



Le vrai visage de la santé masculine

RAPPORT CANADIEN 2025



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH
MOUSTACHES LOVE RESEARCH



Movember s'engage à honorer les communautés autochtones de la Turtle Island [‘Île de la Tortue] en reconnaissant intentionnellement et continuellement les territoires et les peuples avec lesquels nous travaillons, tout en collaborant en partenariat pour la vérité et la réconciliation. Nous reconnaissons et assumons notre propre rôle dans cette démarche et offrons nos ressources pour soutenir l'autodétermination des communautés autochtones. Parallèlement, nous reconnaissons et affirmons les traumatismes et les violences qui ont marqué les communautés autochtones, en particulier les hommes autochtones. Nous nous engageons à travailler en partenariat et dans un esprit de solidarité pour avancer ensemble, avec humilité et respect. Dans le cadre de ses efforts pour aider les hommes à vivre plus longtemps et en meilleure santé, Movember Canada s'engagera et collaborera avec les communautés autochtones afin d'améliorer la santé masculine. Nous sommes ensemble sur cette route.

ŒUVRE COMMANDÉE PAR JACKIE TRAVERSE

À PROPOS DE MOVEMBER

Il y a vingt ans, une idée audacieuse a vu le jour à Melbourne, en Australie, déclenchant un mouvement qui allait transcender les frontières et changer à jamais le visage de la santé masculine. Ce mouvement, connu sous le nom de Movember, a rassemblé des personnes de tous les milieux, suscité des milliards de conversations importantes, permis de récolter des fonds essentiels et brisé le silence qui entourait les questions de santé masculine.

Depuis 2003, nous remettons en question le statu quo, soutenons la recherche sur la santé masculine et transformons la manière dont les services de santé atteignent, répondent aux besoins hommes et les fidélisent aux soins de santé. Nous nous consacrons au cancer de la prostate, au cancer testiculaire, à la santé mentale et à la prévention du suicide avec une détermination sans faille.

Nous avons recueilli plus 1,6 milliards \$ CA pour la santé masculine grâce à une communauté passionnée de supporters Movember à travers le monde. Ces fonds essentiels ont permis de soutenir plus de 1 300 projets liés à la santé masculine dans le monde entier, notamment des centaines d'avancées dans la recherche biomédicale et la création de certains des plus grands registres mondiaux sur le cancer de la prostate, basés sur les expériences réelles de centaines de milliers d'hommes.

Depuis que Movember s'est engagé dans la prévention de la santé mentale et du suicide en 2006, l'organisation a souligné l'importance d'améliorer les liens sociaux, de reconnaître rapidement les problèmes de santé mentale chez les hommes et d'améliorer les compétences des cliniciens pour venir en aide aux hommes en détresse. Nous voulons nous assurer que davantage d'hommes savent quoi faire lorsque des problèmes de santé mentale surviennent et que leurs proches sont mieux préparés à intervenir en cas de besoin.

Movember continuera à soutenir la recherche, les traitements de pointe et les programmes communautaires visant à promouvoir des comportements sains chez les hommes. Nous plaidons en faveur de systèmes de santé inclusifs, adaptés aux besoins spécifiques des hommes, des femmes et des personnes de tous genres issues de milieux culturels très divers. Ce faisant, nous espérons créer un avenir où les obstacles à

une vie saine seront surmontés, la stigmatisation éliminée et où chacun aura les mêmes chances de vivre longtemps et en bonne santé. En améliorant la santé masculine, nous pouvons avoir un impact profondément positif sur les femmes, les familles et la société. Des hommes en meilleure santé, c'est un monde en meilleure santé.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur Movember.com ou contactez advocacy@movember.com.

À PROPOS DE L'INSTITUT POUR LA SANTÉ MASCULINE MOVEMBER

S'appuyant sur 20 ans d'investissement dans la santé physique et mentale des hommes, l'Institut pour la santé masculine Movember s'est fixé des objectifs ambitieux pour améliorer la qualité de vie de millions d'hommes à travers le monde. En réunissant des experts mondiaux en santé masculine, l'Institut vise à accélérer la recherche et à la traduire en résultats concrets et tangibles.

L'Institut pour la santé masculine Movember vise à sensibiliser les décideurs politiques canadiens à la santé masculine afin qu'elle soit considérée comme une priorité à la hauteur de son impact sur la santé publique. En se concentrant sur des domaines critiques tels que la santé mentale des hommes, la prévention du suicide, les cancers de la prostate et testiculaire, et les soins de santé adaptés aux besoins des garçons et des hommes, l'Institut cherche à réduire les facteurs de risque évitables qui contribuent à 77 % des décès chez les hommes et à 54 % des années de vie en bonne santé perdues.¹ Grâce à ces efforts, l'Institut vise à favoriser des progrès durables et à l'échelle mondiale en matière de santé masculine.



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE

À PROPOS DES COAUTEURS DE L'UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE ET NIIGAAN SINCLAIR

Créé en 2003 sous la direction du Dr. John Oliffe, UBC's Men's Health Research program [Programme de recherche sur la santé masculine de l'UBC] est dirigé depuis 2013 par Dr. Nina Gao. Il comprend la directrice de recherche, Nina Gao, ainsi que l'assistant de recherche, Matt Sha. Avec un financement de 45 M\$ CA pour la recherche et plus de 450 publications, l'opportunité de travailler sur *Le Vrai visage de la santé masculine* (rapport canadien 2025) avec Niigaan Sinclair et Movember s'est révélé un moment crucial pour faire une pause, réfléchir et examiner de manière approfondie ce qui est nécessaire pour faire progresser la santé des garçons et des hommes au Canada.

Niigaan Sinclair est un Anishinaabe de la Première Nation de Peguis. Il est un écrivain primé, éditeur et professeur d'études autochtones à l'Université du Manitoba, spécialisé dans la recherche sur les identités, les cultures et la politique autochtones. En 2022, il a été nommé par le magazine *Maclean's* comme l'une des personnes les plus influentes au Canada après avoir été plusieurs fois nommé pour le titre de chroniqueur canadien de l'année (qu'il a remporté en 2018). Ses commentaires sont publiés chaque semaine sur plusieurs plateformes à travers le Canada. Son premier livre, *Wînipêk: Visions of Canada from an Indigenous Centre*² [Wînipêk: Visions du Canada depuis un centre autochtone], a été un best-seller national et a remporté le Prix du Gouverneur général 2024 dans la catégorie non-fiction. Ancien enseignant au secondaire, il a remporté le prix Peace Educator of the Year 2019 décerné par la Peace and Justice Studies Association [l'Association pour l'étude de la paix et de la justice] basée à l'université de Georgetown à Washington, DC.

UNE NOTE SUR LE SOUTIEN AUX AUTRES GENRES DANS LE DOMAINE DES SOINS

Ce rapport se concentre sur les liens entre le genre et la santé. En moyenne, à l'échelle mondiale, les hommes meurent plus jeunes que les femmes, alors que les femmes passent une part beaucoup plus importante de leur vie en mauvaise santé et avec des handicaps par rapport aux hommes. Les personnes transgenres et non binaires ont des résultats en matière de santé disproportionnellement moins bons que ceux de la population générale. Aucun de ces résultats n'est acceptable.

Tout au long de ce rapport, nous mettons en évidence les inégalités en matière de santé auxquelles les hommes sont confrontés. Grâce à de nouvelles recherches, nous examinons également l'impact de la mauvaise santé masculine sur les autres, y compris les femmes. Nous nous appuyons également sur des données qui mettent en évidence les disparités entre les hommes et les femmes en matière de santé afin de broser un tableau plus clair de la santé masculine et de mettre en lumière les coûts économiques de leur mauvaise santé. Toutefois, nous n'abordons pas les coûts économiques liés à la santé des personnes transgenres et non binaires, à la santé des femmes ou aux nombreux domaines dans lesquels la santé des femmes est négligée, comme le sous-diagnostic des maladies coronariennes. Nous reconnaissons et soutenons le travail des leaders dans ces domaines qui militent depuis des décennies pour sensibiliser le public à ces inégalités et à leurs conséquences sur la santé.

Tout comme la campagne Movember a suivi les traces des femmes pionnières qui ont levé des fonds pour la lutte contre le cancer du sein, nous suivons leurs traces et sommes redevables aux femmes et aux défenseurs de la santé des personnes bispirituelles, lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres, queer, intersexuées et autres identités de genre (2SLGBTQI+). Ces défenseurs ont démontré l'importance d'une approche tenant pleinement compte du sexe et du genre. Il n'y a pas de choix binaire en matière de santé liée au genre. Nous espérons nous rallier à d'autres organisations, notamment celles qui défendent la santé des femmes, afin de militer pour la reconnaissance universelle du genre comme déterminant social de la santé et pour la priorisation des investissements dans les soins de santé qui reconnaissent et traitent les inégalités en matière de santé et les besoins divers des femmes, des hommes et des personnes non binaires.

Résumé page 8

Introduction de Chris page 18

Portrait de :
l'état de la santé masculine page 20

Les visages méconnus
de la santé masculine page 58

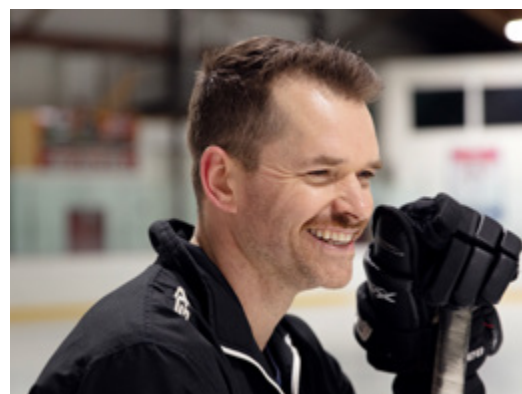
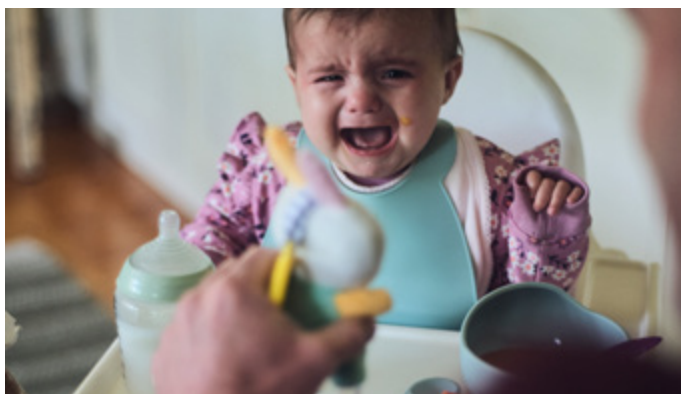
Un portrait plus positif :
ce qui fonctionne
en santé masculine page 80

Une vision d'avenir :
ce que le gouvernement
canadien peut faire page 108

Remerciements page 120

Glossaire page 122

Références page 126



Résumé

Plus de vingt ans de campagne en faveur de la santé masculine nous ont appris que les hommes, et leur entourage, se soucient profondément de la santé masculine, et que chacun a une histoire à raconter.

Nous avons de nombreux et inspirants témoignages d'hommes soutenus et encouragés à prendre en main leur santé et leur bien-être, tant sur le plan social et culturel que physique et mental. Mais nous avons aussi des témoignages d'hommes qui ne connaissent pas leurs risques et ne se sentent pas capables d'agir, qui se sentent impuissants, exclus ou incertains quant au moment et à la manière de parler à un professionnel de la santé, ou qui ont eu une mauvaise expérience lorsqu'ils ont demandé de l'aide. Chaque jour, nous entendons non seulement les hommes eux-mêmes, mais aussi leurs partenaires, leurs familles et leurs amis.

Ces histoires ne sont pas celles d'hommes qui négligent leur santé, mais celles des défis auxquels les hommes sont confrontés et de la manière dont ceux-ci se manifestent lorsqu'il s'agit de demander et d'obtenir de l'aide. Nous devons nous concentrer davantage sur les hommes, en particulier les groupes d'hommes qui subissent plus fortement les inégalités de santé.

Ce rapport inclut intentionnellement les témoignages d'hommes et de leurs partenaires, familles et amis afin d'illustrer et de présenter la santé masculine comme un effort communautaire présentant des avantages sociaux considérables.

Il décrit l'état de la santé masculine au Canada, en abordant les défis et les inégalités actuelles et anciennes, avant de mettre en lumière les visages inattendus de la santé masculine, en se concentrant sur les aidants naturels qui prennent soin des hommes en mauvaise santé. Il présente également des exemples de mesures efficaces en matière de santé masculine, au Canada et à l'international. Le rapport préconise ensuite l'élaboration d'une stratégie nationale pour la santé masculine au Canada et présente trois demandes stratégiques visant à collaborer avec le gouvernement canadien afin d'améliorer la situation actuelle.

PORTRAIT DE : L'ÉTAT DE LA SANTÉ MASCULINE

En 2023, au Canada près de 75 000 hommes sont morts prématurément (c'est-à-dire avant l'âge de 75 ans).³ Cela équivaut à 44 % des hommes décédés au cours de cette période.⁴ Ces décès sont, pour la plupart, évitables.

Les deux principales causes de décès prématuré chez les hommes – les néoplasmes malins (cancer) et les maladies coronariennes – peuvent être réduites grâce au dépistage, à l'amélioration des connaissances des hommes en matière de santé et à leur participation à des services de prévention et à des programmes de promotion de la santé. Par rapport aux femmes, les hommes meurent prématurément 12 % plus souvent d'un cancer et 135 % plus souvent d'une maladie coronarienne.³

Les décès prématurés dus à des accidents (blessures involontaires) sont 153 % plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, ce qui reflète leur exposition plus importante à des professions dangereuses et à des activités à risque.³

De plus, 72 % des décès accidentels par intoxication aux opioïdes et 63 % des hospitalisations accidentelles liées à une intoxication aux opioïdes concernent des hommes.⁵

Le suicide était la quatrième cause de mortalité prématurée chez les hommes et la huitième chez les femmes.³ Les hommes sont près de trois fois plus susceptibles que les femmes de mourir prématurément par suicide.⁶

En 2023, environ 78 000 années de vie potentielles ont été perdues à cause du suicide chez les hommes de moins de 75 ans. En moyenne, cela équivaut à près de 30 années de vie potentiellement perdues pour chaque suicide masculin.⁴ Dans le cas des années de vie perdues à cause du suicide, les hommes autochtones du Canada sont deux à cinq fois plus touchés que les hommes non autochtones.⁷

Le lieu où vivent les hommes est un indicateur important de leur espérance de vie. Les cartes thermiques aux pages 26 et 30 illustrent les nouvelles données produites pour ce rapport, qui comparent la mortalité prématurée dans chaque circonscription électorale fédérale.³



L'institut pour la santé masculine movember a interrogé 1 502 hommes au Canada sur leurs expériences en matière de soins de première ligne. L'échantillon était représentatif de la population nationale. Lorsqu'il s'agit de demander de l'aide pour un problème de santé:

65%

des hommes ont attendu plus de 6 jours après l'apparition des symptômes avant de consulter un médecin.

42%

des hommes ont déclaré que leur professionnel de la santé avait fait preuve de préjugés envers eux en tant qu'homme.

26%

des hommes ont ressenti une certaine stigmatisation en participant à des programmes d'éducation sur la santé (par exemple, informations et programmes sur les modes de vie sains) et ce chiffre est passé à 39 % chez les jeunes hommes âgés de 25 à 34 ans.

**Trop souvent, les obstacles
qui empêchent les hommes de
demander de l'aide sont réduits à
de simples stéréotypes, alors qu'en
réalité, les raisons sont diverses,
complexes et interdépendantes.**

Les normes de genre dans la société canadienne concernant ce que signifie être un homme, ainsi que la manière dont les systèmes de santé comprennent et répondent à ces normes, ont une incidence directe sur les expériences et les comportements des hommes en matière de soins de santé.



54%

des hommes ont déclaré avoir rencontré un ou plusieurs obstacles à une interaction efficace avec les prestataires de soins de santé.

27%

ont déclaré avoir eu des consultations médicales qui leur ont semblé précipitées.

Et seulement:

36%

des hommes ont indiqué que leur professionnel de santé utilisait un langage et des exemples qui leur étaient familiers.

25%

ont indiqué que leur professionnel de santé posait des questions détaillées sur leur mode de vie.

LES VISAGES MÉCONNUS DE LA SANTÉ MASCULINE

La mauvaise santé masculine peut avoir des répercussions profondes et durables sur leur entourage. Le décès d'un homme peut profondément affecter tous ceux qui l'ont connu et les communautés dont il faisait partie.

Les aidants naturels informels pour les hommes font partie des figures inattendues de la santé masculine. Les soins qu'ils prodiguent sont extrêmement importants, et ce travail de soutien peut être intense.

La mauvaise santé des hommes peut également avoir des répercussions économiques directes et indirectes importantes sur les personnes qui s'occupent d'eux, leurs familles et la société en général.

Les conclusions, issues d'une nouvelle étude de modélisation économique de la santé commandée pour ce rapport, indiquent qu'en 2023 seulement, le Canada aurait pu économiser jusqu'à 12,4 milliards \$ CA sur les cas évitables des cinq maladies qui causent le plus grand nombre d'années de vie perdues chez les hommes (à savoir les maladies coronariennes, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), le cancer du poumon, le cancer colorectal et le suicide).⁸ Cela représente environ 3,3 % des dépenses totales prévues en matière de santé au Canada pour 2024 (372 G\$ CA) et permettrait de financer entièrement plus de 12 grands hôpitaux canadiens pendant un an.⁹

Bien que l'on ne puisse pas prévenir toutes les maladies évitables, nos recherches indiquent l'ampleur et l'importance des coûts qui pourraient être économisés grâce à la promotion de la santé, au dépistage précoce et aux interventions de prévention des maladies ciblant ces cinq affections chez les hommes.





Nous avons commandé un nouveau sondage auprès de 1 366 personnes qui prennent soin des hommes afin d'en savoir plus sur leurs expériences. Parmi les personnes sondées:

50%

ont signalé un impact négatif sur leur santé physique

66%

ont signalé un impact négatif sur leur santé mentale

57%

ont signalé un impact négatif sur leur vie sociale

68%

ont signalé une perte de temps personnel

31%

ont déclaré avoir dû quitter ou changer d'emploi, ou réduire leurs heures de travail, pour soutenir l'homme dont ils prennent soin

UN PORTRAIT PLUS POSITIF : CE QUI FONCTIONNE EN SANTÉ MASCULINE

Bien sûr, les hommes se soucient de leur santé, et même si beaucoup d'entre eux sont accompagnés pour prendre soin d'eux-mêmes et vivre des expériences positives avec les services de santé, ils sont encore trop nombreux à se heurter à des obstacles pour y parvenir. Heureusement, il existe des exemples de mesures efficaces pour aider les hommes à surmonter ces obstacles et à améliorer leur santé et leur bien-être.

Movember s'engage à investir dans la santé des garçons et des hommes canadiens. Depuis 2011, nous avons collaboré avec la communauté Movember locale afin de recueillir plus de 330 M\$ CA, avec d'importants investissements dans la promotion de la santé mentale, les programmes d'intervention précoce et de prévention du suicide, dont 107 M\$ CA ont été investis dans des programmes et de la recherche sur le cancer de la prostate, ce qui représente la deuxième contribution la plus importante après celle du gouvernement canadien pendant cette période. Cet investissement nous a fourni des preuves et des informations précieuses sur ce qui fonctionne (et ce qui ne fonctionne pas) en matière de santé masculine. Cela nous a également permis de communiquer avec des hommes dans toute leur diversité sur des questions de santé très variées.

Notre perspective s'appuie sur celles de chercheurs, d'organisations de santé masculine, de défenseurs des droits des personnes bispirituelles, lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres, queer, intersexuées et autres identités (2SLGBTQI+), de militants autochtones et pour la justice raciale, d'organisations de femmes, de gouvernements, d'organisations multilatérales, etc.

Ce rapport présente des exemples de ce que nous savons qui fonctionne dans :

1. **Programmes de promotion de la santé**, y compris ceux qui exploitent l'effet positif puissant du sport sur les garçons et les hommes.
2. **Des soins de santé adaptés aux besoins des hommes**, y compris des services, des dépistages et des examens conçus spécialement pour les hommes.
3. **Compétences des praticiens**, en mettant l'accent sur l'amélioration des compétences du personnel de santé afin qu'il puisse interagir efficacement avec les hommes en matière de soins.
4. **Recherche appliquée**, visant à élaborer, évaluer et mettre en pratique des données probantes qui parviennent et profitent à tous les garçons et à tous les hommes.



UNE VISION D'AVENIR : CE QUE LE GOUVERNEMENT CANADIEN PEUT FAIRE

Bien qu'il y ait beaucoup à faire au Canada, la clé pour promouvoir la santé masculine et lutter contre les inégalités en matière de santé réside dans l'élaboration de politiques et de guides de pratique visant à garantir que les programmes répondent aux besoins des hommes en matière de soins de santé.

DANS CET ESPRIT, MOVEMBER S'ENGAGE À :

S'assurer que tous les garçons et tous les hommes bénéficient d'un soutien, sous forme de politiques, de programmes et de services, pour prendre activement soin de leur santé et du bien-être d'autrui, en mettant particulièrement l'accent sur les groupes qui subissent des inégalités de santé.

Promouvoir la santé mentale des garçons et des hommes et réduire le suicide chez les hommes.

Soutenir la compréhension, la mesure et la promotion de relations saines dans la vie des garçons et des hommes, en tenant compte des expériences spécifiques et contextuelles de groupes culturels et d'identités de genre uniques.

Comprendre et aborder le rôle que joue le genre dans la santé des garçons et des hommes afin de promouvoir la santé familiale et communautaire.

Sur la base des données présentées dans ce rapport et dans le cadre des engagements pris, Movember demande essentiellement au gouvernement fédéral canadien de s'inspirer des pays qui sont à l'avant-garde en matière de stratégies de santé masculine, notamment l'Irlande, l'Australie et l'Angleterre, et :

D'INVESTIR DANS UNE STRATÉGIE NATIONALE CANADIENNE EN MATIÈRE DE SANTÉ MASCULINE AFIN D'AMÉLIORER LES SERVICES, LES SYSTÈMES ET LES POLITIQUES DE SANTÉ

Mettre l'accent sur les politiques sexospécifiques offre l'occasion d'investir dans la santé des garçons et des hommes dans le cadre des stratégies nationales existantes, notamment la Stratégie canadienne sur le tabac,¹⁰ le Plan d'action national pour la prévention du suicide (2024-2027)¹¹ Le Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final¹² et le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le sexe.¹³ Il est important que tous les paliers de gouvernement veillent à ce que les questions de santé qui touchent particulièrement les hommes et présentent des risques spécifiques pour leur santé soient prises en compte dans les politiques, les stratégies et les pratiques afin de répondre aux besoins des garçons et des hommes en matière de soins de santé. Cela créera des répercussions positives, puisque l'analyse comparative entre les sexes plus¹⁴ du Canada sera utilisée pour guider des interventions adaptées qui seront également intégrées dans les organisations afin de sensibiliser le public.¹⁵ Nous demandons également la nomination d'un ministre associé à la santé masculine qui siègera au sein de Femmes et égalité des genres Canada (ou Santé Canada) afin de garantir le leadership du gouvernement central pour inclure la voix des garçons et des hommes dans les politiques de santé.

Cette demande fondamentale s'appuie sur trois demandes politiques spécifiques adressées aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, telles que présentées dans le tableau 1.



