupe, à certains moments, le climat est tellement intense que dès cette première séance je sais s'ils vont craquer pour le groupe. À la fin de la première rencontre, ils font ce genre de remarques : «Je ne m'attendais pas à ça. Je ne m'attendais pas à ce que ce soit confrontant, plate, mais c'était intéressant, intense, émotif.» C'est un peu le message qu'ils livrent : «Je ne m'attendais pas à ça, j'ai trouvé ça l'fun, j'ai hâte de revenir.»

D'après les intervenants, la majorité des abandons se produisent au début de l'intervention, car il s'agit d'un moment ou d'une période décisive : les hommes s'engagent ou décrochent. Le plus souvent, un des facteurs clés contribuant au maintien de l'engagement, c'est le lien que l'individu aura créé avec l'aidant et les autres participants. C'est un lien créé à travers le fonctionnement en groupe, en raison de situations presque identiques, avec beaucoup de similitude, ou encore parce que le témoignage d'un tel les a frappés. Voilà l'une des particularités de l'intervention de groupe, comme une façon de restaurer des liens interpersonnels significatifs, pour transformer la dimension relationnelle dans la vie de plusieurs hommes en difficulté.

Pour établir ou rétablir un lien significatif entre les participants, l'intervenant devra dès la première rencontre s'assurer de faire baisser le niveau de stress en procédant de façon toute simple à un exercice de présentation individuelle (tour de table). Parfois, il devra aussi aider des clients à se sortir d'un mode de communication inconfortable ou conflictuel ou réagir lorsque la passivité s'installe au sein du groupe.



Agir de façon structurée, c'est ce qui aidera les participants à mieux vivre le malaise ou l'inconfort des premières rencontres (ce qui exige de rompre avec les habitudes d'interaction masculines traditionnelles). L'intervenant devra clarifier la situation avec les participants, le cas échéant les soutenir sans être trop directif. Il doit aussi être attentif aux comportements non verbaux tels que les attitudes physiques (bras croisés sur la poitrine, contact visuel lorsque l'on parle, distance physique entre les personnes). La gestion du groupe sera plus facile si l'animateur fait preuve de flexibilité dans ses comportements et attitudes, car il agit comme modèle auprès des hommes qui visent à modifier les leurs. Enfin, n'oublions pas que les aidants font face à des clients anxieux, mais aussi remplis d'espoir et d'attentes.

Avec les premières rencontres surgissent les premiers problèmes de fonctionnement. *Le problème de communication* est commun à tous les groupes d'intervention auprès des hommes. Les hommes hésitent à parler de leur intimité et préfèrent s'écouter parler que d'écouter les autres. Cette attitude induit confrontation, compétition et agressivité (comportements caractéristiques de la socialisation masculine). Tout en étant vigilant à l'égard de tels comportements masculins, l'intervenant doit être empathique et compréhensif.

L'autre difficulté, c'est la traduction de la volonté de changement en un comportement cohérent à cet objectif, c'est-à-dire le passage du discours à la pratique. Confrontés à cette réalité, des participants éprouvent des sentiments de frustration, d'autres vont trouver refuge dans la rationalisation et la valorisation de certains aspects de la masculinité tels que de blâmer l'autre (ex. la conjointe, le travail, la société) pour leur condition ou ressentir de la honte. Le groupe passe alors par une phase dépressive, ce qui est un indice de la difficulté à se départir des stéréotypes malgré la conscience qu'en ont les participants.

Si les hommes persistent dans leur démarche, cela est très relié à l'interaction qui se crée et se vit dans le groupe, à la présence d'un lien interpersonnel et thérapeutique qui retient malgré les difficultés de communication et de changement. Mais ce lien demeure fragile, car la socialisation masculine met l'accent sur l'autonomie, pas sur l'interdépendance et la collaboration. L'une des forces du travail de groupe demeure l'expérience du partage et de la mise en commun. Le lien significatif ne peut se créer hors du sentiment d'interdépendance.

• L'interdépendance

Incidemment, l'apprentissage de l'interdépendance se fait par la mise en commun et le partage des expériences personnelles. Si un individu réussit à s'ouvrir aux autres, à montrer avec quoi il se débat, le pas est franchi. Quand il n'arrive pas à le faire, l'intervenant doit trouver le moyen approprié pour lui permettre de briser le silence, *«pour que cette personne-là puisse sortir de son isolement, parce qu'elle pense qu'elle est seule à vivre son problème.»* D'après un intervenant, une des façons d'agir est de s'assurer de l'identification réciproque à l'autre : *«Le client, je le perçois comme quelqu'un qui souffre et qui cherche une solution. La première chose qu'il faut faire, c'est d'essayer de s'identifier l'un à l'autre, c'est-à-dire essayer que ce type-là me reconnaisse ou se reconnaisse dans l'interaction.»*

Comme nous l'avons déjà indiqué (Dulac, 1994), le groupe permet, dans un premier temps, de briser l'isolement dans lequel se trouvent les hommes et, dans un deuxième temps, de s'exprimer, d'échanger, de se découvrir à travers les autres. En quelque sorte, c'est la mise en commun de l'expérience personnelle de chacun. Ils participent ainsi à la tradition des groupes d'entraide, ils empruntent aussi, quoique de manière plus ou moins marquée, à d'autres traditions plus axées sur le travail d'introspection relatif à l'image du Moi.

En général, dans l'intervention de groupe, nous retrouvons des influences diverses, de la psychologie behavioriste aux théories de la communication : en particulier, les recherches sur les groupes et la tradition du *scientific management*, celles portant sur le non-directivisme, la critique de l'intellectualisme et du professionnalisme, et des recherches sur l'importance de l'ici-maintenant. Pour approfondir la question de la genèse des groupes de travail, l'article de Wilbur et Roberts-Wilbur (1994) sur la typologie de ces groupes apporte un éclairage certain : ils montrent bien la nature des actions ou des interventions psychosociales nées de l'effervescence des luttes sociopolitiques, des rapports entre les sexes et des problématiques relatives au genre et aux cultures. Un exemple serait l'approche proféministe du groupe *Emerge* dans le domaine de la violence conjugale.

Au sein de la majorité des groupes d'intervention ou d'entraide, nous retrouvons encore des éléments hérités de la contre-culture des années 60 et la même recherche d'émancipation individuelle. Pour ceux qui y participent, le groupe devient un lieu réparateur du sujet. Les groupes constituent alors un lieu où se développent de nouvelles solidarités basées sur le soutien psychoaffectif. Ce témoignage d'un intervenant révèle bien comment le soutien psychoaffectif au sein des groupes est libérateur pour plusieurs hommes :

«En groupe, on ne doit pas juger. Un gars se demandait pourquoi les gens le craignaient. Alors, on a beaucoup travaillé l'attitude. Et ce gars-là, il est arrivé à changer, il a parlé de ses souffrances, il a été capable de se montrer vulnérable, lui qui était un «superman». Il fallait trouver le chemin de la vulnérabilité. C'était ça qui lui manquait le plus. Il se sentait vulnérable ; il avait l'impression d'avoir huit ans, il se sentait tout petit à l'intérieur de lui. Il nous a fait confiance, et il a montré sa vulnérabilité, mais ça n'a pas été facile.»

À l'intérieur du groupe, le climat de travail est tout à fait particulier, et c'est ce qui fait la force du groupe. Il y a un préjugé favorable envers l'interprétation que font les autres de leur expérience de la vie ; les valeurs célébrées insistent sur l'authenticité, la sincérité et la spontanéité. L'expression des sentiments tend généralement vers un anti-intellectualisme, la règle du jeu, c'est l'anti-matérialisme : l'accent est mis sur le vécu, sur l'individu, l'ici-maintenant, dans une mise en commun des expériences. Un intervenant qui a participé à la présente étude indique :

«Le groupe, c'est plus au niveau du «feedback» que c'est positif. Il y a une dizaine d'hommes, chacun s'exprime et reçoit un «feedback» positif et négatif du groupe, et le thérapeute travaille avec l'individu qui reçoit les commentaires. Mais c'est beaucoup plus insidieux que ça : quand il se passe quelque chose à l'intérieur du groupe, immédiatement ça peut être ciblé, travaillé, repris.»

L'intervention de groupe offre donc un contexte résonateur aux propos de tous les participants. Les hommes apprennent, notamment, à entrer en contact avec la détresse des autres hommes, à donner et à recevoir un soutien critique. Les hommes y apprennent à identifier et à ne pas avoir honte de leurs besoins émotionnels, à reconnaître leur vulnérabilité et celle des autres.

• Expérimenter les relations entre hommes sous un autre angle que la compétition

Le groupe place donc les échanges à un niveau d'écoute privilégié où il ne peut être question de convaincre ou de culpabiliser, encore moins de juger le vécu de l'un ou de l'autre des participants. C'est ce que relève un intervenant : «Personne ne juge ce qui se dit, il n'y a pas de morale, seulement des hommes attentifs les uns aux autres qui s'étonnent de se découvrir à la fois semblables et différents».

Le groupe vise d'abord une prise de conscience individuelle par la parole. L'ébauche de sa propre expérience permet de fixer le réel ainsi que l'image de ses propres conditions d'existence dans un climat de confiance, comme l'indique cet autre intervenant :

«La relation d'aide permet d'explorer le besoin d'aimer puis d'être aimé, d'autres points de référence affective. Il y a deux choses : (...) d'abord d'y aller (dans le groupe), ça soulève beaucoup d'émotions et de peurs parce que pour beaucoup d'hommes, le groupe signifie avoir été agressé, humilié, tu sais quand on est jeune dans la cour de récréation... (...) ; la peur d'être rejeté par le groupe aussi. Ils ont le sentiment de prendre un risque là-dessus. Mais le groupe est très important, puisque ça brise l'isolement, ça montre que le problème il est commun à beaucoup d'hommes.»

Toutefois, le travail thérapeutique doit cibler les attributs de la masculinité. La construction de la masculinité met l'accent sur l'autonomie et la compétition, alors le dévoilement, l'intimité, l'expression des vulnérabilités entre les hommes dans un groupe deviennent donc plus difficiles. De plus, quelle que soit la problématique de l'homme en difficulté, l'autonomie et le contrôle apparaissent comme des manières d'être qui seront confrontées par le processus thérapeutique. Le changement devient un combat permanent au sein des interventions de groupe. Des éléments tels que la divulgation ou l'expression des émotions, l'empathie envers la personne abusée, l'aveu de culpabilité, la reconnaissance de ses erreurs, tous ces éléments sont souvent perçus par les hommes comme un aveu de faiblesse. L'intervention doit confronter, au même titre, l'attitude négative de certains participants qui ne perçoivent la démarche que comme une forme de châtement, de peine ou une situation grotesque ou comique (Caplan et Thomas, 1995). Quand les résistances tombent, les rapports au sein du groupe se transforment petit à petit, s'articulent selon d'autres dimensions (ex. rapport à soi, sensibilité). Plusieurs hommes peuvent vivre alors des relations interpersonnelles animées de solidarité, d'empathie, etc.

«Le groupe développe la solidarité entre gars non uniquement basée sur des rapports établis en fonction d'une action, d'une tâche à accomplir ou de la compétition. Les hommes se révèlent à eux-mêmes, ils discutent de sujets dont ils ne parlent pas normalement entre eux : leurs émotions profondes, les gestes qu'ils ont posés avec lesquels ils ne se sentent pas tellement à l'aise ou fiers. Ils vont essayer aussi de révéler leurs qualités, c'est extrêmement important. Et ils se reconnaissent, se sentent extrêmement validés par ça, motivés à aller dans cette direction. Ils n'ont plus ce modèle où ils s'oublient pour dominer.»

3.2 Les points forts de l'intervention de groupe

La confiance constitue l'un des éléments à la base du développement psychosocial d'une personne. Lorsqu'un homme entame une démarche d'aide, il le fait avec un manque de confiance en lui et envers les autres. Les hommes sont socialisés sur la base de la compétition, et la concurrence laisse peu de place à la confiance envers l'autre. Au début d'une intervention de groupe, il faut donc gagner cette confiance



chez les clients en veillant à ce que le processus s'effectue sans danger. Il ne faut pas s'attendre à ce que le client fasse immédiatement confiance à l'intervenant, mais il est de la responsabilité du client d'identifier, avec l'aide de celui-ci, ce dont il a besoin pour se sentir en sécurité. Le contrat et les règles de fonctionnement peuvent rassurer les participants quant au processus et par rapport aux autres membres du groupe.

• Le climat de confiance

Bien que seule la parole ne puisse induire un changement, le fait de parler de soi entre hommes, de révéler des aspects intimes de soi, constitue un événement que plusieurs craignent. Le sentiment de confiance au sein du groupe fera la différence :

«Pour un gars, parler de ses problèmes, ce n'est pas évident, et parler de ses problèmes à d'autres gars, encore moins. (...) L'accueil des autres gars, c'est ce qui est encore le plus important, pas seulement l'accueil par les intervenants. Le gars quand il arrive ici, il sait qu'il va pouvoir parler de quelque chose de spécifique relié à ce qu'il vit ; il se rend compte qu'il va toucher à des choses qui le regardent lui-même puis qu'il va devoir travailler. C'est là que la peur s'installe : il doit parler de ce qu'il est. Il sait ce qu'il a, il sait ce qu'il a acquis, ce qu'il a perdu. Mais le dire devant tout le monde, c'est différent. Il se sentira déstabilisé par ce qu'il apprendra de lui. C'est la peur de l'inconnu.»

Caplan et Thomas (1995) décrivent les éléments qui peuvent accroître ou restreindre le sentiment de sécurité et rassurer le client : bien cibler la clientèle et les objectifs de la démarche, fournir une structure d'encadrement adéquate et des paramètres précis du travail de groupe qui sera effectué. En tant que modèle, l'intervenant doit faciliter le travail par son attitude positive, optimiste et empathique.

Particulièrement, l'intervention de groupe doit fournir un mode de communication non défensif. Pour tous les hommes en difficulté, ce mode de communication permet de les rassurer et de les mettre à l'aise devant le fait de parler d'eux, de leur vécu, de leurs comportements problématiques de façon sincère.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, le fonctionnement du groupe amène le client à vivre une relation d'un autre type avec les hommes. Alors que les hommes vivent généralement des relations de compétition et d'affrontement, ou vivent dans un isolement affectif, le groupe leur offre d'autres possibilités de communication. Toutefois, l'expérimentation de nouveaux liens relationnels passe par la mise en confiance.

«Tout ce palabre est nécessaire pour comprendre le contexte de la thérapie de groupe, car les gars ne font pas confiance aux autres. Ils hésitent avant de venir présenter leur histoire parce qu'ils ne savent jamais s'ils peuvent faire confiance aux intervenants et aux gars du groupe. Ils haranguent pendant dix minutes : «Moi je n'ai pas d'amis ici, je peux pas faire confiance à personne, vous m'aurez pas.» Quinze minutes plus tard, comme les gars du groupe n'ont été aucunement blessés, celui qui s'exprime en aura dit beaucoup plus que ce qu'il voulait au départ (...).»

Créer un climat de confiance est un processus. En effet, quand un client entame une démarche d'aide, il refuse souvent de changer son image, car il a trop à perdre. Mais petit à petit, il fera confiance à l'intervenant et réalisera que le groupe aussi est prêt à l'écouter. C'est donc progressivement qu'il franchira un pas. La confiance, c'est alors de pouvoir être soi, d'être en rapport avec quelqu'un qui ne jugera pas, ne condamnera pas, mais qui va plutôt aider.

«Il faut que le gars réalise qu'il n'est pas tout seul. (...) Je veux permettre à cette personne de m'en montrer un peu sur elle-même, puis je vais lui en montrer un peu sur moi, pour qu'elle sache qu'elle peut avoir confiance et aussi ce que je vis. Il faut écouter, s'arrêter, ne pas parler. Le gars va s'exprimer si tu le laisses faire.»

Selon les intervenants, plusieurs hommes estiment que la demande d'aide est un fait équivalent à celui de se mettre à la charge de quelqu'un, donc d'être dépendant d'une autre personne. Cette perception négative nous fait mesurer toute l'importance de l'établissement du sentiment de confiance au sein d'une intervention de groupe. Avoir confiance en quelqu'un, c'est l'ingrédient qui permet à un homme au sein du groupe d'être ce qu'il est au delà de l'interdit social, du tabou ou de la marginalité. C'est que pour un homme, ce n'est pas masculin d'aller au delà du préjugé suivant : «être dépendant d'un autre, ce n'est pas viril.» Néanmoins, avoir confiance en quelqu'un est le prélude à toute relation saine.

On voit bien ici toute la subtilité et les habiletés que requiert le rôle d'animateur ou d'intervenant. Assurément, les rencontres de groupe facilitent les échanges, l'animateur devient un modèle pour les participants, il offre un filet de sécurité aux participants, joue un rôle de tampon, cible des frustrations et évite les querelles entre les participants. Par contre, cette tâche demande beaucoup d'énergie et d'engagement. Lorsque l'animation se fait en couple (mixte ou non mixte), il y a plus de risques de conflits quant à la démarche, quant au rythme du travail, etc. Seul, l'animateur assumera toute la responsabilité de la tâche, ne bénéficiera pas d'un regard extérieur et devra être plus conscient de ses biais et de ses attitudes sexistes, de ses contre-transferts (Rabinowitz et Cochran, 1987).

• La confidentialité, une garantie de confiance

La confidentialité à propos de la situation des participants est l'un des éléments qui doit figurer dans le contrat de participation. Comme nous l'avons montré dans *Les demandes d'aide des hommes* (Dulac, 1997), les hommes sont particulièrement sensibles à la question de la confidentialité de peur que d'autres constatent leur problème, de surcroît un problème qu'ils n'ont pas réglé eux-mêmes. Leur estime de soi en serait diminuée. Parce que plusieurs problèmes sont vécus secrètement (ex. violence conjugale, toxicomanie, idéation suicidaire), certains clients deviennent anxieux à propos de la confidentialité thérapeutique et vont tester la frontière de cette confidentialité chez l'intervenant. Il faut rassurer les clients : l'intervention de groupe se fait de façon confidentielle et l'aidant respectera leur histoire personnelle, ainsi que les membres du groupe. Les participants ont d'ailleurs cette responsabilité envers les autres membres du groupe quant au respect des renseignements personnels qu'ils divulguent. Ils peuvent faire part à leurs proches de leurs propres expériences dans le groupe, mais sans identifier les autres membres du groupe au cours de la conversation. Les problèmes qui se posent entre les membres doivent être traités au sein du groupe. De même, l'expression des sentiments est fortement encouragée, mais sans menace à la sécurité de qui que ce soit.

«Le climat de confiance se crée quand l'intervenant sait qu'il peut risquer, qu'il n'y aura pas de catastrophe, que tout le monde peut s'exprimer en toute sécurité : ce qui se dit dans le groupe, ça reste dans le groupe. L'aspect confidentialité, c'est une valeur cruciale. Les gars sont très insécures face à l'établissement d'une relation de confiance. Cette relation, elle se bâtit sur le fait que ce qu'ils nous confient va rester entre nous, que ce ne sera pas utilisé contre eux. Je ne fais pas nécessairement allusion, ici, à tout l'aspect criminalisé ou judiciaire qui intervient chez certains clients. C'est beaucoup plus relié à la question de l'intimité. Leur profonde blessure antérieure liée au dévoilement fait en sorte qu'ils ont besoin d'être rassurés sur la confidentialité. Il faut comprendre que les gars se sont déjà ouverts et que cela s'est retourné contre eux.»

«Le climat de confiance, c'est important. D'abord, il faut qu'ils aient confiance en nous pour qu'ils aient confiance entre eux aussi. Il faut qu'ils sachent que personne ne rira d'eux parce qu'ils vont dévoiler quelque chose. Dans une discussion sur les défauts, quelqu'un a fait le commentaire suivant : «J'en reviens pas, moi, que vous soyez capables de parler de vos défauts si librement.»

Caplan et Thomas (1995) précisent que l'intervenant construit le climat de sécurité en faisant les mises au point nécessaires et en orientant avec poigne la démarche. Les sarcasmes, les prises de bec et la confrontation entre deux clients, les discussions sur des détails situationnels ou des justifications, la recherche de boucs émissaires sont par contre

des éléments qui, dans un groupe, brisent le sentiment de sécurité. Les clients qui se sentent en sécurité peuvent mieux gérer les sentiments inconfortables qui émergent lors de l'intervention. L'empathie entre les clients, la solidarité (*bonding*) même l'humour accroissent le sentiment de confort. En revanche, le sentiment de devoir expier ou d'être puni est contre-productif.

Toutefois, la question de la confidentialité a certaines limites. Dès que la présence de comportements à risques envers soi-même ou les autres se manifestent chez des hommes, la confidentialité cessera de prévaloir. C'est pourquoi les intervenants doivent être informés des aspects légaux relatifs aux problématiques qu'ils rencontrent, situations qui peuvent les placer devant des dilemmes éthiques importants : signalement de mauvais traitements envers des enfants, de violence conjugale ou, encore, lorsque le client menace de se faire du mal à lui-même.

• Un lieu d'échanges et de réciprocité

Lorsque le temps est venu de demander de l'aide, un individu va évaluer ce que le fait de «recevoir» impliquera en termes de «don» ou d'échange de sa part, une sorte de calcul de la dette envers le processus d'aide comme tel ou envers l'intervenant. Ce calcul «moral» à propos de la demande d'aide peut justement constituer lui-même un facteur inhibiteur de la demande d'aide. Recevoir crée chez les hommes un état inconfortable où règne un sentiment d'endettement, une réalité où des concessions doivent être faites. Ce mécanisme est aussi actif en relation d'aide, et dans l'intervention de groupe un dialogue basé sur des échanges et un partage franc et honnête, neutralisera l'effet d'endettement.

«Les gars aiment bien fonctionner dans une rapport de réciprocité parce qu'ils n'aiment pas dépendre d'un autre. Si ça ne coûte rien, si on leur donne tout, les gars sont mal à l'aise. Il faut qu'il y ait un «give-and-take», la reconnaissance d'une expertise, et alors ils sont plus à l'aise. Il y a toute une approche en même temps «d'empowering» qui est importante, car les gars ont bien de la difficulté à jouer à la victime dépendante. La réciprocité, c'est une valeur d'empowerment, quand tu es victime, tu es impuissant.»

• Le leadership de l'intervenant

Helmeke (1994) précise l'importance d'un contexte de discussion sécuritaire en intervention lorsque des questions liées au genre sont abordées. L'auteure présente les trois particularités d'un contexte de discussion sécuritaire pour les hommes (et les femmes) lorsqu'ils abordent ces dimensions. Dans presque toutes les situations d'aide psychosociale, le leadership doit s'exercer de manière à :



1. Adopter une approche où l'intervenant est curieux plutôt qu'expert (*not-knowing approach*) ; il approche le client sans idée préconçue sur ce qui est bon pour lui ; c'est la narration du client qui prédomine, sans regard qui juge ou analyse.
2. Favoriser le dialogue authentique (*genuine dialogue*) à la fois polarisé et inclusif ; un dialogue entre deux personnes qui s'écoutent, portent attention à l'autre ; il faut être capable «d'accueillir» la vision de l'autre sans que la sienne soit menacée ; c'est un vrai dialogue où les besoins, les préoccupations et les droits des personnes sont pris en considération.
3. Adopter une attitude sans réaction (*nonreactivity*) où le leadership suppose la présence d'habiletés à s'affirmer et à demeurer à l'écoute des autres dans un contexte qui parfois pourrait occasionner de l'anxiété chez l'aidant ou l'amener à s'écarter émotivement du groupe ; il ne doit pas se laisser envahir par des tensions, des réactions personnelles qui pourraient l'éloigner du groupe au lieu de le maintenir en contact.

À ces consignes, nous ajoutons ce que suggère un intervenant :

4. La relation de réciprocité a aussi pour fonction *l'empowerment*, c'est-à-dire le sentiment du client d'être en contrôle d'une partie du processus d'intervention, plus spécifiquement sur ce qu'il veut et peut dire au sein du groupe. Une des manières de redonner du contrôle au client, c'est de respecter son rythme :

«Il faut établir des règles de fonctionnement pour que le client ait le sentiment d'avoir le contrôle sur qu'il veut bien dire. Il ne faut pas forcer quelqu'un. D'autres veulent seulement partager quelque chose sans que des questions soient posées. Puis à mesure que le groupe est convaincu, on peut aller plus loin et le groupe évoluera. Mais ça prend du temps à construire ça. (...) On travaille avec des gars qui ont leurs expressions, leurs façons de communiquer, leurs façons de faire, et en tant qu'intervenant, ce n'est pas uniquement à eux de s'adapter: on doit s'adapter à leur culture, à leur réalité et à leur façon d'échanger.»

Bien que l'intervention doive être dispensée au rythme du client, il est du moins impératif qu'elle se déroule dans un cadre formel. Cela fait partie du contexte d'exercice du leadership des aidants. Ainsi, comme le stipule Crowder (1993), chacune des séances doit-elle avoir un début, un milieu et une fin prévisibles. Des événements relativement prévisibles rendent l'intervention de groupe moins menaçante et plus efficace. Ainsi :

- La plupart des séances commencent par une *mise au point* où chaque membre prend un moment pour parler au reste du groupe. Ce peut être l'occasion pour chacun de faire part aux autres de son état physique et émotionnel depuis la dernière séance ou d'annoncer ce dont on voudrait discuter au cours de la rencontre. Cette partie doit être limitée dans le temps et en terme de contenu, car elle est le prélude au travail prévu au cours de la séance. Même lorsque le client est en crise, la mise au point doit lui servir de soutien, mais dans les limites de fonctionnement prévues afin que tout le monde puisse parler au groupe.
- La *portion intermédiaire de la séance* varie selon l'état d'avancement du groupe. Sa forme exacte dépend du style, des compétences et du leadership des animateurs ou des intervenants, du niveau de sécurité et de confiance au sein du groupe, de la force intérieure de chaque participant. Les thèmes de discussion sont choisis par les membres et doivent concerner des sujets qui les touchent de près. En début de rencontre, une série de thèmes de discussion peut être proposée. Au cours de la séance, une personne soulève une question qui devient le point de départ pour effectuer un travail de groupe. Par exemple, si un client éprouve des sentiments particuliers lors de la mise au point, on peut aborder ces aspects en faisant participer tout le groupe. Il est important que tout le monde ait une chance de s'exprimer et de reconnaître l'apport de tous les membres du groupe.
- L'intervenant doit surveiller le type de questions présentées par les clients dans le groupe et veiller à établir un équilibre raisonnable entre le travail intense axé sur le processus et les échanges sociaux agréables. De plus, l'aidant doit être sensible aux alliances entre les clients (ex dominant/dominé). Les membres du groupe établissent des alliances, définissent des rôles sur la base de ceux qu'ils occupent dans leur vie présente ou occupaient dans le passé. Les intervenants remettent en question ces tendances au transfert que les clients projettent au sein du groupe, et les clients peuvent être déstabilisés par la prise de conscience et la remise en question de leur façon habituelle d'établir des rapports avec les autres.
- Une séance doit se terminer par un *rituel de conclusion*. Comme suite à un travail intense, les clients ont besoin de temps pour intérioriser ce travail, pour se reprendre en mains et affronter la vie de tous les jours. L'intervenant peut faire un tour de table et demander aux clients ce qu'ils comptent faire après la séance ou simplement demander si quelqu'un veut émettre un commentaire avant de quitter. Cela permet aussi de relâcher la tension accumulée durant la séance.

Crowder, 1993

Sur l'exercice du leadership de l'intervenant, le chapitre suivant fournit de plus amples renseignements qui révèlent bien les particularités de la tâche. À ce stade-ci, nous ne faisons que souligner le fait que cette tâche constitue l'une des forces de l'intervention psychosociale de groupe.

3.3 Le travail en groupe

L'individu développe des stratégies de (sur)vie selon ses compétences, ses connaissances et ses expériences traumatisantes reliées à la socialisation masculine (Pollack, 95). Les intervenants de notre étude ont montré que lorsqu'une personne manque de compétences émotionnelles, elles se retrouve submergée par ses émotions ou par la confusion de son état intérieur et réagit de manière non appropriée ou dysfonctionnelle aux événements de la vie. Pour changer ses réactions émotionnelles mal adaptées, elle doit développer son intelligence émotionnelle composée d'habiletés à percevoir, évaluer et expérimenter des émotions de façon correcte et appropriée, d'habiletés à comprendre et à gérer les émotions pour favoriser le développement affectif et intellectuel (voir le chapitre premier). Cette personne doit aussi remplacer les tendances et les croyances mal adaptées par d'autres plus fonctionnelles, et intégrer finalement ces changements dans un milieu stimulant. Le groupe constitue un espace privilégié d'expérimentation (*experiencing*) d'attitudes et de comportements différents. Les clients ont, par contre, besoin de soutien et de suivi pour transférer l'apprentissage acquis au cours du processus d'aide dans leur vie quotidienne.

Une intervention psychosociale vise à la fois des objectifs cognitifs et comportementaux. Elle doit, d'une part, permettre la mise en place d'états intérieurs pour ancrer le changement, dans la reprise de possession de certaines parties du Moi perdues ou bloquées au cours du processus d'apprentissage et de socialisation. D'autre part, l'intervenant doit apprendre au client comment gérer le stress, prendre soin de lui en développant des compétences et des moyens fonctionnels pour faire face à ses émotions. Au fur et à mesure que les clients prennent conscience de leurs comportements stéréotypés ou inappropriés, ils peuvent envisager d'autres façons de réagir aux événements qui se produisent dans leur vie. Ils peuvent alors remplacer les tendances mal adaptées par ces réponses plus saines et inoffensives. C'est à cette condition que les clients seront soulagés et comprendront que les problèmes auxquels ils font face sont compréhensibles et que dans toute intervention psychosociale ce n'est pas la valeur de la personne qui est en cause, mais certains comportements problématiques.

• L'expérimentation

Valorisé par le fait qu'il a pris connaissance de certains mécanismes de fonctionnement et qu'il est prêt à changer certains comportements dysfonctionnels, le client réalise qu'il possède désormais des aptitudes et des ressources nouvelles pour faire face aux situations de vie. Un client plus conscient de la notion de responsabilité en matière de comportement, sait qu'il a le choix entre différentes options pour faire face à ses problèmes. Une des forces du groupe réside dans l'aspect expérimental :

«La force du groupe, c'est d'abord la reconnaissance : ils vont se reconnaître à travers les aspects communs. De sortir de leur isolement par rapport à leur problématique, c'est déjà formidable. Il y a tout l'aspect expérimental à l'intérieur du groupe, expérimental dans le sens où le gars pourra vivre en microsystème à l'intérieur du groupe la réalité de l'extérieur. Vivre à l'intérieur du groupe des échanges, côtoyer des gens qu'on aime moins parfois, constater la présence d'opinions différentes, vivre des frustrations puis réagir adéquatement, vivre des départs, des arrivées. Celui qui dit : «Moi à l'extérieur je ne suis pas capable de parler à quelqu'un comme il faut ; chaque fois que je ne suis pas d'accord avec quelqu'un, je suis mieux de fermer ma gueule ; si je lui dis, je lui saute en pleine face.» Qu'il soit capable en groupe de le faire, je vais lui dire alors : «Tu ne peux plus dire que tu n'es pas capable de le faire; regarde, tu l'as fait ici, à telle rencontre. Ce n'est pas que tu n'es pas capable, c'est plutôt que tu trouves ça difficile de le faire à l'extérieur.»

• L'intimité, la confiance et la complicité entre hommes

Les hommes aiment et ont la capacité de parler d'eux-mêmes et de leur vie intérieure. Toutefois, les hommes apprennent au cours de la socialisation à ne pas exposer publiquement cette partie d'eux-mêmes, car c'est ce qui les place dans une situation de vulnérabilité ; ils se souviennent d'expériences blessantes au cours desquelles l'exposition de leur vulnérabilité a joué contre eux. Très jeunes et au cours de leur vie adulte, ils ont constaté qu'il est néfaste de dire la vérité sur ce qu'ils ressentent vraiment. Ils n'ont appris qu'à utiliser un registre restreint d'émotions et à canaliser le spectre des émotions au seul sentiment de la colère. Afin de ne pas être continuellement dans des situations émotionnelles inconfortables, ils apprennent à se dissocier de leurs sentiments et de leurs sensations de manière à conserver l'intégrité de leur personne. C'est particulièrement le cas chez les hommes plus traditionnels qui ne peuvent reconnaître et utiliser la somme infinie des émotions.

«Les hommes aiment parler, mais pas de façon intime sur eux-mêmes. En groupe, on apprendra à mettre des mots sur les sentiments, le vécu, les malaises. En intervention avec les hommes, il faut développer une intimité qui permette de confier des aspects personnels. C'est contraire à la norme, car en général un homme ne se permet pas ça.»



La littérature scientifique présente les principaux obstacles qui restreignent l'intimité émotionnelle entre hommes. Ces obstacles sont associés aux attentes liées aux rôles traditionnels des hommes dans la société et à la socialisation masculine, à savoir la compétition, l'homophobie, l'aversion à l'égard de la vulnérabilité, la rigidité face aux nouveaux modèles (Salem et al., 1997).

Les rôles liés au genre représentent donc des obstacles à l'intervention. Déjà en 1978, Lewis élaborait davantage sur les normes culturelles de la société américaine, lesquelles sont très restrictives en ce qui concerne l'intimité émotionnelle chez les hommes. Sauf dans le domaine du sport ou de la guerre, les démonstrations affectives publiques entre hommes sont prohibées. Peu d'hommes, à la vie adulte, vivent alors des expériences profondes d'amitié avec d'autres hommes. Sur le plan qualitatif, Jourard (1971, cité dans Lewis, 1978) a indiqué que le dévoilement (une composante de l'intimité émotionnelle) entre les hommes est très faible, voire totalement inexistant. Goldberg (1976, cité dans Lewis, 1978) a prétendu que le manque de tendresse ou de relation entre hommes est fortement relié au taux élevé de suicide chez les hommes, particulièrement chez les hommes divorcés. Plusieurs études montrent que les hommes ont plus d'amis du même sexe que les femmes, mais la forme d'amitié est peu profonde. D'autres indiquent que les femmes sont souvent «le meilleur ami de l'homme», que les hommes non mariés ont moins de relations avec les deux sexes que les femmes.

Sur la question de la vulnérabilité, il soutient que les modèles d'hommes traditionnels véhiculés dans la littérature dans les années 60 et 70, illustraient bien cette notion de fardeau qui peut peser sur les hommes : l'issue dans les rapports entre hommes est parfois la mort, le suicide ou la domination sur l'autre (*Delivrance* de Dickey en 1970 ; *Radcliffe* de Storey en 1963 ; *The Front Runner* de Warren en 1974 - cités dans Lewis, 1978).

La complicité

Pour contrer graduellement les obstacles, les intervenants rencontrés ont insisté sur le fait que la formule de groupe permet aux hommes de développer une complicité, une connivence. Incidemment, la participation à une intervention de groupe suppose un «agir ensemble» qui s'appuie sur une entente profonde, souvent spontanée et inexprimée entre les participants. Si pour les hommes, l'intervention est l'occasion de se réapproprier la parole sur le plan affectif, c'est aussi l'apprentissage des mots : en groupe, ils découvriront une signification commune ou un vécu similaire dans les faits et par rapport au sens produit. Ce commentaire l'illustre assez bien :

«Il y a la socialisation. Les hommes et les femmes sont tellement des personnes différentes. J'ai l'impression qu'un mot n'a pas la même signification dans la tête de chacun. Consommer, cela n'a pas du tout la même signification, j'en suis certaine. Si on me parle d'état d'ébriété, je pense à 4 ou 5 bières. Mais pour un homme, quand on parle d'état d'ébriété, c'est l'ivresse totale. Ça joue dans l'intervention, ça demande d'être toujours très présent, de faire un effort considérable. Je m'en suis aperçue grâce à la programmation neurolinguistique : c'est une approche qui dit que les hommes ne sont pas plus différents que les femmes ou qu'ils ont un langage très différent, mais que chaque individu a un langage différent et que chaque individu a une définition d'un mot qui n'est pas nécessairement la même que pour une autre personne.»

D'aucuns prétendent, à la suite de Rabinowitz (1991), que le toucher peut faciliter le dévoilement de soi et favoriser la communication interpersonnelle. Bien qu'il n'y ait pas d'étude sur les effets du toucher en intervention de groupe, l'auteur estime que le toucher est potentiellement thérapeutique. Les caractéristiques traditionnelles liées au genre écartent souvent les hommes de la possibilité de développer des relations interpersonnelles avec d'autres hommes. Et dans la culture nord-américaine, le contact physique et l'étreinte sont des rapports tabou dans l'interaction entre hommes, sauf au moment de certaines activités : lors d'un mariage, de funérailles, d'événements sportifs. En matière de contact physique, les pères s'expriment davantage de cette façon selon le sexe de l'enfant, c'est-à-dire plus avec les filles qu'avec les garçons (Rabinowitz, 1991).

En contexte d'aide psychosociale, les études présentent cependant des données divergentes sur le toucher. Les plus optimistes estiment que le toucher peut favoriser l'introspection (*self-exploration*), augmenter l'interaction verbale, augmenter la perception du thérapeute en tant qu'expert, susciter des attitudes favorables envers le processus d'aide. En ce qui a trait à la relation d'un homme intervenant avec un homme client, le rôle du toucher ne produirait que des effets négligeables par rapport au dévoilement de soi (Rabinowitz, 1991).

Interagir en toute confiance

Pour un homme, l'intervention de groupe est l'occasion de prendre conscience des rapports de compétition et de faire l'expérience d'une relation d'égal à égal, l'expérience d'une relation beaucoup plus équilibrée. Pour y parvenir, il doit interagir avec d'autres hommes, prendre sa place de façon sécuritaire et avoir confiance en ses opinions tout en respectant celles des autres.

Rowan (1997b) a bien montré ce que comporte la question de l'intimité pour les hommes, en particulier lorsqu'ils se



retrouvent dans une démarche en groupe. Dans les groupes, les hommes renouent avec une forme d'intimité et constatent qu'il est possible d'être intime avec quelqu'un sans avoir peur. Le groupe offre un contexte sécuritaire en ce sens. En ce qui a trait aux questions de pouvoir et de compétition, Rowan estime qu'il est stressant pour un homme d'être aidé par un autre homme, car il doit laisser tomber les questions de pouvoir et de compétition (si associées à la masculinité) face à cette personne. La dynamique de pouvoir devient donc un enjeu, mais Rowan suggère d'en parler ouvertement pour rassurer le client : fondamentalement, l'enjeu du pouvoir disparaît quand le client réalise que la direction à donner au processus d'aide lui appartient, qu'il n'a qu'à se faire connaître (avec le temps, la notion de contrôle n'est plus corrélée à la notion de prise en charge par un intervenant).

Même si le sentiment d'être écouté et de pouvoir se confier peut être gratifiant, il n'en demeure pas moins que plusieurs hommes associent généralement intimité et sexualité : ainsi être proche d'un autre homme peut entraîner toutes sortes de questionnements et de réactions homophobes. En cas de malaise et de confusion ressentis par le client, il y a un risque de retrait ou d'abandon de l'engagement dans le processus d'aide. Il est alors de la responsabilité de l'intervenant de guider le client dans le processus, de l'aider à identifier ses sentiments.

Comme on le voit, avant d'en arriver à une plus grande intimité et proximité entre hommes ou entre intervenant et client, la relation d'aide progressera par étape. Au cours de cette progression, l'intervenant sera aussi confronté à ses propres réactions. L'intervenant ne laisse pas ses valeurs au vestiaire. En tant que sujet social, il est également porteur des valeurs et préjugés sociaux concernant la masculinité, les comportements appropriés aux hommes, etc. Bref, les aidants sont aussi des êtres socialisés en fonction des valeurs dominantes de notre société.

La socialisation de l'intervenant peut interférer sur l'intervention. Celui-ci peut éviter d'être confronté aux émotions d'un client de peur de perdre le contrôle ou adopter une fausse attitude d'ouverture, détachée. De peur d'être perçu comme efféminé, l'intervenant pourra se sentir inconfortable face à la démarche d'introspection, aux révélations et au dévoilement du client, il aura de la difficulté à lui offrir son soutien, craindra l'intimité, aura même des réactions homophobes. De tels comportements ou attitudes peuvent blesser le client et mettre en péril la démarche d'aide. S'il est lui-même réfractaire à l'intimité, cette situation peut encourager les tendances machistes du client ou celles qui portent les hommes à intellectualiser et à rationaliser les angoisses et les malaises.

L'intervenant peut aussi éprouver de la difficulté à toucher physiquement le client masculin. La peur de l'homosexualité peut être un frein au développement de l'intimité, propice à l'introspection et au dévoilement. Quelquefois une simple accolade ou une étreinte, serrer la personne dans ses bras, peut servir à rassurer le client. Ces formes de soutien et de renforcement positif peuvent être aussi perçues comme des gestes ambigus par certains hommes. S'il est lui-même ambivalent par rapport aux contacts physiques entre hommes, cette ambivalence pourra créer de la confusion chez le client. En revanche, l'intervenant qui est à l'aise avec le toucher peut servir d'exemple au client (Heppner et Gonzales, 1987).

• Parler de la souffrance pour développer la sensibilité à soi et aux autres

Beaucoup d'hommes confrontés à des problèmes de violence, de suicide ou de toxicomanie ne sont pas conscients des liens entre leur expérience antérieure, les modèles de comportements masculins hérités de l'éducation ou de la socialisation et les difficultés auxquelles ils font face dans leur vie adulte. Les intervenants estiment devoir aborder ces difficultés héritées des modèles d'apprentissage de l'enfance ; ils sont toutefois conscients qu'il s'agit d'une démarche qui peut s'avérer pénible et parfois douloureuse.

«C'est une démarche douloureuse. Et plusieurs hommes souffrent donc pendant le processus du fait de parler d'eux-mêmes, parler de soi devient douloureux. La souffrance se voit très bien, le thérapeute peut très bien la voir, sauf qu'elle n'est pas nommée. Certains individus vont la nommer, l'exprimer, pleurer beaucoup. En général, c'est vécu seul, complètement seul. Et il y a une charge incroyable, et souvent, on apprend qu'un homme a été abusé... Dévoiler, c'est libérateur pour la personne qui s'exprime, ça va être très, très bénéfique surtout si cette situation-là est assez bien travaillée avec le client pour que le malaise ne soit plus solutionné par la consommation de substances.»

Les problèmes tels que la violence, la toxicomanie, le suicide sont des expériences à la fois personnelles et sociales en ce sens que les difficultés sont vécues individuellement tout en étant intrinsèquement liées à des forces sociales et culturelles. Bien qu'en intervention de groupe, l'analyse des forces culturelles et politiques à l'origine des problèmes des clients ne soit pas centrale au processus d'aide comme tel, elle devrait être néanmoins considérée.

Une partie de l'intervention auprès des hommes en difficulté consiste à démontrer le lien entre les valeurs sociales relatives aux rôles masculins et les problématiques de la violence, de la toxicomanie, du suicide. Globalement, la démythification exige l'examen des valeurs culturelles, des rôles sexuels et des attentes de la société à cet égard.



Une intervention de groupe réussie passe par la compréhension de la façon dont les forces sociales ont été intériorisées et intégrées par le client. Souvent, en conséquence directe ou indirecte de l'aide reçue, les hommes réexaminent les valeurs sociales et culturelles du milieu qui les entoure. Durant cette phase dite de *l'intégration*, les hommes ont besoin d'être soutenus, plus particulièrement quand ils reconnaissent ce qu'ils ont perdu au regard de certains aspects de la socialisation masculine.

Parmi ces questionnements, il existe un paradoxe : l'individualisme. Nous serions porteurs d'une attitude d'esprit nous poussant à agir de façon individualiste, voire narcissique. Or, ce que l'on constate en écoutant les propos des intervenants que nous avons rencontrés, c'est que les hommes sont bien loin d'avoir développé cette réflexion individuelle au sujet de leur existence. Leurs comportements ne laissent pas de place à des initiatives de réflexion individuelle sur leur vie intime et personnelle. Bref, il n'ont pas développé cette sensibilité à soi, ce souci de soi.

«Moi, je ne dirais pas au client : «Tu n'es pas correct avec ta conjointe.» Non, ce n'est pas ça. Je lui demande plutôt : «Toi, es-tu à l'aise dans ta place? Es-tu confortable? As-tu assez d'espace? As-tu assez de marge de manoeuvre?» Généralement, le gars va trouver que sa place dans sa vie de couple est peut-être bien serrée. Je vais essayer de travailler avec lui cette question pour ensuite l'amener à être sensible à la place de sa conjointe (peut-être aussi inconfortable), à celle des enfants, c'est peut-être plus inconfortable. Je n'irai pas plus loin. Pour moi, ça passe par lui. Je ne veux pas l'amener à ce qu'il soit seulement sensible à sa conjointe et aux enfants, je veux l'amener à ce qu'il soit sensible à lui. Je crois beaucoup que le gars qui est sensible à lui-même le sera envers les autres.»

3.4 L'intervention de groupe, un outil de rééducation

Le modèle général proposé par les intervenants interrogés, part du principe que la réhabilitation (ou le changement) est un processus progressif : il y a une personne avec un problème ou vivant une situation donnée, qui prend des décisions selon ce qu'elle a acquis et subi au cours de sa vie, et qui tend ou se dirige vers une situation de vie nouvelle où les décisions et les choix se prendront selon les besoins actuels. En d'autres termes, au fur et à mesure que le client décode ses comportements, ses pensées et ses sentiments, il commence à comprendre comment ses valeurs, ses actions, ses croyances ont été façonnées par les habitudes, la culture et l'expérience antérieure. La compréhension est un des mécanismes qui ouvrent une voie vers de nouvelles options de vie ; par contre, la compréhension peut à la limite amplifier les mécanismes de défense tels que l'intellectualisation.

Toutefois, l'apprentissage, la pratique et l'intégration d'attitudes et de comportements nouveaux ne se font pas de façon linéaire, mais plutôt dans un mouvement de va-et-vient. Par ailleurs, pour que le changement personnel soit authentique et intégré à la vie des hommes, ces derniers doivent compter sur le temps pour explorer et expérimenter d'autres comportements.

À court terme, le groupe est un lieu idéal pour tester et apprendre d'autres manières de faire et de vivre. Les comportements dysfonctionnels sont lentement remplacés par des comportements fonctionnels à mesure que le client prend le risque d'utiliser de nouvelles stratégies. La clé du succès de l'intervention est de trouver le juste milieu entre le contrôle et l'expression des émotions.