TABLEAU 1. DEMANDES DE MOVEMBER
AUX GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Investir dans une Stratégie Nationale pour la Santé Masculine afin d'améliorer les services, les systèmes et les politiques en matière de santé

1. Renforcer les connaissances des hommes en matière de santé mentale, la promotion de la santé et l'engagement envers les services de santé.	1.1 Investir dans les programmes communautaires, notamment dans les domaines du sport, de l'éducation et de l'Internet en ciblant tous les garçons canadiens âgés de 12 à 18 ans, et en accordant la priorité à ceux qui sont confrontés à des inégalités en matière de santé. 1.2 Services de soutien qui favorisent la santé émotionnelle et relationnelle des garçons et des hommes et renforcent leur sentiment d'appartenance afin d'améliorer leur lien social. 1.3 Collaborer avec des hommes autochtones et des hommes issus de communautés marginalisées afin de concevoir conjointement des campagnes de littératie sur la santé mentale masculine qui améliorent l'engagement et les relations positives avec les services et programmes de promotion de la santé, tout en préservant la place centrale de la culture, de la langue et des genres et sexualités traditionnels autochtones.
2. Mettre en place un système de santé et une main-d'œuvre capables d'offrir des programmes et des services destinés aux hommes.	2.1 Évaluer les programmes et services existants qui ont eu un impact tangible à l'échelle du Canada, – notamment la littératie numérique en santé et d'interventions communautaires – afin d'accroître le recours par les hommes aux dépistages médicaux, aux examens de santé et au diagnostic précoce des maladies qui touchent les hommes, de manière disproportionnée notamment, le Virus du papillomavirus humain (VPH) et les cancers de la prostate, de l'intestin et du poumon. 2.2 Mettre en place des politiques de santé publique axées sur la réduction des risques pour la santé masculine, notamment le jeu compulsif, la consommation de substances, les relations intimes difficiles et perturbées et la violence fondée sur le sexe. 2.3 Investir dans un centre de santé masculine pancanadien, doté de centres provinciaux, afin de soutenir la prestation de programmes et de services visant à atteindre, à aider et à maintenir les hommes dans le système de soins. 2.4 Investir dans des programmes de formation complets comme Men in Mind afin de renforcer les connaissances, les compétences et la confiance du personnel de santé pour travailler efficacement avec les hommes. 2.5 Adopter l'appel à l'action n° 22 de la Commission de vérité et réconciliation dans les services de santé afin de « reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et les utiliser dans le traitement des patients autochtones, en collaboration avec les guérisseurs autochtones et les aînés, lorsque les patients autochtones le demandent ». 2.6 Contribution équivalente à l'investissement de Movember de 20,98 millions de dollars canadiens sur cinq ans dans la santé masculine autochtone afin de concevoir et de mettre en œuvre des programmes de soins de santé adaptés aux besoins locaux, garantissant que ces efforts soient communautaires, durables et évolutifs.
3. Faire avancer la recherche afin de cartographier et de mieux répondre à la manière dont les hommes s'engagent dans leur santé et les services de santé	3.1 Jumeler le financement de Movember de 5 ans, 500 k\$ CA dans une recherche à grande échelle, longitudinale et systémique visant à mieux comprendre pourquoi, comment, quand et où diverses populations d'hommes s'engagent dans leur santé et les services . . Faire progresser les politiques, les pratiques et les normes de soins qui répondent aux besoins des garçons et des hommes, 3.2 Publier des résultats ventilés par sexe et par genre afin de rendre compte des initiatives qui parviennent à impliquer et à fidéliser les hommes dans les services de santé et les programmes de promotion de la santé, dans le but de constituer une base empirique permettant d'identifier les possibilités de réduction des coûts et d'orienter les travaux futurs. 3.3 Jumeler l'investissement de l'Institut pour la santé masculine Movember de 1,4 M\$ CA sur trois ans afin de renforcer les données probantes sur les programmes communautaires, de manière à ce que des programmes efficaces puissent être adaptés à s diverses cohortes d'hommes et offrir des options d'expansion en collaboration avec les partenaires gouvernementaux et sectoriels. 3.4 Établir des objectifs mesurables pour identifier et combler les lacunes en matière d'inégalités en santé chez les hommes et les garçons autochtones, publier des rapports d'étape annuels et évaluer les tendances à long terme.

Introduction par Chris

Je m'appelle Chris. J'ai aujourd'hui 44 ans et, quand je repense à ma vie, je me rends compte qu'elle a été marquée par des hauts et des bas imprévisibles, qui m'ont fait prendre conscience de l'importance de connaître et de prêter attention à la santé masculine. Ce fut un parcours fait de résilience, d'épanouissement personnel et de compréhension de ce qui compte vraiment pour les hommes et leur entourage.



En octobre 2013, à l'âge de 32 ans, j'ai reçu un diagnostic de cancer testiculaire. Tout a commencé lorsque j'ai remarqué une masse sur l'un de mes testicules. Mon médecin de famille a d'abord pensé qu'il s'agissait d'un kyste, mais un urologue a confirmé quelques secondes après avoir effectué une échographie qu'il s'agissait d'un cancer. À peine deux semaines plus tard, j'ai subi une intervention chirurgicale d'urgence pour retirer le testicule atteint. Je venais de me fiancer à Maggie (ma femme aujourd'hui) quelques mois auparavant, et tout cela s'est donc produit au milieu de ce qui aurait dû être le plus beau moment de ma vie. Je suis reconnaissant d'avoir su reconnaître les signes d'un changement et d'avoir pu consulter un médecin qui m'a sauvé la vie. Je sais que beaucoup d'hommes n'ont pas cette chance, qu'ils tardent à agir et qu'ils ne seraient pas là aujourd'hui pour raconter leur histoire.

En décembre 2013, cependant, un scanner de contrôle a révélé que le cancer s'était propagé à ma glande surrénale et qu'une partie de mon foie devait être retirée. Le jour de la Saint-Valentin 2014, j'ai subi une nouvelle intervention chirurgicale, au cours de laquelle mon foie et mon rein ont pu être sauvés, mais ma glande surrénale droite a dû être retirée. Heureusement, la tumeur qui l'entourait était bénigne. Mais je me suis retrouvé avec un seul testicule.

Comme si cela ne suffisait pas, en 2020, une autre tumeur a été découverte sur mon testicule restant. J'ai subi une nouvelle intervention chirurgicale en janvier 2020. Ma femme et moi avons commencé à envisager d'avoir un autre enfant. J'ai pu parler à mon équipe médicale de ce qui était important pour ma famille et j'ai fait prélever et conserver mon sperme dans une banque de sperme. Notre premier fils est né en 2017 et nous espérions avoir un deuxième enfant. Après une fécondation in vitro (FIV), en 2021, nous avons eu la chance d'avoir un autre fils, qui aura bientôt 4 ans. Malgré tout, notre famille s'agrandissait et notre vie avait trouvé un équilibre.

Un autre élément déterminant dans mon parcours en matière de santé masculine est le combat de mon père contre le cancer. En 2016, on lui a diagnostiqué un cancer du poumon de stade 4. Le jour où il m'a annoncé la nouvelle est resté gravé dans ma mémoire : c'était la première fois que je voyais mon père pleurer, ce qui était extrêmement rare. Mon père s'est battu avec acharnement pour vivre assez longtemps afin de rencontrer son premier petit-fils, mais il est décédé peu après. Ces moments, empreints de joie et de tristesse, m'ont façonné d'une manière que je n'aurais jamais imaginée.

Tout au long de cette épreuve, certains aspects des soins qui m'ont été prodigués ont fait toute la différence. En tant qu'homme asiatique, j'ai ressenti un sentiment unique de réconfort en sachant que mon médecin de famille et mon chirurgien étaient également des hommes asiatiques et pouvaient communiquer avec moi d'une manière qui m'était familière. Cela m'a permis de me sentir moins isolé et m'a aidé à me sentir compris d'une manière que je n'aurais jamais imaginée. Mon oncologue m'a guidé à travers les changements physiques et émotionnels que j'ai vécus après l'opération. Avec le recul, le fait d'avoir une équipe soignante à l'écoute de mes besoins en tant qu'homme m'a aidé à apaiser la peur et l'incertitude que je ressentais à chaque rendez-vous. Cela m'a rappelé à quel point il est important pour les hommes, en particulier ceux issus de communautés où l'on ne parle pas ouvertement de santé, de se sentir écoutés et soutenus à chaque étape.

Tout au long de cette période, ma santé mentale a été mise à rude épreuve. La culpabilité, l'anxiété et l'inquiétude m'ont rongé. J'ai lutté contre un sentiment d'infériorité, surtout lorsque je réfléchissais à ce que signifiait être un homme. Culturellement, mes parents ont réagi avec réserve à mon cancer : ils n'ont pas exprimé beaucoup d'émotion et n'en ont pas parlé ouvertement. Mais j'ai beaucoup réfléchi sur moi-même et j'ai fini par suivre une thérapie et même une hypnothérapie. Cela m'a aidé à accepter mon parcours et à comprendre ce qui comptait vraiment.

Maggie m'a soutenu tout au long de cette épreuve. Elle était très proche de mon père, et le voir lutter contre le cancer l'a profondément affectée. Elle a également dû subir une FIV pendant la pandémie de la COVID-19, ce qui a rendu cette expérience encore plus isolante. Mais elle est restée à mes côtés, et ensemble, nous avons affronté les hauts et les bas.

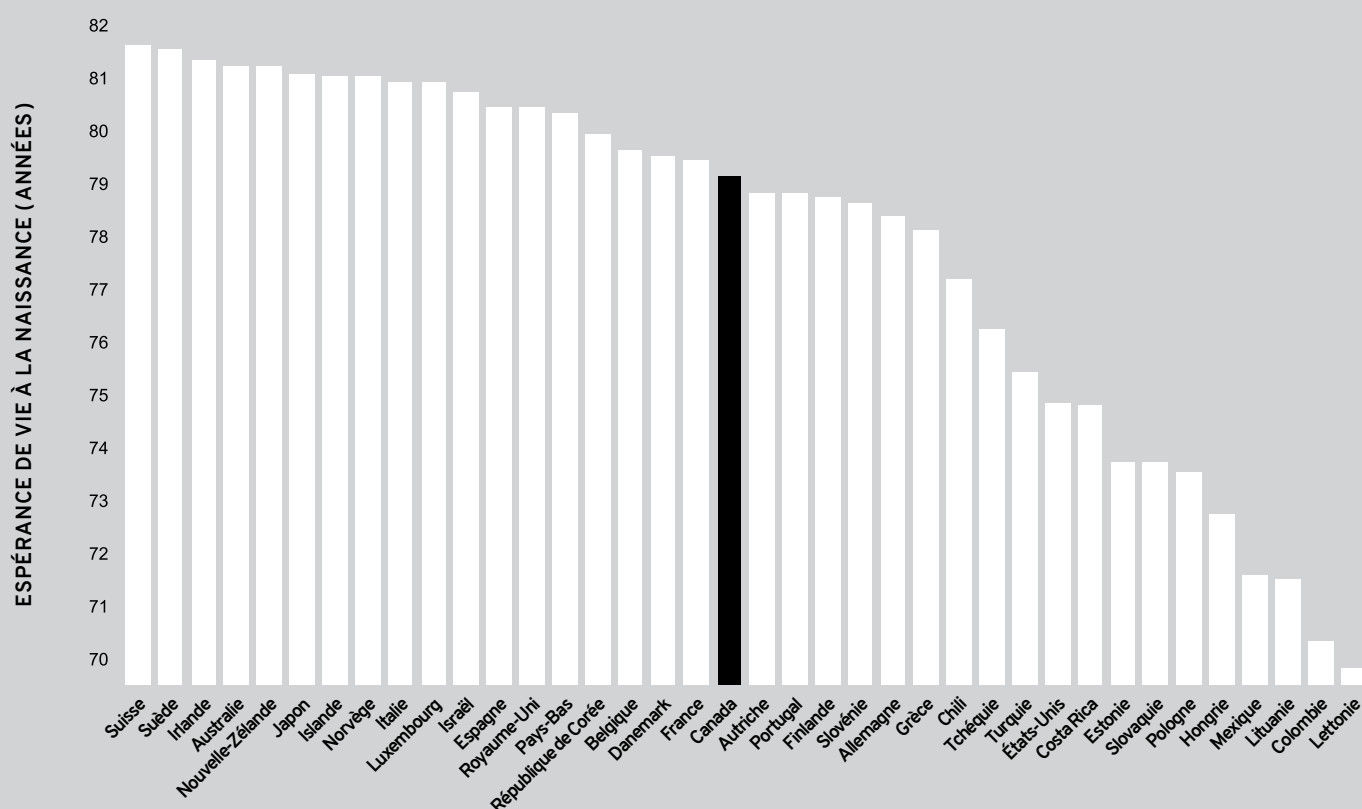
Le cancer a joué un rôle important dans ma vie, mais il m'a aussi ouvert les yeux sur l'importance de la santé mentale. Aujourd'hui, je suis dans la meilleure forme de ma vie. Je me concentre sur ma condition physique, la méditation et mon bien-être général. Ma vie n'est pas parfaite, mais je suis reconnaissant pour chaque moment passé avec ma famille et pour les soins que j'ai reçus. Cela me rappelle que lorsque les hommes comprennent les risques pour leur santé, peuvent en parler à leur médecin et obtenir l'aide dont ils ont besoin, ils peuvent réagir avec résilience, espoir et une bonne santé mentale qui les aident à s'épanouir, quelles que soient les difficultés.

- CHRIS, 44 ANS, ORIGINAIRE DE VANCOUVER

Portrait de: l'état de la santé masculine

Comparativement à de nombreux pays, les hommes vivant au Canada jouissent d'une bonne santé et ont la 19^e espérance de vie la plus élevée parmi les économies développées (Figure 1).¹⁶ Un homme né au Canada entre 2021 et 2023 peut s'attendre à vivre en moyenne jusqu'à l'âge de 79,25 ans.¹⁷ Cela dit, les hommes canadiens vivent 4,5 ans de moins que les femmes.¹⁷ De plus, il existe d'importantes inégalités en matière de santé qui exposent certains groupes d'hommes à un risque élevé de décès prématuré et d'invalidité.⁶

FIGURE 1. ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES
NÉS DANS LES PAYS DE L'OCDE EN 2022¹⁶



Les problèmes de santé touchent de manière inégale les Canadiens, selon leur identité, leur stade de vie et leur lieu de résidence.¹⁸ Les hommes autochtones, en particulier, ont une espérance de vie nettement plus courte que les hommes non autochtones.^{18,19} Plus précisément, entre 2016 et 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 72,8 ans pour les Premières Nations, 78,9 ans pour les Métis et 68,8 ans pour les Inuits, contre 82,7 ans pour les hommes non autochtones.²⁰ De nombreux hommes sont également dépourvus de ressources ou réticents à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin, et lorsqu'ils le font, le système de santé ne répond pas toujours à leurs besoins.^{21,22}

Trop d'hommes meurent trop jeunes

En 2023, près de 75 000 hommes sont morts prématurément au Canada. Cela équivaut à 44 % des hommes décédés au cours de cette période.³ Le taux de mortalité prématurée chez les hommes est 1,4 fois plus élevé, soit 44 % de plus que chez les femmes.³



En 2023, les trois principales causes de mortalité prématurée chez les hommes :

Tumeurs malignes, c'est-à-dire cancers (21 290 hommes)

Les maladies coronariennes (12 495 hommes)

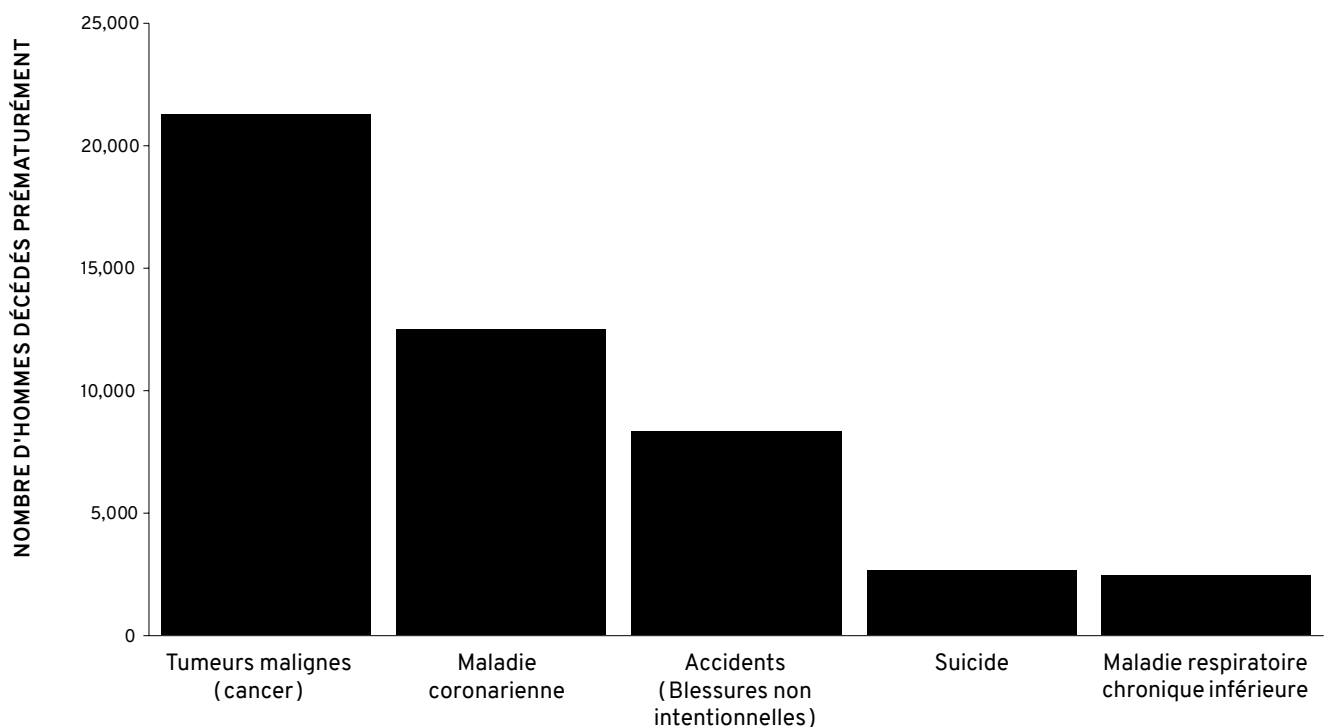
Les accidents (8 340 hommes)

(Figure 2).³

Pour ces trois causes principales, le taux de mortalité était plus élevé chez les hommes et prématurément comparé aux femmes. En particulier 12 % plus souvent du cancer, 135 % plus souvent des maladies coronariennes et 153 % plus souvent d'accidents.³

Ces décès prématurés pourraient être en grande partie évités grâce à des changements de mode de vie (par exemple, réduire la consommation de tabac et d'alcool et améliorer l'alimentation), au dépistage et au diagnostic et traitement précoces, ainsi qu'à des services de promotion de la santé et de prévention des maladies adaptés aux besoins des garçons et des hommes en matière de santé.

FIGURE 2. LES 5 PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES HOMMES AU CANADA EN 2023



Néoplasmes malins (cancer) et maladies coronariennes chez les hommes peuvent être réduits grâce au dépistage, à l'amélioration des connaissances des hommes en matière de santé et à leur participation à des programmes de promotion de la santé et à des services de prévention. Les accidents (blessures involontaires) reflètent l'exposition plus élevée des hommes à des professions dangereuses et à des activités à risque par rapport aux femmes. En outre, entre janvier et septembre 2024, 72 % des décès accidentels par toxicité aux opioïdes et 63 % des hospitalisations accidentelles pour intoxication aux opioïdes concernaient des hommes.⁵

Le suicide était la quatrième cause de mortalité prématurée chez les hommes et la huitième chez les femmes.⁵ Les hommes sont près de trois fois plus susceptibles de mourir prématurément par suicide que les femmes.³

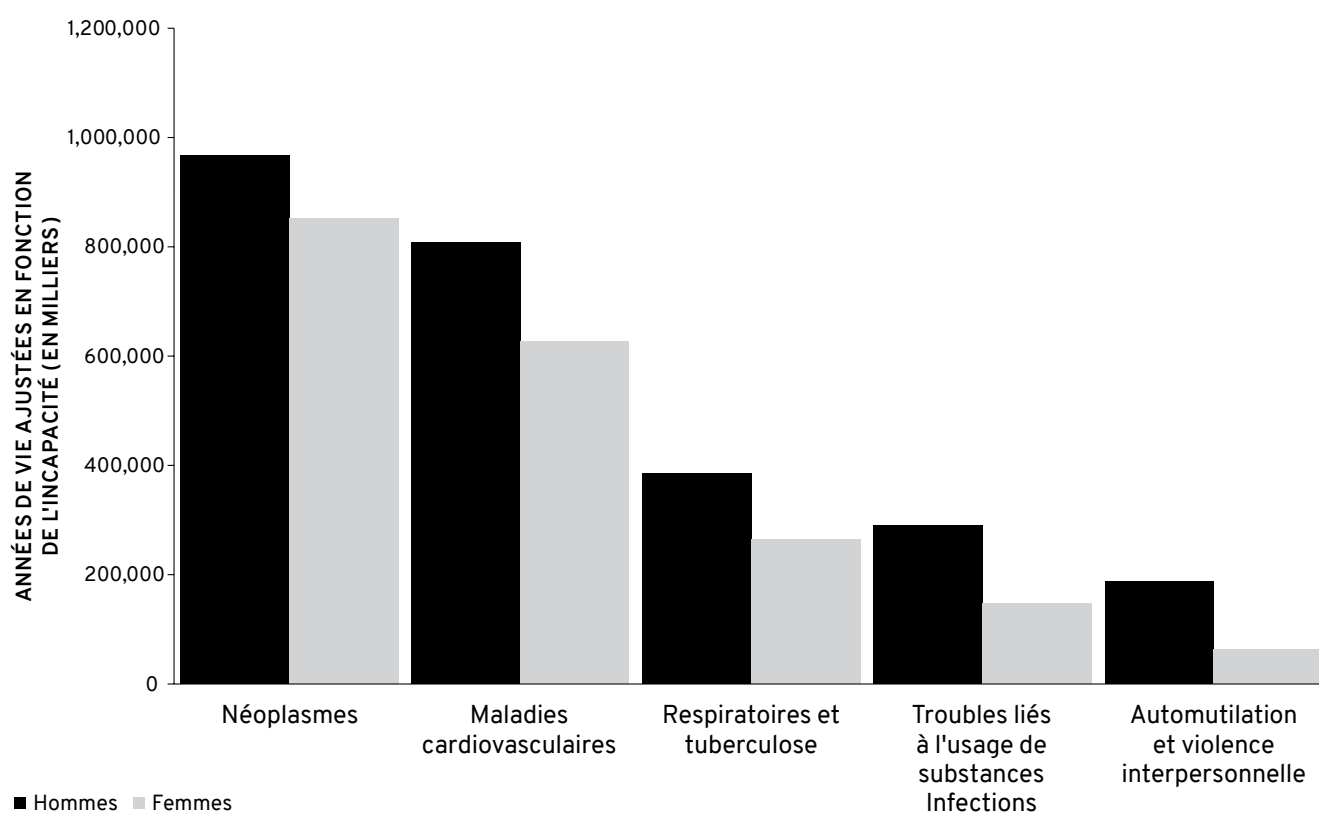
En 2023, environ 78 000 années de vie potentielles ont été perdues à cause du suicide chez les hommes de moins de 75 ans, ce qui équivaut en moyenne à près de 30 années de vie potentielle perdues pour chaque suicide masculin.⁴

Bien qu'il existe de nombreux chemins menant au suicide, les trois facteurs les plus courants associés à la suicidabilité chez les hommes (c'est-à-dire les pensées suicidaires, les projets suicidaires et/ou les tentatives de suicide) sont la consommation d'alcool ou de drogues/dépendance, le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf, et le fait d'avoir reçu un diagnostic de dépression.²³ Si environ le même nombre d'hommes (78 %) et de femmes (74 %) déclarent consommer de l'alcool,²⁴ les hommes, en particulier les jeunes hommes âgés de 18 à 34 ans,²⁵ sont plus susceptibles de boire de l'alcool avec excès.¹² De nombreux hommes s'automédamentent avec de l'alcool pour atténuer leurs symptômes dépressifs, et la consommation d'alcool peut aggraver les relations de couple difficiles et perturbées.²⁶ L'alcool est également un déprimeur connu, qui accentue la dépression et l'anxiété²⁷ tout en renforçant toutes les formes de comportements violents chez les hommes, notamment la violence conjugale (VC) et la violence domestique (VD).²⁸ La combinaison de ces facteurs de risque touche de manière disproportionnée certains sous-groupes d'hommes, notamment les militaires,²⁹ les minorités sexuelles³⁰ et les hommes autochtones.¹⁹

Le taux de mortalité prématurée chez les hommes atteints d'une maladie chronique des voies respiratoires inférieures est associé à leur consommation plus élevée de tabac par rapport aux femmes.³¹ Ces taux plus élevés de tabagisme contribuent à l'apparition d'une bronchopneumopathie chronique obstructive accompagnée d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures, notamment la pneumonie.³²

Les années de vie en bonne santé perdues pour ces causes et celles qui y sont liées sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes (Figure 3).