• Prendre des risques et faire de nouveaux choix

Au cours des séances de travail, les clients se découragent souvent, car ils deviennent davantage conscients de leurs comportements à modifier et de leurs sentiments prenants. Ils éprouvent de l'instabilité tandis qu'ils abandonnent progressivement leurs vieilles habitudes et conduites pour adopter de nouvelles stratégies auxquelles ils sont cependant peu habitués. Ils ont alors le sentiment que l'intervention leur fait plus de mal que de bien. L'intervenant doit alors être vigilant et ne pas maintenir ce sentiment négatif de régression chez les clients.

«Mais, le changement ne se produit pas toujours dans la rapidité. Des fois, la personne accepte de patauger dans ce qui est nébuleux. Ça fait partie du processus, il faut intégrer le processus de contact avec les zones nébuleuses de soi. Puis c'est forcément souffrant tout ça. D'ailleurs, les hommes ont l'impression de reculer. Il faut comprendre que ce sont des gars qui ont toujours été dans l'action, et quand ça avance moins vite, ils ont l'impression que ça n'avance plus du tout. On va les amener à voir leurs acquis et leurs perceptions : (...) «C'est peut-être que tu te percevais rendu plus loin, mais ce n'est pas vrai que tu es retourné en arrière.» C'est comme si la rechute les ramenait à zéro. Ça prend du temps, ça change lentement.»

«Pour moi, le changement implique la prise de risques, il n'y a pas de maturité sans passer par le risque. On peut prendre des risques non calculés ou calculés, réfléchis (ex. des précautions, des personnes qui nous soutiennent). Moi je pense qu'en tant que thérapeute, on devient un point de référence, un point d'appui, un point de sécurité pour le client face à ce qu'il confie. On devient aussi un réceptacle quand l'autre prend des risques.»

Erickson (1993c) montre bien que cette attitude de repli se manifeste de multiples façons, jusqu'à l'abandon de la démarche parfois. C'est le moment où le client adopte un comportement qui tend à contester, à confronter, à saboter les



progrès réalisés. Cela peut prendre la forme de rendez-vous annulés, d'attitudes distantes, évasives en cours de séance, du refus de discuter de ce comportement de contestation, un comportement qui concerne autant l'intervenant que le client lui-même. Et soudainement, le client quittera le groupe ou la thérapie, selon le cas. L'intervenant peut se blâmer, mais ces comportements signifient davantage que le client se sent trop menacé par les changements envisagés ou à apporter dans sa vie éventuellement. Les intervenants peuvent ressentir des frustrations, de la tristesse, être meurtris lors d'abandons pour de tels motifs.

Beaucoup de clients mettent fin prématurément à l'aide, car ils souffrent, perdent confiance en leur capacité de changement ou perdent espoir face aux exigences et aux ressources personnelles requises pour changer. Les intervenants doivent se rendre à l'évidence que certaines personnes ne pourront changer malgré leurs efforts en ce sens et le rôle des aidants eux-mêmes. Il faut aussi se rappeler qu'on ne peut être totalement certain des bienfaits d'une intervention, quelles que soient les circonstances des abandons (Erickson, 1993c). Pour ceux qui n'abandonnent pas la démarche d'aide, leur persistance est due, entre autres, aux risques pris et assumés pour maintenir cet engagement et ce, au cours des différentes phases du processus d'aide.

Toute intervention psychosociale implique, à un moment ou l'autre, un travail en profondeur sur les émotions. Mais cela ne va pas de soi avec les clientèles masculines. Il s'agit pour les clients de reconnaître toute la gamme de sentiments et de chercher des moyens de les exprimer malgré la peur et la lenteur du processus. Cependant, au fur et à mesure qu'un client se familiarise avec ses émotions, il se sent mieux. C'est alors le moment de travailler sur les attitudes intellectuelles et les comportements dysfonctionnels. Il faut alors les identifier et choisir de les remplacer ou non.

«La rééducation, ça veut dire qu'il y a eu une première éducation et que la rééducation apporte un changement. Tout notre bagage personnel est fait de choses non choisies consciemment. On emmagasine ce qui fait notre affaire mais aussi ce qui ne nous plaît pas. (...) Être adulte, c'est d'avoir cette liberté de garder ce qui fait notre affaire, puis de changer ce qui ne fait pas notre affaire sur le plan des valeurs. Je parlais d'éducation, mais ça concerne plutôt la socialisation masculine et les stéréotypes qui forment un carcan, qui ne permettent pas d'être adulte. J'ai l'impression que ceux qui font une démarche thérapeutique retrouvent ce statut-là.»

C'est un des défis que de voir à l'application des gains réalisés au cours de l'intervention dans la vie quotidienne des hommes en difficulté. Cela ne va pas de soi, et des intervenants

estiment que certains clients ont besoin de mettre fin durant un court laps de temps à leur démarche pour intégrer ce qu'ils ont appris avant de la poursuivre. En ce sens, le décrochage ou l'abandon de l'engagement dans une intervention de groupe n'a pas que des aspects négatifs. Un intervenant sensible et vigilant saura distinguer entre la rupture du contrat de participation et le besoin du client de faire une pause. Le client peut alors non seulement assimiler mais tester dans la vie quotidienne ses nouvelles compétences, particulièrement dans ses relations interpersonnelles. Cela fait partie de l'apprentissage progressif d'une nouvelle autonomie et de la réappropriation de sa vie.

«Ça peut être différent d'un individu à l'autre. Pour certains clients, un petit changement au niveau des structures internes va réussir à maintenir une abstinence très longtemps. Pour d'autres, le travail sur la motivation contribue au changement, d'autres encore apprennent à gérer leur vie différemment, notamment sortir du cycle de l'assuétude, de cette dépendance-là.»

«Du point de vue du changement, il est évident que tous ne voudront pas aller en profondeur. Il y a des gens qui peuvent choisir seulement de rétablir un équilibre, de cesser de souffrir, puis en rester là. Il faut respecter ça. Il ne faut pas se battre pour qu'une personne s'engage dans une démarche de thérapie (à moyen ou à long terme). Il y a des gens qui ne sont pas à l'aise là-dedans, mais pour ceux qui le désirent, il faut favoriser l'ancrage qui fera que la personne se mettra en état de changement en profondeur.»

C'est donc au fil du temps que les clients vont changer d'attitude et faire de nouveaux choix. Ceux qui peuvent surmonter les multiples confrontations et persister dans leur démarche d'aide, verront peut-être leur euphorie du début s'amenuiser ou réagiront négativement. Comme plusieurs intervenants l'ont souligné, la transition vers le changement comportent des difficultés : «ce n'est pas facile», ont-ils mentionné à maintes reprises. Et au cours de cette transition, certains hommes vont «contester» ou défier les nouveaux acquis. Cette contestation peut résulter d'une perte de confiance en leur propre capacité de changement, d'une phase de découragement, de l'incapacité à recourir à leurs nouvelles compétences ; elle est fondamentalement la traduction d'une série d'émotions qu'ils doivent affronter :

«Après quelques jours ou semaines de thérapie, quand la santé physique revient, certains gars deviennent plus «obstineux», buté. Alors on met les choses en perspective : «Regarde tout ce que tu as fait avant d'arriver.» C'est le processus de deuil. Ça leur montre qu'ils ont été dans le «marchandage», dans le déni, la colère, maintenant la tristesse.»



• **Vivre avec les résistances**

Comme nous venons de l'évoquer, malgré toutes les consignes de bon fonctionnement, l'intervention de groupe entraînera différentes réactions chez les hommes en début de processus, au milieu comme à la fin. Lanza et al. (1996) ont présenté brièvement l'ampleur des réactions qui peuvent survenir. Au début, c'est généralement le processus lui-même qui provoque des peurs rattachées à l'identité masculine, à des besoins d'indépendance. En milieu de processus, la phase de «réaction», selon Lanza et al. (1996), comporte des réactions de colère, de rivalité fraternelle, de transfert, de sentiments ambivalents envers le groupe. C'est une étape où les différences individuelles sont fortes, d'où d'intenses projections et confrontations.

C'est un moment que Rabinowitz et Cochran (1987) associent à l'émergence de nombreux conflits entre les participants du groupe. Durant cette période, l'intervenant doit toujours «fournir» au client l'occasion de changer en demeurant ferme et souple à la fois. Il doit être vigilant devant les manifestations d'agressivité au sein du groupe (ex. aider le client à identifier les sentiments sous-jacents à sa colère) et être conscient du même souffle de sa façon de gérer cette agressivité ; puis, il devra porter attention aux situations de contre-transfert.

Au milieu du processus, l'absentéisme, le retrait du groupe, l'ennui sont tous des indices que l'aide ne répond plus aux attentes et aux besoins des clients. L'intervenant doit donc voir à travers ces situations une forme de critique au sujet du fonctionnement. Quant à la question du pouvoir, les intervenants peuvent incarner aux yeux des clients une figure d'autorité (ex. le père) positive ou négative (ex. hostilité, ambiguïté, colère). Les sentiments de colère et de désespoir liés à une socialisation privilégiant le refoulement d'une partie d'eux-mêmes, peuvent se faire sentir avec vigueur. La nature écrasante et confondante de ces sentiments est particulièrement désagréable pour les clients.

Quelles que soient les difficultés rencontrées par les clients, les intervenants doivent rester empathiques et ne pas perdre de vue les objectifs fixés dans le cadre de la démarche. Il faut rappeler aux clients qu'ils devront affronter des périodes de découragement. L'enthousiasme initial associé à la reconnaissance du problème (ou associé à la démarche d'aide comme telle) perd de sa force au cours du processus. Les intervenants rencontrés soutiennent l'importance d'appuyer le client dans l'expression des sentiments ressentis : une des façons de le faire, c'est de rendre hommage à la force et au courage du client. En validant les difficultés, les souffrances associées à la démarche, mais aussi les changements positifs

enregistrés, l'intervenant met ainsi les difficultés en perspective. Il facilite la transition pour contribuer au maintien de l'individu dans le processus d'aide ; c'est de permettre, en somme, aux clients de réaffirmer leur engagement initial ou, pour d'autres, de l'affirmer réellement.

«Les clients ont du pouvoir sur leurs propres changements de comportements, sur leur propre démarche, c'est un fait marquant. Dans ce processus, il y a prise de conscience du changement à faire et par la suite le changement se produit. Et souvent, à partir de ce moment-là, ils prennent un rôle de leadership à l'intérieur du groupe, jusqu'à dire à l'autre : «Moi aussi quand je suis arrivé, je pensais comme toi.»

3.5 La fin, le bilan et la postintervention

Lorsque vient le moment de terminer le travail de groupe, il faut gérer la cessation des activités. Cette dernière étape mérite autant d'attention que les précédentes. La célébration de la réussite du client et la reconnaissance de ses aptitudes et de ses points forts participent au processus final. Il est alors essentiel de procéder à un examen sérieux des progrès aussi bien par le client que par l'intervenant. Le client doit quitter la thérapie après avoir été rassuré, autant que possible, sur les éléments suivants :

- une bonne préparation des clients à la fin des activités ;
- accorder beaucoup de temps pour substituer les autres ressources au soutien reçu au sein du groupe ;
- que les clients soient rassurés par le groupe s'ils éprouvent le besoin de refaire une demande d'aide ;
- s'assurer que les clients soient conscients des changements que la démarche a produits en eux ;
- célébrer les changements, mais aussi comprendre les nécessités d'adaptation de leur entourage sur ce plan.

• **La fin et le bilan de l'intervention de groupe**

Pour Rabinowitz et Cochran (1987), les dernières séances permettent de consolider les acquis, de faire le bilan et de négocier la séparation. Lorsque la fin de la démarche approche, les participants deviennent plus hésitants et distants, on note une sorte de retrait affectif et un moindre engagement. Des clients ont parfois une réaction de rejet, allant jusqu'à nier l'importance du groupe. Dans la phase finale (20 % des réunions), la tâche de l'intervenant est de veiller à ce que le groupe ou chaque participant :

- compose avec les sentiments de la rupture ;
- se prépare à appliquer les acquis dans la vie quotidienne ;
- donne et reçoit les réactions du groupe (rétroaction) ;
- tienne des discussions sur les liens ;
- évalue l'impact du groupe ;



- prenne des décisions sur la façon de changer concrètement ; se donne des balises pour consolider les acquis et soutenir les actions du changement.

«Quand un gars arrive à sa vingtième séance, à la fin de la thérapie, on lui demande de préciser s'il pense poursuivre ou non la démarche. À la dernière rencontre, on demande de faire un bilan de fin de démarche et de le présenter au groupe : d'où il est parti, les objectifs qu'il s'était donnés. Certains hommes vont le faire de façon spontanée. Le groupe posera des questions s'interrogera sur les faits marquants de la démarche du gars ; on les fait verbaliser. C'est important pour chacun des gars individuellement de le faire, et ça fournit à l'ensemble du groupe des points de référence. Il y a un impact intéressant pour le groupe, pour nous également.»

«Suite à ça, on demande aussi aux autres gars dans le groupe leurs commentaires sur la démarche de cette personne en particulier. (...) Une fois la rencontre terminée, cette personne rencontrera seule à seule l'intervenant pour compléter l'évaluation de sa démarche, pour clarifier aussi avec elle notre rôle : sa démarche est terminée mais le dossier n'est pas détruit, elle peut revenir nous voir. Ça se fait le soir même après la dernière rencontre. Depuis deux ans, on remet aux gars une pochette qui les informe qu'ils sont membres de l'organisme pour un an, qu'ils recevront une carte de membre, ce qu'ils peuvent faire bénévolement au sein de l'organisme. En ce qui concerne la deuxième phase du processus, nous leur expliquons ce qu'il en est : le calendrier des rencontres, le numéro de téléphone d'un centre de crise, toutes les ressources auxquelles ils ont accès et des renseignements sur la postthérapie.»

• Le suivi en postintervention

Il est important que le client qui termine sa démarche d'aide sache que le service d'aide est un service auquel il pourra toujours recourir. La possibilité de revoir à l'occasion l'intervenant représente un geste rassurant pour les clients. Certains groupes ont une approche proactive et vont faire un suivi et proposer une deuxième série de rencontres quelques mois plus tard, comme dans ce cas-ci : *«Six mois après le groupe de thérapie, quelqu'un communique avec chacun des membres du groupe en question. On vérifie leurs coordonnées et on leur demande s'ils sont prêts ou non pour la deuxième phase ; nous respectons leur choix.»*

Par ailleurs, on ne peut minimiser l'importance des groupes d'aide en postintervention. L'expérience des AA montre, en effet, que de tels groupes ont une importance capitale dans la réalisation à long terme des objectifs globaux associés à une démarche d'aide. Ces groupes fournissent un soutien émotif et psychologique essentiel qui constitue l'un des déterminants ou l'une des conditions de réussite de l'intervention.

«On met l'accent sur des réunions de type AA ou NA ou CA. Ce sont des groupes dont le soutien est tellement important dans la

réalisation de l'individu. Souvent, des clients n'ont plus de groupe de soutien, alors un groupe comme les AA leur fournit des amis, un soutien nécessaire, de différentes sortes d'ailleurs : soutien matériel, émotif, amical. Et c'est gratuit, il y en a partout, à tous les jours, partout dans le monde. Nous les orientons surtout vers ce type de groupe. L'année qui suit une démarche en réhabilitation est cruciale.»

Une enquête américaine menée auprès d'alcooliques gais membres des AA, dans le cadre d'un programme de rétablissement, montre bien l'importance des mesures d'aide, aussi variées soient-elles. Ici, c'est de bibliothérapie dont il est question, comme une démarche d'aide personnelle ou de croissance personnelle par le biais de la lecture de documents spécifiques (*reading for self-help or personal growth*). Kus (1989) estime qu'elle constitue un aspect important du processus de rétablissement chez les alcooliques anonymes. Les principaux documents consultés sont ceux issus du mouvement même des Alcooliques Anonymes, des livres sur la religion et la spiritualité, des guides de méditation ou de réflexion au quotidien, des livres concernant l'alcoolisme et son traitement, le guide en 12 étapes des AA, des livres sur l'homosexualité et sur l'alcoolisme des hommes gais, des biographies ou autobiographies de personnages qui ont été alcooliques, des livres traitant de démarche personnelle (*self-help*) et de psychologie populaire.

À la suite de cette étude, Kus (1989) y voient les principaux avantages suivants : des avantages économiques (bon rapport rendement/prix), une façon de remplacer des heures de formation ou d'intervention, un rythme moins contraignant que la thérapie traditionnelle, un cadre de liberté pour approfondir, relire, réfléchir, découvrir de nouveaux aspects qui interpellent le lecteur, une démarche souple en matière de contenu (sélection, choix).

Chez les joueurs compulsifs, Sylvain et al. (1997) notent, justement, que la présence de la composante «prévention de rechute» (ex. groupe de soutien développé par Marlatt pour les alcooliques) au sein même d'un programme d'aide développé au Québec, a probablement contribué au succès du programme chez les participants (98 % étaient des hommes) : après 12 mois (postintervention), aucun participant n'avait rechuté, c'est-à-dire joué de manière compulsive.

Dans le cadre de notre étude, les intervenants ont indiqué que les hommes commentaient en ce sens la fin de leur démarche en groupe : *«Le groupe va me manquer, cette expérience-là, cette vie de groupe et d'échanges». «D'échanger avec d'autres gars sur ce que je vis, avoir quelques personnes avec qui je peux parler de façon systématique, à chaque semaine ; avoir une occasion comme ça, on y prend goût.»*



Alors une des caractéristiques importantes de l'intervention, c'est de s'assurer que l'individu aura développé son réseau de soutien ou sera conscient de cette nécessité.

• Le suivi sur le Web

Pour un organisme d'aide ou d'entraide, le suivi en postintervention peut s'avérer un processus lourd et couteux, et certains groupes auront des choix à faire sur ce plan. Cependant, nous avons pu constater que des formes de soutien «modernes» ont fait leur apparition.

Aux États-Unis, Salem et al. (1997) expliquent que, le contexte de compressions budgétaires et de ressources dans le domaine de la santé en général, a fait naître de façon très florissante des groupes d'entraide : on estimait entre 500 000 et 750 000 le nombre de groupes d'entraide et de groupes postintervention aux États-Unis en 1997, fonctionnant pour la majorité selon la formule «rencontre de groupe». Malgré cette popularité, des obstacles persistent sur le plan de l'accessibilité : l'éparpillement géographique (problèmes de mobilité, coûts de transport, etc.), la formule «rencontre» suppose une capacité à se dévoiler au contact des autres, les incapacités physiques et psychologiques des personnes interviennent, les responsabilités familiales.

Avec l'apparition de groupes d'entraide au moyen du support informatique, ces obstacles sont tombés : il n'y a plus de limites géographiques, l'anonymat est préservé, la disponibilité du groupe est constante (24 heures sur 24). Dans l'exemple cité, le groupe de soutien est formé d'individus ayant vécu des difficultés similaires, qui se «rencontrent» sur Internet pour s'entraider. Un tel groupe offre un suivi très pertinent qui permet de briser l'isolement social, qui contribue à la transmission de connaissances pratiques issues de l'expérience des personnes (Salem et al., 1997).

De façon générale, les groupes informatisés de soutien ou d'entraide interviennent plutôt de manière empathique, apportent un soutien moral, affectif ou concret (aide matérielle), présentent une nouvelle façon de comprendre/reconnaître un problème, apportent des suggestions, des avis, suscitent la camaraderie (voire l'amitié entre des membres), jouent un rôle sur le plan de la socialisation.

Les enquêtes de Maton (1988), de Lieberman et Videka-Sherman (1986) montrent que le recours à de tels groupes a eu des effets positifs sur le plan de l'estime de soi et du bien-être chez de nombreux participants, notamment à travers les rôles et responsabilités de chacun. Selon Reissman (1965), les bienfaits se font sentir autant chez l'aidant que chez l'aidé, ce

que Maton (1988) appelle l'aide bidirectionnelle. Dans le fonctionnement de ces groupes, la notion de partage est bien présente, et c'est ce qui donne l'assurance d'une aide émotionnelle en toute confiance, éventuellement d'un changement chez les membres (tous cités dans Salem et al., 1997).

Il est intéressant de noter que ce projet de groupe informatisé d'entraide montre que ce sont surtout les démarches de dévoilement des personnes qui dominent (51 %), probablement en raison du caractère anonyme de l'interaction électronique qui semble faciliter la «révélation», le «dévoilement de soi» (Kiesler et al., 1984). Aussi, la notion de partage, fortement prisée dans ce groupe, semble plutôt atténuer les perceptions des membres quant aux différences possibles (Madara, 1995). Enfin, la démarche narrative semble entraîner plus d'interactions (Beals, 1992 - tous cités dans Salem et al., 1997).

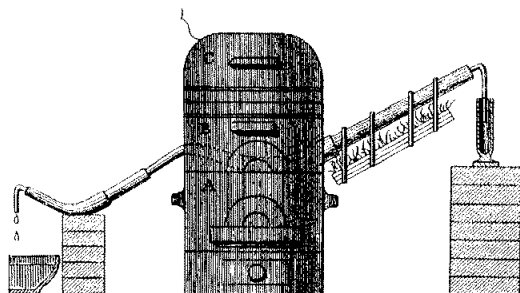
Ce qui est saisissant dans l'enquête, c'est la très grande participation des hommes aux démarches de type dévoilement de soi, ce qui va à l'encontre des connaissances en matière d'aide ou d'assistance psychologique chez les hommes et les femmes. Malgré une fréquence des contacts semblable chez les hommes et les femmes, malgré un contenu des échanges pratiquement identique entre hommes et femmes, Salem et al. (1997) croient que la prévalence des hommes à se dévoiler dans cette enquête est étonnante et serait due à trois facteurs :

1. Au fait que ce sont surtout les hommes qui sont les usagers de l'informatique.
2. Au fait qu'ils sont plus à l'aise pour donner ou recevoir un soutien dans un contexte de communication informatisée que dans un contexte de communication interpersonnelle.
3. La communication informatisée établit un élément de distance, permet aux participants de faire des sélections (comparativement à la communication interpersonnelle) et la communication est asynchronisée plutôt que séquentielle.

Ces caractéristiques de la communication informatisée de l'entraide semblent démontrer une vision nouvelle de l'intimité qui inciterait davantage les hommes à participer. Contrairement aux groupes dits traditionnels dont la présence d'un professionnel peut orienter le fonctionnement du groupe, l'enquête ne révèle pas la présence d'un ou plusieurs professionnels de la santé sur ce plan ; de plus, on ne note pas de dynamique nécessairement conflictuelle entre membres, la structure de fonctionnement est moins rigide, moins encadrée. Les groupes informatisés d'entraide sont de toute évidence des groupes de discussion publics (*clearly public forums* - Salem et al., 1997).

Chapitre 4

Les conditions de réussite et les obstacles à l'intervention de groupe



Dans des études antérieures sur l'intervention auprès des pères (Dulac, 1997, 1998a et b), nous avons fait état de plusieurs éléments qui pouvaient agir à la fois comme obstacles et conditions de réussite à l'intervention auprès des hommes. Des éléments relatifs à l'organisation des services, aux mentalités des décideurs et à la culture organisationnelle des entreprises, à la féminisation de l'intervention, au financement des organisations et des services d'aide ont été passés en revue. D'autres éléments tels que les programmes d'aide (ex. les caractéristiques du projet, le moment de l'intervention, les modes de recrutement et l'accessibilité), furent aussi analysés. Ces thèmes n'ont pas été traités par les intervenants qui ont participé à l'étude actuelle, car il n'était pas dans notre mandat de les aborder. Nous réalisons néanmoins que ces éléments font partie de la vie courante des intervenants. Nous invitons les lecteurs à consulter nos travaux sur ce sujet.

Dans les pages qui suivent nous prêtons attention non pas aux structures ou à l'organisation des services d'aide, mais aux principaux acteurs de l'intervention : l'intervenant et le client, en abordant les qualités et les caractéristiques de l'un et de l'autre, qui peuvent agir comme obstacles ou conditions de réussite à l'intervention de groupe auprès des hommes en difficulté.

4.1 L'intervenant

4.1.1 Les limites et les compétences personnelles et professionnelles

L'intervenant doit avoir des compétences et des connaissances bien adaptées à la clientèle auprès de qui il intervient et au type de travail à effectuer. Toutes les personnes rencontrées au cours de cette étude ont insisté sur le fait que l'intervention auprès d'une clientèle masculine exigeait, pour les intervenants, d'avoir réfléchi personnellement sur les valeurs, les préjugés, les attitudes sexistes et les rôles masculins et féminins. L'intervenant doit être conscient de ses limites sur ce plan et de l'impact d'une attitude stéréotypée et sexiste sur l'intervention et les clients eux-mêmes. Parce qu'il intervient avec des hommes et que le vécu masculin est au coeur de l'intervention, l'aidant doit aussi considérer les rôles sociaux qui apparaissent, dans certains cas, comme des limites idéologiques personnelles.

«Ma philosophie de vie (...), c'est de se rééduquer. Plus jeune, je n'étais pas conscient de toute ma socialisation stéréotypée, etc. Adulte, je n'étais pas satisfait de l'éducation que j'avais eue ou de toutes les valeurs qu'on m'avait transmises. Je ne rejetais pas tout, des choses ont été bonnes, mais je n'étais pas satisfait. Aujourd'hui avec le recul, 20 ans plus tard, je suis capable d'admettre que c'est au niveau de la socialisation de l'homme qu'il faut réfléchir.»

«Je vois un changement dans la mesure où je réfléchis sur ma propre situation. J'ai changé personnellement ; avec d'autres hommes maintenant, c'est le contact physique, les accolades. Il faut questionner ou redéfinir les valeurs mâles, la communication affective entre hommes. En s'attardant à soi, à nos relations entre les hommes, nous influencerons notre manière d'intervenir avec les clients hommes.»

L'intervenant doit aussi questionner les préjugés véhiculés par la société et qu'il peut aussi porter en lui. Faut-il rappeler que l'intervenant devient un point de référence pour le client, un exemple à suivre en quelque sorte.

«Le gars qui boit, qui se dope, le conjoint violent, on les taxe automatiquement de «maudits biberons», de «batteurs de femmes». C'est le gars en déchéance, un «moins que rien». Les intervenants, ils véhiculent cette image négative du gars qui vient en intervention. Donc dans ce contexte-là, si un gars ne se rend pas compte que l'intervention est là pour l'aider et non lui piler dessus, alors il faut changer notre propre image d'intervenant et notre pratique.»

«Quand je reçois un homme prêt à livrer des émotions, un vécu, je marche sur des oeufs, je m'interroge : «Est-ce que je m'en vais sur un terrain où je vais le perdre. Il va me prendre pour un efféminé, il va me prendre pour un homosexuel. Comment vais-je être perçu, en tant qu'homme, en allant sur la voie des émotions?» En même temps que je me pose ces questions, je me permets d'être spontané, d'être moi.»

En ce qui a trait à cette notion de «modèle» ou d'exemple auprès des hommes, les intervenants estiment qu'elle fait appel à une cohérence, dans la mesure du possible, entre les différents rôles en tant qu'individu et en tant qu'intervenant.

«Dans notre jargon, on appelle ça l'engagement personnel. Je n'ai pas la prétention, sur un plan personnel, d'avoir tout réglé non plus. Mais d'apporter ce que j'ai réglé, ce qui a été positif, la façon dont je l'ai fait, ça oui. (...) Je tiens à ce que comme intervenant, nous représentions des modèles en quelque sorte : un modèle atteignable et réaliste, un modèle que le client qui est devant moi peut viser et atteindre. Je suis un être humain qui a des colères, des frustrations. Comment je gère tout ça, comment je vis ces situations-là. Je tiens à ce que ce soit intégré dans leur quotidien.»

Dans l'intervention de groupe, l'intervenant travaille avec beaucoup de «matériel» en même temps contrairement à la



démarche en individuel. Il fait face à plusieurs personnes et doit tenir compte de nombreux aspects exigeants autant sur le plan du contenu que sur le plan du fonctionnement et des objectifs à atteindre (ex. interaction, discussion, soutien, gestion du groupe). Pour ces raisons, le travail de groupe nécessite généralement la présence de deux professionnels. Il va s'en dire que les deux intervenants doivent avoir des connaissances et des compétences bien adaptées, et être formés pour travailler en équipe et en animation de groupe. Selon Leszcz et al. (1985), ils doivent être capables de :

1. Résister aux pressions et/ou à la collusion du groupe, et aux tentatives pour mettre en compétition les deux animateurs
2. Se dévoiler
3. Contrer les réactions négatives du groupe en recourant notamment aux souvenirs
4. Minimiser/éliminer les commentaires négatifs au sein du groupe
5. Faire sentir au groupe la validité de leurs commentaires
6. Apprécier les qualités uniques de chacune des personnes
7. Encourager l'expression des souvenirs
8. Amener les participants à développer cette capacité à poser des questions plus personnelles dans leurs relations
9. Présenter un leadership actif, fournir un grand soutien
10. Favoriser des activités ou des exercices stimulants : tours de table, exercices structurés, questions

• Connaître ses limites professionnelles

Si un intervenant n'est pas en mesure de travailler avec un client de façon suivie ou n'estime pas avoir les compétences nécessaires pour faire face aux questions liées au problème traité, il devrait le diriger vers un autre aidant. Il n'en demeure pas moins que c'est une expérience négative pour un client que de commencer à explorer la possibilité de faire confiance aux autres et de voir ce processus remis en cause.

«Il faut bien connaître ses limites personnelles. À un moment donné, j'ai une intervenante qui me dit : «Je ne serai pas capable de travailler avec ce gars-là, c'est un homme violent.» J'ai dit : «Écoute, tu viens de commencer la démarche avec lui, essaie de le connaître un peu, de voir ce qui se passe. Mais si tu me dis que tu n'es pas capable de travailler avec lui parce que tu le juges ou le condamnes, on va arrêter, on va le transférer à quelqu'un d'autre.»

Outre leurs compétences professionnelles, les intervenants peuvent, comme tout être humain, ressentir des peurs par rapport aux problématiques abordées, soit par manque d'expérience, soit parce que ces peurs sont liées à des dimensions personnelles douloureuses :

«Avant, l'intervention réveillait des peurs : celles d'être confondu ou troublé par les propos du client, ou parce qu'il était

du même sexe que l'intervenant. Pour se démarquer, certains adoptaient l'attitude suivante : le client, c'est le méchant, moi je suis le bon. Le fait d'être un homme comme le client fait entrer en jeu le facteur de désirabilité sociale ou le désir d'être parfait. (...) Les premières années, j'ai trouvé ça difficile de me positionner comme celui qui protège les autres contre le «gros méchant». Je ne voulais pas être identifié, moi, à ce type de gars là parce que je ne suis pas comme ça. Si tu as peur, tu vas tenter de créer une grosse distance entre le client et toi. Tu as tellement peur de son problème. Cette peur, ça fait partie de moi au même titre que le reste.»

Les histoires de certains hommes peuvent être très choquantes, voire perturbantes pour un aidant. Que l'on soit un homme ou une femme, si l'intervenant est embarrassé, le sentiment d'inconfort se communiquera au client ; c'est pourquoi doit-il bien connaître ses limites professionnelles.

• Le transfert et le contre-transfert

Pour pouvoir intervenir adroitement, les intervenants doivent être conscients des dynamiques de transfert et de contre-transfert qui interviennent entre un aidant et un client. Les clients, hommes et femmes, ont tendance à interpréter et à façonner leurs expériences de relation d'aide en fonction de leurs propres expériences de vie, de ce qu'ils croient, de leurs valeurs. Et dans le processus d'aide (individuel ou de groupe), ils chercheront inconsciemment ou non à utiliser l'intervenant pour confirmer ces convictions ; c'est ce que l'on appelle la projection. Ces interprétations, conscientes ou non, réelles ou non, s'inscrivent généralement dans une dynamique de transfert émotif ou émotionnel du patient vers l'aidant (ex. le client projette sur l'aidant des sentiments positifs ou négatifs parce que l'aidant correspond à une figure affective importante de la vie personnelle de la personne aidée). À l'inverse, les interprétations conscientes ou non, réelles ou non, formulées par l'aidant s'inscrivent dans une dynamique réactionnelle face au transfert du patient, ce qui est appelé le contre-transfert. Brièvement, nous présentons les principaux aspects de ces situations en relation d'aide. Encore une fois, pour mieux saisir ou mieux guider le processus d'aide par rapport à ces questions et particulièrement auprès des clientèles masculines, l'intervenant peut parfaire ses connaissances par des lectures appropriées.

En relation d'aide, les transferts sont presque inévitables. Entre hommes et femmes, il y a toujours une charge sexuelle, une séduction, qui peut interférer dans le processus d'aide, et les intervenants que nous avons rencontrés sont tous très conscients de cette situation.

«Comme intervenant de sexe masculin, j'ai remarqué que devant une intervenante femme, les hommes en intervention



de groupe ont tendance souvent à la placer sur un piédestal : «Elle est mieux que ma femme, si les femmes étaient comme toi ou si les femmes pensaient comme toi». Mais en même temps, ils vont aussi l'interpeller: «Vous autres les femmes vous êtes comme ça, comme ça.» C'est la joute de la séduction qui opère. Inversement, on remarquera comment certains vont avoir plus de difficulté à prendre une remarque venant d'une intervenante que d'un intervenant, parfois le gars va réagir davantage au commentaire de l'intervenante parce qu'elle est une femme. C'est comme une lutte de pouvoir. On doit confronter ces situations au sein du groupe.»

Comme les intervenants sont aussi des êtres humains avec des dimensions personnelles problématiques et non complètement résolues, il peut arriver dans certaines situations cliniques que celles-ci coïncident avec celles du client. L'intervention n'est-elle pas un processus d'interaction entre deux ou plusieurs personnes qui peuvent être influencées l'une par l'autre? Également, les intervenants, comme les clients, sont des êtres humains ayant intériorisé des préjugés culturels ainsi que des stéréotypes concernant les hommes et les femmes. Intériorisés, ces préjugés peuvent être projetés sans le savoir sur les clients. Les intervenants doivent prendre conscience de leurs difficultés personnelles et de leurs préjugés ou stéréotypes pour éviter de les projeter inconsciemment sur leurs clients.

Réagir de façon personnelle aux problèmes ou au transfert des clients, n'est pas recevable. Au contraire, l'intervenant doit chercher à comprendre avec le client d'où vient cette façon de faire et cette façon de voir le monde propres au client. Il doit pouvoir identifier, remettre en question et transformer cette contamination du processus d'aide, autrement dit gérer son *contre-transfert* pour éviter d'extérioriser sa manifestation en intervention. De façon générale, un changement de l'état affectif ou du comportement de l'intervenant est une indication qu'il y a contre-transfert. Certains indices signalent d'ailleurs la nécessité d'un examen approfondi des réactions d'un aidant : dans le cadre d'une supervision, il faut s'arrêter aux manifestations de la modification des frontières normales de la relation d'aide, comme le désintérêt ou l'intérêt soudain pour un client.

• Le partage des responsabilités dans le rétablissement

En relation d'aide, le processus de résolution de problèmes peut être fait de façon très technique et machinale, avec un bon rationnel, une bonne formation. Mais les intervenants ont souligné que la technique seule était insuffisante. Un intervenant intègre des connaissances, un savoir-faire, une façon d'être parce que la relation d'aide constitue un élargissement du niveau de conscience de soi, une prise de contact avec le sentiment d'une existence personnelle.

Toutefois, une des qualités du bon aidant peut aussi se retourner contre lui. L'empathie en relation d'aide rend les intervenants particulièrement vulnérables. Ils peuvent vivre indirectement l'expérience proprement dite de leurs clients et en être affectés.

Les intervenants ont souvent besoin de se rappeler que la capacité de réhabilitation relève aussi du client. Ils ne peuvent que favoriser la croissance de leurs clients et essayer d'éliminer les obstacles à cette croissance, faire confiance aux aptitudes des clients à réagir favorablement aux interventions. En ce sens, c'est aux clients de choisir le rythme de leur processus de changement. Un intervenant qui se voit comme un guide et un facilitateur plutôt que comme un expert chargé de «prescrire des cures», a plus de chances d'aider ses clients.

«Tu ne peux pas essayer de changer des gens qui ne le veulent pas, et ce n'est pas sain de le faire. Moi, je dis souvent aux hommes : «Je suis un passeur. Je vais t'aider à passer un temps de ta vie. Tu es sur la rive gauche, mais tu veux aller sur la rive droite? Embarque, moi je conduis le traversier. Je vais démarrer le moteur, je vais t'emmener de l'autre bord, puis je vais te débarquer. Mais il faut que tu aies la volonté d'y aller de l'autre côté... C'est toi qui choisis d'y aller, pas moi. Moi, je vais te donner des moyens, je vais te proposer des choses, de toutes sortes ; choisis ce que tu aimes.»

Lorsqu'elle était jeune intervenante, Erickson (1993b) croyait sincèrement en son pouvoir d'aider toute personne qui requerrait ses services. Après des années d'expérience, elle reconnaît que tout ne repose pas sur les épaules de l'intervenant, qu'une partie du succès repose aussi sur la participation du client. D'où l'importance de la chimie entre les deux protagonistes, ainsi que cette volonté du client de vouloir changer en «achetant» l'approche d'un intervenant ou d'un aidant. Après toutes ces années d'expérience, Erickson (1993b) avoue qu'elle sait, dès la fin de la première rencontre, si un client poursuivra sa démarche ou non. Si le client ne revient pas, elle reconnaît que cette situation peut être décevante ; l'intervenant (homme ou femme) doit admettre cette déception, mais la situer dans une certaine perspective : tous les intervenants ne peuvent aider tout le monde.

Le partage des responsabilités constitue une composante essentielle du processus d'aide ; c'est une opportunité également pour l'aidant d'abandonner toute velléité de contrôle quant au changement, et ainsi de réduire son stress.

• La neutralité et l'empathie chez l'intervenant

Pour intervenir en relation d'aide, les aidants apprennent à présenter une attitude de neutralité. Les personnes qui ont participé à cette étude critiquent cette position : elles



prétendent que cette conception doit être modifiée, car le client peut percevoir cette neutralité comme un manque d'attention à son égard ou envers ses problèmes, ou comme une attitude pouvant semer la confusion, la peur et l'isolement.

Les clients masculins ont besoin d'établir une alliance dans laquelle les professionnels les aideront à valider leur expérience et à dépasser les effets négatifs appréhendés. Les aidants doivent faire montre d'empathie, d'acceptation, de soutien, tout en étant critiques à propos des comportements néfastes ou dangereux du client.

«Il faut faire confiance aux hommes mais surtout nous montrer intéressés à écouter ces hommes. L'attitude avec laquelle les intervenants vont les écouter et les interroger est déterminante. Il faut aussi leur parler de nous, sans faire du pathos, pour contrecarrer les doutes : ce qui a fait que je me suis intéressé à ce travail, les difficultés que j'ai eues.»

Sur ce plan, Cochran et Rabinowitz (1996) relèvent quatre éléments quant à l'attitude (*posture*) des aidants afin que leur intervention auprès des hommes en difficulté soit efficace :

1. L'empathie explicite face aux expériences de pertes psychologiques chez les hommes
2. L'attention directe aux aspects existentiels liés à ces expériences de perte
3. La sensibilité aux difficultés des clients masculins face au processus d'intervention lui-même
4. L'interprétation positive des comportements, valeurs et attitudes des clients masculins

L'empathie est une thématique fondamentale dans la littérature scientifique traitant de l'aide aux personnes en difficulté et une condition essentielle aux relations interpersonnelles ; mais cette capacité à être sensible aux autres varie selon les individus et est «tributaire» de l'éducation et des expériences de vie de chacun. L'empathie est donc une notion acquise et variant selon les situations et les contextes. (Batson et al., 1987, cités dans Brunel, 1987).

D'après Brunel (1987), de nombreuses études soulignent l'aptitude particulière des femmes à ressentir les émotions des autres, les femmes étant considérées comme des personnes plus attentives que les hommes aux relations interpersonnelles, aux valeurs d'équité, de sollicitude (variables affectives) ; les hommes sont vus comme des personnes préoccupées par les questions de justice et de droit (variables cognitives et instrumentales). C'est justement à

cause de ces stéréotypes qu'il est important que les hommes soient de bons intervenants.

Au delà de ces supposées différences entre hommes et femmes sur le plan de l'empathie, Brunel (1987) prétend qu'il faut plutôt et surtout distinguer sympathie et empathie. L'intention positive est de préserver l'intégrité de la personne (dusse-t-elle être autodestructrice ou antisociale), mais pas de cautionner les comportements nocifs. Cochran et Rabinowitz (1996) expliquent que si l'intervenant peut comprendre la détresse psychologique des hommes issue des traumatismes de l'enfance, il augmente sa capacité d'empathie auprès des hommes. Augmenter la capacité d'empathie minimise, selon les auteurs, les risques de contre-transferts négatifs de la part de l'aidant ou l'incapacité du client à entrer en contact avec ses émotions ou à faire de l'introspection. Si le développement d'un climat d'intervention sécuritaire n'est pas établi, le client masculin ne pourra pas franchir les barrières donnant l'impression que cette intervention va trop loin (ex. trop de douleur et trop de honte).

Certes, les aidants sont susceptibles de faire des erreurs. Même s'ils aspirent à être des modèles auprès de leurs clients, il peut arriver qu'ils ne puissent maintenir l'empathie envers l'un d'eux. Si un intervenant reconnaît honnêtement ses erreurs ou ses difficultés et en tient compte dans le travail subséquent, il fournira ainsi l'exemple d'un comportement positif basé sur l'authenticité, une qualité importante.

• Le sexe de l'intervenant et celui du client

Si pendant longtemps la question des femmes comme aidantes et la croyance qu'elles seules pouvaient l'être, ont persisté dans la société, en psychologie ou en intervention sociale, c'est sans aucun doute parce que la division sexuelle du travail et des rôles sociaux a assigné les femmes à de telles tâches. Cette situation a une incidence surtout sur la distribution de l'offre et de la demande d'aide, c'est-à-dire qu'elle détermine les catégories de personnes qui offrent ou qui reçoivent de l'aide. D'autre part, elle a pour conséquence de laisser dans l'ombre les hommes en tant qu'aidants.

C'est peut-être une des raisons qui font que les intervenants, comme les clients, s'interrogent tant à propos de l'incidence du sexe de l'aidant sur l'efficacité, les problèmes et les dynamiques client/aidant. Les intervenants que nous avons rencontrés considèrent qu'il y a, dans cette histoire, des avantages et des inconvénients pour l'un et l'autre sexe.

D'après Mendell (1993), la principale difficulté d'une femme intervenante avec un homme client reste la peur de composer avec l'agressivité ou les manifestations hostiles. L'autre



difficulté la plus rencontrée est issue des normes culturelles qui enjoignent les femmes à être disponibles, gratifiantes pour protéger les hommes devant leur dépendance émotionnelle par rapport aux femmes. En intervention, il faut proscrire cette attitude, car il y aura conflit entre la démarche d'aide et le système de valeurs des femmes. Par exemple, l'intervenante doit apprendre à bien composer avec les manifestations de dépendance, d'hostilité ou érotiques qui émergent, à explorer les peurs et les fantasmes reliés aux positions sexuelles du client, à l'agressivité et à la dépendance du client (Mendell, 1993).

En termes de différences entre les clients hommes et femmes, l'étude de Gornick (1994) révèle que plusieurs femmes thérapeutes ont rapporté une plus forte identification aux femmes clientes, l'homme client apparaissant comme «l'Autre»; quelques participantes ont qualifié d'intrigante la présence d'un client de sexe masculin au sens où plaisir et anxiété se côtoyaient; d'autres intervenantes ont été plus affirmatives à délimiter le cadre de traitement et à le maintenir, elle ont été aussi plus formelles dans leur communication, notamment en début et fin de séance; enfin, des participantes se sont senties intimidées sur le plan intellectuel en présence d'un homme client (Gornick, 1994).

Dans la relation d'aide, Silverstein (1991) estime qu'il peut y avoir un conflit entre rôle d'aidant et rôle lié au genre: les exigences du premier peuvent entrer en conflit avec les exigences du second telles que la prise en charge ou les soins à donner (en raison de la socialisation féminine). Le conflit se produit d'ailleurs dans un contexte très propice à son éclosion: la relation entre une femme intervenante et un homme client réactive les relations de pouvoir; la relation d'aide crée aussi une situation où la femme ne devient pas simplement objet d'action et de désir du client mais un sujet qui participe à la création de la relation elle-même. Silverstein (1991) prétend qu'il s'agit d'une situation incongrue pour toutes les femmes professionnelles, car ce sont des situations où elles expérimentent une relation à la fois en tant que sujet et objet.

Erickson (1993b) indique que ces pièges sont rattachés à la dynamique homme-femme, d'une part, et à la dynamique de la relation d'aide, d'autre part. Les intervenants font ainsi face à des «zones dangereuses» qui renvoient aux rapports «sexués» dans un contexte d'intimité intense. Le concept clé pour bien établir cette saine relation d'aide est le concept de frontières ou de limites qui encadre cette association professionnelle avec un client, une association où pouvoir et vulnérabilité se rencontrent. Il s'agit d'un concept fondamental: les frontières établissent la sécurité et l'intimité qu'il faut en relation d'aide, régulent les interactions. Comme l'intervenant est «l'outil de

changement», le modèle relationnel qui s'installe entre cet homme et cette femme peut devenir le prototype de relations éventuelles enrichissantes pour l'homme client avec d'autres femmes.

La dyade mixte et non mixte

La littérature scientifique indique que la dyade mixte (formée d'intervenants des deux sexes) donne aux clients la possibilité d'expérimenter l'autodévoilement auprès de deux personnes de sexes différents et d'observer l'expression de rapports égalitaires entre un homme et une femme (les animateurs). Ce modèle de leadership ou d'animation, représenté à travers un rapport de travail sain entre un homme et une femme, est souvent cité comme l'un des avantages les plus importants d'une paire mixte d'intervenants. Il appert également qu'une dyade formée de deux hommes (donc non mixte) semble remettre en question ce que les clients de sexe masculin «pensent des hommes», notamment sur le plan de la collaboration au travail, sur le plan de la confrontation, sur le plan du soutien à l'autre. Plusieurs clients sont alors amenés à questionner leurs idées préconçues relativement au comportement masculin.

Mais de façon générale, il est admis que le sexe de l'intervenant a moins d'importance que le travail en équipe bien réalisé, que la question des compétences, que la question de l'expérience professionnelle. Sur le thème du sexe de l'intervenant, Brooks (1998) soutient que ce sont les qualités de sensibilité et de conscience à l'autre qui prennent le dessus par rapport à l'influence du sexe. En intervention, il estime que l'aidant doit s'adapter au client, non l'inverse, s'engager totalement dans la perspective du changement, explorer les questions liées au genre - comme les valeurs, les croyances personnelles, les dimensions sociales, la volonté de changement (Brooks, 1998).