FIGURE 3. ANNÉES DE VIE DE QUALITÉ PERDUES AU CANADA EN 2021 POUR DIFFÉRENTES CAUSES SELON LE SEXE¹

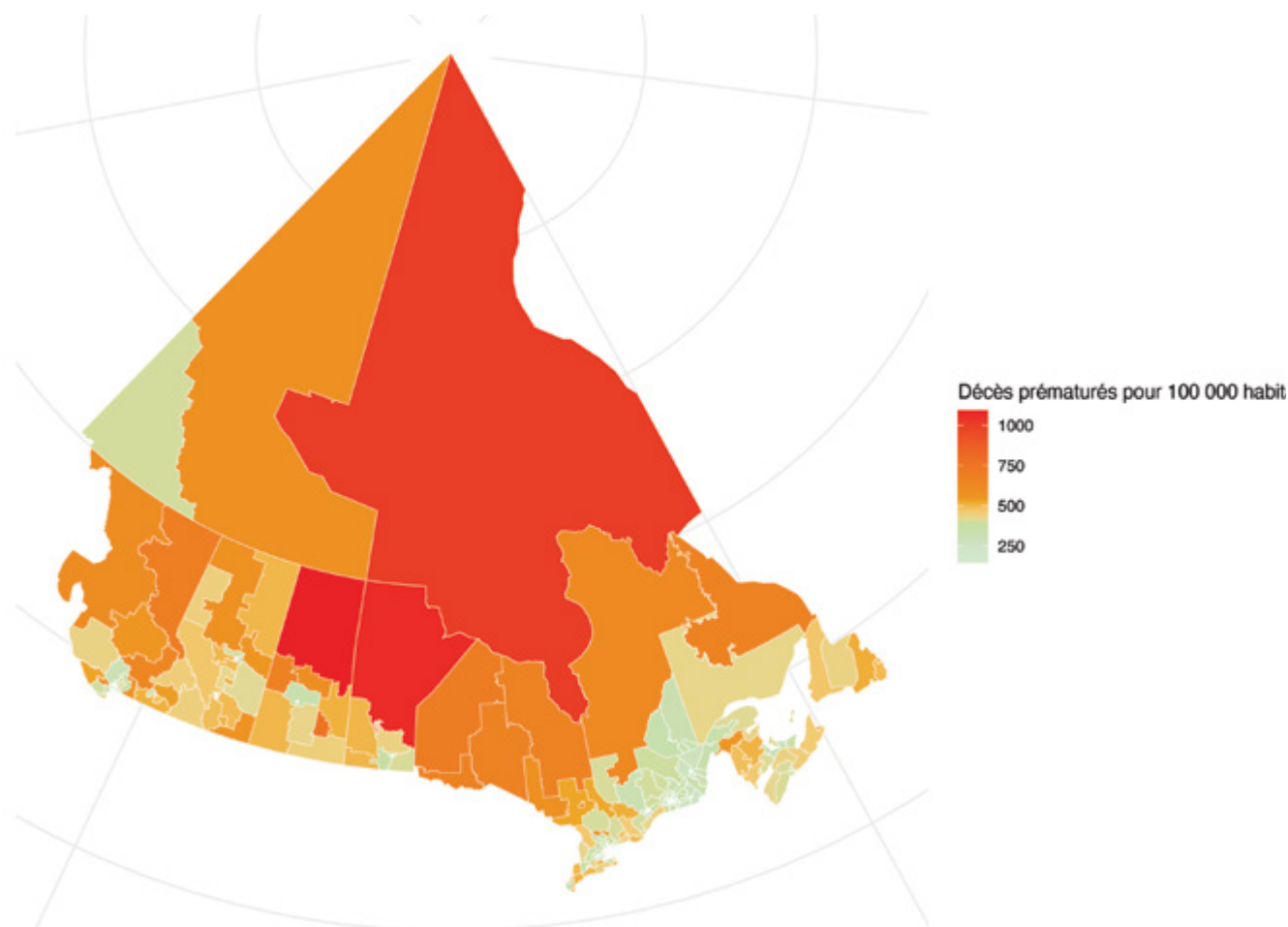


GÉOGRAPHIE ET MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Les taux standardisés selon l'âge de la mortalité prématurée chez les hommes varient considérablement selon la région du Canada. Les cartes thermiques des Figures 4 et 5 montrent que le lieu où les hommes vivent au Canada a une influence sur le risque de décès prématuré chez les hommes.³ La géographie et la santé sont étroitement liées, et le lieu de résidence est un déterminant de la santé qui englobe des facteurs sociaux, économiques, politiques, culturels et environnementaux (construits et naturels) qui doivent être pris en compte de manière approfondie pour promouvoir la santé masculine.³³

Le territoire du Nunavut affiche les taux de mortalité prématurée masculine les plus élevés au Canada. Les hommes vivant au Nunavut ont en moyenne 1,7 fois plus de risques de mourir prématurément que ceux vivant dans les Territoires du Nord-Ouest, qui occupent la deuxième place, et plus de trois fois plus que ceux vivant au Québec, la province qui affiche les taux de mortalité prématurée masculine les plus bas au Canada.³

FIGURE 4. CARTE THERMIQUE DE L'ÂGE – TAUX STANDARDISÉS DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES HOMMES PAR CIRCONSCRIPTION ÉLECTORALE FÉDÉRALE



Données de mortalité de StatCan sur demande personnalisée. Population du recensement de 2021 (limites fédérales de 2023) via le catalogue StatCan # 98-401-X2021029. Standardisation par âge basée sur la population canadienne de 2011.

Provinces et Territoires	Taux standardisé selon l'âge (par 100 000)	IC à 95 %
Nunavut	1,016	(831.0, 1227)
Territoires du Nord-Ouest	587	(481.5, 708)
Saskatchewan	509	(489, 528)
Manitoba	504	(487, 522)
Terre-Neuve et Labrador	493	(467, 519)
Alberta	451	(442, 461)
Nouveau-Brunswick	441	(421, 462)
Nouvelle-Écosse	426	(408, 444)
Colombie-Britannique	419	(410, 427)
Yukon	404	(318.6, 504)
Île-du-Prince-Édouard	398	(356, 444)
Ontario	378	(374, 383)
Québec	326	(321, 331)

Le taux de mortalité prématurée varie considérablement d'une région à l'autre du pays. Si l'on examine les décès dans les circonscriptions électorales fédérales, même après avoir tenu compte des différences d'âge, les hommes vivant dans les 10 circonscriptions où le taux de mortalité prématurée chez les hommes en moyenne, est cinq fois plus susceptibles de mourir prématurément que ceux vivant dans les 10 circonscriptions où ce taux est le plus faible.³ La circonscription électorale fédérale de Desnethé-Missinippi-Churchill River, qui couvre les deux cinquièmes nord de la Saskatchewan, affiche le taux de mortalité prématurée chez les hommes le plus élevé, soit plus de sept fois supérieur à celui des hommes vivant dans la circonscription électorale fédérale de Markham-Unionville, en Ontario, qui affiche le taux le plus bas.³

Les hommes vivant dans les 10 districts présentant les taux de mortalité prématurée les plus élevés sont plus jeunes, , moins favorisé sur le plan socio-économique et connaissent des niveaux d'inégalité de revenus plus importants, vivent dans des zones plus rurales et sont plus susceptibles de déclarer avoir une identité autochtone que les hommes vivant dans les 10 districts présentant les taux de mortalité prématurée les plus faibles.

Il s'agit notamment de facteurs tels que le statut socio-économique, le niveau d'éducation, les caractéristiques du quartier et l'accès aux

soins de santé. Comme on peut le constater, ces déterminants indiquent souvent des regroupements géographiques où les populations défavorisées se concentrent dans des zones spécifiques, créant ainsi des concentrations de mauvais résultats en matière de santé qui se traduisent par des disparités mesurables entre les communautés.³⁴ Cette répartition spatiale des déterminants de la santé suit souvent des schémas historiques de ségrégation et de désinvestissement, ce qui se traduit par des zones et des régions aux ressources limitées qui aggravent les problèmes de santé d'une génération à l'autre.

LES 10 CIRCONSCRIPTIONS ÉLECTORALES FÉDÉRALES AYANT LES TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES HOMMES LES PLUS ÉLEVÉS

Circonscriptions	Taux	95% IC
Desnethé-Missinippi-Churchill River	1093.6	(922.9, 1285.9)
Churchill-Keewatinook Aski	1066.2	(954.8, 1187.0)
Nunavut	1015.8	(831.0, 1227.0)
Vancouver-Est	922.8	(846.0, 1004.6)
Winnipeg-Centre	881.7	(796.3, 973.8)
Edmonton-Centre	858.8	(782.0, 941.0)
Hamilton-Centre	783.7	(714.5, 857.7)
Edmonton Griesbach	768.7	(697.0, 845.8)
Regina-Qu'Appelle	756.2	(674.2, 845.2)
Kenora-Kiiwetinoong	704.4	(611.5, 807.2)

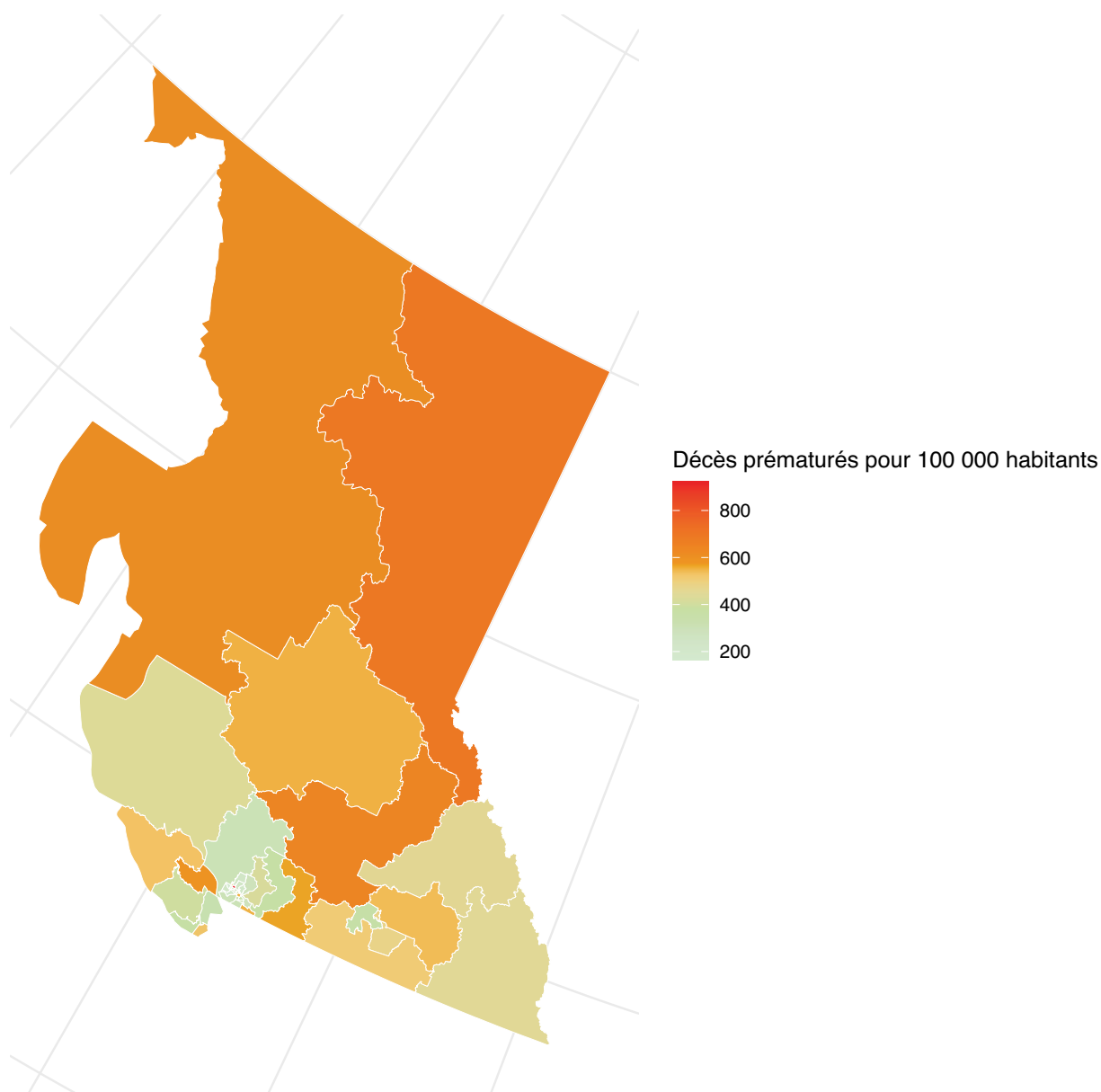


LES 10 CIRCONSCRIPTIONS ÉLECTORALES FÉDÉRALES AYANT LES TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES HOMMES LES PLUS BAS

Circonscriptions	Taux	95% IC
Markham-Unionville	144.5	(115.2, 179.0)
Vancouver Quadra	163.8	(130.3, 203.1)
Markham-Stouffville	166.7	(133.8, 205.1)
Markham-Thornhill	184.7	(151.0, 223.5)
Mississauga-Centre	196.1	(161.5, 235.8)
Mont-Saint-Bruno-L'Acadie	198.7	(163.0, 239.9)
Mississauga-Erin Mills	199.8	(164.1, 241.0)
Lévis-Lotbinière	202.6	(167.8, 242.4)
Thornhill	204.5	(169.7, 244.3)
Vaughan-Woodbridge	205.5	(169.6, 246.8)

Des différences importantes entre les hommes peuvent être observées au sein des provinces et des territoires, ainsi qu'entre des régions voisines. Par exemple, en Colombie-Britannique (C.-B.), la circonscription électorale fédérale où le taux de mortalité prématurée chez les hommes est le plus élevé (Vancouver-Est, 922.8 pour 100 000) est plus de cinq fois et demie supérieur à celui de la circonscription où ce taux est le plus faible (Vancouver Quadra, 163.8 pour 100 000). En substance, des hommes vivant à quelques kilomètres les uns des autres connaissent des taux de mortalité prématurée très différents.³

FIGURE 5. CARTE THERMIQUE DE L'ÂGE – TAUX STANDARDISÉS DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE CHEZ LES HOMMES PAR CIRCONSCRIPTION ÉLECTORALE FÉDÉRALE – COLOMBIE-BRITANNIQUE UNIQUEMENT



Données de mortalité de StatCan sur demande personnalisée. Population du recensement de 2021 (limites fédérales de 2023) via le catalogue StatCan #98-401-X2021029. Standardisation par âge basée sur la population canadienne de 2011.



LES HOMMES ONT UN MODE DE VIE MOINS SAIN ET SONT PLUS SUSCEPTIBLES D'ADOPTER DES COMPORTEMENTS À RISQUE

Au Canada, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de fumer³⁵ et de consommer de l'alcool,³⁶ et moins susceptibles de manger des fruits et des légumes.³⁷ Les hommes ont également une prévalence plus élevée d'obésité et sont plus susceptibles de courir des risques à long terme pour leur santé en raison de leur consommation d'alcool et d'autres substances.³⁸ Tous ces facteurs liés au mode de vie exposent les hommes à un risque plus élevé de décès prématuré et d'invalidité. Les maladies chroniques chez les hommes canadiens âgés de 65 ans et plus sont plus fréquentes que chez les femmes, notamment l'hypertension, les maladies coronariennes, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'insuffisance cardiaque, la goutte et le parkinsonisme.³⁹



Il existe des groupes d'hommes qui sont plus touchés que d'autres

Les défis particuliers et les désavantages en matière de santé auxquels sont confrontés certains groupes d'hommes sont résumés ci-dessous. Les raisons des inégalités en matière de santé chez les hommes sont complexes, et il est nécessaire de disposer de données mieux ventilées pour améliorer notre compréhension.



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE

HOMMES AUTOCHTONES

Depuis plus de deux siècles, les femmes et les hommes autochtones ont subi une avalanche de normes, de codes sociaux et de croyances imposés par les nouveaux arrivants sur leurs territoires, qui ont apporté avec eux des idées hétéronormatives fondées sur les principes judéo-chrétiens. Ces idées ont été transformées en pratiques et en politiques visant à saper les notions traditionnelles de genre et de sexualité, tout en envahissant et en assimilant les communautés et en remodelant les identités.

La Loi sur les Indiens de 1867, par exemple, définissait les hommes comme les seuls détenteurs de droits dans les communautés, propriétaires fonciers et chefs de famille, tout en refusant aux femmes le droit de diriger les communautés, de posséder des terres et des biens matrimoniaux et de décider de l'avenir de leurs enfants. Les normes de genre européennes étaient si profondément ancrées dans le traitement des communautés autochtones que même lorsque la Loi sur les Indiens a été modifiée en 1884 pour permettre aux hommes de léguer leurs biens à leur épouse, celle-ci ne pouvait les recevoir que si l'agent des Indiens jugeait qu'elle était « de bonne moralité ». Les hommes, en revanche, apprenaient que le patriarcat était normal, qu'ils avaient le droit d'agir comme s'ils étaient les seuls à avoir des droits, et ils étaient récompensés lorsqu'ils se comportaient « correctement ».

Cela a conduit des générations d'hommes autochtones à acquérir des privilèges et un pouvoir sur leurs communautés, et à agir en conséquence ou, pire encore, à être punis s'ils résistaient et rejetaient les notions occidentales de virilité. Pour certains hommes, les abus et les traumatismes sont devenus un moyen d'expression, pour d'autres, le travail et l'abandon. Tous les hommes autochtones ont eu besoin d'un long processus de guérison pour devenir les fils, neveux, pères, oncles et grands-pères épanouis qu'ils peuvent être.

En ce qui concerne les données, les hommes autochtones meurent plus jeunes que les hommes non autochtones et vivent plus longtemps avec des maladies débilitantes.⁷ Le fait que le taux de suicide soit nettement plus élevé chez les hommes autochtones que chez les hommes non autochtones est particulièrement préoccupant.⁴⁰ Les données sur la mortalité par suicide indiquent que les hommes autochtones de moins de 30 ans sont particulièrement à risque, représentant jusqu'à 85 % des décès par suicide dans certaines régions, notamment au Labrador.⁴¹ Cette disparité est liée aux déterminants sociaux de la santé et aux désavantages sociaux. La prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité augmente avec le désavantage socio-économique, les hommes en difficulté financière étant moins susceptibles d'avoir accès aux soins de santé.⁴² L'identité culturelle est profondément liée à la santé et au bien-être des hommes autochtones.⁴³ Grâce à des services et des programmes adaptés à la culture⁴⁰ et dirigés par les peuples autochtones, le changement est possible et d'une importance cruciale.⁴⁴

«

Il existe beaucoup de programmes destinés aux femmes, vraiment beaucoup. Nous sommes gâtées. Il y a des groupes de couture, de cuisine, des groupes pour les femmes enceintes, des groupes AA [Alcooliques Anonymes], des groupes NA [Narcotiques Anonymes], etc. Mais rien pour les hommes. Il n'y a littéralement rien pour les hommes. Ils sont livrés à eux-mêmes et doivent se débrouiller seuls.

»

– SARAH, 40 ANS
TRAVAILLEUSE EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE INUITE TRAVAILLANT
SUR LES CÔTES HUDSON ET DE L'UNGAVA AU NUNAVIK.¹⁹

Dans de nombreux milieux, la situation des hommes autochtones est, pour l'essentiel, « invisible ». Si l'attention se porte à juste titre sur les femmes, les aînés et les enfants autochtones, le rôle et la responsabilité des hommes autochtones sont souvent absents, hormis quelques descriptions vagues évoquant leur présence et leur rôle protecteur ou condamnant la violence et leur absence. Le fait que les hommes autochtones aient les pires résultats en matière de santé de tous les groupes au Canada⁷ est bien connu, mais peu abordé. Les programmes destinés aux peuples autochtones offrent peu de possibilités de leadership communautaire. Malgré leurs nombreuses forces et leur résilience, les peuples autochtones continuent de lutter pour être reconnus comme une communauté autodéterminée et décolonisée au sein de la structure nationale.

NIIGAAN SINCLAIR RÉFLÉCHIT SUR LA MASCULINITÉ AUTOCHTONE

Dans de nombreuses cultures autochtones, on peut apprendre tout ce qu'il faut savoir sur la virilité à travers la cérémonie qui consiste à allumer, entretenir et nourrir un feu. Le feu est souvent considéré comme un grand-père ou une autre forme de bienfaiteur sacré. Enseigné par les oncles et les pères à leurs fils et neveux, le processus de construction d'un feu est une cérémonie sacrée qui a lieu pendant l'adolescence. Il s'agit d'un processus complexe qui comprend de nombreuses étapes avant, pendant et après l'allumage du feu. De la préparation à l'accueil, en passant par les chants, l'allumage et l'entretien du feu, cette relation permet d'apprendre la plupart des choses à savoir sur la masculinité autochtone.

Allumer un feu avec une allumette et du bois acheté dans un magasin peut certes vous faire gagner du temps, mais c'est vraiment la façon la plus insignifiante qui soit de faire un feu. Vous n'avez pas ramassé de silex ni d'herbe sèche, vous n'avez pas créé l'étincelle, vous n'avez pas soufflé dessus pour l'attiser ni chanté la chanson d'accueil appropriée, ni placé la jeune flamme à l'endroit idéal dans le petit bois. Pour vraiment nourrir un feu, il faut inviter et accueillir votre grand-père, le mettre à l'aise et prendre soin de lui afin qu'il se sente le bienvenu.

Un feu nécessite de la sensibilité, de l'attention, de l'intérêt, de la patience et de la compréhension. Si vous n'êtes pas attentif, doux et rapide au moment précis où il arrive, il risque de s'éteindre et vous devrez tout recommencer. Vous êtes littéralement paralysé jusqu'à ce que vous appreniez à créer l'espace le plus sain et le plus complet possible pour que ce feu puisse prospérer. Vous ne pouvez pas vous réchauffer, vous ne pouvez pas cuisiner et, en fait, vous ne pouvez pas vraiment continuer à vivre.

Au cas où cela ne serait pas encore clair, faire un feu ne se résume pas à allumer un feu ; c'est devenir un fils, un frère, un père, un oncle et un grand-père. Allumer un feu montre aux hommes Anishinaabeg-inini comment gagner le droit d'appartenir à une famille, à une communauté, à une nation. Être un homme Anishinaabeg implique de construire, d'entretenir et de protéger en permanence les feux qui réchauffent, nourrissent et aident à faire grandir le monde qui vous entoure. Si vous ne construisez pas ces feux, si vous les laissez s'éteindre ou, pire encore, si vous ne les construisez pas, un réseau de relations pourrait se briser, s'affaiblir, voire ne jamais exister.

Ces types de cérémonies ont été interdites, discréditées ou exotisées, ce qui a entraîné la perte de cette

tradition vitale et essentielle chez les hommes autochtones. Cela a provoqué un grand déclin dans l'ensemble des sociétés autochtones. Bien que les nations autochtones soient très complexes, toutes les communautés fonctionnaient selon un ensemble complexe de relations entre les mondes humain, végétal, animal et spirituel dans le cadre de systèmes fondés sur la parenté. Chacun avait des rôles et des responsabilités visant à créer un équilibre, et la santé d'une communauté dépendait de la manière dont chaque membre de la collectivité remplissait son rôle. Les femmes, les enfants, les jeunes, les aînés et les hommes avaient généralement des rôles et des responsabilités distincts et sacrés, et personne n'était considéré comme supérieur à l'autre.

Dans de nombreuses communautés autochtones, c'était généralement aux hommes qu'il incombait de faire vivre la communauté, de subvenir à ses besoins et de la protéger, de toutes les manières possibles. Le recours à la violence était une anomalie, et non la norme. Les compétences diplomatiques, le talent de conteur, la gentillesse et le don de soi étaient bien plus valorisés. Les hommes apportaient également de nombreuses autres contributions, telles que la création artistique, l'enseignement spirituel et le mentorat d'autres membres de la communauté dans les innombrables rôles requis par la société. Les hommes étaient fabricants de raquettes et constructeurs de canoës, guérisseurs et sorciers, chanteurs et danseurs.

Dans le même temps, les contributions des hommes autochtones à la société n'étaient pas figées. Il n'existait pas d'activités exclusivement réservées aux hommes, car tout le monde pouvait faire tout à tout moment. Par ailleurs, il existait des protocoles traditionnels qui exigeaient des hommes qu'ils accomplissent certaines tâches, comme allumer le feu, couper du bois, sculpter certaines sortes de pipes, chanter certaines chansons et porter certains vêtements. Cependant, ces tâches étaient accomplies même en l'absence d'hommes, ce qui montre que la masculinité autochtone ne se réduisait pas à une simple question de biologie ou à un autre essentialisme.

Les « rôles masculins » – ou tout autre rôle dans les sociétés autochtones d'ailleurs – ont donc pour but de préparer le terrain pour l'établissement, le maintien et l'extension de types spécifiques de relations. La vie autochtone est complexe, elle s'inscrit dans le temps, dans l'espace et dans les relations au sein du monde – voire de l'univers – autour des familles, des communautés et des nations. Ce projet vise à suggérer, à esquisser et à employer des méthodes pour recréer et reconstruire ce sens critique de la masculinité chez les hommes autochtones – et peut-être chez tous les hommes – tout en restant convaincu que ce travail est d'une importance capitale non seulement pour les nations autochtones, mais aussi pour le monde entier.

HOMMES ISSUS DE DIVERSITÉS CULTURELLES ET LINGUISTIQUES

Le Canada compte plus de 5 millions d'hommes issus de divers horizons culturels et ethniques.⁴⁵ Les défis en matière de santé touchent également les hommes issus de milieux culturels et linguistiques divers, et bon nombre d'entre eux sont confrontés à des inégalités uniques en matière de santé (p. ex. conditions de vie et de travail, discrimination raciale).⁴⁶

La santé masculine des immigrants est souvent affectée négativement au fil du temps,⁴⁷ et les obstacles à l'accès aux services⁴⁸ chez les hommes sud-asiatiques, chinois et noirs par rapport aux hommes blancs⁴⁹ confirment la nécessité d'une compétence culturelle dans la prestation des soins.⁵⁰ Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes soulignent que la maîtrise limitée de l'anglais est associée à une mauvaise santé auto-déclarée chez les hommes immigrants canadiens.⁵¹ En effet, les hommes immigrants bangladais citent les barrières linguistiques et la méconnaissance du système de santé comme deux obstacles importants à l'accès aux soins primaires.⁵² La stigmatisation liée aux comportements sexuels constitue également un obstacle à l'accès aux soins de santé sexuelle pour les hommes immigrants d'Asie du Sud.^{53,54} L'incidence élevée du VIH et le faible niveau de connaissance du VIH sont évidents chez les hommes noirs canadiens ayant des rapports sexuels avec des hommes.⁵⁵ La promotion de la santé masculine aux immigrants présente des avantages considérables. Par exemple, les immigrants représentent 25 % des 1,9 million de personnes qui travaillent dans le secteur des soins de santé au Canada,⁵⁶ et la santé masculine des immigrants est essentielle pour réduire la demande de services de santé et garantir leur prestation.

VÉTÉRANS DE SEXE MASCULIN

L'Enquête sur la santé des anciens combattants canadiens (ESACC) menée auprès de 2 714 répondants a révélé que 27,3 % des vétérans de sexe masculin ont évalué leur état de santé comme étant passable ou mauvais, 44 % ont déclaré souffrir de maux de dos, 40 % d'arthrite et 36 % d'hypertension.⁷⁶ La santé mentale autoévaluée était passable ou mauvaise pour 20 % des répondants masculins, 17 % d'entre eux déclarant souffrir d'anxiété, 16 % de troubles de l'humeur et 19 % d'avoir déjà eu des pensées suicidaires. Parmi les répondants masculins, 23 % étaient de gros buveurs, 26 % consommaient du cannabis et 12 % fumaient quotidiennement.⁷⁶ Anciens combattants Canada indique que les anciens combattants masculins ont un risque de suicide 36 % plus élevé que les autres hommes.⁷⁷ Les jeunes anciens combattants masculins sont les plus à risque, beaucoup d'entre eux éprouvant des difficultés à se réadapter à la vie civile,⁷⁸ où la solitude, l'aliénation et l'isolement social sont monnaie courante.⁷⁹

ORIENTATION SEXUELLE ET IDENTITÉ DE GENRE

Au Canada, les hommes bispirituels, gays, bisexuels, transgenres et queer (2SGBTQ) courent un risque plus élevé de problèmes de santé, notamment la dépression, l'anxiété et le cancer, que les hommes hétérosexuels.⁵⁷ Les personnes transgenres au Canada sont plus exposées au risque de suicide et deux fois plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires ou de tenter de se suicider que les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles (LGB).⁵⁸ La victimisation, la discrimination et le rejet, associés à un manque de soutien social et d'accès aux soins de santé, ont des effets négatifs sur les hommes 2SGBTQ et contribuent à augmenter leur risque de suicide.⁵⁹⁻⁶³ Il est essentiel de fournir des services et des programmes de santé adaptés afin de réduire ces inégalités.⁶⁴

Parallèlement, depuis plus de trois siècles, les communautés autochtones LGBTQ et bispirituelles subissent également des vagues de haine qui sont matérialisées par des lois, des pratiques et des discours à travers tout le Canada. Bien qu'il soit parfois difficile de distinguer ces violences de celles que subissent toutes les communautés autochtones, les communautés autochtones LGBTQ et bispirituelles ont vécu un ostracisme social et politique spécifique, ainsi que des violences et une effacement. Des lois aux médias en passant par les représentations dans la culture populaire, les identités autochtones LGBTQ et bispirituelles ont été manipulées, déformées et transformées en fantasmes écrits issus du désir des colons. Ces croyances hétéronormatives et fondées sur la peur ont eu un impact sur les traditions autochtones LGBTQ et bispirituelles à travers des croyances rigides définissant ce qui est « normal », « civilisé » et « habituel » en matière de sexualité, créant un sentiment d'altérité qui se manifeste dans des actions légales légiférant sur l'homophobie, la transphobie et la queerphobie systémiques. Ces systèmes ont perpétué la violence à l'égard des personnes autochtones bispirituelles et créé des cycles qui ont sapé les principes communautaires, divisé les familles et les communautés et facilité le génocide des peuples autochtones. Malheureusement, certaines communautés autochtones ont également adopté ces idéologies et perpétuent la violence latérale à l'égard de leurs proches, isolant ainsi les traditions mêmes qui ont constitué le fondement de la souveraineté culturelle et intellectuelle autochtone.

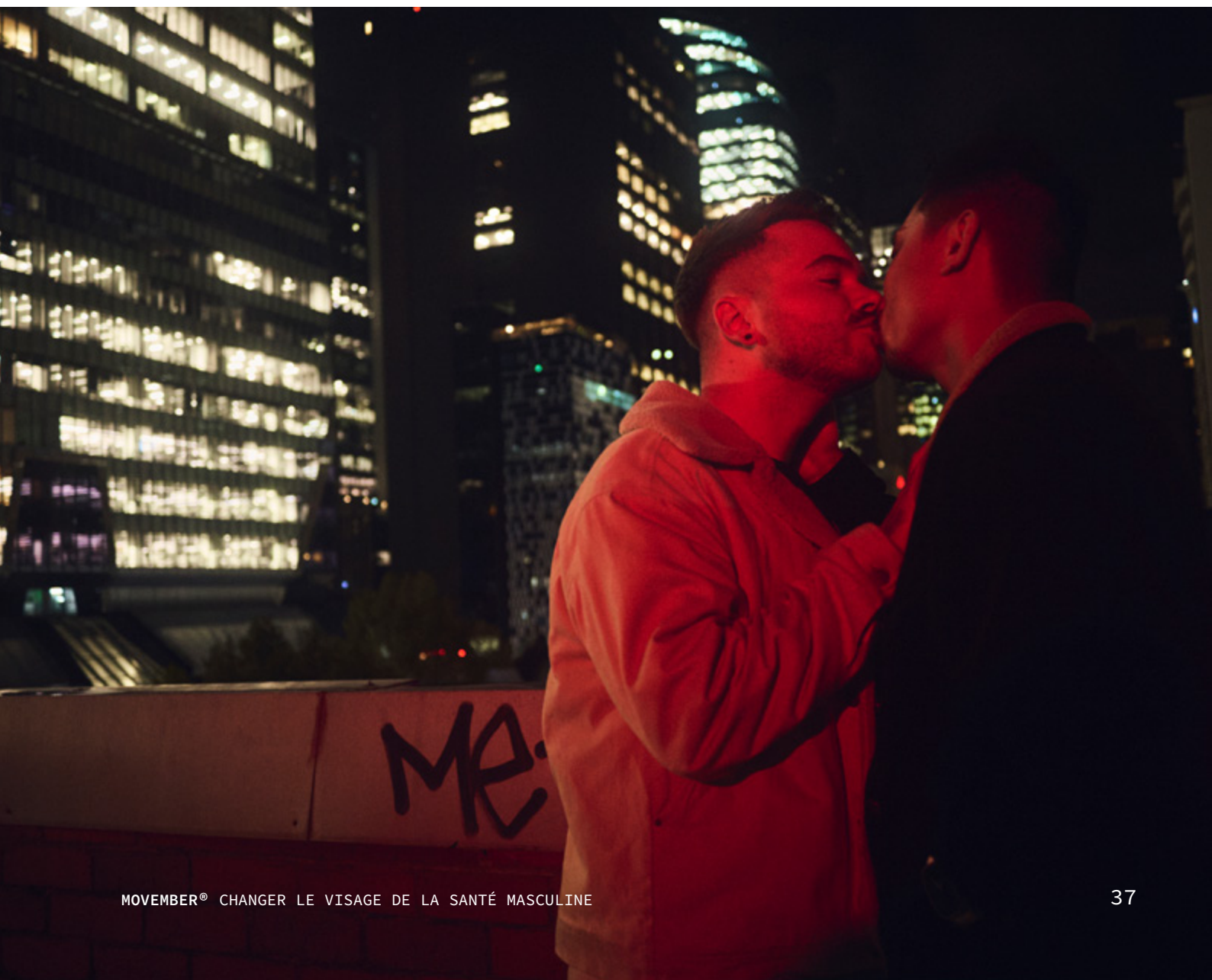


LES HOMMES ISOLÉS SOCIALEMENT ET SOLITAIRES

L'isolement social et la solitude peuvent nuire à la santé mentale et physique des hommes et augmenter leur risque de décès prématuré.^{65,66} La qualité des relations des hommes est essentielle pour réduire la solitude, et les difficultés qu'ils rencontrent pour établir et maintenir des liens sociaux et des relations intimes constituent des facteurs de risque de suicide connus.^{26,67-73} Il est essentiel de renforcer les liens sociaux dans le cadre d'une réponse de santé publique à l'isolement social et à la solitude. Ces efforts doivent se concentrer sur le maintien de programmes communautaires, notamment le soutien entre pairs pour la santé mentale des hommes,⁷² et sur des ressources en amont pour établir de meilleures relations intimes avec le partenaire,⁶⁹ ainsi que sur des services de santé mentale adaptés aux besoins des hommes.^{74,75}

LES HOMMES DANS LE SYSTÈME PÉNAL

Dans l'ensemble, les hommes pris en charge par le système pénal présentent un risque accru de suicide.⁸⁰ Les hommes autochtones dans les établissements correctionnels provinciaux représentent 31,8 % de la population carcérale totale. C'est dans les Prairies que ce pourcentage est le plus élevé, avec 57,4 % de la population carcérale étant autochtone.⁸¹ Une étude a révélé que 11,5 % des suicides chez les hommes âgés de 40 à 64 ans concernaient des personnes ayant eu affaire à la justice pénale.⁸² De plus, 93 % des suicides en prison sont commis par des hommes, et les hommes incarcérés sont trois fois plus susceptibles de se suicider que les hommes dans la population générale.⁸³ D'après les conclusions d'une revue systématique, plusieurs facteurs de risque pouvant être modifiés, notamment le diagnostic psychiatrique, la connaissance par les cliniciens des idées suicidaires des détenus pendant leur période d'incarcération et l'occupation d'une cellule individuelle, peuvent orienter les pratiques visant à réduire le risque de suicide chez les détenus de sexe masculin.⁸⁴



Les hommes sont moins enclins à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin

Les obstacles qui empêchent les hommes de demander de l'aide sont contextuels et divers. Certains hommes choisissent de surveiller eux-mêmes leurs symptômes pendant plus longtemps avant de demander officiellement de l'aide,⁸⁵ tandis que d'autres trouvent les services de santé peu accueillants et peu accommodants.⁸⁶

Les recherches sur les comportements des hommes en matière de recherche d'aide soulignent systématiquement l'influence de leur adhésion aux normes masculines.⁸⁷ Ces normes peuvent être protectrices pour la santé (par exemple, l'intérêt des hommes pour la forme physique et l'alimentation), mais elles peuvent également constituer un risque (par exemple, la consommation d'alcool et de substances) plutôt que de promouvoir la santé masculine.⁸⁸ Plus précisément, les hommes qui valorisent la force et l'autonomie évitent souvent de demander de l'aide, tandis que pour d'autres, leur rôle de protecteur et de pourvoyeur les incite à demander de l'aide afin de rester en bonne santé pour prendre soin des autres.⁸⁹ La maladie mentale est interprétée comme une faiblesse par de nombreux hommes, qui ont souvent tendance à la nier, à la cacher et à s'isoler plutôt que de demander l'aide d'un professionnel.⁹⁰ Dans des cas extrêmes, l'adhésion rigide des hommes à des normes masculines malsaines peut les rendre vulnérables à l'automutilation.⁹¹

LITTÉRATIE EN SANTÉ

Les relations des femmes avec la santé et les soins de santé s'établissent souvent à l'adolescence et, dans de nombreux cas, s'articulent autour de leurs besoins en matière de santé reproductive et sexuelle. Les hommes, en revanche, ont tendance à être éloignés des soins de santé et leurs connaissances en matière de santé sont souvent insuffisantes.⁹²⁻⁹⁴ Les différences entre les sexes en matière de littératie en santé sont influencées par des facteurs socioculturels interdépendants. Par exemple, un faible revenu, un faible niveau d'éducation et le fait de vivre seul sont des facteurs associés à une moindre littératie en santé mentale chez les hommes.⁹³

La littératie en santé peut aider les hommes à accéder à l'information sur la santé, à la comprendre et à recourir aux services de santé en toute confiance. En effet, la littératie en santé est essentielle pour permettre aux hommes de négocier et de s'orienter dans les systèmes et les services de santé.⁹⁵⁻⁹⁹

Le développement et l'usage de la littératie en santé peuvent être freinés par l'alignement des hommes aux normes masculines.¹⁰⁰ La promotion d'une masculinité saine et la mise en valeur des valeurs et des vertus des garçons et des hommes peuvent améliorer leur littératie en santé.^{101,102} Par exemple, dans certains lieux de travail on stigmatise l'absence des hommes pour des raisons familiales, de sorte que les pères qui prennent un congé de paternité sont moins bien perçus,¹⁰³ ce qui réduit le potentiel des rôles paternels contemporains et perpétue le rôle des femmes en tant que principales dispensatrices de soins.

Un faible niveau de littératie en santé est associé à une moindre utilisation des services de dépistage et de soins préventifs, ainsi qu'à une augmentation des hospitalisations, du recours aux soins d'urgence et des taux de mortalité chez les hommes.^{104,105} Il existe d'importantes possibilités de renforcer la littératie en santé masculine grâce à des programmes communautaires de promotion de la santé et à des soutiens informels (par exemple, les amis, la famille et le lieu de travail).^{106,107}

Et lorsque les hommes demandent de l'aide, le système de santé ne répond pas toujours à leurs besoins

Si nous connaissons les obstacles et les facteurs favorables qui influencent le recours des hommes aux soins de santé primaires,⁸⁶ nous en savons beaucoup moins sur les parcours des hommes vers les services de santé mentale, leur interaction avec le système de santé, leur expérience de celui-ci et la manière dont ce dernier y répond.^{40,108}

Cela est particulièrement préoccupant lorsque l'on considère l'expérience des hommes autochtones, qui font face à d'importants obstacles pour accéder à des soins équitables. Dans de nombreux cas, ils sont obligés de quitter leurs communautés isolées pour se rendre dans des centres urbains éloignés afin d'obtenir des services, ce qui représente un fardeau supplémentaire qui perturbe les liens familiaux, culturels et communautaires. À ces difficultés s'ajoute le racisme systémique au sein du système de santé, qui conduit trop souvent à des pratiques fondées sur des préjugés discriminatoires comme le fait de considérer les hommes autochtones comme étant intoxiqués plutôt que de reconnaître leur besoin légitime d'aide.

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi certains hommes n'ont pas accès aux services de santé ou ne sont pas suivis. Celles-ci vont de services mal adaptés aux hommes (par exemple, mauvaise communication ou manque de lien avec les praticiens, discrimination, connaissances insuffisantes des cliniciens sur les questions de santé masculine et absence de services adaptés à la culture) à des facteurs structurels (par exemple, longs délais d'attente, manque de disponibilité des services, mauvaise coordination entre les services, coût, manque de moyens de transport, heures d'ouverture peu pratiques).^{88,109} Pour les communautés autochtones, il s'agit le plus souvent d'un problème d'accès et, lorsque les services sont accessibles, de compétence culturelle des prestataires de soins de santé.



Pour renforcer l'engagement des hommes envers les soins de santé, nous devons mieux équiper les prestataires de services afin qu'ils puissent travailler efficacement avec les hommes.¹¹⁰ Des efforts et des investissements soutenus doivent également être consentis pour mettre en place des services de santé adaptés aux besoins des garçons et des hommes. Les sous-groupes masculins, notamment les autochtones, les noirs et les 2SGBQ, bénéficieront de services inclusifs et tenant compte des traumatismes afin de réduire l'impact des inégalités en matière de santé et d'optimiser leurs résultats.^{55,111,112} Bien sûr, il reste encore beaucoup de recherches à mener, mais il est clair que les hommes ne reçoivent pas toujours le soutien dont ils ont besoin.

Il existe un manque de formation et d'éducation formelles sur la santé masculine pour les professionnels de la santé.¹¹³ Les considérations liées au sexe et au genre dans la prestation des soins de santé n'ont pas été intégrées de manière cohérente et sont souvent totalement absentes des programmes d'études médicales et paramédicales de premier et deuxième cycles,¹¹⁴ ainsi que de la formation professionnelle continue. Cela peut entraver la pratique clinique. Par exemple, des données indiquent que les praticiens en santé mentale sont nettement moins disposés à traiter et à orienter les patients masculins (par rapport aux femmes) présentant des tendances suicidaires, l'autoévaluation de la compétence des praticiens étant le facteur le plus déterminant de ce résultat.¹¹⁵ La situation est légèrement différente pour la formation et l'éducation continue en services sociaux, du moins dans certaines provinces.¹¹³

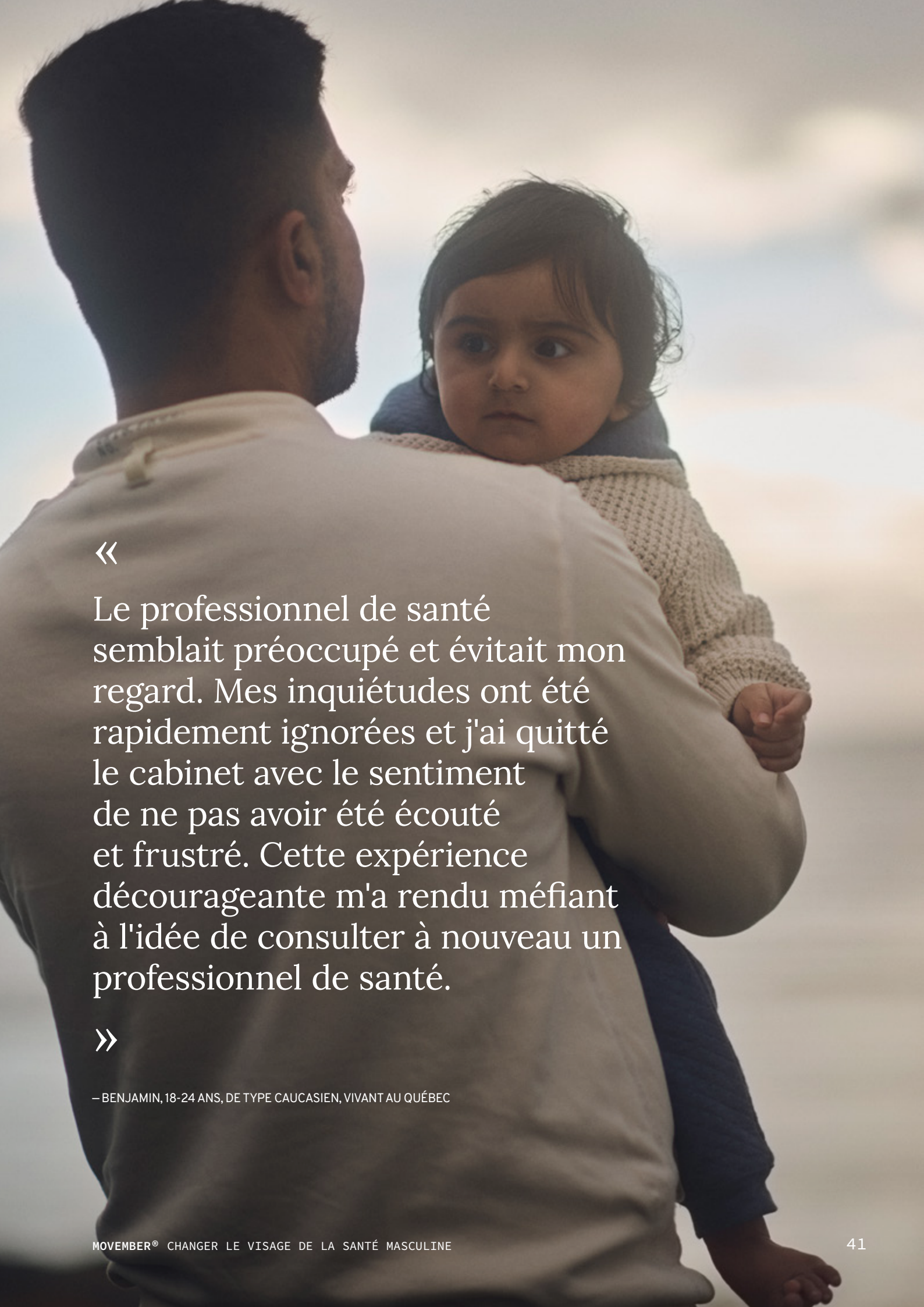


En tant qu'homme, j'ai remarqué que les établissements de santé peuvent parfois sembler moins adaptés à mes besoins, en particulier lorsqu'il s'agit de sujets tels que la santé mentale ou même le bien-être quotidien. Je pense qu'il existe encore une certaine stigmatisation autour des hommes qui parlent ouvertement de leurs problèmes de santé, en particulier lorsqu'il s'agit de bien-être émotionnel ou de recherche d'aide pour des problèmes tels que le stress ou l'anxiété.