Les extraits qui suivent ont trait à ces positions exprimées par quelques intervenants:

«Pour le client, il se peut que la verbalisation du problème, c'est-à-dire passer de la raison à la parole, soit un exercice plus difficile à faire devant un homme que devant une femme intervenant. On serait peut-être bien surpris du niveau d'échanges au début d'une rencontre si les gars étaient devant des femmes.»

«Les gars, lorsqu'ils sont en hébergement, ils n'appellent pas leurs «chums», leurs frères. Ils appellent leurs soeurs, leur mère, leur blonde parce que c'est avec elles qu'ils parlent. L'automatisme, ce n'est pas de se tourner vers un gars. Nous, face à une crise, on n'imposera pas un homme intervenant si un client demande à voir une femme intervenante; si c'est possible, on va accéder à ça. Par contre, nous savons qu'il y a



des pièges. C'est sûr qu'il va essayer de créer cette relation amicale devant une femme pour qu'il puisse se raconter, un contexte pas trop confrontant du moins. Je pense que l'intervenante peut résoudre un problème au départ, mais le thérapeute doit avoir cette préoccupation au sujet de l'identité du client.»

«Le sexe du client devient important quand c'est un travail sur l'identité qui est nécessaire. Je suis d'accord avec l'idée d'un intervenant et d'un client du même sexe quand il s'agit de faire un travail en profondeur sur l'identité. Si un homme est en thérapie avec une femme intervenante, il faut que cette thérapeute-là soit bien attentive à ce que cet homme ait dans sa vie un engagement ou un investissement relationnel avec des hommes : comment il se définit par rapport à d'autres hommes, qu'elle est sa différence particulière, ses similitudes, ses alliances avec des hommes. Le thérapeute, homme ou femme, doit être attentif à ça. C'est plus une question de valeurs et de mentalité, de préjugés et d'attitudes.»

«J'ai deux intervenants hommes et deux intervenants femmes. Ça fonctionne très bien. Si l'un d'eux a un problème avec des femmes, je vais analyser la situation. Si c'est une cliente qui a subi l'inceste, qui a des problèmes avec les gars, qui a été violée, je vais essayer de l'associer à une intervenante. Elle va se confier davantage et plus rapidement. J'essaie de juger les situations, c'est mon travail également... Parfois, c'est l'intuition qui guide.»

En intervention de groupe, on préconise généralement une animation par deux intervenants. Dans l'étude canadienne auprès des pères séparés/divorcés (Nahon et Lander, 1992), l'équipe qui a vu à la mise sur pied de la clinique a été confrontée aussi à la question du choix de l'aidant en tant qu'homme ou femme. L'orientation privilégiée par la clinique fut la mise sur pied d'équipes d'animateurs mixtes. Cette volonté de fonctionner avec un homme et une femme comme intervenants, avait pour but d'éviter, entre autres, le renforcement des stéréotypes envers l'autre sexe, ce qui peut se produire en présence d'aidants du même sexe que celui des membres d'un groupe.

Des avantages et des inconvénients

À l'analyse, il s'est avéré que de fonctionner en dyade exigeait une réflexion des aidants sur leurs propres attitudes envers l'intervention auprès des hommes, sur leur facilité à intervenir auprès de cette clientèle, sur le fait de devoir se révéler eux-mêmes également, sur les moyens techniques d'intervention utilisés ; et chez les femmes particulièrement, la réflexion porte de plus sur le fait de devoir composer avec la colère des hommes et sur leur propre sexualité (en tant que femme) (Nahon et Lander, 1992).

Pietz et Mann (1989) relatent les avantages et les inconvénients de la présence d'une femme aidante dans

l'intervention de groupe auprès d'hommes abuseurs. Cette situation est l'occasion d'aborder les questions d'affirmation, d'intimité, de sexualité, d'envie. Ce modèle de fonctionnement en groupe est aussi l'occasion pour les membres d'être confrontés à un autre type d'interaction avec le sexe opposé. En termes d'inconvénients, il faut surtout porter attention au contre-transfert afin qu'il ne se vive pas de façon antithérapeutique. Les intervenants doivent être vigilants et, par signes, indiquer à l'autre l'apparition d'une dynamique stressante sur ce plan (Pietz et Mann, 1989).

De manière générale, Tremblay est probablement l'intervenant québécois qui a le mieux décrit l'influence du sexe de l'aidant en intervention : «S'il s'agit d'une femme intervenante, le client peut avoir tendance à chercher en elle la maman qui console, surtout si elle a l'âge de la maturité. Si elle est plus jeune, il peut avoir sexualisation de la relation. L'intervenante peut aussi avoir tendance à s'identifier d'avantage à la victime s'il s'agit d'un agresseur. Sa propre démarche féministe d'affirmation peut aussi influencer et susciter une confrontation plus marquée. S'il s'agit d'un homme intervenant, le client peut rechercher une certaine complicité macho, qui vise essentiellement le maintien de la situation, à l'opposé, il peut rivaliser et développer une compétition avec l'intervenant. À ce moment, l'intervenant est remis en cause dans sa qualité d'expert. D'autre part, l'intervenant doit être certain de sa propre identité sexuelle et de ses propres capacités d'exprimer ses émotions, d'autant plus que le client pourra, à l'occasion, lui faire sentir qu'il est hors normes. Cela est d'autant plus vrai que les rapports de complicité et d'intimité entre les hommes sont vite perçus comme homo-érotique. Il semble que les hommes intervenants ont davantage tendance à réagir aux attitudes «non masculines» de leurs clients, comme la passivité et la dépendance, que leurs collègues féminines (Toomer, 1978). On ne saurait insister assez sur la nécessité de développer ses capacités d'amour et d'empathie pour d'autres hommes. Quant à savoir quel sexe est le mieux placé pour intervenir, la réponse n'est pas tranchée. L'Association américaine des psychologues propose d'adresser une femme ou un enfant à une intervenante, un homme à un intervenant. Cependant, la relation antérieure avec le père (ou un autre homme) peut avoir laissé des traces telles qu'il devient impensable de se confier à un autre homme à court terme (Corneau, 1989), surtout s'il y a eu abus. Le corollaire est aussi vrai quant à la relation avec la mère et au fait de se confier à une intervenante.» (Tremblay, 1996)

À travers toutes ces positions, Brooks (1998 : 203) considère plutôt la question du sexe de l'intervenant comme une variable critique au sens où son importance varie selon l'approche



adoptée : le sexe est moins significatif dans une intervention introspective et plus significatif en intervention de soutien. Il relate des expériences d'animation de groupes d'hommes avec des intervenants femmes et avec des intervenants hommes où des réactions différentes de toutes les parties en présence ont exigé doigté, contrôle, expérience. Fondamentalement, estime-t-il, ce sont les qualités de sensibilité et de conscience de l'aidant qui sont beaucoup plus importantes que le sexe de l'intervenant. Un homme ou une femme sensible aux aspects liés au genre sera plus efficace auprès d'hommes traditionnels que celui ou celle qui n'a pas cette préoccupation (Brooks, 1998).

Le choix de l'intervenant par les clients : homme ou femme?

Le choix d'un intervenant par les clients, sur la base du sexe de la personne, n'est pas dénué d'intérêt. Il semble, d'après Mendell (1993), que le choix du client de recourir aux services d'une femme intervenante soit lié au désir d'éviter l'hostilité et la compétition qui auraient lieu avec un homme intervenant, au désir de prise en charge maternelle ; il y aurait confrontation des besoins de gratification, de *nurturing* (Guttman, 1984, cité dans Mendell, 1993).

Outre cette explication, Carlson (1987) montre bien que l'intervention (individuelle ou de groupe) peut constituer une menace à l'identité masculine, car l'intimité et souvent perçue comme un attribut du comportement féminin. L'expression de la vulnérabilité, des besoins émotionnels, de la douleur, de la peine et de la confusion sont des situations à l'opposé des normes traditionnelles de la masculinité. Ces situations sont menaçantes pour ceux qui ont appris que l'exploration des sentiments intimes pouvait mener au rejet de la part de la communauté des hommes. C'est peut-être une des raisons qui pousse des hommes à choisir une femme en relation d'aide. D'autres hommes croient que les intervenantes seraient plus aptes à offrir un soutien, cette qualité faisant partie également des caractères attribués aux femmes (Carlson, 1987). De tels motifs reflètent nettement la division sexuelle qui subsiste dans le domaine de l'intervention psychosociale.

À ces motifs d'origine inconsciente ou non s'ajoutent des motifs de nature socioculturelle que des auteurs regroupent sous l'expression de «préférence de sexe» en intervention. Brunel, en 1987, montrait que les différences entre hommes et femmes dans le choix d'un intervenant ou d'un professionnel de la santé, sont associées aux valeurs traditionnelles (ou non) conférées aux femmes et aux hommes intervenants, au pouvoir et à la compétence des hommes (en général et en tant qu'intervenant).

Dix ans plus tard, une enquête néerlandaise (Kerssens et al., 1997) sur les préférences de sexe en ce qui a trait au choix d'un professionnel de la santé (menée auprès de 961 consommateurs), montre à l'analyse régressive multiple que seulement une minorité d'individus préféreraient un professionnel de la santé d'un sexe plutôt que d'un autre. Mais quelques différences liées au sexe sont tout de même apparues dans l'étude.

Les hommes ont affiché moins de préférences liées au sexe que les femmes. Chez les femmes, c'est en médecine générale et en gynécologie que les préférences furent les plus marquées, à cause sensiblement de la nature intime des interventions cliniques. Les préférences des hommes l'ont été pour des hommes chirurgiens, des hommes neurologues, des hommes internistes (médecine interne). Cependant, hommes et femmes préfèrent une femme dans le domaine du travail social, pour infirmière et pour sage-femme. Globalement, les préférences des hommes et des femmes clients ont été surtout de nature instrumentale, comme à propos de l'expertise, de l'efficacité, de la durée de la consultation ou pour des raisons personnelles (Kerssens et al., 1997).

Brunel (1987) indique également que les valeurs rattachées au choix d'un professionnel de la santé par les clients, sont associées au type de counseling désiré par les hommes et les femmes qui demandent de l'aide (Turner et Manthei, 1986 ; Grantham et Gordon, 1986 - tous cités dans Brunel, 1987). Par exemple, le counseling dit «vocationnel» (travail, carrière, emploi) est recherché auprès d'intervenants hommes et le counseling axé sur des dimensions personnelles auprès d'intervenantes. De façon générale, Heppner et Gonzales (1987) vont dans le même sens à propos du choix d'un intervenant par un client, un geste d'ailleurs qui n'est pas neutre : il arrive que les hommes choisissent une femme intervenante parce qu'ils perçoivent les femmes plus aptes à offrir aide et soutien, à cause de la socialisation et des rôles sexuels également ; ce choix peut aussi refléter l'embarras et les hésitations des hommes à se confier à un autre homme.

• L'intervention féministe est-elle applicable aux hommes en difficulté?

Parmi tous les changements qui ont affecté notre manière de vivre et de penser au cours des dernières décennies, le mouvement des femmes et les femmes elles-mêmes ont contribué à élargir les horizons du possible. Ce mouvement social, avec son mode de pensée, a permis aux femmes d'accéder socialement à plus de pouvoir et à plus de ressources. D'aucuns pourraient croire que ce qui est profitable à un sexe pourrait tout aussi bien l'être pour l'autre sexe. Dans cette perspective, les approches d'intervention auprès des femmes



pourraient s'appliquer aux hommes.

Or, il semble que les approches d'aide auprès des femmes ne soient pas nécessairement adéquates auprès des hommes en difficulté. D'ailleurs, certaines études tendent à montrer que les intervenants qui affichent des positions proféministes ne se distinguent pas, immanquablement, des autres intervenants pratiquant des modes d'intervention différents. Le plus souvent des considérations politiques (Dankwort, 1993) l'emportent sur la pratique, laquelle n'est pas très différente.

Sur le plan éthique, il faut se garder d'associer aide et perspective idéologique, bien que l'idéologie soit toujours présente peu importe l'approche, prétend Lisak (1995) ; il préconise d'ailleurs une très grande vigilance pour préserver l'intérêt du client, pas au prix de motifs politiques et idéologiques. Les approches féministes ont été critiquées sur le plan éthique, principalement à propos de leur aspect politique implicite ou explicite. Lisak (1995) estime qu'un danger guette un intervenant formé dans une perspective fortement idéologique, de surcroît en «position» de pouvoir (lien d'autorité) ou d'influence (ex. endoctrinement) par rapport à son client.

Depuis l'avènement du mouvement féministe, plusieurs hommes ont adopté et intégré des attitudes et des valeurs égalitaires, mais pas toujours sur le plan de leurs comportements. Malgré cette évolution, la position féministe radicale insiste, selon Brunel (1987), sur l'impossibilité pour des aidants d'intervenir selon la problématique féministe, puisque les rapports homme-femme n'y sont abordés que sous l'angle de la domination.

Une intervention féministe peut, de fait, être nuisible si utilisée sans discernement. En effet, placer le client dans une situation d'aide dénigrante et projeter sur lui un cadre théorique au sein duquel il ne peut qu'occuper la position d'un être immoral, ne fera qu'entacher l'estime de soi de cette personne qui demande de l'aide. La conclusion de l'étude *Les demandes d'aide des hommes* (Dulac, 1997), et plus particulièrement le dernier chapitre «L'avenir des hommes», indique qu'il serait néfaste d'adopter une telle attitude. Au contraire, les hommes ont besoin de se faire dire qu'ils ne sont pas des êtres immoraux. Le silence et la résistance entourant le vécu et les pertes subies par les hommes lors de leur socialisation, sont particulièrement problématiques. Les connaissances sur ce sujet sont très limitées dans le grand public et peu de recherches y sont consacrées.

Un modèle d'intervention qui ne renverrait aux hommes qu'une image négative d'eux-mêmes en tant qu'être dominant, individu de pouvoir et de contrôle, aurait peu de chance de réussir, car cette image non seulement antithérapeutique mais insensible ne viendrait que renforcer la faible estime de soi (entre autres) du client. Il faut plutôt s'assurer que le client comprenne l'ampleur des pertes et des conséquences relationnelles liées à la socialisation masculine et à ses comportements nocifs. Cette approche fait ainsi un pas de plus en aidant le client à se débarrasser de son sentiment d'isolement et de perte de lien social, et offre des possibilités de changement.

«J'ai fait de l'intervention féministe dont l'objectif est vraiment de faire prendre conscience aux femmes de leur socialisation. Cette démarche serait applicable aux hommes, car on aborderait les émotions, les sentiments, l'expression de l'émotivité. On pourrait aborder la question de la responsabilité des hommes face à la sexualité à l'adolescence, comment composer avec ça alors qu'ils ont peur ; en tant qu'adultes, comment ils doivent être les pourvoyeurs, être forts, jamais fléchir, les exigences rattachées aux rôles.»

S'ouvrir à un intervenant est, comme nous l'avons vu, un défi extraordinaire pour les hommes. Ils ont à surmonter l'obstacle de la socialisation masculine quant à l'apprentissage du comportement stoïque et silencieux, quant à la non-expression de leur vulnérabilité même s'ils désirent le contraire, quant à la socialisation qui les encourage à ne compter que sur eux-mêmes.

Brunel (1987) souligne que l'intervention féministe apporte l'espoir d'un soulagement ou l'éveil émotionnel (c'est un préalable au changement d'attitude et de comportement), la possibilité de dépasser «l'effet démoralisateur», la possibilité de faire un apprentissage cognitif et expérimental, l'adoption de mécanismes de réalisation pour augmenter l'estime de soi ; il est alors évident que ces éléments sont aussi bienfaisants pour les clientèles masculines.

4.1.2 Les besoins de l'intervenant

Une des conditions de réussite de l'intervention auprès des hommes est liée, indéniablement, à la capacité de l'aidant à reconnaître ses limites ou à en établir, à reconnaître ses besoins. Or, la présence d'un nombre limité de ressources pour hommes en difficulté et d'intervenants qualifiés à intervenir auprès de cette clientèle, constitue une situation à risques pour les praticiens eux-mêmes : ils peuvent se sentir rapidement débordés. À travers les nombreuses demandes et exigences qui pèsent sur les intervenants, ceux-ci doivent développer la capacité de dire «non» à certaines d'entre elles, mais aussi de partager leurs expériences et d'avoir un réseau de soutien. Ils ont aussi besoin de formation et de supervision.

• Les pièges liés aux conditions de travail

Les intervenants rencontrés s'accordent à dire qu'un aidant qui comprend ses propres réactions se sent plus libre de s'engager dans une relation d'aide, tandis que celui qui se méfie de lui-même sera plutôt porté à se limiter à des techniques d'intervention. Si certains intervenants s'engagent jusqu'à un certain point, d'autres en revanche le font exagérément. Plusieurs facteurs peuvent être à la source de ce surengagement :

- la difficulté d'accepter ses limites personnelles ;
- la difficulté d'assumer sa propre souffrance, sa solitude ;
- la persistance de conflits ou de blessures non résolues (cf. les risques de transfert et de contre-transfert) ;
- les facteurs organisationnels (ex. le manque de personnel).

Les commentaires qui suivent révèlent assez bien les contextes de travail qui peuvent pousser des aidants à dépasser ou non leurs limites personnelles et professionnelles.

«L'abus de pouvoir, c'est dans le sens de l'abus de fonction. Des pièges, on en a tous. Moi, j'ai des clientes avec lesquelles j'investis bien plus qu'avec d'autres. Elles sont plus sympathiques. Ce n'est pas une question de beauté physique, mais de sympathie, il y a de l'agrément avec cette personne-là. En tant qu'être humain, c'est plus facile de lui dire «oui» à elle, de lui donner plus d'heures à elle qu'à une autre moins sympathique. Mais c'est pas des limites liées au sexe, la même situation se produira avec un gars plus sympathique qu'un autre ; je vais donc lui accorder plus de temps, dans le même sens. Mais il faut s'interroger : «Suis-je en train de nourrir mes défauts en me servant de lui ou d'elle parce que je le trouve agréable ou je la trouve agréable?» Attention.»

«J'anime la plupart des interventions de groupe. On veut en arriver à ce que les intervenants soient interchangeables, polyvalents (en cas de maladie, notamment). On n'a pas de syndicat, pas de convention collective, alors nous sommes toujours au maximum de ce qu'on peut donner. L'amour intrinsèque, la motivation intrinsèque, c'est très fort. Il y a une espèce d'âme missionnaire, mais pas au sens de sauveurs. Il ne faut pas tomber dans des excès reliés à notre engagement là-dedans. (...).»

«Les gars auprès de qui nous intervenons ont une façon de fonctionner très exigeante pour les gens autour d'eux. Ça fait partie de leur dynamique. Le jeune intervenant qui commence, a souvent un côté plus «sauveur», et il peut en souffrir rapidement, se brûler facilement avec ce type de clientèle. Pas nécessairement par mauvaise intention des gars dans les groupes qu'il animera ou par incompetence de l'intervenant, c'est beaucoup plus par manque d'expérience.»

Un engagement professionnel mal géré peut avoir des conséquences négatives pour l'intervenant et le client : par

exemple, un intervenant qui dépasse les limites de son rôle, un sentiment d'impuissance qui se développe, la compétition avec les collègues. Un surengagement débouche inévitablement sur une perte d'énergie, à tout le moins sur un mauvais investissement en termes d'énergie et de ressources.

La principale difficulté en relation d'aide, c'est la capacité de l'intervenant à établir une relation de confiance en conservant son intégrité personnelle. L'intervenant reçoit les émotions transmises par les autres, comme la tristesse, l'agressivité, la misère morale et matérielle, l'éclatement des relations conjugales et parentales, les fantaisies, la défaite souvent... Lorsque ces contenus émotionnels sont révélés dans un contexte professionnel axé sur la performance institutionnelle, la capacité à préserver son intégrité personnelle peut s'amenuiser. En résumé, la façon de réagir des intervenants dans le temps, dans leur pratique, dans leur vie personnelle, révélera cette capacité à conserver ou non une intégrité personnelle.

Un des risques encourus par les intervenants, c'est le *burnout*, estime Lépine (1985). La théorie de l'épuisement professionnel (*burnout*) met en relief des facteurs individuels tels que l'idéalisme et l'investissement émotif, mais aussi des facteurs liés au milieu professionnel (ex. l'intervention), le stress émotif lié au travail, l'interpénétration de la vie privée et de la vie professionnelle, la lourdeur administrative, la faible autonomie, etc. La définition suivante présente bien ce qu'il en est : «L'épuisement est un état dépressif qui afflige ceux qui travaillent avec d'autres gens ou avec le public, particulièrement mais non exclusivement les professionnels des services sociaux et de la santé, bref quiconque donne beaucoup plus de lui-même qu'il ne reçoit en retour de ses clients, supérieurs ou collègues. L'épuisement est accompagné de divers symptômes qui traduisent un profond malaise : une fatigue au niveau émotif, physique et psychique, un sentiment de désespoir et d'impuissance alliée à une perte d'intérêt pour son travail et même pour la vie en général. L'affliction est insidieuse parce qu'elle n'est pas provoquée par un ou quelques événements traumatisants précis : c'est une démoralisation générale qui évolue lentement, sournoisement. Fait tragique, l'épuisement frappe surtout les personnes les plus idéalistes et les plus dévouées (...). L'interpénétration de la vie privée et de la vie professionnelle est un des conflits majeurs auxquels fait face toute personne travaillant dans des situations particulièrement émotives. Ce rapprochement soutenu avec les sentiments intenses des autres est un stress si particulier aux fonctions de ceux qui dispensent de l'aide psychologique qu'il devient, dans un sens, un risque professionnel.» (Lépine, 1985)



Sur le plan professionnel, l'intervention se fait à travers des contextes d'apprentissage et la prise de risques. Il y a l'apprentissage de la structure institutionnelle et la mise à l'épreuve des compétences professionnelles par les demandes de la clientèle. La marge, souvent grande, entre l'espérance de l'intervenant et les résultats réels de l'intervention, constitue une confrontation peu réjouissante. Sur le plan personnel, la réflexion suscitée par la relation aidant/aidé quant au système de valeurs des individus, est un processus insidieux auquel l'intervenant n'est que faiblement préparé : le contact soutenu avec la souffrance morale rend difficile la séparation entre les réflexions personnelles et professionnelles. Ce faisant, il se crée chez l'aidant une perméabilité qui l'entraînera parfois dans des remises en question importantes puisque la relation d'aide comporte tous les éléments nécessaires à des questionnements. La frontière étanche entre le volet personnel et le volet professionnel en début de carrière, s'atténue lentement au fil des années parce que les questions soulevées par la relation d'aide s'immiscent insidieusement et ébranlent ce qui pouvait être considéré comme immuable.

Selon Lépine (1985), la pratique d'intervention psychosociale est ponctuée de passages et de périodes significatives d'apprentissage, comme un itinéraire type en somme. Cet itinéraire comprend cinq étapes : le jeune professionnel, l'épreuve de la pratique, l'épreuve de l'expérimentation, les reconsidérations d'itinéraire, de nouveaux choix à faire.

• Décloisonner et partager les expériences, avoir un réseau de soutien (interne et externe)

Plus qu'ailleurs, il est important que les intervenants qui travaillent auprès des clientèles masculines, aient dans leur milieu de travail et à l'extérieur de leur vie professionnelle des moyens de renforcer leur amour-propre et leur image d'eux-mêmes ; sinon, ils risquent de chercher à combler ce besoin dans le travail à travers leur rapport avec les clients, ce qui est contre-indiqué évidemment pour le bien-être des clients. L'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle est primordial. Une façon d'y arriver, c'est de s'intéresser à différents champs d'action, de discuter avec des collègues pour améliorer leur expertise professionnelle.

«Moi, j'ai beaucoup aimé les discussions avec des intervenants en violence, en suicide, avec ceux également qui travaillent en prévention. Ça donne une perspective beaucoup plus large sur l'homme ou sur la notion de genre, parce qu'il y a des différences entre les gars et les filles. Il y a beaucoup de maisons pour femmes battues. J'en conviens. Mais la détresse masculine est très peu médiatisée, on n'a pas beaucoup d'information. Donc, il faut engager des discussions entre hommes là-dessus, ce que les femmes font depuis très longtemps, créer un mouvement masculiniste ; pourquoi pas?»

Le réseau de soutien apporte beaucoup de réconfort et constitue une forme de perfectionnement :

«Il faut avoir un réseau de soutien pour les intervenants, on ne peut pas s'en sortir sans ça. J'ai réalisé qu'une bonne partie des changements (ex. la timidité) qui se sont opérés en moi se sont concrétisés par la présence, entre autres, d'un réseau de soutien; c'est ce qui m'a permis de croire en mon potentiel, particulièrement. Du soutien pour les intervenants, ça veut dire se rapprocher, s'aider à retrouver notre capacité d'être humain complètement, notre humanité, notre intelligence, être plus en plus ouverts entre nous, montrer avec quoi on se débat. Dans le rapprochement, on peut montrer nos qualités. Mais c'est surtout de recouvrer cette capacité d'être humain en utilisant les processus de récupération naturelle, d'aller vers un adulte ou une personne. C'est un peu différent de la supervision où chacun est de son côté, le superviseur en avant avec sa craie et toi qui prends des notes. Ce n'est pas tout à fait ça que j'entends : il y a un volet information, mais elle est transmise à des personnes nanties de connaissances, elle est transmise d'égal à égal.»

• Le besoin de formation

Tous ceux qui ont à coeur l'intervention auprès des hommes en difficulté prétendent à la nécessité, pour les aidants, d'intervenir en dehors des stéréotypes masculins même si ces stéréotypes ne sont jamais totalement éliminés. La formation des intervenants sur ce point constitue un élément essentiel pour renouveler leur regard sur les hommes.

«La formation des intervenants est très importante, surtout l'intégration technique. Ce qui est important aussi, c'est de se défaire de ce que nous avons appris personnellement et de réapprendre qui l'on est vraiment. C'est défaire une partie du processus de socialisation et du processus qui nous construit en tant qu'homme. La formation doit surtout jeter une lumière, nous éclairer, sur ce qu'on est vraiment sur le plan humain. Pour moi, le processus de formation en est un de désinformation pour savoir qui on est vraiment.»

Les aidants doivent admettre qu'ils sont eux-mêmes soumis à ces mécanismes de conditionnement à la masculinité. Comme l'ont exprimé dans leurs écrits, deux intervenants québécois ayant une longue expérience en intervention auprès des hommes en difficulté :

«Il faut d'abord admettre que nous sommes nous-mêmes victimes de l'oppression intériorisée, de ce conditionnement qui nous a aussi insensibilisés dans des dimensions variables, mais bien réelles. Les moments où comme aidants/es nous ne pouvons faire la différence entre la rigidité (pattern) et l'humain (personne) qui est devant nous, c'est que nous sommes dans une zone où personnellement nous avons été blessés et déconnectés de notre nature. Ces moments peuvent servir de point de repère, nous indiquer là où il est difficile

pour nous d'aider, là ou nous pourrions récupérer notre plein potentiel et avancer. Il faut aussi accepter que lorsqu'on s'approchera d'un homme en difficulté, comme intervenant-e, tous les mécanismes de défense, mis en place, vont refaire surface. Vous pouvez vous attendre à être attaqué, fui, insulté, ignoré, etc.. (Es-tu «gai»? tapette? Essaies-tu de me cruiser? de te prendre pour ma mère, mon père?). Ce sont là les manifestations du rejet, ou de la peur que cet homme aura intériorisé comme homme. C'est précisément à ce moment que notre regard doit être clair et que nos prémisses qui veulent que tout homme soit parfaitement capable aussi bien de puissance que de tendresse, d'intuition, de courage, etc. peuvent nous permettre le retournement nécessaire. Cet homme doit être traité avec respect, ce qui signifie de lui reconnaître la pleine responsabilité de ses actes, la présence de sa nature profonde, foncièrement positive et disponible, et donc la parfaite capacité de prendre sa vie en main et de changer. Pour ce faire, il faut que vous ayez le soutien nécessaire pour passer à travers les moments difficiles (réseau de support) et que vous soyez vous-même en processus actif de récupération face à l'oppression qui vous est spécifique, comme homme ou comme femme.» (Bélangier et L'Heureux, 1993)

Les aidants qui interviennent auprès des hommes en difficulté, peuvent aussi bénéficier d'une aide personnelle au besoin. Selon le cas, en se réconciliant avec son propre scénario intérieur, l'intervenant aura moins de chance de projeter ses blessures personnelles sur les clients. Puis, un jour ou l'autre, l'aidant se retrouvera confronté à ses propres vulnérabilités, elles-mêmes activées par la relation aidant/aidé. Une démarche personnelle lui permettra :

- de mieux séparer ses processus personnels de ceux des clients ;
- de mieux identifier les zones de vulnérabilité et de mieux intervenir avec les clients qui les provoquent ;
- de développer des aptitudes favorisant une meilleure présence à la vie professionnelle et personnelle.

Sur le plan de la formation, les institutions ont un rôle, mais Brooks (1998) prétend que les intervenants doivent, dans une sorte d'éducation permanente, s'intéresser aux études sur les hommes en lisant des ouvrages, en assistant à des ateliers de formation sur la masculinité pour explorer leurs propres réactions liées au genre, entre autres.

• Le besoin de supervision par les pairs

Bien que la littérature scientifique offre aux intervenants une panoplie de techniques et d'outils d'intervention, l'apprentissage du métier se fait aussi par essais et erreurs sur le terrain, du moins en début de carrière. C'est pourquoi la

consigne générale est de demander à un proche d'un aidant d'échanger avec lui sur les dimensions professionnelles qui le préoccupent. Au fil des années, les intervenants acquerront plus de compétences dans la prestation de services. Toutefois, ils devront continuer à suivre des sessions de formation ou de supervision sur une base régulière.

La supervision régulière par un collègue plus expérimenté représente un aspect essentiel de la protection des aidants ; elle a des fonctions multiples dont deux sont importantes : c'est un miroir de certains éléments inconscients de la pratique (ex. transfert et contre-transfert) ; le superviseur peut aussi jouer le rôle d'observateur neutre dans l'étude d'un cas présenté par un intervenant qui mène une intervention avec un client, puisqu'il ne vit pas toute la charge émotionnelle de cette relation.

«Ce qui est important pour l'intervenant, c'est le soutien de la direction, le soutien des pairs, la possibilité de pouvoir parler de leur travail. Dans mon cas, je sens l'appui de ma coordonnatrice. Ici, aux deux semaines, nous avons une réunion entre intervenants où je peux apporter un dossier et discuter, cette démarche va m'aider. On appelle ça de la supervision, mais c'est de la supervision entre pairs. Ici on est gâté sur le plan de la formation : on favorise la formation, dont cinq jours par année de perfectionnement (formation externe).»

«La formation continue renforce mon intervention, c'est incroyable. Ça me permet de me former, d'aller chercher des outils, de les expérimenter, de les partager, de m'exciter, de m'animer... Je deviens donc plus dynamique et ça développe mon sentiment de compétence (plus d'outils, moins de limites, plus d'efficacité). Si je regarde comment j'intervenais il y a dix ans et aujourd'hui, je suis beaucoup plus confiante dans ma façon d'intervenir maintenant, car je me sens beaucoup plus outillée ; et, ça, ce sont les formations qui y ont contribué.»

«Pour les intervenants qui débutent, la supervision continue, du moins régulière, c'est essentiel. Compte tenu de la complexité de l'intervention de groupe telle qu'on la fait, compte tenu aussi du danger d'épuiser un intervenant, je pense qu'il faut une supervision et un encadrement continus. Dans le cas des intervenants qui sont là depuis plus longtemps, il est important au départ d'être en mesure au moins d'assurer une ligne directrice qui se maintient et une structure qui assurera la possibilité d'échanger entre organismes, d'avoir une uniformité dans l'ensemble du fonctionnement.»

Certaines valeurs sont essentielles au développement des compétences de l'aidant. On n'insistera jamais assez sur l'importance d'une bonne supervision, du partage de l'expérience entre les professionnels et d'une formation continue de ceux-ci. C'est d'autant plus important que l'intervention auprès des clientèles masculines se redéfinit actuellement. En ce sens, l'expérience du groupe d'échanges *Pères à part entière* est riche d'enseignements. Depuis 1996,



des intervenants de plusieurs régions du Québec se rencontrent de façon informelle, durant une demi-journée et à un intervalle de 6 à 8 semaines. Ils discutent de leur action à l'endroit des pères, et cette expérience contribue au ressourcement des intervenants et au partage d'expertises diverses.

4.2 Le client

Les intervenants s'interrogent de plus en plus sur les motivations des clients à interrompre une relation d'aide. Certains y voient des limites relatives à leur capacité de faire changer les clients, alors que d'autres ne reconnaissent que le manque de motivation des clients. Mais dans l'ensemble, plusieurs facteurs sont avancés par les participants de notre étude.

• L'exigence de la démarche

Non seulement les hommes attendent jusqu'à la crise pour demander de l'aide, mais l'étude de Ouellet et al. (1993) ainsi que celle de Newton et Houle (1993) montrent que les hommes seraient plus rapides à mettre fin à l'aide reçue dès qu'ils retrouvent un certain équilibre ou que la crise s'est résorbée. Plus les hommes récupèrent d'une situation de crise, plus ils abandonnent rapidement une démarche d'aide. Par ailleurs, les exigences d'une démarche introspective ou réflexive font ressortir rapidement les limites personnelles de certaines personnes, de sorte qu'elles ne peuvent pleinement profiter des gains d'une intervention de cette nature :

«J'ai appris à nuancer la demande, à saisir la demande des gens. Il y a des gens qui viennent en relation d'aide pour retrouver un équilibre et il y a ceux qui viennent en relation d'aide pour faire un cheminement. Et ce n'est pas pareil. Retrouver un équilibre, ça peut se faire en une, deux, trois rencontres. C'est correct, et ils sont bien contents ainsi.»

«L'intervention ce n'est pas seulement des échanges sur les comportements des hommes. (...) C'est très exigeant. On les avertit, et drôlement, que ce n'est pas un groupe de partage. On est là pour parler de leurs comportements violents, des scénarios de comportements violents, de ce qui s'est passé. On ne jase pas de la pluie et du beau temps pendant 15 semaines ou 21 semaines. C'est pour ça qu'il y en a qui décrochent. C'est très difficile. Le gars va parler de choses qui le confrontent, il ne partagera que ce qui est confrontant. Souvent les hommes ne s'attendaient pas à parler de telle ou telle chose. Quand un gars s'engage pour faire dix semaines, il se peut qu'il ne se rende pas plus loin que deux semaines. Puis participer à la réflexion d'un autre, c'est confrontant. Alors il y a des gars qui ne sont carrément pas capables. Ils sortent de là. Ceux qui restent y vont à fond, en travaillant durement.»

D'après Robertson et Fitzgerald (1992), le fait de changer simplement la description des services, encourage les hommes aux attitudes masculines très fortes à consulter, à recourir à des services d'aide. Cette conclusion s'appliquerait dans le cas d'approches de type *s'aider soi-même* et à de type résolution de problèmes, pas seulement dans le cas de démarches axées sur l'introspection.

• Les délais d'intervention

Les intervenants sont généralement conscients qu'une intervention sera efficace si elle est réalisée le plus rapidement après la formulation de la demande d'aide par le client. Les délais dans l'intervention sont aussi un facteur de décrochage.

«Il y a beaucoup d'abandon. Les gars viennent lors des premières entrevues, car ils sont en crise. Mais le processus d'accueil peut faire la différence dans la persévérance. Si au moment de la demande, on ne le reçoit pas la journée même – parfois c'est le lendemain, ou au moment de l'accueil et de l'évaluation – il peut y avoir quelques semaines d'attente avant d'intégrer le groupe d'intervention ; mais la semaine d'après, il se peut que la crise soit déjà finie et le gars ne se présentera pas.»

«De façon générale, je dirais que le principal problème qu'on a, c'est l'attente, c'est-à-dire le délai entre le moment où le gars a été évalué et le moment où il commence sa démarche. Qu'il y ait un délai, je ne trouve pas ça mauvais, car dans la problématique masculine l'une des caractéristiques c'est d'avoir tout de suite ce que l'on veut ; alors qu'il y ait un court délai, sur ce plan ce n'est pas mauvais. Le problème c'est lorsque le délai s'étire – un mois et demi, deux mois, parfois six mois – avant de pouvoir intégrer un groupe. Avec des délais, tu n'as pas le temps d'établir un lien suffisamment significatif pour que le gars se sente à l'aise, très à l'aise de l'appeler. Depuis un certains temps, quelqu'un de l'organisation relance infailliblement les gars à tous les mois durant la période d'attente. Ça permet de garder le lien avec le client.»

Nous savons maintenant que les hommes demandent de l'aide lorsque leur situation s'est passablement dégradée. Il semble que l'état de détérioration de la personne puisse jouer dans la persévérance dans une démarche ou un programme d'aide, du moins dans les cas de toxicomanie et d'alcoolisme. Ici, comme l'état de dégradation augmente selon l'âge du client, les intervenants constatent que le facteur âge joue alors un rôle important.

«En toxicomanie, ils viennent consulter plus jeune parce que la drogue dure brûle quelqu'un plus rapidement que l'alcool. Les gars vont venir consulter plus vite, mais par contre ils persisteront beaucoup moins. Ils viennent pour gérer une crise puis, après, on les perd. Un gars de 40 ans, alcoolique, plus il avance en âge, plus il a encaissé de pertes, plus il est abattu ; il va persister beaucoup plus longtemps dans les services. Il va aller plus loin dans sa démarche. Un jeune va venir, va gérer sa crise puis repartir. Est-ce qu'on le reverra? Probablement.»

Pour l'adulte, c'est plus une remise en question liée à l'âge tandis que chez le jeune c'est une action de dépannage. Pour l'adulte, sa situation est dégradée partout : emploi, relations affectives, niveau physique. C'est la même situation en violence : plus il y a de pertes, plus le client sera motivé à poursuivre.»

• Le profil des décrocheurs

Dans une étude canadienne sur l'attrition dans un programme d'aide pour hommes violents, Cadsky et al. (1996) ont identifié des variables qui pourraient être associées à ce phénomène de l'attrition. Ils ont regroupé les variables en deux catégories.

La première catégorie, c'est l'instabilité du mode de vie caractérisée par le chômage, des déménagements, la jeunesse, le statut marital. Il s'agit d'un concept central à plusieurs théories sur la criminalité, qui porte notamment sur les liens entre déviance et comportements compulsifs. Gottfredson et Hirschi (1990, cités dans Cadsky et al., 1996) prétendent que les caractéristiques communes associées aux criminels (consommation d'alcool, instabilité maritale, peu scolarisés, etc.) s'expliqueraient par la notion de faible contrôle sur soi. Un parallèle peut être fait entre des indices de faible contrôle personnel et les facteurs associés à l'attrition dans l'intervention auprès des hommes violents (Cadsky et al., 1996 : 53).

La deuxième catégorie, c'est l'adéquation entre la problématique du client et le programme ou la démarche d'aide, une catégorie qui réfère aux besoins du client et à la reconnaissance par le client du problème. Avec ce concept, le lien entre «problème» et «type d'aide» est devenu plus perceptible, plus visible au cours de l'étude (Cadsky et al., 1996).

Ces deux catégories illustrent en elles-mêmes des dimensions qui comptent dans l'attrition au sein des programmes d'aide pour hommes violents. Au terme de cette étude, Cadsky et al. (1996) ont pu dresser les caractéristiques des décrocheurs du programme d'aide : les hommes qui complètent le programme vivent maritalement, identifient leur(s) problème(s), ont participé volontairement ; les hommes qui abandonnent ont des caractéristiques qui, d'après les auteurs, rejoignent celles des criminels : jeunes, chômeurs, peu scolarisés, faibles revenus, dossiers criminels, problèmes de personnalité, vivent séparés d'une partenaire (DeMaris, 1989 ; Hamberger et Hastings, 1989 ; Tolman et Bennett, 1990 - tous cités dans Cadsky et al., 1996).

Ils émettent les recommandations suivantes pour réduire l'attrition :

1. Changer les procédures de sélection pour augmenter les chances de suivi des programmes
2. Modifier les programmes d'aide
3. Développer des mesures spéciales, en cours d'intervention, pour les hommes violents à hauts risques de récidive ou inclure une rencontre préprogramme (Tolman et Bhosley, 1990)
4. Réduire le nombre de participants dans les groupes d'intervention
5. Réduire les moyens d'évaluation (ex. les questionnaires)
6. Agir tôt dans le programme d'aide (dès le début), c'est-à-dire mettre l'accent sur l'intervention et des exercices structurés (après les discussions, les émotions, etc.)
7. Favoriser le rôle des organismes de soutien (ex. système de justice criminelle ; nous ajoutons les groupes d'hommes, les groupes de pères).
8. Pour les clients à hauts risques d'abandon, développer des interventions adaptées à cette situation comme :
 - offrir un soutien durant les crises, durant les périodes d'attentes avant l'intégration dans un groupe ;
 - élaborer des actions (par les intervenants) pour maintenir les clients dans les programmes : par exemple, faire des contacts téléphoniques pour fixer le premier rendez-vous, visiter l'individu s'il ne respecte pas le premier rendez-vous, fournir des services «24 heures», aller au-devant du client en cas d'abandon (ex. le rencontrer au travail, à la maison ou ailleurs pour le convaincre de poursuivre sa démarche d'aide, aller le chercher pour le conduire à la prochaine séance de groupe).
9. Explorer de nouvelles stratégies pour les hommes à hauts risques de violence
10. Augmenter les ressources d'aide

Ces auteurs estiment également qu'il faut se pencher davantage sur ce phénomène de l'attrition en abordant les dimensions suivantes : tenir compte du moyen ou du type de référence en intervention (en somme la trajectoire de demande d'aide), mieux saisir les caractéristiques des hommes qui complètent et ne complètent pas les programmes d'aide, examiner le lien entre les problèmes/les besoins des clients et la nature/le type de programme d'aide offert (Cadsky et al., 1996).

Par ailleurs, dans le domaine de l'alcoolisme, une étude américaine (Kingree, 1995) indiquent que les motifs de décrochage chez les hommes ont plutôt trait aux expériences antérieures de vie. Il faudrait se pencher sur des facteurs explicatifs tels que les conditions économiques, les questions



d'habitat, les circonstances professionnelles qui ont mené aux épisodes de vie instable. Ces résultats rejoignent ceux de Cadsky et al. (1996) à propos de la discontinuité dans les biographies et de la relation avec l'attrition dans les programmes d'aide pour hommes violents.

• Les coûts et les honoraires

Des recherches ont porté sur l'influence des honoraires et des modalités d'aide dans le choix de recourir à un intervenant ou un autre. Schneider et Watkins (1990) ont cherché à montrer plus précisément à compter de quel montant les honoraires pouvaient influencer le choix de clients potentiels à recourir à une aide ; ils se sont aussi intéressés à l'évaluation des clients dans le choix d'une intervention individuelle ou de groupe.

Les résultats montrent que ni les honoraires ni le sexe du client n'influencent le choix des clients potentiels devant un service. Dans cette étude, les différences de revenus entre hommes et femmes étaient substantielles, et ces différences sont intervenues dans le choix d'une aide de groupe ou individuelle. Selon les revenus, les hommes discriminent très peu leurs choix en matière d'aide. Des hommes adoptent une attitude pragmatique et simple : certains se diraient «*pourquoi payer plus et chercher une aide disponible à moindre coût, près de chez soi?*», alors que d'autres hommes accordent une importance aux honoraires (Schneider et Watkins, 1990).

• Les obstacles socioculturels

Tout au long de notre étude, les intervenants se sont exprimés sur les valeurs et les attitudes sexistes et à propos des stéréotypes sexuels. Lorsqu'on aborde la question des valeurs et des mentalités, la littérature scientifique fait mention des résistances du milieu de l'intervention à la problématique de la condition masculine et paternelle. C'est un élément que nous avons repéré dans nos études antérieures (Dulac, 1997, 1998a).

Des préjugés persistent toujours dans notre société, et plusieurs personnes admettent difficilement qu'un homme puisse souffrir, avoir besoin d'aide, être sujet de compassion. En général, les hommes sont perçus comme des individus qui possèdent tout, qui forment le groupe le plus favorisé dans la société, qu'ils sont en position dominante et en position de pouvoir. Et qui dit pouvoir sous-entend généralement le pouvoir de gérer sa vie. D'autres encore pensent que les hommes sont mieux pourvus naturellement pour faire face aux crises de la vie ; qu'ils «*récupèrent*» plus vite et mieux parce qu'ils sont «*forts*» ; enfin, que les hommes ont un potentiel de rétablissement plus grand parce qu'ils sont des hommes, ce qui induit, dans la population, une plus grande sévérité lorsqu'ils éprouvent des difficultés, voire lorsqu'ils font une rechute

après une ou plusieurs tentatives de résolution de leurs problèmes. Ceux qui pensent ainsi croient que les hommes aux prises avec des difficultés ont les moyens de «*s'en sortir*» et que les ressources d'aide, dans la société, devraient être accordées aux personnes les plus démunies, que les hommes ne sont pas des sujets de compassion. Ce sont des formes de résistance :

«Il y a une résistance à parler des hommes parce que si l'on parle d'eux, on parlera moins des femmes. Il y a un contexte social menaçant. Il faut savoir quelle souffrance se cache derrière cette réaction. Certes, les femmes ont gagné un certain nombre de luttes ; par contre, il y a un construit social qui polarise la situation : on ne parle des femmes qu'en tant que victimes et des hommes qu'en tant qu'agresseurs ou comme des personnes ayant des problèmes. J'ai bien de la difficulté à faire comprendre aux autres intervenants qu'un homme puisse être une victime.»

«J'ai entendu des choses très blessantes de la part de femmes, des féministes extrémistes (sic) qui prétendent que les gars se suicident pour éviter de passer devant la justice, c'est une fuite. Comme si le gars allait se tuer pour éviter de passer à la cour. Il y a une espèce d'incompréhension du mécanisme de la souffrance. Quand j'ai entendu ça, j'ai été très blessé et je me suis dit : «Est-ce que ça se peut avoir autant de haine, que ces femmes-là soient si blessées?». Alors, dès qu'on prononce le mot homme, la haine sort. (...) c'est comme une espèce de guerre ouverte, larvée, entre les hommes et les femmes ; ça porte beaucoup de haine.»