— JACKSON, 25-34 ANS, NOIR, VIVANT EN ONTARIO



A photograph of a man with a beard, seen from the back, holding a young child. The man is wearing a light-colored long-sleeved shirt. The child is wearing a blue top and a light-colored knitted sweater. They are looking towards the right against a soft, hazy background.

«

Le professionnel de santé semblait préoccupé et évitait mon regard. Mes inquiétudes ont été rapidement ignorées et j'ai quitté le cabinet avec le sentiment de ne pas avoir été écouté et frustré. Cette expérience décourageante m'a rendu méfiant à l'idée de consulter à nouveau un professionnel de santé.

»

— BENJAMIN, 18-24 ANS, DE TYPE CAUCASIEN, VIVANT AU QUÉBEC

L'INSTITUT POUR LA SANTÉ
MASCULINE MOVEMBER A INTERROGÉ
1 502 HOMMES AU CANADA SUR
LEURS EXPÉRIENCES EN MATIÈRE
DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES.
L'ÉCHANTILLON ÉTAIT REPRÉSENTATIF
DE LA POPULATION NATIONALE.

La plupart des hommes se sentaient
plus ou moins assez confiants quant
à leur compréhension de leur santé,
mais ce n'était pas le cas de tous. Il y a
matière à amélioration, en particulier
chez les plus jeunes hommes.

A photograph of three men in an outdoor setting. On the left, a man is seen in profile, smiling. In the center, a man with a beard and mustache, wearing a dark blue t-shirt, looks towards the camera. On the right, another man with a beard and mustache, wearing a grey t-shirt under a blue button-down shirt, has his arm around the man in the center and is also smiling. The background is slightly blurred, showing some outdoor structures.

1 / 10

des jeunes hommes ne se
sentaient pas confiants dans leurs
compréhension de leur santé



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE

«

Mes amis de sexe masculin sont généralement moins enclins à consulter un médecin si leur état n'est pas grave. La mentalité de « serrer les dents » est très répandue, même chez les personnes qui ne cherchent pas à se montrer particulièrement viriles.

»

— OWEN, 18-24 ANS, DE TYPE CAUCASIEN, VIVANT EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

QUAND IL EST TEMPS DE CHERCHER DE D'AIDE POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ :

65%

des hommes ont attendu plus de 6 jours après l'apparition des symptômes avant de consulter un médecin.

27%

des hommes ont attendu plus d'un mois

9%

des hommes ont attendu plus de 2 ans

Stéréotypes et comportements des hommes en matière de santé

En ce qui concerne les déclarations sur les attitudes et les comportements stéréotypés des hommes en matière de santé, environ la moitié des hommes interrogés ont déclaré être d'accord avec les affirmations suivantes:

Les hommes sont moins susceptibles que les femmes de suivre les conseils médicaux (51%), et

Il est normal que les hommes évitent les examens de santé réguliers (45%) (Figure 6).

Les hommes sont moins enclins à croire aux stéréotypes sur la santé mentale masculine, mais ces croyances persistent chez certains hommes:

36% sont d'accord pour dire que supporter la douleur sans aide est une attitude « masculine »

18% pensent que les hommes sont moins susceptibles que les femmes de souffrir de dépression

21% estiment que les hommes ont moins besoin d'aide en matière de santé mentale que les femmes

41% sont d'accord pour dire que la santé masculine n'est pas prise aussi au sérieux que la santé féminine

Ces points de vue peuvent inciter les hommes à retarder le moment où ils demandent de l'aide, par crainte d'être perçus comme faibles ou de faire perdre du temps aux professionnels de la santé.

61% des hommes estimaient que les stéréotypes masculins (par exemple, « endurer de façon excessive ») avaient une influence négative sur leurs comportements en matière de santé et leurs expériences dans les établissements de santé. Cela était particulièrement vrai pour certains groupes, notamment:

Hommes des Premières Nations (74%)

Hommes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ou n'ayant pas obtenu de diplôme équivalent (72%)

Hommes âgés de 18 à 34 ans (70%)

Hommes d'origine sud-asiatique (69%)

Hommes souffrant d'un trouble de santé mentale (69%)

«

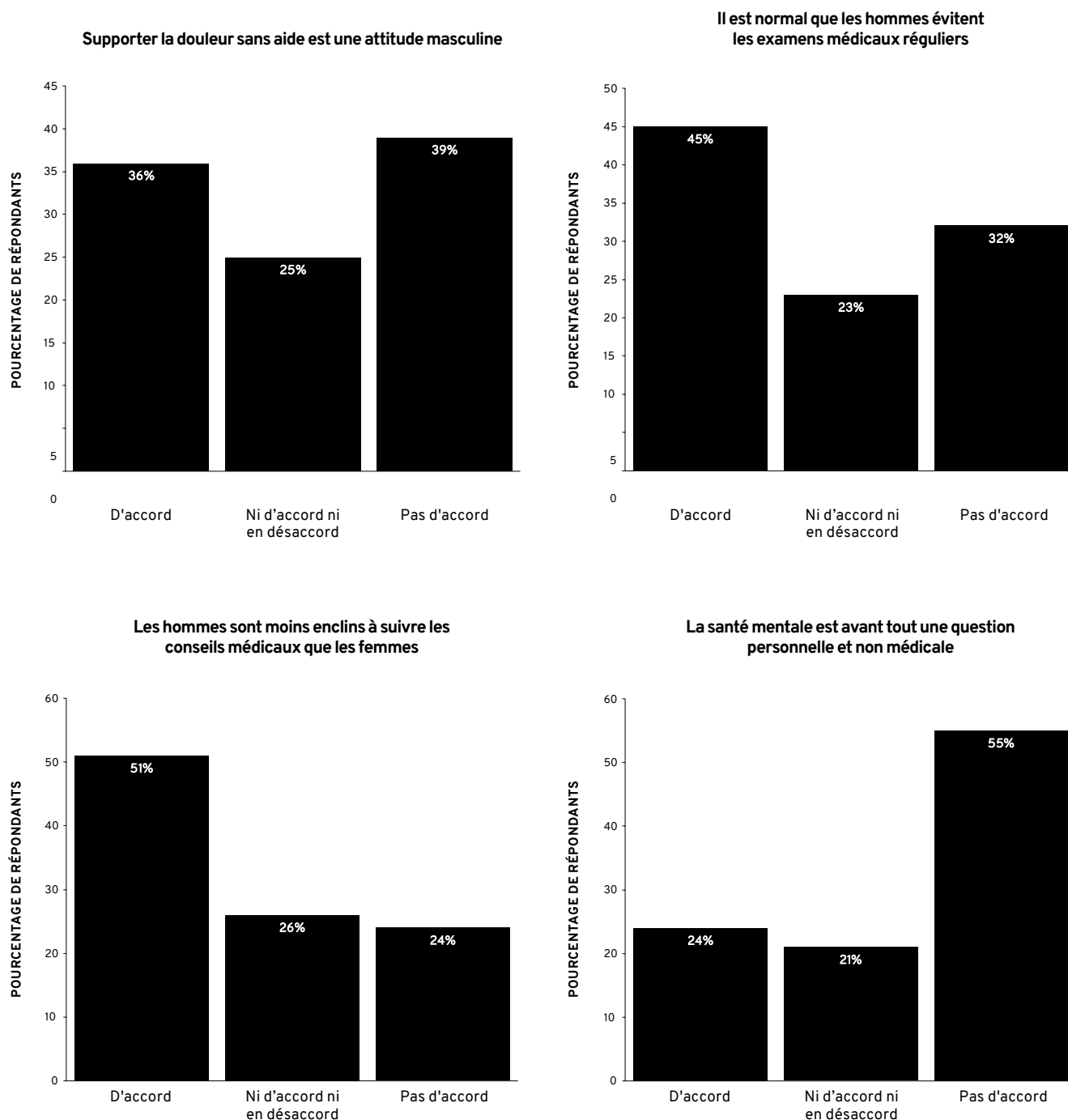
Pour moi, c'est difficile de m'ouvrir, ça m'a pris 5 ans avant de parler à mon médecin de mes problèmes de santé mentale. Certains hommes aiment se donner des airs de durs, mais ils ne devraient pas.

»

— HENRY, AGE 45-54, CAUCASIAN, LIVING IN ONTARIO



FIGURE 6. RÉSULTATS DU SONDAGE : OPINIONS DES PERSONNES INTERROGÉES SUR LES HOMMES ET LEUR SANTÉ



Stéréotypes, préjugés et interactions dans le domaine des soins de santé

Lorsque les hommes cherchent de l'aide, trop souvent, le système de santé ne répond pas adéquatement à leurs besoins.



42%

des hommes ont déclaré que leur professionnel de la santé avait fait preuve de préjugé à leur égard en raison de leur sexe.

Dans certains sous-groupes, ce préjugé sexiste était plus marqué. Il s'agissait notamment:

62 % des hommes arabes

58 % des hommes des Premières Nations

53 % des hommes d'origine sud-asiatique

52 % des hommes âgés de 18 à 34 ans

51 % des hommes vivant au Québec

51 % des étudiants de sexe masculin

«

Mes amis de sexe masculin sont La psychiatre était plus préoccupée par la réduction de ma médication et par sa propre protection que par la compréhension des raisons pour lesquelles je prenais ces médicaments. Je me sens jugé uniquement sur la base de la quantité de médicaments que je prends et, par conséquent, traité comme un toxicomane. J'ai souvent l'impression qu'en tant qu'homme, j'ai l'air de me plaindre de tout et de trouver des excuses. En gros, je ne pense pas qu'on me prenne au sérieux.

»

— LIAM, 45-54 ANS, CAUCASIEN, VIVANT AU QUÉBEC

«

La communication est importante et je pense que les questions concernant votre état de santé général et votre mode de vie sont plus importantes que celles qui portent uniquement sur un problème ou une préoccupation immédiate... Je n'ai jamais eu de médecin ou de professionnel de la santé qui m'ait posé des questions sur ma santé mentale.

»

— OLIVER, 35-44 ANS, PREMIÈRES NATIONS, VIVANT EN ONTARIO

26%

des hommes dans l'ensemble ont ressenti une stigmatisation lorsqu'ils participaient à des programmes d'éducation sur la santé (par exemple, informations et programmes sur les modes de vie sains), et ce chiffre est passé à 39 % chez les jeunes hommes âgés de 25 à 34 ans.

Environ la moitié des hommes (51 %) estimaient qu'il était important qu'un professionnel de santé écoute activement leurs préoccupations ; et 57 % ont déclaré avoir vécu cette expérience de manière positive (Figure 7). Les sous-groupes d'hommes les moins susceptibles de déclarer avoir été écoutés activement par les professionnels de la santé étaient les suivants :

Hommes d'Asie du Sud-Est (48 %)

Hommes bisexuels (48 %)

Hommes étudiants à temps plein (47 %)

Parmi les hommes qui ont consulté un professionnel de santé dès l'apparition des premiers symptômes, seuls 48 % ont déclaré avoir eu le sentiment d'être écoutés attentivement au sujet de leurs préoccupations en matière de santé, une expérience qui peut potentiellement les dissuader de demander de l'aide à l'avenir. Lorsqu'ils présentaient des symptômes persistants ou graves, respectivement 57 % et 50 % ont déclaré avoir été écoutés attentivement par leur professionnel de santé.

Les éléments positifs des interactions en matière de santé masculine (Figure 7) comprenaient :

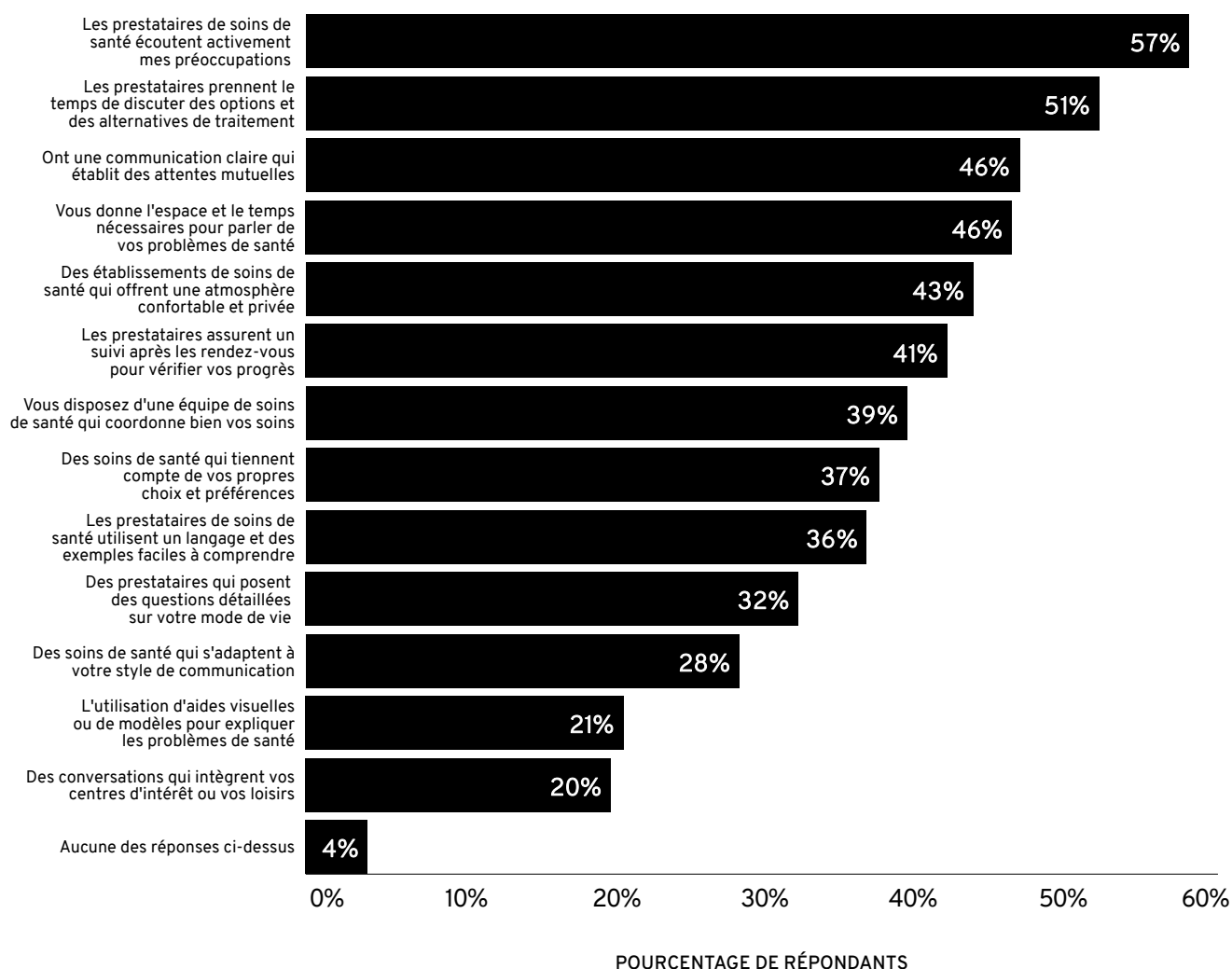
51 % ont indiqué que les prestataires de soins de santé avaient pris le temps de discuter des options et des alternatives de traitement

46 % ont déclaré avoir eu une communication claire avec les prestataires de soins de santé pour établir des attentes mutuelles

46 % ont indiqué avoir eu l'espace et le temps nécessaires pour parler de leurs problèmes de santé



RÉSULTATS DU SONDAGE : POURCENTAGE D'HOMMES AYANT VÉCU DES ÉLÉMENTS POSITIFS DANS L'ENGAGEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (PENDANT LES INTERACTIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)





Le sondage a révélé que la première expérience avec le système de santé a une incidence profonde sur la volonté des hommes d'y recourir à nouveau et que les expériences négatives les dissuadent de demander de l'aide à l'avenir :

67% des hommes qui se sont déclarés satisfaits lors de leur première rencontre affirment qu'ils seront plus enclins à demander de l'aide à l'avenir s'ils en ont besoin, contre seulement 26% de ceux qui se sont déclarés insatisfaits.

54%

des hommes ont déclaré avoir rencontré un ou plusieurs obstacles à une interaction efficace avec les prestataires de soins de santé.

27%

ont déclaré avoir eu des consultations médicales qui leur ont semblé précipitées.

14%

estimaient que leur professionnel de la santé avait négligé ou minimisé leurs préoccupations en matière de santé.

15%

ont estimé que la communication dont ils ont fait l'objet lors d'une consultation médicale manquait d'empathie ou de connexion.

15%

ont eu du mal à exprimer la gravité de leurs problèmes de santé ou de leurs symptômes.



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE

Les jeunes hommes, les hommes homosexuels et bisexuels, les hommes d'origine sud-asiatique et noire, ainsi que ceux qui ont déclaré souffrir d'un trouble mental étaient plus susceptibles que l'ensemble des hommes de rencontrer des obstacles pour consulter efficacement leur prestataire de soins de santé. Ces différences sont minimales, mais importantes. Par exemple, chez les hommes âgés de 18 à 34 ans :

20 % ont déclaré avoir des difficultés à exprimer la gravité de leurs problèmes de santé ou de leurs symptômes (contre 15 % des hommes dans l'ensemble)

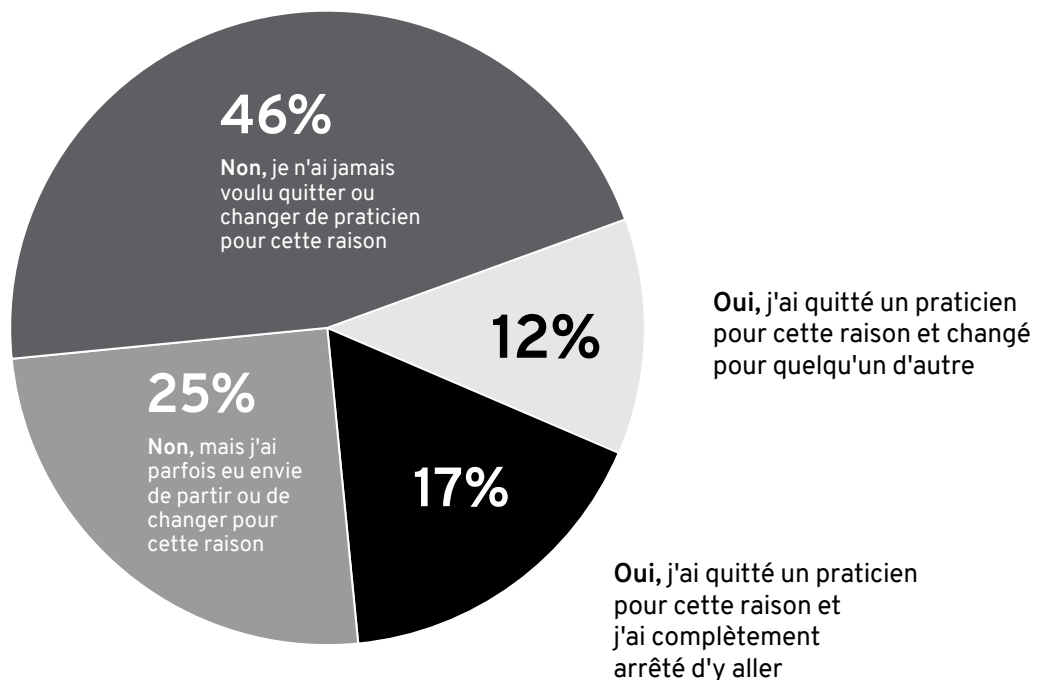
19 % ont déclaré que leurs professionnels de la santé négligeaient ou minimisaient leurs préoccupations en matière de santé (contre 14 %)

17 % ont déclaré se sentir jugés par leurs professionnels de la santé (contre 12 %)

14 % ont déclaré se sentir incompris en tant qu'homme (contre 9 %)

De nombreux hommes ont eu du mal à établir des relations significatives avec leurs professionnels de la santé, 54 % d'entre eux déclarant avoir eu envie de changer de praticien ou l'avoir fait en raison d'un manque de connexion personnelle (Figure 8).

FIGURE 8. RÉSULTATS DU SONDAGE : POURCENTAGE D'HOMMES QUI ONT EU ENVIE DE QUITTER UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ET CEUX QUI N'EN AVAIT PAS EU ENVIE OU QUI L'ONT FAIT EN RAISON D'UN MANQUE DE CONNEXION PERSONNELLE



«

Mon médecin généraliste a semblé diagnostiquer rapidement ma dépression, a recherché des médicaments sur Google et m'en a proposé quelques-uns que je pouvais essayer, mais j'ai eu l'impression qu'il ne m'offrait pas beaucoup de conseils. Je me sens toujours pressé lorsque je consulte mon médecin. J'ai l'impression qu'il se dépêche et qu'il veut passer au patient suivant, et je trouve que ce n'est pas très personnalisé.

»

— GRAYSON, ÂGE 25-34, CAUCASIEN, VIVANT EN ONTARIO



Les praticiens ne posent pas systématiquement de questions introductives lors des consultations afin d'encourager les hommes à partager leurs préoccupations et à s'ouvrir. Ce sont autant d'occasions manquées de tirer pleinement parti de chaque contact avec les hommes dans le domaine de la santé.

28 % des hommes ont déclaré que leur professionnel de la santé ne leur posait jamais ou rarement des questions sur d'autres aspects de leur vie personnelle et sociale susceptibles d'avoir une incidence sur leur santé.

21 % des hommes ont déclaré que leur professionnel de la santé ne leur posait jamais ou rarement des questions sur d'autres problèmes de santé que ceux pour lesquels ils consultaient.

Enfin, le sondage révèle que les hommes ont des expériences diverses en matière de soins de santé en fonction de leur état de santé particulier.

Après avoir consulté leur prestataire de soins de santé, les hommes atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap sont plus susceptibles de ressentir:

Démunis
(34 % contre 13 % de l'ensemble des hommes)

Stressés
(33 % contre 14 %)

Inquiets
(32 % contre 13 %)

Découragés
(27 % contre 11 %)

Ignorés
(22 % contre 8 %)

Méprisés
(21 % contre 9 %)

Incompris
(20 % contre 9 %)

Insatisfait
(20 % contre 10 %)

Confus
(19 % contre 7 %)

Non respecté
(13 % contre 6 %)



Les hommes métis sont plus susceptibles de se sentir:

Confus

(15% contre 7% de l'ensemble des hommes)

Inquiets

(27% contre 13%)

Rejetés

(16% contre 9%)

- ce qui donne à de nombreux hommes métis le sentiment que le système de santé n'est ni sûr ni accueillant.

Parmi d'autres différences notables dans les expériences vécues par certains groupes d'hommes, on peut citer :

27%

des hommes travailleurs autonomes ont jugé médiocres les aspects logistiques des établissements de santé (par exemple, la facilité de prise de rendez-vous, l'accès au site et au bâtiment, la clarté des procédures relatives aux rendez-vous, aux examens ou aux reports de rendez-vous), contre 16 % de l'ensemble des hommes.

23%

des hommes homosexuels et 21 % des hommes bisexuels sont plus susceptibles de se sentir stressés (contre 14%).

21%

des hommes âgés de 18 à 24 ans sont plus susceptibles de se sentir stressés (contre 14 %)

17%

des hommes retraités et 14 % des travailleurs autonomes sont plus susceptibles que l'ensemble des hommes (9 %) de se sentir rejetés.

13%

Les hommes bisexuels sont également plus susceptibles de se sentir non-respectés (contre 6 %)

Conclusion: l'état de la santé masculine

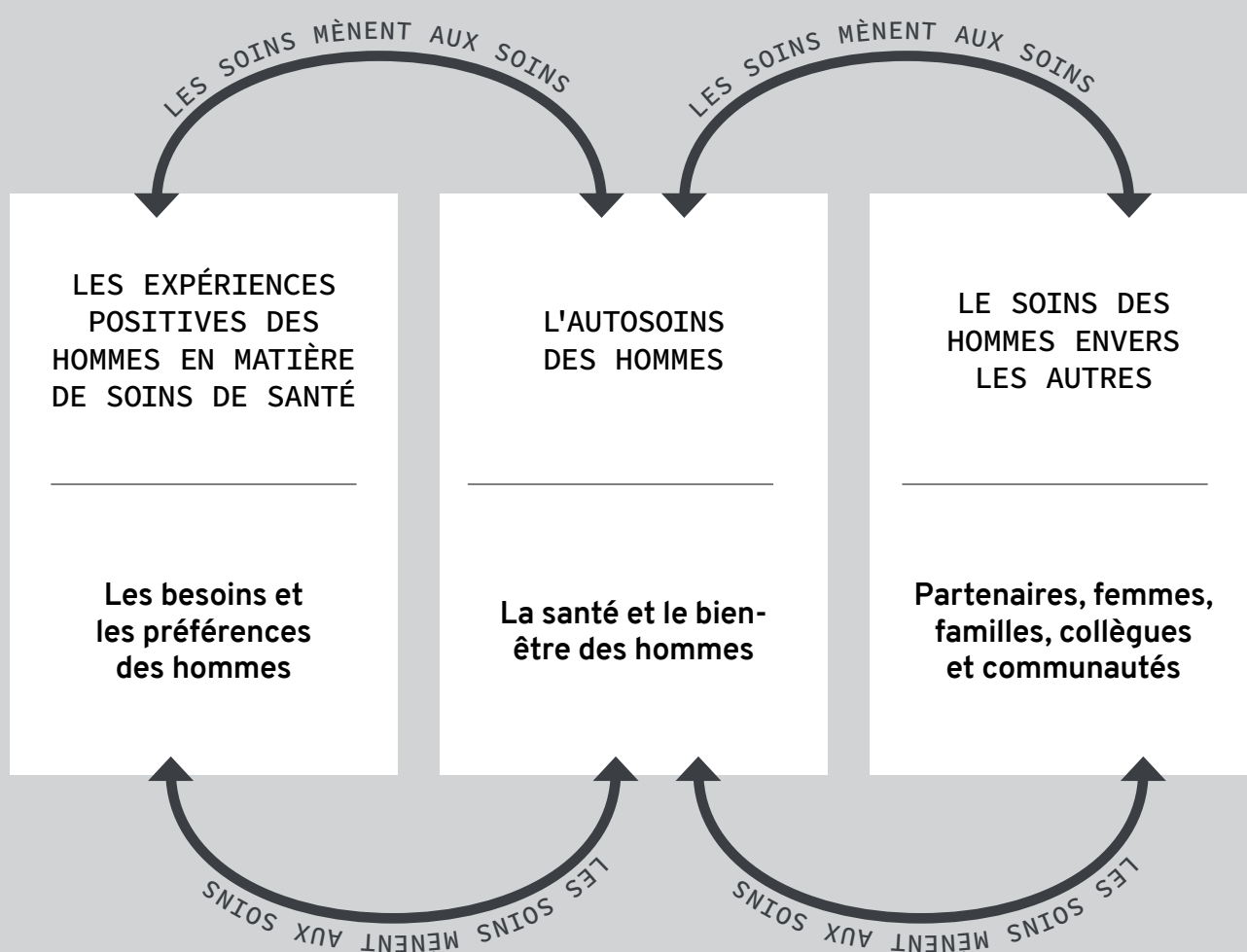
Au Canada, trop d'hommes meurent prématurément de causes évitables. Certains groupes d'hommes sont plus défavorisés que d'autres, en particulier les garçons et les hommes autochtones. Nous n'avons toujours pas un portrait complet des expériences des hommes canadiens en matière de soins de santé. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour orienter l'élaboration de services adaptés à leurs besoins. Les résultats du sondage présenté dans ce rapport soulignent que trop d'hommes sont confrontés à des difficultés et ont de mauvaises expériences lorsqu'ils ont recours aux soins de santé. Il reste beaucoup à faire pour créer des services de santé adaptés et rendre le système plus efficace afin que les hommes ne soient pas laissés pour compte.





Les Visages méconnus de la santé masculine

Alors que le chapitre précédent décrivait en détail l'état de santé masculine au Canada, le présent chapitre nous aide à comprendre les répercussions sur les hommes et leurs proches, ainsi que les coûts économiques liés à la mauvaise santé des hommes.



L'IMPACT DE LA MAUVAISE SANTÉ MASCULINE SUR LES AUTRES

Les comportements des hommes en matière de santé et leur expérience de la maladie ont de nombreuses répercussions sur leur entourage.^{116,117} Ce sont leur famille, leurs amis et leurs collègues qui occupent le devant de la scène parmi les acteurs inattendus de la santé masculine. Ce chapitre résume les connaissances actuelles et présente de nouvelles données sur l'impact de la mauvaise santé des hommes sur leurs aidants naturels.

La santé physique et mentale des pères peut avoir une incidence sur leurs enfants, de la conception à l'âge adulte.¹¹⁸ Un indice de masse corporelle élevé chez les pères peut avoir des répercussions sur le déroulement de la grossesse ainsi que sur la croissance et le développement de leurs enfants.¹¹⁹ L'alimentation et les habitudes alimentaires des pères influencent celles de leurs enfants.¹²⁰ Les problèmes de santé mentale chez les hommes sont associés à un risque accru de troubles émotionnels et du comportement chez leurs enfants.¹²¹ En effet, le taux de dépression paternelle chez les pères canadiens au cours des 12 premiers mois suivant la naissance est de 22,4 %, ¹²² et la dépression chez les pères est associée à un risque accru de 42 % de dépression chez leurs enfants.¹²³ Les comportements des pères en matière de santé peuvent également avoir une incidence sur la consommation d'alcool,¹²⁴ de tabac¹²⁵ et de marijuana¹²⁶ de leur partenaire.

La santé sexuelle des hommes est étroitement liée au bien-être de leur partenaire.^{127,128} Pour les

hommes atteints d'un cancer de la prostate, l'impact de la maladie et des traitements sur leurs relations intimes avec leur partenaire peut être traumatisant et perdurer.^{129,130} Les répercussions psychologiques spécifiques sur les partenaires intimes des hommes atteints d'un cancer de la prostate ou d'autres cancers comprennent l'anxiété et la dépression.¹³¹

La mauvaise santé mentale des hommes est associée à des comportements à risque, notamment le jeu et l'automédication par l'alcool et d'autres substances, qui à leur tour causent des préjudices importants à leur entourage.¹³² Le jeu peut nuire aux finances familiales et avoir des conséquences émotionnelles, physiques, mentales et sociales sur la famille et les amis.¹⁵ La consommation excessive d'alcool contribue à la violence fondée sur le genre¹³³ et à des relations intimes difficiles et perturbées.⁶⁹

Les décès prématurés et évitables chez les hommes peuvent avoir un impact profond sur la famille, les amis, les collègues et les communautés. La perte de jeunes hommes dans des accidents de la route, des surdoses ou des actes de violence entraîne un deuil complexe pour de nombreuses personnes endeuillées.¹³⁴ Le suicide chez les hommes a des effets négatifs dévastateurs et de grande ampleur sur le plan physique, mental et financier pour les survivants.^{135,136} De plus, plus de 70 % des personnes veuves au Canada sont des femmes,¹³⁷ et le décès d'un conjoint masculin entraîne une dépression chez 20 à 40 % des partenaires qui restent.¹³⁸

Outre les liens entre les comportements des hommes en matière de santé et la mortalité, des besoins importants en matière de soins peuvent apparaître lorsque les hommes sont atteints d'une maladie ou d'un handicap. Cette tâche incombe le plus souvent aux femmes, dont la santé est indispensable pour pouvoir s'occuper durablement des hommes de leur entourage.¹³⁹ Au Canada, les soins prodigués aux parents âgés et aux personnes handicapées occupent une place de plus en plus importante, mais la plupart de ces tâches ne sont pas rémunérées.¹⁴⁰ De plus, si la mauvaise santé des hommes exige davantage de soins, la capacité des hommes à prodiguer des soins à autrui dépend de leur état de santé.¹⁴¹ Il s'agit là d'un élément important à prendre en considération, étant donné que les hommes et les femmes canadiens âgés de 75 à 84 ans sont tout aussi susceptibles d'exercer des responsabilités en matière de soins à un conjoint.¹⁴²



NIIGAAN SINCLAIR RÉFLÉCHIT À LA SANTÉ DE SON GRAND-PÈRE

Quand je pense aux hommes autochtones, je pense à mon grand-père. Élevé sur nos terres traditionnelles près de St. Peter's, il a été envoyé dans un pensionnat indien et, comme beaucoup d'autres, il a subi un lavage de cerveau à travers un processus humiliant qui consistait notamment à changer son nom, sa langue et son identité. Il a également été victime d'abus sexuels de la part d'un prêtre à l'âge de cinq ans, le même prêtre qui l'a frappé si fort sur le côté de la tête pendant qu'il travaillait qu'il n'a plus jamais entendu clairement d'une oreille. Dès son plus jeune âge, mon grand-père a appris qu'être autochtone, c'était être arriéré, sauvage et païen, et que tout ce qui avait trait à la protection de cette identité était mauvais. Les pensionnats ont donc non seulement éloigné physiquement mon grand-père de sa communauté, mais ils l'ont aussi séparé idéologiquement de l'amour, de la gentillesse et de la beauté qui auraient pu lui donner des repères et lui permettre de rester en contact avec ses racines.

Grand-papa en parlait rarement – qui l'aurait fait ? – mais les horribles violences sexuelles, mentales et psychologiques subies par les élèves des pensionnats indiens sont bien documentées. Sa réponse à cette expérience a été d'entamer un processus de réconciliation, par tous les moyens à sa disposition. Curieusement, il a choisi de combattre pendant la Seconde Guerre mondiale, probablement parce que la guerre qu'il menait au Canada était pire. À l'époque, l'armée avait pour habitude d'envoyer les soldats indiens au front. Après avoir perdu beaucoup de ses amis et avoir été blessé, il est revenu dans ce pays en tant qu'Indien affranchi, blessé, sans soutien, sans droits et complètement isolé. De plus, il n'avait pas de diplôme d'études secondaires. Pour subvenir aux besoins de sa jeune famille, il a travaillé dans les mines du nord, où il a été victime d'un effondrement qui l'a marqué mentalement et physiquement pour le reste de sa vie. Il a ensuite dû se contenter d'emplois peu qualifiés à Winnipeg, retournant voir sa famille de façon sporadique le week-end.

Ce qu'on lui avait enseigné à l'école et ce qu'il était désormais amené à faire, c'était travailler, lutter pour obtenir un emploi et « progresser » : vivre le bon vieux rêve occidental d'être « un homme indépendant ». Mais très vite, avec les blessures de guerre et l'usure physique, ce mode de vie est devenu impossible à tenir. Et quand il a perdu ma grand-mère, la seule femme qu'il ait jamais aimée, peu après qu'elle ait donné naissance à mon oncle, grand-papa a vraiment traversé une période très difficile.

Il luttait depuis longtemps contre l'alcoolisme, mais après la mort de ma grand-mère, cela a consumé sa vie. J'imagine que cela était en grande partie dû à une longue histoire de solitude, à la fois imposée et auto-imposée. Il s'est retrouvé isolé à l'internat, à la guerre, dans les mines du nord. Cela a sans doute été très frustrant, et quand Grand-papa buvait, il voulait se battre, alors il le faisait. Il s'est battu avec mes oncles, mon père, ma tante et à peu près tous ceux qu'il pouvait trouver. Il a rapidement repoussé tout le monde et s'est retrouvé littéralement seul. Il a laissé de nombreux souvenirs douloureux à beaucoup de gens, dont j'ai entendu parler tout au long de ma vie. J'ai appris qu'il avait semé la destruction derrière lui, et que beaucoup de gens ont mis des années à se reconstruire à travers l'alcool, la drogue, le jeu et d'autres choix. Heureusement, beaucoup d'entre nous, moi y compris, ont trouvé d'autres voies.

Pendant de nombreuses années, j'ai jugé sévèrement mon grand-père pour avoir laissé à tous cette voie difficile à suivre, mais maintenant que je suis plus âgé, je commence à le comprendre. Je ne peux qu'imaginer les défis auxquels il a dû faire face pour gagner sa vie dans un monde qui l'exploitait, le maltraitait et le rejetait. Des liens plus étroits avec sa famille, sa communauté et son pays auraient favorisé un sentiment de protection au sein des institutions et des relations dont il était issu.

Mais cette histoire a finalement connu une fin heureuse, puisque mon grand-père a appris à devenir un protecteur à sa manière.

Juste après ma naissance, en grande partie parce que mon père lui avait dit qu'il ne pourrait jamais voir son petit-fils s'il était ivre, il a arrêté de boire. Il a choisi de construire une relation avec moi et ses autres petits-enfants. Je ne peux imaginer rien de plus courageux, digne et guerrier. Je peux honnêtement dire que je ne l'ai jamais vu boire et que je n'ai connu qu'un homme aimant, sensible et généreux. C'était aussi l'une des personnes les plus drôles que j'ai jamais connues. Cela lui a pris beaucoup de temps et de nombreux actes impardonnables, mais il est devenu mon protecteur, celui de mes cousins et de notre famille, héritant ainsi de quelque chose qui l'attendait depuis toujours.

La protection, ça se mérite. Les hommes autochtones ne naissent pas protecteurs ; ils héritent de ce rôle grâce à leur travail, à leur mentorat et à la reconnaissance de leur communauté. C'est quelque chose qui nous a été enlevé en tant que communauté d'hommes, mais qui a eu des répercussions qui prendront des générations à effacer.

Aidants naturels informels

«

Je suis épuisée. J'ai l'impression que plus je donne, plus il en demande. Je suis souvent stressée à l'idée de ne pas pouvoir répondre à mes propres besoins et respecter mes délais, et je passe mes nuits éveillée pour avoir un peu de temps pour moi. Je m'énerve facilement et je me sens souvent irritée. Le pire, c'est que chaque fois que je croise des connaissances, elles me demandent toujours comment il va.

»

– EMMA, 35-44 ANS, DE TYPE CAUCASIEN, AIDANTE À DOMICILE EN ONTARIO POUR UN CONJOINT SÉPARÉ ATTEINT DU SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (SSPT)

Parmi les aspects inattendus de la santé masculine, on trouve les aidants naturels informels, un groupe qui fournit des soins non rémunérés mais essentiels aux hommes lorsqu'ils sont malades. Les soins aux hommes incombent de manière disproportionnée (mais pas entièrement) aux femmes.¹⁴³ En 2022, 23 % des Canadiennes fournissaient des soins non rémunérés à des adultes atteints de maladies chroniques ou de handicaps, contre 19 % des hommes.¹⁴⁴

Les soins qu'ils prodiguent sont extrêmement importants, et les hommes de leur entourage peuvent dépendre de cette aide. Le travail des aidants naturels peut également être intense, et nous devons trouver des moyens d'en réduire l'impact.

Au Canada, une personne sur quatre est un aidant naturel, et au moins la moitié d'entre eux le deviendront à un moment ou à un autre de leur vie. Movember a commandé un nouveau sondage auprès de 1 365 aidants naturels (membres de la famille, amis, partenaires) qui soutiennent des hommes atteints de troubles physiques et/ou mentaux*. Les répondants comprenaient des femmes (72 %) et des hommes (27 %), et 55 % d'entre eux prodiguaient des soins à leur partenaire. Le sondage révèle à quel point la prestation de soins peut être exigeante. En particulier, les défis et les risques pour la santé des personnes qui prodiguent des soins aux hommes soulignent l'importance de travailler efficacement à la promotion de la santé des garçons et des hommes canadiens. Parmi les personnes interrogées:



Le sondage réalisé par l'Institut Movember auprès de 1 366 aidants naturels au Canada a révélé que :

50%

ont déclaré que la prise en charge d'un proche avait un impact négatif sur leurs finances

68%

Réduction de leur niveau d'énergie

66%

ont signalé un impact négatif sur leur santé mentale

50%

ont déclaré avoir subi un impact négatif sur leur santé physique

54%

ont déclaré que cela avait eu un impact négatif sur leur sentiment de satisfaction de leur vie

* Le sondage présenté dans ce rapport est issu d'une étude menée par le L'Institut pour la sante masculine Movember en janvier-février 2025.
– Dans ce rapport, nous définissons les aidants naturels comme des personnes qui s'occupent d'hommes atteints de troubles physiques et/ou mentaux.
– L'accent est mis sur les soins informels/non rémunérés, plutôt que sur les soins à temps plein ou rémunérés.
– Étant donné que l'échantillon de l'enquête auprès des aidants naturels n'a pas été pondéré pour être représentatif à l'échelle nationale, les références aux résultats faites ici et dans la suite du document renvoient à « parmi les personnes interrogées »

«

Comme ses capacités fluctuent, je ne peux pas planifier à l'avance de rendre visite à un ami... Cela nous coûte cher d'engager une aide à domicile pour que je puisse m'absenter une partie de la journée. J'ai dû abandonner la chorale, car il ne peut pas préparer son dîner seul... J'ai dû payer une thérapie personnelle pour m'aider à faire le deuil de ce changement de mode de vie et de ma perte de liberté..

»

— NORA, 85 ANS ET PLUS, DE CAUCASIENNE, AIDANTE NATURELLE EN COLOMBIE BRITANIQUE POUR SON CONJOINT ATTEINT D'UNE MALADIE CARDIAQUE

68%

ont signalé une perte
de leur temps

57%

ont signalé un impact
négatif sur leur vie
sociale

39%

ont signalé un impact
négatif sur leurs
responsabilités familiales



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE

«

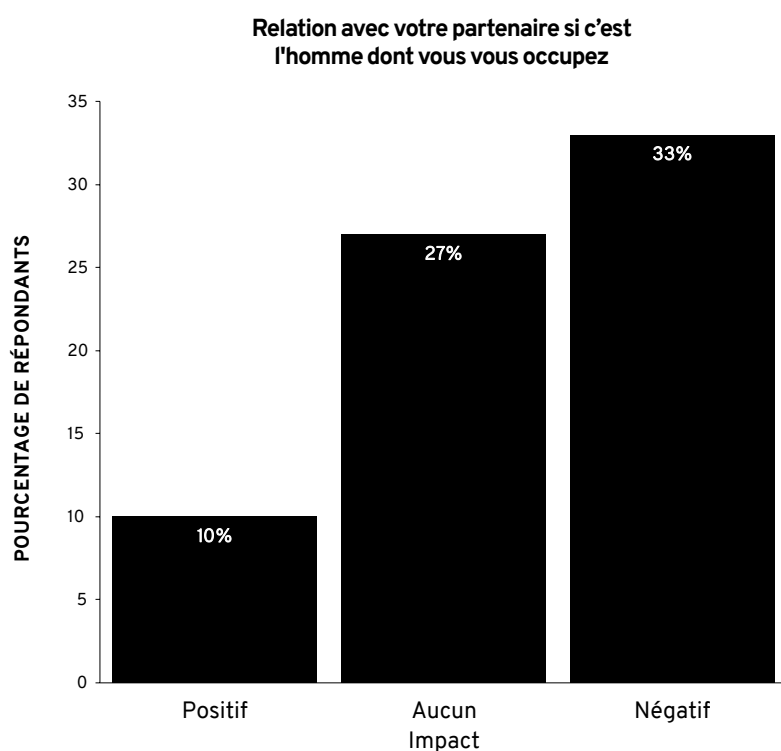
Un an après avoir pris sa retraite, mon mari a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, et l'anxiété et la dépression qui ont suivi ont bouleversé notre vie. Au cours de la dernière année, je ne l'ai jamais laissé seul, et nous avons passé très peu de temps avec nos enfants et nos petits-enfants.

»

— LILY, 65-74 ANS, CAUCASIENNE, DE SASKATCHEWAN, AIDANTE NATURELLE À DOMICILE DE SON CONJOINT ATTEINT DE PLUSIEURS MALADIES PHYSIQUES ET MENTALES

Les personnes qui fournissent des soins à des hommes ont signalé des répercussions sur leurs relations (Figures 9 et 10) ainsi que sur leur travail, leur avancement professionnel et leurs perspectives d'emploi (Figure 11).

FIGURE 9. RÉSULTATS DU SONDAGE : IMPACT DES RESPONSABILITÉS LIÉES À LA PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE SUR DIFFÉRENTS ASPECTS DE LA VIE DE L'AIDANT NATUREL



«

Il a tenté de se suicider, mais il l'a regretté. J'ai découvert qu'il souffrait d'un grave syndrome de stress post-traumatique depuis son enfance et d'une anxiété sévère liée à des choses sur lesquelles il n'a aucun contrôle. Cela m'a causé beaucoup de stress. Le fait de l'avoir presque perdu et de devoir faire face à une thérapie a été très éprouvant. Oui, je suis moi aussi en thérapie.

»

— CHLOE, 45-54 ANS, PREMIÈRES NATIONS, AIDANTE NATURELLE EN ONTARIO POUR SON CONJOINT ATTEINT DU SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DE DÉPRESSION

«

Vivre avec et aimer une personne atteinte de SSPT [syndrome de stress post-traumatique] et autres traumatismes associés au TDAH [trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité] associé à un TOC [trouble obsessionnel compulsif] ou à un TOP [trouble oppositionnel avec provocation], est épuisant. Les soutenir tout en prenant soin de soi-même et des autres membres de la famille est un travail à plein temps, car on ne sait jamais ce qui va déclencher une réaction. Je me sens souvent comme la partenaire oubliée, car je suis tellement occupée à mettre tout en place pour aider mon partenaire à gérer ses facteurs de stress.