«C'est sûr que ça peut être menaçant. Les femmes ont bien sûr peur de perdre ce qu'elles ont gagné, le pouvoir qu'elles ont gagné. Il faut seulement les rassurer que ce n'est pas un «backlash». Nous voulons aller à la source, voir ce qui ne fonctionne pas chez ces gars-là. Pour les femmes, c'est de l'abus de pouvoir, point à la ligne, il est coupable. C'est tout un milieu qui voit les problèmes selon une certaine grille. Le jour où l'on commence à dire que ça existe, évidemment elles réagissent mal, car elles ont peur que les budgets des groupes de femmes soient diminués si les groupes d'hommes en obtiennent.»

«Le gars qui arrive en crise, les poings serrés, en pleurs, l'intervenante elle ne voit pas ça ; pour elle c'est un homme méchant qui est là. Elle n'est pas capable comme intervenante de percevoir l'être humain qui souffre. Elle voit juste la pointe du comportement, la dangerosité potentielle du client.»

«Les intervenantes en CLSC, ce sont les collègues qui sont les plus difficiles à changer sur ce point. Elles réagissent à partir de visions sexistes. Elles disent : «Un homme, ça réagit de même.» Alors, elles ne font que renforcer le symptôme, leurs résistances ; c'est leur incapacité à changer, la plupart du temps.»

Mais il ne faut pas oublier que ce sont les hommes qui ont historiquement dominé, dicté et organisé la société, qu'ils ont mis en place des systèmes et des mécanismes de contrôle permettant d'écarter ceux qui ne se conformaient pas à l'ordre

social. Au sujet des formes historiques de ces systèmes disciplinaires, on peut se rappeler le recours à la répression et à la coercition, à la violence et à la contrainte comme principe de maintien de l'ordre social et de la cohésion sociale ; c'est ce qui a été privilégié par rapport aux approches plus humaines telles que la prévention, la rééducation et la réhabilitation fondées plutôt sur la compassion. Sur ce chapitre, les hommes ont aussi fait les frais de tels systèmes.

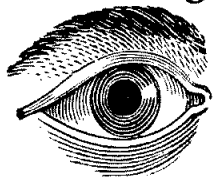
«J'étais très révolté de voir que les hommes n'avaient pas de place dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pas de services adaptés. Pas de place physiquement mais aussi dans le sens culturel. Ce qui est offert aux hommes ce sont des services à caractère plus judiciaire, quasi pénal, dans le cadre des services sociaux, dont l'approche est culpabilisante également. Ce sont des services offerts aux hommes lorsqu'ils sont dysfonctionnels, criminalisés ou entre les deux. Il faut s'occuper des hommes, ça prend de l'espace pour les hommes.»





Épilogue

Le changement



L'intervention psychosociale vise à produire des changements cognitifs et comportementaux chez les hommes en difficulté. Il existe plusieurs méthodes systématiques ou non systématiques d'évaluation de l'aide aux personnes en difficulté et des changements notés chez les clients. Comme le changement est le principal objectif visé en intervention (de groupe ou individuelle), les clients, comme les intervenants, peuvent procéder à l'évaluation de ce changement chez les participants qui, eux, peuvent s'autoévaluer. La plupart des intervenants rencontrés au cours de cette étude et lors de nos précédents travaux, définissent le succès d'une intervention par des modifications du comportement ou des métamorphoses personnelles (ex. accroissement de l'estime de soi). La combinaison de l'autoévaluation et des changements observés personnellement par l'intervenant, constitue une base importante de l'évaluation des effets d'une intervention de groupe auprès des hommes en difficulté.

L'évaluation est toujours réalisée à partir des objectifs ou des finalités à atteindre et fixés au début de la démarche. Les intervenants connaissent les principales étapes du processus de changement que vivra un homme dans un contexte d'aide, à savoir la stabilisation (surtout à l'arrivée), la précontemplation, la contemplation. Quand le client surpasse ses résistances et s'engage plus à fond, le processus d'aide consiste à le faire évoluer naturellement du stade de la motivation à celui de la consolidation du problème, a indiqué un intervenant. Plusieurs intervenants ont précisé que la façon de le faire «est tridimensionnelle» : c'est que le travail porte sur les problèmes identifiés, mais aussi sur l'organisation sociale et psychologique de l'individu.

De manière générale, les intervenants utilisent des méthodes non systématiques d'évaluation parce qu'elles sont plus souples. Ils sont guidés par l'observation des changements tels que la réduction des symptômes ou des comportements «problématiques». La satisfaction du client et les changements qu'il apporte dans sa vie, l'atteinte des objectifs, l'amélioration du fonctionnement au travail, dans la famille et dans les autres relations humaines sont de bons indicateurs d'amélioration. Comme le prétend Rowan (1997d), la recherche sur les objectifs et l'efficacité d'une aide psychosociale est très difficile à réaliser, mais elle ne peut être faite isolément du processus, sans tenir compte non plus de la dimension de l'engagement du client lui-même. Ce sont trois dimensions (objectifs, processus, engagement) intimement liées (prétend ici Rowan

(1997a) d'autant plus importantes selon le contexte d'adéquation entre problème (ou besoin) et service d'aide.

Par ailleurs, Gould (1978, 1980, cité dans O'Neil et Egan, 1992 : 316) définit bien la notion de transformation qui peut caractériser l'ensemble d'une démarche d'aide : c'est une définition qui fait appel à la recherche du sentiment de sécurité personnelle à travers une définition de soi moins restrictive et une liberté intérieure sans conflit ou anxiété.

Concrètement, des intervenants évaluent l'intervention régulièrement, d'autres le font à un intervalle de quatre à six séances. En groupe, l'évaluation s'effectue parfois via les participants eux-mêmes afin de suivre collectivement les changements et les progrès enregistrés par chacun, des changements qui peuvent être lents par ailleurs à se révéler.

• L'ouverture à l'aide

Peu importe le problème qui amène à consulter, chaque homme qui entreprend une démarche d'aide suivra un parcours différent. Pour bien travailler avec les hommes, un intervenant doit élaborer une sorte de «plan» général qui guidera le processus et permettra de l'évaluer. Les indicateurs du changement sont multiples. Un des premiers signes de changement serait l'attitude des hommes envers l'aide elle-même, comme une perception plus positive qui s'installe. Et cette perception peut naître au début comme à la fin de l'intervention. Les commentaires qui suivent expriment bien ce qu'il en est :

«Le changement se définit aussi dans les transformations entre le début et la fin de la thérapie. Ce n'est pas en fonction d'un résultat idéal à obtenir. La personne change à partir du moment où elle ne fait plus tel ou tel comportement, le changement définit vraiment une amélioration en fonction des objectifs fixés au début. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte : la capacité personnelle, intellectuelle, le contexte d'origine, les types de changements notés, l'attitude dans le groupe qui permet aussi d'évaluer le changement, le fait d'être à l'aise à l'intérieur du groupe, le fait d'être capable de présenter à l'autre ce qui a été examiné en groupe. Ça, pour moi, c'est un changement intéressant.»

«Il faut qu'ils acceptent aussi de ne pas être parfaits. Rationnellement, quand ces hommes arrivent en thérapie, ils savent tous qu'ils ne sont pas des êtres parfaits. Tout le monde le sait. Mais, ils ne l'acceptent pas tout le temps. D'accepter de rire d'eux-mêmes, d'accepter de parler de leurs problèmes, d'accepter d'aller chercher de l'aide au besoin, il faut voir ça comme étant quelque chose de positif plutôt que comme un échec.»

«En somme, nous voyons les gars changer du début à la fin. À l'étape de l'accueil, ils sont tendus, honteux, méfiants. À la fin,



ils quittent comme s'ils quittaient ton salon, c'est-à-dire en confiance. L'aide n'est plus perçue de façon dangereuse, jugeante, menaçante, nuisible. Au contraire. Les gars voient beaucoup plus l'aspect positif de l'aide qu'au moment de l'arrivée. Les craintes, alors, concernent surtout la peur de ce qu'ils pourraient perdre en venant ici, les répercussions en cas de jugement de la cour, l'éventualité du départ de la conjointe, l'association publique de leur image à celle de l'homme violent. Ce sont des craintes qu'ils véhiculent à l'arrivée, pas au départ.»

«Ça devient pour eux une expérience positive reliée à une demande d'aide, contrairement à ce qu'ils ont pu vivre dans le passé ils faisaient ce type de demandes ; ils ont surtout l'impression d'être jugés : «Je vais passer pour un innocent qui n'est pas bon, qui n'est pas capable.» Ce sont des indicateurs d'une expérience positive qui, elle, peut influencer d'autres demandes d'aide éventuellement.»

Selon les clients, l'ouverture à l'aide pourra être entrecoupée de moments de résistances que Caplan et Thomas (1995) associent à la peur de l'inconnu, qui est commune à tous les êtres humains. Souvent l'intervention est vue comme une menace à l'identité masculine. Au contraire, le client doit réaliser que l'aide n'a pas pour fonction de modifier l'identité masculine, mais de responsabiliser les hommes par rapport à leurs actes ou leurs comportements problématiques. Le client restera fondamentalement la même personne mais avec des comportements différents. D'après Pasick et al. (1990), le changement survient lorsque l'individu reconnaît cette nuance et le potentiel destructeur d'un rôle rigide et traditionnel. En intervention, il faut viser cette prise de conscience à propos des conséquences négatives de la socialisation masculine en recherchant les buts et les moyens suivants :

BUTS	MOYENS
1. Chercher à savoir ce que signifie «être un homme» pour le client.	1. Discuter de sujets d'actualité ou contemporains tels que les sports, les informations, pour révéler la vision de la masculinité.
2. Explorer les messages du père, de la mère à propos de la masculinité, voir le conflit face aux attentes respectives.	2. Analyser la publicité sous l'angle des messages véhiculés à propos de la masculinité.
3. Examiner l'évolution des attentes par rapport à celles du client.	3. Discuter des modèles d'hommes présentés au cinéma, dans des séries télévisées.
4. Explorer les relations avec les autres hommes, les femmes, à travers les valeurs relationnelles, les croyances sur ce plan.	4. Discuter du phénomène de la comparaison des hommes entre eux (sports, études, masculinité).
5. Explorer les valeurs et croyances positives et négatives à propos de la masculinité.	5. Explorer les sentiments et les émotions ressenties à l'adolescence. Pasick et al. (1990)

Caplan et Thomas (1995) pensent qu'il est dans la nature humaine de résister à l'inconnu, et que le changement authentique suppose l'émergence d'un autre point de vue sur la vie et les rapports humains. Les intervenants doivent comprendre que le processus, chez les clients, pour trouver et appliquer de nouvelles façons de voir la réalité, est inconfortable, voire terrifiant. La décision personnelle de changer est dépendante de la capacité de percevoir les conséquences de ses comportements problématiques et de composer avec l'incertitude engendrée par un agir autre. C'est pourquoi plusieurs clients perçoivent, du moins au début, l'aide comme une perte, un deuil à faire de ce avec quoi ils étaient confortables, plutôt qu'un processus d'apprentissage plus favorable et salutaire.

Carlson (1987) notait, il y a quelques années, que le processus qui amène un client masculin à se départir de comportements nocifs appris, à être plus à l'écoute de ses sentiments et de ceux des autres, suppose de laisser tomber une partie du contrôle et de la dominance. Pour y parvenir, une bonne dose de confiance (l'ouverture à l'aide et à l'autre) envers un intervenant est nécessaire pour dépasser les réactions premières de peur, d'angoisse et de colère. Si certains hommes sont plus agressifs lorsqu'ils ont peur ou sont blessés, des intervenants (hommes et femmes) peuvent interpréter ces comportements comme des tentatives ultimes de contrôle et de dominance, alors que le client lutte et est confus à propos de son identité et de ses craintes (Carlson, 1987).

• Les changements physiques et le bien-être quotidien

Si certains signes qualitatifs du changement concernent l'attitude du client vis-à-vis de l'aide ainsi que son comportement durant les séances (apaisement, dévoilement), d'autres signes plus personnels deviennent perceptibles et significatifs : ce sont les changements physiques et la capacité d'organiser différemment sa vie.

«Un des premiers signes de changement, ce sont les changements physiques. Un gars prend un peu plus soin de lui. Je te parle pas de valeurs et de goûts vestimentaires. Il fait plus attention à lui physiquement (les vêtements, le sommeil, la nourriture).»

«Le changement chez un client, je l'observe également physiquement. Si on prenait une photo au début et à la fin de l'aide, on noterait les changements de cette nature. Quand ils arrivent, ils ont souvent les traits tendus, ils sont recroquevillés sur eux-mêmes, ils font beaucoup d'anxiété. À la fin, ils sont beaucoup plus détendus, ils ont développé le goût de prendre soin d'eux, d'avoir un peu plus d'amour pour soi. Ils auront fait des choses (bronzage, culture physique). C'est incroyable la différence. Sur le plan psychologique, ils seront capables de faire face à leurs difficultés, l'estime de soi sera plus élevée, beaucoup plus de confiance en soi. Ça c'est frappant, quand ils réussissent à maintenir l'arrêt de consommation ou le boire contrôlé.»

«Un autre volet du changement, c'est le bien-être. Très peu d'hommes arrivent ici en fonctionnant correctement dans leur quotidien. Ils peuvent paraître au-dessus de leurs affaires. Des gars détendus, qui parlent sagement de ce qui leur arrive, on n'en a pas beaucoup quand ils arrivent ici. Mais quand un homme part et qu'il est capable de parler sagement de ce qui lui arrive, de ce qu'il entrevoit, c'est un signe de changement intéressant. Il a atteint un certain bien-être, une certaine confiance ; ce sont des signes de changement intéressants aussi.»

Le changement, c'est aussi le processus par lequel l'individu devient de plus en plus en contact avec ses émotions, développe son intelligence émotionnelle, se redéfinit, fait de nouveaux choix personnels, de vie et de comportements. Et dans le modèle d'intervention axé sur l'examen des rôles liés au genre, l'individu peut être amené logiquement à redéfinir la masculinité.

• La prise de conscience du problème

Après avoir apprivoisé le processus d'aide, les clients prennent conscience du ou des problèmes auxquels ils sont confrontés et à la nécessité d'agir pour modifier la situation. C'est une étape qui suit l'adaptation au groupe, et ce serait un autre signe de changement, confie cet intervenant :

«Une fois que l'adaptation au groupe est faite, il y a une phase de dévoilement qui souvent sera caractérisée par le fait que le gars commence à penser à ce qu'il pourrait faire pour arrêter les comportements qu'on lui reproche. Il ne sera pas prêt

nécessairement à travailler l'aspect de la violence conjugale comme tel, mais il va aborder l'aspect violence psychologique, par exemple. Il va essayer de trouver des moyens pour ne pas piquer une grosse crise, qui est l'élément déclencheur de la violence. Donc, il va se passer peut-être quatre ou cinq rencontres peut-être autour de ces objectifs-là. Après ça, il y a l'étape où ils vont dire : «Bon, c'est bien beau : je me retiens, mais le monde autour de moi continue à m'écoeur.» C'est un peu une révolte. C'est l'étape où ils apprennent à s'affirmer adéquatement. Ils s'améliorent tranquillement.»

«L'autre étape, après la stabilisation, c'est l'amélioration. Alors à ce moment, la crise est résorbée. On n'est plus en crise et la personne a dépassé le stade de la contemplation, elle arrive au stade de la préparation à l'abstinence (toxicomanie). Je dis abstinence, mais ce peut être le boire contrôlé. Elle va commencer à préparer son mode de consommation ou son non-mode de consommation comme se fixer une date d'arrêt, commencer à en parler autour d'elle (conjointe, enfants, amis) ; cet homme doit également commencer à se distancer de cette situation, à organiser sa vie, à se préparer au changement, c'est-à-dire arrêter ou modifier sa consommation d'alcool.»

• La rechute n'est pas un signe d'échec de l'intervention

En intervention, la notion de changement a souvent été définie selon le type de problèmes. Cette dimension soulève notamment la question de la variabilité dans l'efficacité de l'intervention. Ce dernier point n'est pas sans avoir des échos chez certains intervenants qui ne peuvent mesurer la qualité de leur intervention qu'au regard d'une «guérison» totale et durable de leur client, alors que d'autres adoptent une position plus pragmatique. Ce sont des façons d'interpréter la rechute, en particulier dans le domaine de la toxicomanie.

«Il ne faut pas se le cacher, la rechute fait partie du processus de réhabilitation en toxicomanie. On travaille avec ça. Il y a des suivis qui sont offerts, mais il y a bien des gens qui terminent leur démarche en se croyant guéris, en croyant qu'ils n'auront plus d'efforts à faire... ; mais la vie se charge de les ramener à la réalité. Certaines personnes ont besoin de plusieurs démarches.»

«Je ne suis pas persuadée que le changement persiste bien qu'il n'y ait pas de recherche le confirmant. Je crois que l'intervention peut apporter un changement durable, et d'après mes connaissances un tel changement demande une intervention ou une aide à long terme, cinq à dix ans pour produire un changement majeur. Je suis persuadée que des personnes s'abstiennent toute leur vie de consommer.(...) Mais, c'est la minorité. Combien de fois une personne, dans sa vie, va-t-elle arrêter de consommer avant d'atteindre le moment le plus significatif? C'est entre une et dix fois. Souvent, nos clients en sont à leur troisième demande, quatrième demande. Mais c'est correct pour moi ça.»



La rechute peut survenir malgré le soutien apporté par des groupes d'entraide. Suissa (1998) s'interroge sur la perception de la rechute dans cette perspective où l'alcoolisme est perçue comme une maladie (pathologie). Pour les tenants de cette vision au sein de certains groupes d'entraide, la rechute relèverait d'une situation extérieure à l'individu. Mais cette perception évacuée, déplore Suissa (1998), l'intentionnalité du geste du consommateur d'alcool et la faculté de l'individu de prendre lui-même des décisions par rapport à sa consommation. En violence conjugale, c'est quelque peu différent : selon un intervenant, une deuxième session d'aide est possible, mais très rapidement les intervenants doivent tenter de mieux cerner l'adéquation entre les besoins du client et les services offerts par la ressource pour hommes.

« Dans notre groupe d'aide pour hommes violents, notre règle de conduite est la suivante : on peut reprendre un individu une seule autre fois, pas plus. Donc, il peut y avoir une deuxième chance. Si ça ne fonctionne pas par la suite, nous référerons l'individu ailleurs. En conclusion, on ne dit pas que le client n'est pas correct, c'est peut-être la méthode qui ne réussit pas dans son cas. »

• L'ampleur et la nature du changement

L'idée que l'on se fait du changement provient des valeurs et de la morale propres à un milieu donné. Longtemps, nous dit Seidler (1991), les hommes ont cru que s'ils ne se battaient pas pour quelque chose, leur mérite serait moindre. Cette manière de penser s'accorde bien avec l'idée que l'on peut toujours en faire plus, en avoir plus, pour répondre aux attentes sociales que ce soit sur le plan des rôles liés au genre ou dans le monde du travail, pour ne nommer que ces deux sphères. C'est une illustration de l'idée de progrès, une notion propre aux sociétés modernes. Par contre, l'idée d'en faire toujours plus peut annihiler le sentiment de satisfaction résultant de la chose accomplie. Il s'agit d'un élément culturel qui laisse souvent les hommes (et les femmes) avec le goût amer d'en avoir jamais assez fait, d'être insuffisants (Ehrenberg, 1998).

Cette idée de faire toujours plus est profondément associée à l'idée dominante concernant la masculinité, et peut induire un profond sentiment d'insatisfaction chez les hommes et les rendre aveugles face à leur capacité d'agir et d'être eux-mêmes. Pour éviter cet inconfort, le corollaire devient pour les hommes la multiplication de leurs activités et le manque d'introspection. Une culture compétitive encourage les hommes à se battre, mais les rend continuellement insatisfaits sur le plan personnel.

Certes, il n'est pas facile pour un homme de réapprendre à être en contact avec ses émotions, comme il peut être difficile d'imaginer qu'elles puissent être une source de connaissance,

un outil fiable d'appréhension du monde. Les hommes doivent réapprendre à faire confiance à ce qu'ils ressentent, à leur subjectivité perçue comme suspecte. Le changement est d'autant plus difficile lorsqu'il est associé à une question de volonté et très peu à l'aspect comportemental et relationnel. Les hommes consultent de la même manière qu'ils vont au garage pour le remplacement d'une pièce mécanique défectueuse. De même, parle-t-on souvent de changements de structures, de types de modèles politiques, de modes de production, non pas des rapports humains et des comportements personnels qui façonnent notre existence au cours de toute une vie : c'est-à-dire nos relations interpersonnelles et nos relations dans le cadre d'engagements sociaux, politiques, professionnels.

Seidler (1991) s'est servi de sa longue expérience de militant socialiste pour questionner la notion de changement véhiculée au cours de cette expérience. Le changement était vu de façon limitée, particulièrement le changement personnel où subjectivité, émotions, sentiments étaient considérés soit comme une menace, soit comme un mécanisme d'apitoiement. Cette vision reflétait ainsi la vision kantienne selon laquelle l'être humain doit se méfier de ses sens et de ses sentiments, car ils faussent la perception rationnelle de la réalité. Selon Seidler (1991), c'était une forme de moralisme. Il propose plutôt une réconciliation de la raison avec la subjectivité.

Le changement exige de mettre fin à ce que l'on attend de soi-même selon les exigences de la conformité sociale : apprendre à confronter les situations et les gens, cesser d'affronter toutes les éventualités comme s'il s'agissait de faire perpétuellement ses preuves. Bien sûr l'intervention psychosociale n'invalide pas ce que nous sommes ou l'importance de nos actes, mais contribue à mettre tout cela en perspective. Ce qui est clair, c'est que les hommes mesurent rarement les conséquences de leur style de vie sur eux-mêmes et les autres. Pourtant, il en va de leur santé mentale et physique.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, l'analyse de Seidler (1992) sur la notion de changement a été examinée à la lumière de son expérience de militant. Il explique que le changement fut longtemps envisagé sous le couvert d'une morale libérale, les individus croyant pouvoir changer par la seule action de leur volonté et de leur détermination, au détriment de leur subjectivité. Il en a souvent résulté des tensions au sein de la « gauche » entre la volonté de changement et les sentiments ressentis par les personnes quant aux gestes concrets considérés plus ou moins adéquats. La gauche préconisait le sentiment de responsabilité à propos

du changement politique, mais niait une partie de l'expérience humaine : la subjectivité.

Cette morale libérale axée sur la volonté et la détermination individuelles a donné naissance à différentes formes de croissance personnelle, comme l'aide humaniste, au fur et à mesure que grandissait le doute relatif aux possibilités de changement personnel et à la volonté d'y parvenir ; au fur et à mesure aussi que les individus devaient composer avec les contradictions des modèles de comportements fortement ancrés dans leur vie. Seidler (1992) fait référence à Foucault (*Histoire de la sexualité*) qui suggérait dans ses derniers écrits que les individus en étaient à *explorer différentes technologies du Moi*. Ce sont différentes approches qui participent au processus permanent de construction du sujet, car elles permettent aux individus de critiquer les mécanismes d'objectivation de leur expérience du monde.

Ce que l'on nomme aujourd'hui la question de soi procède en fait de la dimension cognitive de l'être humain structurellement (sur le plan social et individuel) capable en toute situation de prendre du recul vis-à-vis de lui-même et des événements. Voilà une autre morale qui interpelle, cette fois, la société entière à cause de cet aspect structurel : la justice, les services sociaux et de santé, les services communautaires ou d'entraide ; bref, toute la culture d'aide et de solidarité à l'endroit des personnes en difficulté, du moins au Québec.

Or, comme nous l'avons vu tout au long de ce rapport, des hommes vivent des difficultés personnelles importantes qui questionnent la socialisation masculine, mais également tout le regard que posent les organismes d'aide (institutionnels, communautaires et sur certains points le système judiciaire) sur ces difficultés et la provision des services d'aide. Plus que jamais, nous sommes d'avis que l'une des solutions à apporter devant ce constat, c'est de faire l'effort de questionner les pratiques d'intervention quelles qu'elles soient à la lumière d'une compréhension élargie de la condition masculine et d'apporter des correctifs rapidement. Notre recherche le démontre amplement, comme la littérature scientifique qui s'est nourrie depuis 20 ans déjà de l'expérience de nombreux intervenants qui oeuvrent en ce sens et de la réflexion de psychologues, de psychothérapeutes, d'analystes et de travailleurs sociaux.

Enfin, au moment où le modèle disciplinaire de gestion des conduites (évoqué au chapitre premier) cède devant des normes associées à l'initiative individuelle, qui nous enjoignent de devenir responsable de soi (Ehrenberg, 1998), l'observation de soi-même devient inéluctable. C'est une

nouvelle donne. Non seulement cela vaut-il pour ceux qui cherchent à abandonner une habitude problématique, mais les comportements d'autogestion sont en passe de devenir la norme.

Une des plus hautes missions de l'intervention auprès des clientèles masculines est de mettre à la portée de tous les hommes un savoir et des moyens concrets pour améliorer la gestion de soi et les relations avec autrui, pour recouvrer ainsi une condition plus humaine.





Bibliographie

1. Allen, Jo Ann et Sylvia Gordon. 1990. «Creating a Framework for Change.» In *Men in Therapy. The Challenge of Change*, Meth, Richard L. et Robert S. Pasick dir., New York: The Guilford Press, p. 131-151.
2. Bélanger, Jean et Pierre L'Heureux. 1993. *Nécessité dans l'intervention de reconsidérer les prémisses de départ quant à la nature des hommes*. Conférence donnée par le collectif Coeur-Atout, Montréal: Coeur-Atout, photocopie, p. 1-5.
3. Bélanger, Steven. 1994. «L'épineuse et litigieuse question des rôles distincts et complémentaires du «socio-judiciaire» et du «clinique» dans le processus de «responsabilisation»(?) des conjoints violents.» In *Les aspects cliniques et judiciaires de la responsabilisation des hommes violents en contexte de socio-judiciarisation de la violence conjugale, Actes du Séminaire provincial sur l'intervention sociale auprès des hommes violents, Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (A.R.I.H.V.)* dir., Montréal: A.R.I.H.V., p. 20-37.
4. Bérubé, Jacques. 1997. *Rapport, enquête publique sur les causes et les circonstances des décès Françoise Lirette, Loren Gaumont-Lirette, René Gaumont survenus à Baie-Comeau le 9 septembre 1996*. Sainte-Foy, 68 p.
5. Brooks, Gary R. 1998. *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 262 p.
6. Broué, Jacques et Clément Guévremont. 1994a. «L'aide contrainte», *Probation Québec*. vol. 2, n° 1, Juin, p. 12-15.
7. Broué, Jacques et Clément Guévremont. 1994b. «La résistance des intervenants dans l'accueil et la référence des conjoints violents», *The Social Worker/Le travailleur social*. vol. 62, n° 3, automne, p. 101-103.
8. Bruckner, Debra F. et Peter E. Johnson. 1987. «Treatment for Adult Male Victims of Childhood Sexual Abuse. Special Issue: Child Sexual Abuse», *Social Casework*. vol. 68, n° 2, p. 81-87.
9. Brunel, Marie-Lise. 1987. «Empathie, femmes, féminisme et préférence de genre en psychothérapie», *Revue québécoise de psychologie*. vol. 8, n° 3, p. 89-118.
10. Cadsky, Oto, Karl R. Hanson, Michael Crawford et Coralie Lalonde. 1996. «Attrition from A Male Batterer Treatment Program: Client-Treatment Congruence and Lifestyle Instability», *Violence & Victims*. vol. 11, n° 1, p. 51-64.
11. Canetto, Silvia Sara. 1994. «Gender Issues in the Treatment of Suicidal Individuals», *Death Studies*. vol. 18, n° 5, p. 513-527.
12. Caplan, Tom et Harle Thomas. 1995. «Safety and Comfort, Content and Process: Facilitating Open Group Work with Men Who Batter», *Social Work with Groups*. vol. 18, n° 2-3, p. 33-51.
13. Carlson, Nancy L. 1987. «Woman Therapist: Male Client.» In *Handbook of Counseling & Psychotherapy with Men*, Scher, Murray, Mark Stevens, Glenn Good et Gregg A. Eichenfield dir., Newbury Park, California: Sage Publications, Inc., p. 39-50.
14. Chapleau, Jean. 1998. *Choeur d'hommes*. Texte théâtral. CEGEP de Saint-Hyacinthe.
15. Chesler, Phyllis. 1972. *Woman and Madness*.
16. Cochran, Sam V. et Fredric E. Rabinowitz. 1996. «Men, Loss, and Psychotherapy», *Psychotherapy*. vol. 33, n° 4, p. 593-600.
17. Crowder, Adrienne. 1993. *Quand la porte s'ouvre. Modèle de traitement des personnes de sexe masculin qui ont survécu à l'abus sexuel*. Services à la famille et aux enfants de la région de Waterloo, Kitchener, Ontario: Centre national d'information sur la violence dans la famille, 165 p.
18. Dankwort, J. 1993. *Counsellors' Accounts of Wife Abuse and Their Clinical Practice: Exploring a Controversy*. Thèse de doctorat, École de service social de l'Université de Montréal. Montréal.
19. Dickstein, Leah J., Terry S. Stein, Joseph H. Pleck, Michael F. Myers et al. 1991. «Men's Changing Social Roles in the 1990s: Emerging Issues in the Psychiatric Treatment of Men», *Hospital & Community Psychiatry*. vol. 42, n° 7, p. 701-705.
20. Dion, K. L. 1996. «Ethnolinguistic Correlates of Alexithymia - Toward a Cultural Perspective», *Journal of Psychosomatic Research*. vol. 41, n° 6, p. 531-539.
21. Dorais, Michel. 1992. «Les parcours dynamiques de la sexualité masculine: à partir de l'analyse de la carrière sexuelle de 20 hommes âgés de 20 à 45 ans», *Dissertation Abstracts International*. vol. 52, n° 12, p. 4471-A.
22. Dulac, Germain. 1997. *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille (Université McGill) et AIDRAH, 39 p.
23. Dulac, Germain. 1998a. «L'intervention auprès des pères : des défis pour les intervenants, des gains pour les hommes», *Prisme*. vol. 8, n° 2, p. 190-206.
24. Dulac, Germain. 1994. *Penser le masculin. Essai sur la trajectoire des militants de la condition masculine et paternelle*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture, 149 p.
25. Dulac, Germain avec la collaboration de Johanne Groulx. 1998b. *Paternité travail et société. Les obstacles organisationnels et socioculturels qui empêchent les pères de concilier leurs responsabilités familiales et le travail. Une recension critique des écrits*. Université McGill, Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille, 120 p.
26. Ehrenberg, Alain. 1998. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
27. Eisler, Richard M. et Janice A. Blalock. 1991. «Masculine Gender Role Stress: Implications for the Assessment of Men», *Clinical Psychology Review*. vol. 11, p. 45-60.
28. Erickson, Beth M. 1993a. *Helping Men Change. The Role of the Female Therapist*. Newbury Park: Sage Publications Inc., 470 p.
29. Erickson, Beth M. 1993b. «Pitfalls When Women Work With Men.» In *Helping Men Change. The Role of the Female Therapist*, Erickson, Beth M. dir., Newbury Park: Sage Publications Inc., p. 49-96.
30. Erickson, Beth M. 1993c. «Some Treatment Disappointments.» In *Helping Men Change. The Role of the Female Therapist*, Erickson, Beth M. dir., Newbury Park: Sage Publications Inc., p. 423-442.
31. Femiano, Sam. 1992. «The Function of Affect in Therapy with Men», *The Journal of Men's Studies*. vol. 1, n° 2, p. 117-124.
32. Garfinkel, L. 1967. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
33. Gauthier, Janel. 1999. «L'intelligence émotionnelle», *Interface*. vol. 20, n° 1, p. 28-35.
34. Giddens, Anthony. 1987. *La constitution de la société*. Paris: PUF, 474 p.
35. Good, G. E., John M. Robertson, L. F. Fitzgerald, Mark Stevens et K. M. Bartels. 1996. «The Relation Between Masculine Role Conflict and Psychological Distress in Male University Counseling Center Clients», *Journal of Counseling & Development*. vol. 75, n° 1, p. 44-49.
36. Gornick, Lisa. 1994. «Women Treating Men: Interview Data From Female Psychotherapists», *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. vol. 22, n° 2, p. 231-257.
37. Greenberg, M. S. et D. R. Westcott. 1983. «Indebteness a a Mediator of Reaction to Aid.» In *New Directions in Helping: Recipient reactions to aid*, Fisher, J. D., A. Nadler et B. M. De Paulo dir., New York: Academic Press, p. 85-112.



38. Hansen, Finy J. et Lilian-Jean Reekie. 1990. «Sex Differences in Clinical Judgements of Male and Female Therapists», *Sex Roles*. vol. 23, n° 1-2, p. 51-64.
39. Heesacker, Martin et Shawn Prichard. 1992. «In A Different Voice, Revisited: Men, Women, and Emotion», *Journal of Mental Health Counseling*. vol. 14, n° 3, p. 274-90.
40. Heifner, Christine. 1997. «The Male Experience of Depression», *Perspectives in Psychiatric Care*. vol. 33, n° 2, p. 10-18.
41. Helmeke, Karen L. 1994. «Fostering a Safe Atmosphere: A First Step in Discussing Gender in Family Therapy Training Programs», *Contemporary Family Therapy*. vol. 16, n° 6, p. 503-519.
42. Heppner, P. Paul et Daniel S. Gonzales. 1987. «Men Counseling Men.» *In Handbook of Counseling & Psychotherapy with Men*, Scher, Murray, Mark Stevens, Glenn Good et Gregg A. Eichenfield dir., Newbury Park, California: Sage Publications, Inc., p. 30-38.
43. Hochschild, A. 1989. *The Second Shift*. New York: Viking.
44. Johnson, Mary et Gerald L. Stone. 1989. «Logic Nurture: Gender Differences in Thinking About Psychotherapy», *Professional Psychology - Research & Practice*. vol. 20, n° 2, p. 123-127.
45. Kadushin, A. 1996. «Men in a Women's Profession», *Social Work*. vol. 21, n° 6, p. 440-447.
46. Kelly, Kevin R. et Alex S. Hall. 1992. «Toward a Developmental Model for Counseling Men. Special Issue: Mental Health Counseling for Men», *Journal of Mental Health Counseling*. vol. 14, n° 3, p. 257-273.
47. Kerssens, Jan J., Joziën M. Bensing et Margriet G. Andela. 1997. «Patient Preference for Genders of Health Professionals», *Social Science & Medicine*. vol. 44, n° 10, p. 1531-1540.
48. Kingree, J. B. 1995. «Understanding Gender Differences in Psychosocial Functioning and Treatment Retention», *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. vol. 21, n° 2, p. 267-281.
49. Kinsman, Gary. 1987. *The Regulation of Desire. Sexuality in Canada*. Montreal: Blackcross Book, 233 p.
50. Krugman, Steven. 1995. «Male Development and the Transformation of Shame.» *In A New Psychology of Men*, Levant, Ronald F. et William S. Pollack dir., New York: BasicBooks, p. 91-128.
51. Kus, Robert J. 1989. «Bibliotherapy and Gay American Men of Alcoholics Anonymous», *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*. vol. 1, n° 2, p. 73-86.
52. Labelle, Réal et Richard Boyer. 1998. *Vécu et demande d'aide formelle de 24 suicidants âgés entre 15 et 29 ans*. Rapport de recherche soumis au Conseil permanent de la jeunesse, janvier, p. 39, ISBN : 2-920554-12-3.
53. Lanza Lewis, Marylin, Helene Satz, James Stone et Herbert L. Kayne. 1996. «Developing Psychodynamic Group Treatment Methods for Aggressive Male Inpatients», *Issues in Mental Health Nursing*. vol. 17, n° 5, p. 409-426.
54. Lépine, Reynald. 1985. «Le thérapeute et sa thérapie», *Sociologie et sociétés*. vol. XVII, n° 1, avril, p. 157-161.
55. Leszcz, Molyn, Elaine Feigenbaum, Joel Sadavoy et Ann Robinson. 1985. «A Men's Group: Psychotherapy of Elderly Men», *International Journal of Group Psychotherapy*. vol. 35, n° 2, p. 177-196.
56. Levant, Ronald F. 1992. «Toward the Reconstruction of Masculinity», *Journal of Family Psychology*. vol. 5, n° 3-4, p. 379-402.
57. Lewis, Robert A. 1978. «Emotional Intimacy Among Men», *Journal of Social Issues*. vol. 34, n° 1, p. 108-121.
58. Lisak, David. 1995. «Integrating a Critique of Gender in the Treatment of Male Survivors of Childhood Abuse», *Psychotherapy*. vol. 32, n° 2, p. 258-269.
59. Lukton, Rosemary C. 1992. «Gender as an Element in the Intersubjective Field: The Female Therapist and the Male Patients», *Clinical Social Work Journal*. vol. 20, n° 2, p. 153-167.
60. May, Ron. 1990. «Finding Ourselves: Self-Esteem, Self-Disclosure, and Self Acceptance.» *In Problem Solving Strategies and Interventions for Men in Conflict*, Moore, Dwight et Fred Leafgren dir., Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development, p. 11-22.
61. McCann, Stewart J. H., Leonard L. Stewin et Robert H. Short. 1991. «Sex Differences, Social Desirability, Masculinity, and the Tendency to Worry», *Journal of Genetic Psychology*. vol. 152, n° 3, p. 295-301.
62. Mendell, Dale. 1993. «Supervising Female Therapists: A Comparison of Dynamics While Treating Male and Female Patients», *Psychoanalytic Inquiry*. vol. 13, n° 2, p. 270-285.
63. Nahon, Danielle et Nedra R. Lander. 1992. «A Clinic for Men: Challenging Individual and Social Myths. Special Issue: Mental Health Counseling for Men», *Journal of Mental Health Counseling*. vol. 14, n° 3, p. 405-416.
64. Nelson, Marvin O. 1991. «Another Look at Masculine Protest. Special Issue: «On Beyond Adler», *Individual Psychology. Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*. vol. 47, n° 4, p. 490-497.
65. Newbauer, John F. et Sandra Weaver Hess. 1994. «Treating Sex Offenders and Survivors Conjointly: Gender Issues with Adolescent Boys. Special Issue: Counseling Men», *The Journal for Specialists in Group Work*. vol. 19, n° 2, p. 129-135.
66. Newton, C. R. et Manon Houle. 1993. «Gender Differences in Psychological Response to Infertility Treatment», *The Canadian Journal of Human Sexuality*. vol. 2, n° 3, p. 129-139.
67. O'Neil, James M. 1990. «Assessing Men's Gender Role Conflict.» *In Problem Solving Strategies and Interventions for Men in Conflict*, Moore, Dwight et Fred Leafgren dir., Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development, p. 23-38.
68. O'Neil, James M. 1982. «Gender-Role Conflict and Strain in Men's Lives: Implications for Psychiatrists, Psychologists, and Other Human-Service Providers.» *In Men in Transition. Theory and Therapy*, Solomon, Kenneth et Norman B. Levy dir., New York: Plenum Press, p. 5-44.
69. O'Neil, James M. et Jean Egan. 1992. «Men's Gender Role Transitions Over the Life Span: Transformations and Fears of Femininity. Special Issue: Mental Health Counseling for Men», *Journal of Mental Health Counseling*. vol. 14, n° 3, p. 305-324.
70. Osherson, Samuel et Steven Krugman. 1990. «Men, Shame, and Psychotherapy», *Psychotherapy*. vol. 27, n° 3, p. 327-339.
71. Ouellet, Francine, Marie-Christine Saint-Jacques et Jocelyn Lindsay. 1993. «La violence faite aux femmes en milieu conjugal: une peur qui perdure », *Recherches féministes*. vol. 6, n° 2, p. 39-64.
72. Pasick, Robert, Sylvia Gordon et Richard L. Meth. 1990. «Helping Men Understand Themselves.» *In Men in Therapy. The Challenge of Change*, Meth, Richard L. et Robert S. Pasick dir., New York: The Guilford Press, p. 152-180.
73. Pères à part entière. 1997. *Bulletin de liaison*. Groupe de réflexion sur l'intervention auprès des pères. Montréal.
74. Perreault, Robert, Aude Dufresne et Marie-Claire Laurendeau. 1985. «L'accueil téléphonique dans les Centres de santé mentale : la perspective du consommateur», *Sociologie et sociétés*. vol. XVII, n° 1, avril, p. 83-91.



75. Pieretti, Timothy A. 1996. «A Cognitive-Developmental Approach to Counseling Men», *Journal of Mental Health Counseling*. vol. 18, n° 3, p. 216-227.
76. Pietz, Christina A. et Jimmy P. Mann. 1989. «Importance of Having a Female Cotherapist in a Child Molesters' Group», *Professional Psychology - Research & Practice*. vol. 20, n° 4, p. 265-268.
77. Pollack, William S. 1990. «Men's Development and Psychotherapy: A Psychoanalytic Perspective», *Psychotherapy*. vol. 27, n° 3, p. 316-321.
78. Pollack, William S. 1995. «No Man Is an Island: Toward a New Psychoanalytic Psychology of Men.» In *A New Psychology of Men*, Levant, Ronald F. et William S. Pollack dir., New York: BasicBooks, p. 33-67.
79. Préjean, Marc. 1994. *Sexe et pouvoir. La construction sociale des corps et des émotions*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 193 p.
80. Prochaska, J., J. DiClemente et J. Norcross. 1992. «In Search of how People Change. Applications to Addictive Behaviors», *American Psychologist*. vol. 47, n° 9
81. Quivy, R. et L. Van Campenhoudt. 1989. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
82. Rabinowitz, Fredric E. 1991. «The Male-to-Male Embrace: Breaking the Touch Taboo in A Men's Therapy Group», *Journal of Counseling & Development*. vol. 69, n° 6, p. 574-576.
83. Robertson, John M. et Louise F. Fitzgerald. 1990. «The (Mis)Treatment of Men: Effects of Client Gender Role and Life-Style on Diagnosis and Attribution of Pathology», *Journal of Counseling Psychology*. vol. 37, n° 1, p. 3-9.
84. Robertson, John M. et Louise F. Fitzgerald. 1992. «Overcoming the Masculine Mystique: Preferences for Alternative Forms of Assistance Among Men Who Avoid Counseling», *Journal of Counseling Psychology*. vol. 39, n° 2, p. 240-246.
85. Rowan, John. (Ed.), 1997a. *Healing The Male Psyche. Therapy as initiation*. London and New York: Routledge.
86. Rowan, John. 1997b. «Therapist Consciousness.» In *Healing The Male Psyche. Therapy as initiation*, Rowan, John dir., London and New York: Routledge, p. 245-252.
87. Rowan, John. 1997c. «What Happens in Therapy.» In *Healing The Male Psyche. Therapy as initiation*, Rowan, John dir., London and New York: Routledge, p. 105-132.
88. Rowan, John. 1997d. «What is it with Therapy?» In *Healing The Male Psyche. Therapy as initiation*, Rowan, John dir., London and New York: Routledge, p. 61-78.
89. Salem, Deborah A., G. Anne Bogat et Christina Reid. 1997. «Mutual Help Goes On-Line», *Journal of Community Psychology*. vol. 25, n° 2, p. 189-207.
90. Scher, Murray. 1990. «Effects of Gender Role Incongruities on Men's Experience as Clients in Psychotherapy», *Psychotherapy*. vol. 27, n° 3, p. 322-326.
91. Schneider, Lawrence J. et C. Edward Watkins. 1990. «Perceptions of Therapists as a Function of Professional Fees and Treatment Modalities», *Journal of Clinical Psychology*. vol. 46, n° 6, p. 923-927.
92. Seidler, Victor J. 1990. «Change.» In *Rediscovering Masculinity. Reason, Language, and Sexuality*, Seidler Victor J. dir., New York: Routledge, p. 72-106.
93. Seidler, Victor J. 1992. «Proscript. Men, therapy and politics.» In *Men, Sex and Relationship. Writings from Achilles Heel*, Seidler, Victor J. dir., London: Routledge, p. 235-262.
94. Seidler, Victor J. (Ed.), 1991. *Recreating Sexual Politics. Men, Feminism and Politics*. New York: Routledge.
95. Shay, Joseph J. 1996. «Okay, I'm here, but I'm not Talking! Psychotherapy with the Reluctant Male», *Psychotherapy*. vol. 33, n° 3, p. 503-513.
96. Silverstein, Louise. 1991. «A Case Study of Threatened Violence in the Female Therapist/Male Patient Relationship», *Women & Therapy*. vol. 11, n° 2, p. 13-24.
97. Simoncelli, Diane. 1996. «Les écueils du travail thérapeutique auprès des pères en clinique de pédopsychiatrie», *Intervention*. n° 103, octobre, p. 7-14.
98. Solomon, Kenneth. 1982. «The Masculine Gender Role: Description.» In *Men in Transition. Theory and Therapy*, Solomon, Kenneth et Norman B. Levy dir., New York: Plenum Press, p. 45-76.
99. Suissa, Amnon J. 1998. *Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*. Montréal: Fides, 200 p.
100. Sylvain, C., R. Ladouceur et J. M. Boisvert. 1997. «Cognitive and Behavioral Treatment of Pathological Gambling: A Controlled Study», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. vol. 65, n° 5, p. 727-732.
101. Tremblay, Gilles. 1996. «L'intervention sociale auprès des hommes. Vers un modèle d'intervention s'adressant à des hommes plus traditionnels», *Service social*. vol. 45, n° 2, p. 21-30.
102. Tremblay, Gilles. 1998. «Les méandres de l'identité et de l'orientation sexuelle des hommes», *Sexologie actuelle*. vol. VI, n° 2, p. 9-12.
103. Twohey, Denise et Michael Ewing. 1995. «The Male Voice of Emotional Intimacy», *Journal of Mental Health Counseling*. vol. 17, n° 1, p. 54-62.
104. Welzer Lang, D., P. Dutey et M. Dorais. 1994. *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*. Montréal: VLB.
105. Wilbur, Michael P. et Janice Roberts-Wilbur. 1994. «Group Work with Men's Beliefs. Special Issue: Counseling Men», *The Journal for Specialists in Group Work*. vol. 19, n° 2, p. 65-82.
106. Wilcox, Dan W. et Linda Forrest. 1992. «The Problems of Men and Counseling: Gender Bias or Gender Thruth? Special Issue: Mental Health Counseling for Men», *Journal of Mental Health Counseling*. vol. 14, n° 3, p. 291-304.





G 13,967

E-2971

Ex.2

Dulac, Germain

Groulx, Johanne

Intervenir auprès des clientèles
masculines. Théories et pratiques
Québécoises

DATE

NOM

G 13,967

Ex.2

Une publication de :

AIDRAH (Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes)
3506 rue Université, bureau 106, Montréal, H3A 2A7