»

— EVELYN, 45-54 ANS, DE TYPE CAUCASIEN, AIDANTE NATURELLE AU NEW BRUNSWICK POUR SON PARTENAIRE ATTEINT DE PLUSIEURS MALADIES PHYSIQUES ET MENTALES

FIGURE 10. RÉSULTATS DU SONDAGE : EFFETS DU RÔLE DE L'AIDANT NATUREL SUR LEUR RELATION AVEC L'HOMME DONT ILS S'OCCUPENT

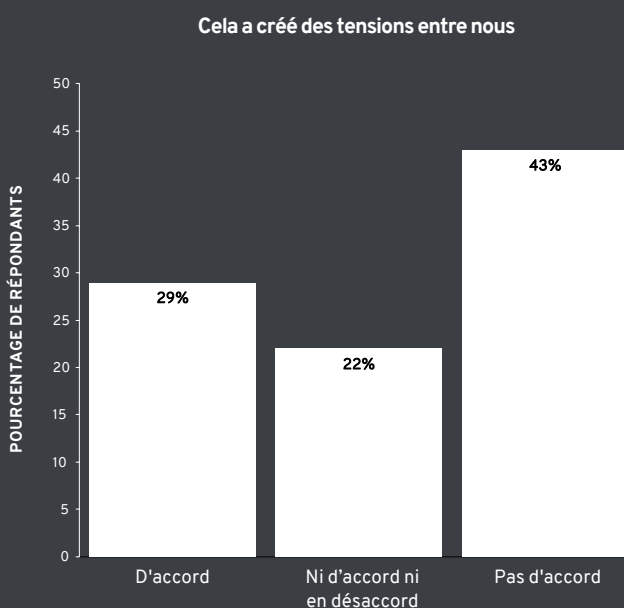
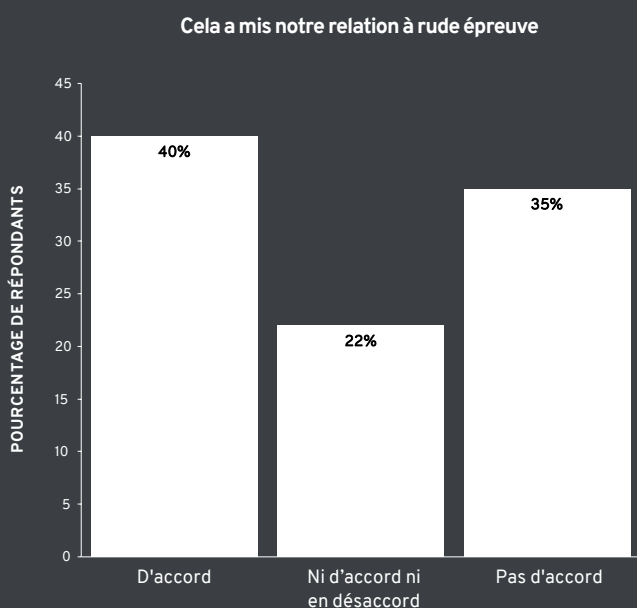


FIGURE 11. RÉSULTATS DU SONDAGE : IMPACT DES RESPONSABILITÉS LIÉES À LA PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE SUR LE TRAVAIL, L'ÉVOLUTION DE CARRIÈRE ET LES OPPORTUNITÉS PROFESSIONNELLES

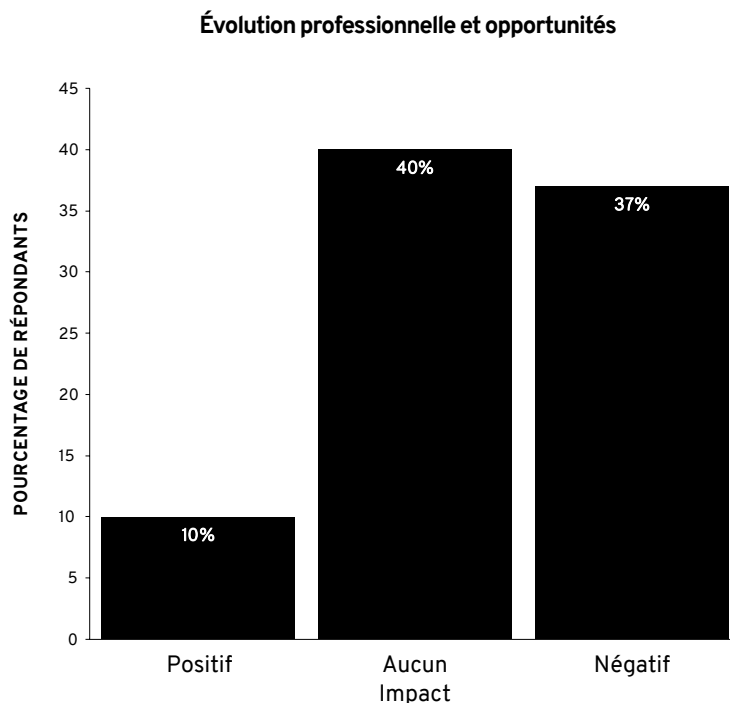
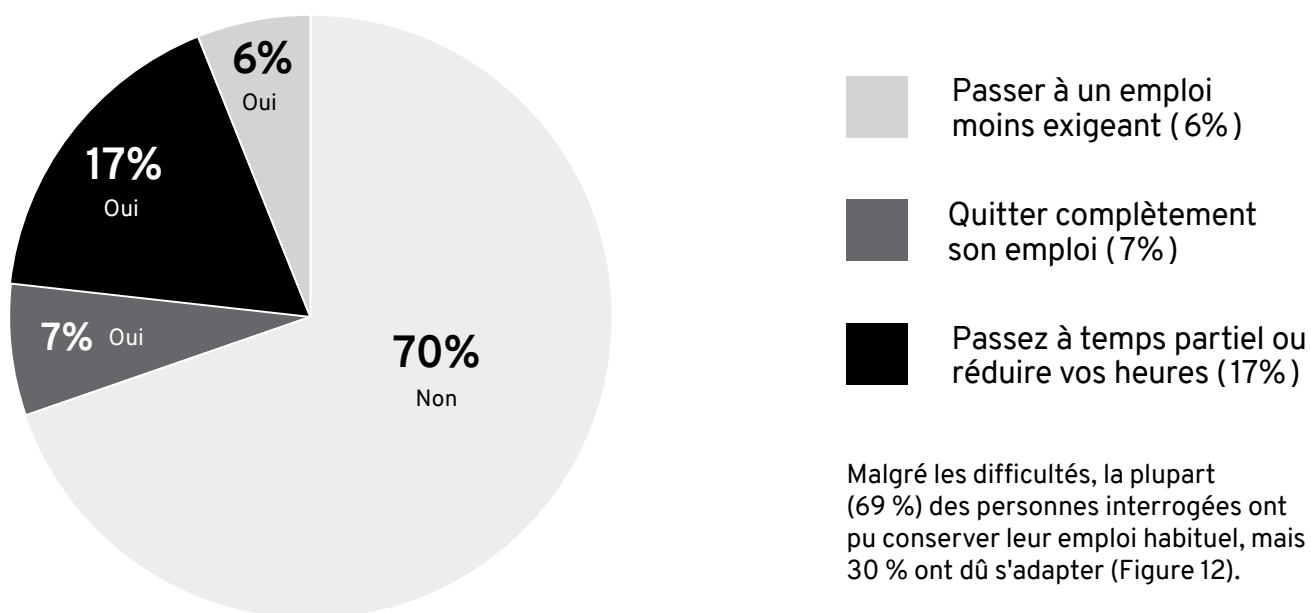


FIGURE 12. RÉSULTATS DU SONDAGE : POURCENTAGE DES AIDANTS NATURELS QUI ONT DÛ QUITTER LEUR EMPLOI, CHANGER D'EMPLOI OU RÉDUIRE LEURS HEURES DE TRAVAIL POUR SOUTENIR UN HOMME ATTEINT D'UNE MALADIE.



Pourcentage arrondi à 2 décimales afin d'obtenir un total de 100 % pour les réponses « non » (69 arrondi à 70) dans la Figure 12.

«

Ça a été difficile à certains moments, comme lorsque j'ai dû quitter mon emploi, j'étais déprimée.

»

— OLIVIA, 35-44 ANS, PREMIÈRES NATIONS, AIDANTE NATURELLE EN COLOMBIE-BRITANNIQUE POUR SON PARTENAIRE ATTEINT D'UN CANCER DE LA PROSTATE OU TESTICULES ET D'AUTRES MALADIES PHYSIQUES ET MENTALES

«

Je m'occupe de mes proches par amour, mais cela m'aiderait financièrement d'être rémunérée, car je n'ai pas le temps de travailler à l'extérieur, même si j'aimerais bien.

»

— AMELIA, 55-64 ANS, DE TYPE CAUCASIEN, AIDANTE NATURELLE À DOMICILE EN ONTARIO POUR SON CONJOINT ATTEINT DE TSPT

«

Je pense que ma carrière professionnelle a pris un tournant négatif, car je travaille désormais à temps partiel. Je pensais aider mon mari à surmonter ses difficultés, mais je n'ai pas assez d'énergie pour accomplir mes tâches professionnelles et le soutenir, malgré toutes les difficultés et les incertitudes qui pèsent sur notre avenir financier.

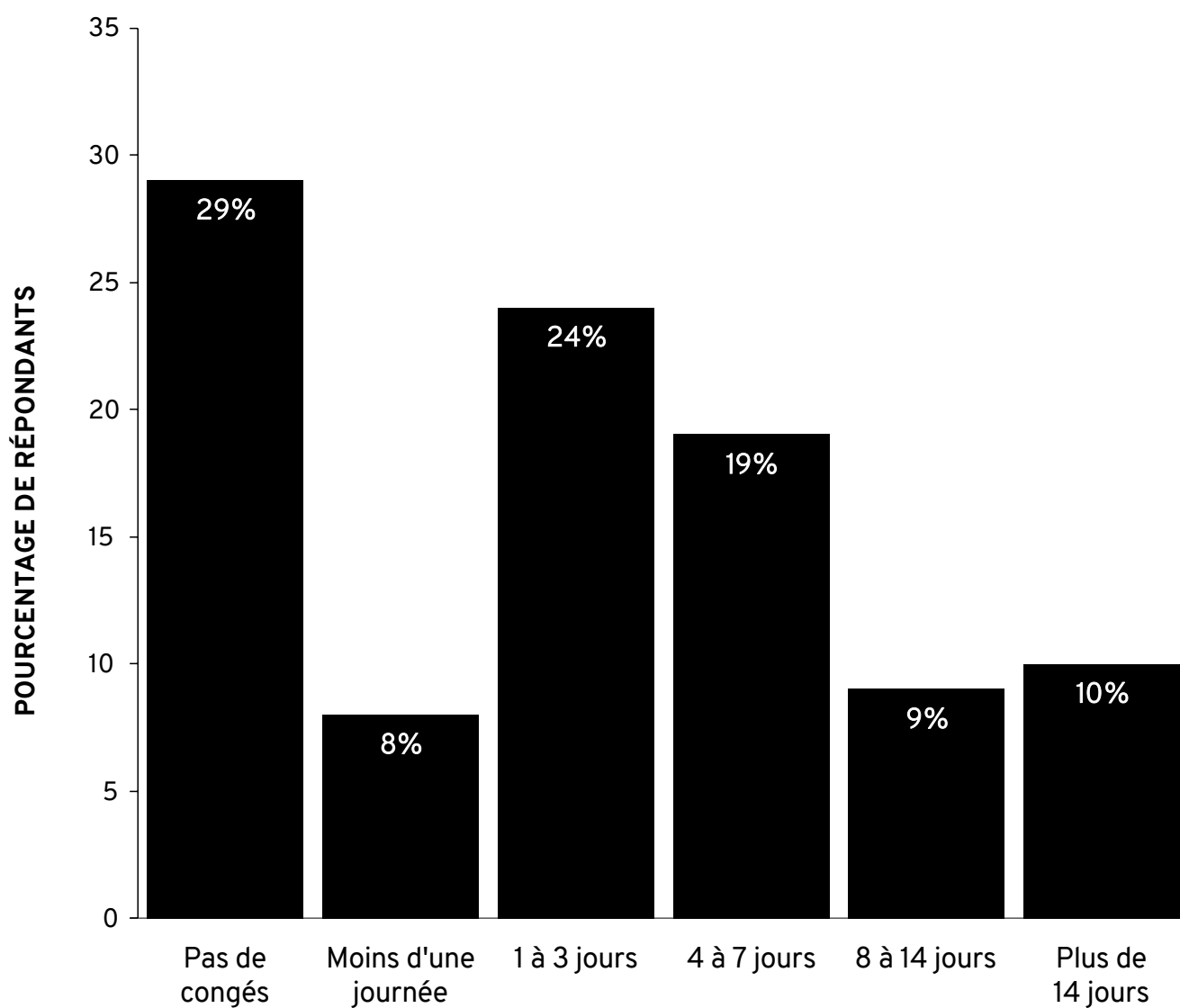
»

— ALICE, 35-44 ANS, ASIATIQUE DU SUD, AIDANTE NATURELLE À DOMICILE EN ONTARIO POUR SON CONJOINT ATTEINT DE DIABÈTE DE TYPE 1 ET D'UNE MALADIE AUTO-IMMUNE



La plupart des aidants naturels (70 %) qui avaient un emploi ont dû prendre un congé pour s'acquitter de leurs responsabilités d'aidants (Figure 13).

FIGURE 13. JOURS DE CONGÉ PRIS PAR LES AIDANTS NATURELS POUR SOIGNER UN HOMME AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



Il est important de noter que, même si les aidants naturels ont détaillé leurs difficultés, il y avait également des aspects positifs importants dans la prise en charge des hommes en mauvaise santé (Figure 14)

FIGURE 14. RÔLE DES AIDANTS NATURELS ET EFFETS POSITIFS SUR LEUR RELATION AVEC LA PERSONNE QU'ILS SOIGNENT

61%

sont d'accord pour dire que cela a amélioré leur compréhension des besoins de chacun

60%

sont d'accord pour dire qu'ils passent plus de temps de qualité ensemble

59%

sont d'accord pour dire que cela les a rapprochés

56%

sont d'accord pour dire que cela a amélioré leur communication

47%

sont d'accord pour dire que cela a conduit à un sentiment accru d'objectifs communs

«

Le sens du devoir,
la camaraderie.
C'est humble, mais
enrichissant. Cela m'a
rendu plus sensible et
conscient de la crise
de santé mentale que
traversent actuellement
les hommes.

»

— NOAH, 35-44 ANS, AMÉRICAIN D'ORIGINE LATINE,
AIDANT NATUREL EN ONTARIO POUR UN AMI ATTEINT
DE PLUSIEURS MALADIES PHYSIQUES ET MENTALES

«

Prendre soin de nos
proches apporte toujours
un changement positif
dans notre vie. Je me sens
plus proche de mon père
depuis que je m'occupe
de lui. J'ai découvert
ses préoccupations,
son amour et son
dévouement pour nous.

»

— ZOE, 18-24 ANS, ASIATIQUE DU SUD, AIDANTE
NATURELLE À DOMICILE EN ONTARIO POUR SON PÈRE
ATTEINT DE DIABÈTE DE TYPE 2 ET DE DÉPRESSION



Bien que les femmes et les hommes puissent tous deux être aidants naturels, le genre a joué un rôle dans la manière dont les soins ont été vécus (Figure 15).

Les femmes ont dû faire face à des exigences plus importantes en matière de soins, consacrant en moyenne 10 heures par semaine aux tâches ménagères, contre 7 heures pour les hommes. Les femmes étaient plus impliquées dans la plupart des domaines liés aux soins :

Soutien émotionnel

(87 % des femmes contre 77 % des hommes)

Tâches ménagères

(69 % des femmes contre 51 % des hommes)

Discussions sur la santé

(61 % des femmes contre 46 % des hommes)

Écoute des préoccupations

(60 % des femmes contre 40 % des hommes)

Recherche d'informations

sur la maladie et les traitements

(59 % des femmes contre 41 % des hommes)

Encouragement à se faire soigner

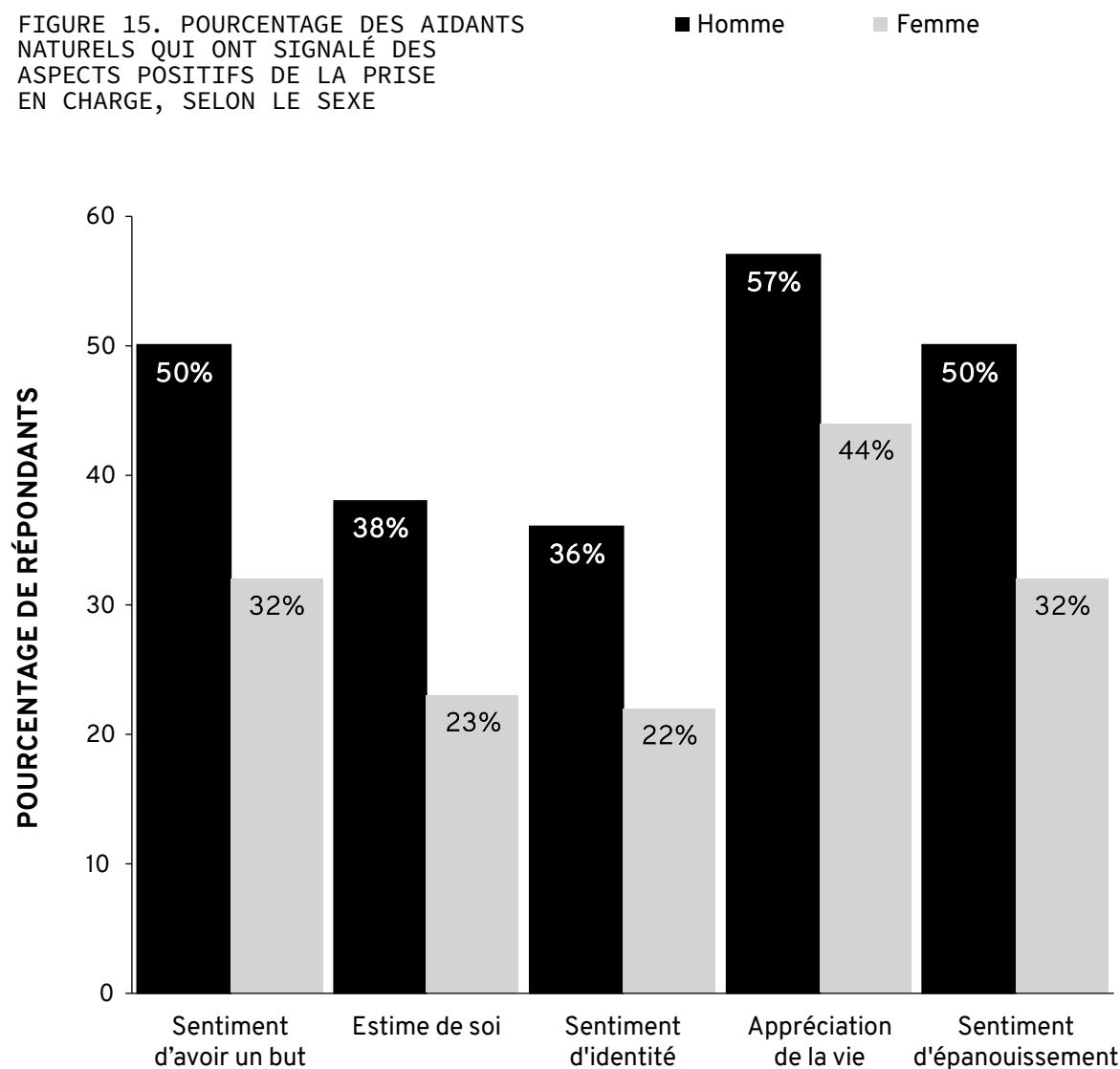
(58 % des femmes contre 42 % des hommes)

Inquiétude pour la personne aidée

(62 % des femmes contre 32 % des hommes)

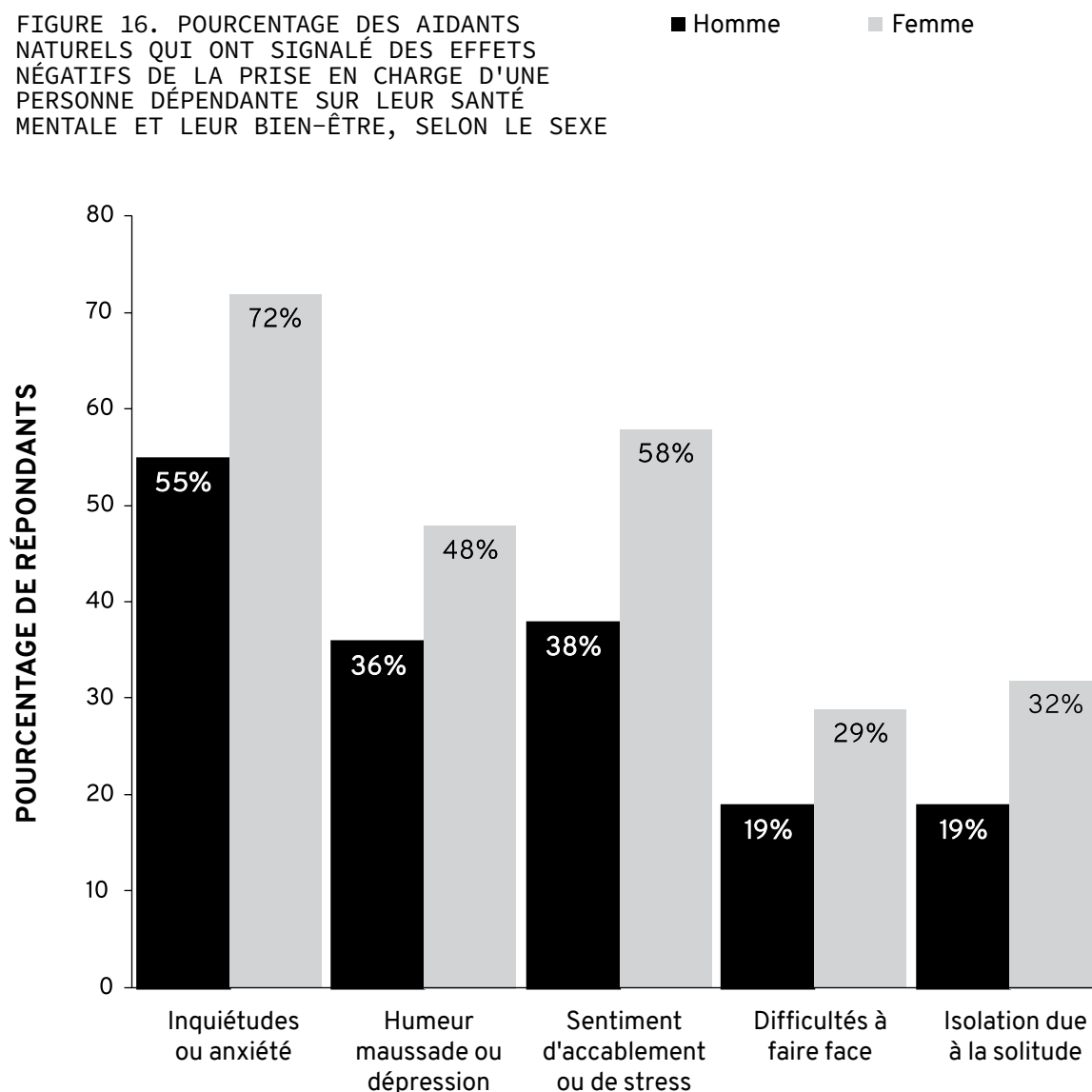
Les femmes aidantes naturelles ont déclaré des effets négatifs plus importants sur leur santé mentale et leur bien-être que les hommes aidants naturels (Figure 16).

FIGURE 15. POURCENTAGE DES AIDANTS NATURELS QUI ONT SIGNALÉ DES ASPECTS POSITIFS DE LA PRISE EN CHARGE, SELON LE SEXE



Les conclusions de ce chapitre concordent fortement avec les recherches existantes. Si prodiguer des soins peut être une expérience enrichissante pour les aidants naturels¹⁴⁵ cette tâche est systématiquement source de stress mental, physique, social et financier, en particulier pour les femmes aidantes naturelles.¹⁴⁶⁻¹⁴⁸ Les femmes ont tendance à assumer davantage de rôles concurrents lorsqu'elles prodiguent des soins^{147,149,150} pourtant, de plus en plus d'hommes doivent devenir aidants familiaux.¹⁵¹ Aborder de manière proactive et améliorer la santé physique et mentale des hommes peut réduire la charge de soins qui pèse sur leurs proches et renforcer leur capacité à assumer eux-mêmes leur rôle d'aidant.

FIGURE 16. POURCENTAGE DES AIDANTS NATURELS QUI ONT SIGNALÉ DES EFFETS NÉGATIFS DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE SUR LEUR SANTÉ MENTALE ET LEUR BIEN-ÊTRE, SELON LE SEXE



L'IMPACT ÉCONOMIQUE DE LA MAUVAISE SANTÉ DES HOMMES

Les problèmes de santé masculine peuvent limiter leurs revenus. La dépression, par exemple, est associée à une réduction du nombre d'heures travaillées par semaine, à une baisse de revenu du ménage et à une augmentation de la précarité.^{152,153} En effet, pour les hommes canadiens en âge de travailler, un seul épisode dépressif majeur peut entraîner une perte de revenu qui, cumulée sur dix ans, peut atteindre environ 115 k\$ CA.¹⁵² Comme le détaille ce chapitre, la mauvaise santé d'un homme peut créer un fardeau financier pour les aidants naturels, en particulier ceux qui doivent sacrifier leurs objectifs de carrière, travailler moins ou quitter leur emploi rémunéré. Prendre soin d'un homme peut également entraîner des coûts directs liés à l'alimentation, au transport et aux médicaments. Les coûts financiers liés à la prestation de soins désavantagent de nombreux aidants naturels, ce qui peut à son tour mettre leur propre santé en danger.¹⁵⁴⁻¹⁵⁷

Pour les peuples autochtones, la pauvreté trouve ses racines dans le colonialisme et les processus de racialisation qui en découlent, en particulier à l'égard des hommes autochtones. La spoliation des peuples autochtones de leurs terres traditionnelles, leur déplacement forcé vers des réserves ou des établissements situés dans des zones marginales et la destruction de leurs économies traditionnelles ont ouvert la voie à leur marginalisation. Pour les hommes autochtones, ces situations ont été au premier plan, car tous ces défis leur ont été historiquement imputés (et reprochés). Ces conditions sont exacerbées par le sous-financement systémique des services, des programmes et des ressources, notamment dans les domaines de l'éducation, de la protection de l'enfance, de la santé, du logement et de l'approvisionnement en eau, ainsi que par le faible niveau d'éducation et le manque de possibilités d'emploi dans les communautés autochtones, qui touchent tous les hommes. En outre, les traumatismes historiques liés à l'expérience des pensionnats et d'autres exemples de politiques coloniales visant à instaurer la pauvreté dans les communautés ont érodé les cultures et les langues autochtones, tout en instillant une méfiance historique envers les institutions et des expériences de racisme, de discrimination et de stéréotypes.

Dans une perspective plus large, la mauvaise santé des hommes entraîne des répercussions économiques importantes pour le Canada. Outre les coûts directs liés aux soins de santé prodigués aux hommes, il existe des coûts indirects pour l'économie dans son ensemble, causés par la baisse de la productivité et des revenus, qui se traduit par une diminution des recettes fiscales pour le gouvernement.

«

Ça me met en colère parce que l'aide dont il a besoin est trop difficile à obtenir pour monsieur-madame tout le monde. Il y a une crise des opiacés dans ce pays et les médicaments pour s'en sortir sont hors de notre portée financière. On a accumulé beaucoup de dettes pour essayer de payer les médicaments, car ils ne sont pas couverts par l'assurance maladie privée, provinciale ou fédérale.

»

— SOPHIE, 35-44 ANS, DE TYPE CAUCASIEN, AIDANTE NATURELLE À TERRE NEUVE-ET-AU-LABRADOR POUR UN PARTENAIRE AYANT UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE OU DE TOXICOMANIE

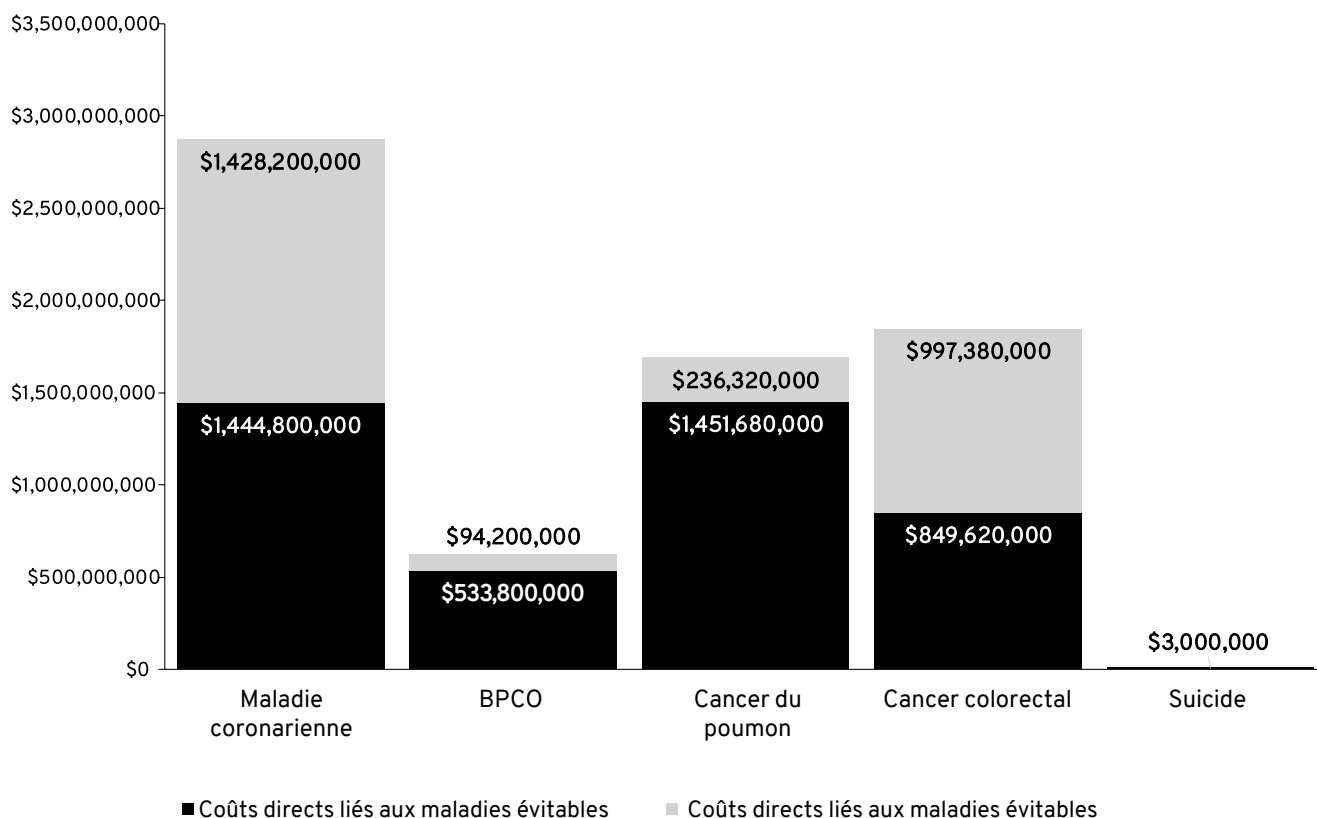


Une nouvelle étude réalisée pour ce rapport⁸ détaille les coûts économiques importants liés à la mauvaise santé des hommes au Canada. Plus précisément, cinq maladies sont responsables du plus grand nombre d'années de vie perdues en raison de la mauvaise santé chez les hommes canadiens : les maladies coronariennes(MC), le cancer colorectal, le cancer du poumon, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et le suicide.

En 2023, les coûts directs des soins de santé liés à ces cinq maladies chez les hommes au Canada s'élevaient à **7 milliards \$ CA** (Figure 17). Les maladies coronariennes représentaient 2,9 milliards\$ CA de ces coûts directs, qui comprennent les coûts des soins primaires, les coûts des services hospitaliers et les coûts des médicaments. Il y avait des coûts indirects supplémentaires pour la société de **13 milliards \$ CA** (Figure 18). Les MC ont contribué à hauteur de 9,2 milliards \$ CA à ces coûts indirects, qui comprennent la perte de productivité, les soins informels et la perte de recettes fiscales pour le gouvernement canadien. 4,3 milliards \$ CA des coûts directs des soins de santé et 8,1 milliards \$ CA des coûts indirects étaient dus à des maladies évitables (causées par des « facteurs de risque modifiables »)

Cela signifie que si les cinq maladies avaient été évitées chez les hommes, le Canada aurait pu économiser **rien qu'en 2023** (Figures 17 et 18), un total de 12,4 milliards \$ CA. Cela représente environ 3,3 % des dépenses totales de santé prévues au Canada pour 2024 (372 milliards \$ CA) et couvrirait le coût de financement complet de plus de 12 grands hôpitaux canadiens pendant un an.⁹

FIGURE 17. RÉPARTITION DES COÛTS DIRECTS LIÉS À LA SANTÉ MASCULINE AU CANADA

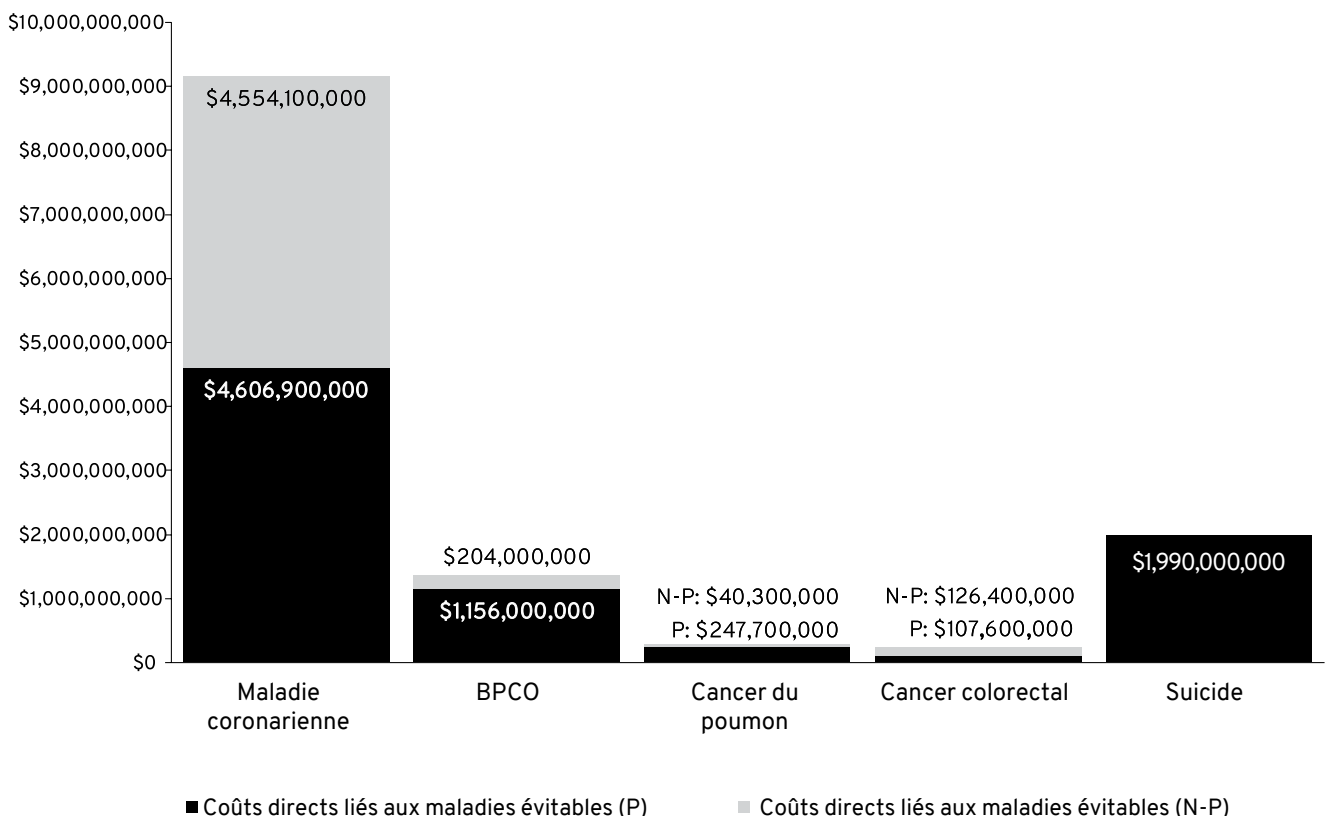




Bien que les maladies pouvant faire l'objet d'interventions ne puissent pas toujours être prévenues, elles peuvent souvent être retardées et prises en charge efficacement. Ces données soulignent les économies importantes qui peuvent être réalisées en fournissant des soins et des services de santé adaptés aux besoins des hommes et axés sur la réduction de leurs risques de développer ces cinq affections.

En plus de ces cinq affections, les données des compagnies d'assurance maladie confirment que les troubles mentaux sont la principale cause d'invalidité pour les employeurs dans toutes les régions et tous les secteurs au Canada.¹⁵⁸ Les demandes de prestations pour troubles mentaux sont généralement plus complexes à gérer et plus longues à traiter que les autres types de demandes, représentant plus de 30 % des demandes de prestations d'invalidité et 45 % du coût total des demandes.¹⁵⁸ Les demandes de prestations d'invalidité de longue durée pour dépression sont les plus courantes, bien que les demandes liées à des troubles mentaux liés à l'anxiété et au stress aient augmenté depuis 2020.¹⁵⁹ Le recours aux services de santé mentale a augmenté de près de 70 % entre 2019 et 2022 chez les hommes et les femmes, tandis que la consommation d'antidépresseurs chez les moins de 60 ans a augmenté de 40 % et a plus que doublé chez les moins de 30 ans.¹⁶⁰ Les troubles mentaux chez les hommes, en particulier la dépression et l'anxiété, soulignent la nécessité de mettre en place des programmes de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide adaptés aux besoins des hommes.

FIGURE 18. RÉPARTITION DES COÛTS INDIRECTS LIÉS À LA SANTÉ MASCULINE AU CANADA



Conclusion : Des hommes en meilleure santé, un monde en meilleure santé

Compte tenu de l'impact profond et généralisé de la mauvaise santé des hommes sur leur entourage, la bonne nouvelle est que l'amélioration de la santé masculine peut profiter aux hommes eux-mêmes et à leurs proches. Elle peut également permettre au système de santé et à la société dans son ensemble d'économiser des milliards de dollars et de stimuler l'économie canadienne.

Heureusement, grâce à ses 20 années de travail auprès des hommes, Movember a appris ce qui fonctionne pour améliorer la santé masculine. Le prochain chapitre, Un portrait plus positif : ce qui fonctionne en matière de santé masculine, donne un aperçu des programmes, des campagnes, des recherches et des services existants qui visent à répondre aux besoins en matière de santé des garçons et des hommes canadiens.





Un portrait plus positif : ce qui fonctionne en santé masculine

Nous voulons que les hommes soient outillés pour prendre soin de leur santé et bénéficier d'un système de santé qui les accueille, les comprend et les aide à gérer efficacement leur santé. Pour y parvenir, nous devons connaître et appliquer les mesures efficaces pour atteindre divers groupes d'hommes afin de leur offrir des programmes et des approches de soins de santé adaptés qui améliorent leurs connaissances en matière de santé et les encouragent à demander de l'aide.

Bien sûr, les hommes se soucient de leur santé. Mais pour que tous les hommes se sentent capables de prendre leur santé en main, nous devons leur offrir des expériences de soins de santé qui leur parlent et qui s'intègrent de manière positive dans leur vie.

Cela signifie que tout au long de leur vie, les garçons et les hommes doivent acquérir des connaissances en matière de santé afin de comprendre leur état de santé et les risques auxquels ils sont exposés, et se sentir capables de prendre soin d'eux-mêmes. Il faut également encourager les hommes à demander de l'aide et les inciter à le faire, afin qu'ils puissent, lorsqu'ils franchissent le pas, être pris en charge par des professionnels capables de comprendre leur situation et de répondre efficacement à leurs besoins en matière de santé.

Pour y parvenir, nous devons investir dans les domaines suivants et mettre en pratique les enseignements tirés de ce qui fonctionne :

-
- 1) la promotion de la santé masculine

 - 2) des soins de santé adaptés aux besoins des hommes,

 - 3) des compétences des professionnels de la santé et

 - 4) de la recherche appliquée.

Ce chapitre présente des exemples du Canada et internationalement, de mesures efficaces pour mobiliser les hommes autour de ces quatre éléments essentiels, ainsi que les réflexions de Niigaan Sinclair. Couvrant l'ensemble du secteur de la santé masculine avec des programmes et des initiatives présentant différents niveaux d'évaluation et de preuves, les principales caractéristiques de conception et de mise en œuvre communes à leur succès sont examinées. Ces informations doivent toutefois être considérées comme émergentes, en cours d'élaboration et étroitement liées à nos trois demandes politiques.



Quelles sont les mesures efficaces en matière de promotion de la santé pour améliorer les connaissances des hommes en matière de santé ?

Il existe un lien entre la littératie en santé et l'engagement envers les soins de santé, les hommes ayant un niveau élevé de littératie en santé étant plus susceptibles de considérer les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé comme importants et pertinents pour leur vie.^{93,161} Il est particulièrement important d'améliorer la littératie en santé mentale des hommes afin de déstigmatiser et de normaliser la recherche d'aide pour les maladies mentales, notamment la dépression, l'anxiété et les tendances suicidaires.^{60,162,163} Il est essentiel de renforcer les connaissances des hommes en matière de santé, car il est de plus en plus évident que les programmes de promotion de la santé sont plus efficaces lorsqu'ils sont mis en œuvre dans des environnements et dans un langage familiers et accessibles aux hommes.¹⁶³

Le Canada possède une riche histoire en matière de promotion de la santé masculine, avec un large éventail de programmes communautaires et en ligne. Ces programmes contournent certains des obstacles structurels auxquels les hommes peuvent se heurter lorsqu'ils tentent d'accéder aux services de santé traditionnels et professionnels, afin de renforcer leurs connaissances en matière de santé et leurs liens sociaux.^{97,164} En outre, les programmes communautaires et en ligne peuvent toucher les hommes difficiles à atteindre qui n'ont peut-être pas accès aux soins de santé ou qui ne les utilisent pas, en leur offrant un environnement sûr où ils peuvent parler ouvertement de leurs problèmes de santé.¹⁶⁵

Plus précisément, les interventions de promotion de la santé mises en œuvre par le biais d'organisations sportives afin de cibler stratégiquement les hommes peuvent améliorer considérablement leur santé physique et mentale.^{166,167} Les évaluations actuelles de ces programmes indiquent des progrès positifs en matière de connaissances des hommes en matière de santé, en particulier lorsque le financement est maintenu pour développer ces interventions.

Dans le vestiaire

HOCKEY FANS IN TRAINING (HFIT)

(CAN, US) S'inspirant du succès et des apprentissages tirés du programme britannique Football Fans in training^{168,169} [Les amateurs de football à l'entraînement] le programme HFIT a été adapté au Canada et lancé en 2014 grâce au financement de Movember. Le programme HFIT mobilise les hommes en surpoids grâce à la ferveur sportive et à l'affiliation à des équipes de hockey junior ou professionnel majeures.¹⁷⁰ Dans un essai contrôlé randomisé (ECR) pilote mené en 2017, 80 hommes amateurs de hockey sur glace ont indiqué que le programme était efficace pour perdre du poids et améliorer leur santé.¹⁶⁷ Le programme HFIT a été étendu grâce au financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2018-2023) afin de mesurer son impact dans 40 sites au Canada et aux États-Unis. Un ECR en grappe mené auprès de 997 hommes a montré une perte de poids significative chez les participants après 3 et 12 mois, ainsi qu'une amélioration des comportements liés à la santé.^{171,172} En octobre 2022, plus de 1 000 hommes avaient rejoint le programme HFIT, 153 entraîneurs avaient été formés et, avec des partenaires locaux, le programme avait été mis en œuvre dans plus de 80 communautés locales.

MOVEMBER AHEAD OF THE GAME (MAOTG)

(R-U, AUS, IRL, N-Z) Le MAOTG comprend une série d'ateliers sur la santé mentale destinés aux jeunes hommes âgés de 12 à 18 ans, dispensés par le biais de clubs sportifs communautaires. Les évaluations du programme ont montré une amélioration des connaissances en matière de santé mentale et une augmentation de l'intention de demander de l'aide et le niveau de confiance pour aider les autres chez les jeunes athlètes masculins qui ont participé au MAOTG.¹⁷³ Depuis sa création, le MAOTG a organisé plus de 1000 ateliers dans plus de 150 clubs de football communautaire australiens, touchant plus de 17 000 participants. Le programme MAOTG a également été proposé à plus de 8 000 adolescents britanniques pratiquant le rugby à XIII, ainsi qu'à leurs parents et entraîneurs sportifs, dans les villes hôtes de la Coupe du monde de rugby à XIII en 2022. Le programme continué à se développer à travers le rugby à XIII, le football et d'autres sports, touchant plus de 20 000 participants britanniques en 2023-2024. Movember a mené un projet pilote en 2019-2022 et prévoit d'introduire MAOTG au Canada en 2025 afin de toucher les jeunes hommes de tout le pays par le biais du football et des sports communautaires afin de renforcer leur santé mentale.



Au travail

BUDDY UP

(CAN) Développé par le Centre de prévention du suicide et intégrée à l'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Alberta, Buddy Up est une campagne de prévention du suicide chez les hommes basée sur le soutien par les pairs. Conçue en collaboration avec des hommes, la campagne encourage les participants à Buddy Up à réaliser des activités qui favorisent les liens et le bien-être, à s'informer sur les risques de suicide chez les hommes et à engager des conversations authentiques avec leurs compagnons afin de les soutenir. La campagne Buddy Up se déroule tout au long de l'année, mais ses activités sont concentrées en juin, l'accent étant mis sur la promotion de la santé mentale des hommes et la prévention du suicide en milieu de travail. En 2024, la campagne a attiré 1 410 ambassadeurs en milieu de travail (452 groupes/organisations) et distribué 83 000 documents sur la campagne. Une étude de faisabilité et d'acceptabilité utilisant des méthodes mixtes a révélé que 92 % des participants ont tiré des bénéfices de leur participation à la campagne et que 95 % se sentaient plus à l'aise pour parler avec des hommes de santé mentale et de suicide.¹⁷⁴

FIRST RESPONDER RESILIENCE PROGRAM (FRRP)

(CAN) Financé par Movember, le FRRP est conçu, développé et mis en œuvre par Blueprint, une organisation à but non lucratif dédiée à l'éducation et à la formation des hommes, afin d'améliorer la résilience psychologique des policiers et des pompiers qui interviennent en première ligne en Colombie-Britannique. Le FRRP est un programme résidentiel/de type retraite axé qui offre 34 heures de formation intensive aux premiers intervenants afin de renforcer leurs compétences et leurs capacités à gérer le stress personnel, organisationnel et opérationnel. L'évaluation du programme indique une réduction significative des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique chez les participants, avec des résultats qui se maintiennent au-delà de six mois après la fin du programme, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie, des relations interpersonnelles et de leur rôle social.¹⁷⁵



En classe

NEXT GEN MEN (NGM)

(CAN) En 2014, les fondateurs de NGM ont présenté avec succès à Movember, leur idée d'un programme destiné aux garçons. Depuis, ils ont créé une organisation à but non lucratif qui propose toute une gamme de programmes, d'initiatives et de ressources destinés aux garçons et aux hommes, dans le but de leur donner les moyens de re-penser leur masculinité de manière réfléchie. Ces efforts comprennent NGM Alliance en ligne, les expéditions hors ligne Rites of Passage Expeditions [Expéditions rites de passage], des formations et des outils pour les adultes via Next Gen Mentors [Prochaine génération de mentors], la publication de récits dans Voice Male [Voix des hommes], et la facilitation de conversations pour les hommes sur la santé mentale et la sécurité psychologique à travers les ateliers Movember SpeakEasy [Parlez librement avec Movember] et d'autres offres Equity Leaders [Leaders en équité].

WISEGUYZ

(CAN) Développé par le Centre for Sexuality [Centre pour la sexualité] en Alberta en 2010, WiseGuyz est un programme participatif, basé sur des données probantes et axé sur l'égalité entre les genres, qui vise à enseigner aux adolescents de sexe masculin des compétences de vie liées à une sexualité saine et à des relations saines, ainsi qu'à la prévention de la violence fondée sur le genre. Composé de quatre modules séquentiels, ce programme scolaire est proposé aux jeunes hommes de 9e année (âgés de 13 à 15 ans) et dans des milieux communautaires (âgés de 12 à 18 ans) en partenariat avec diverses organisations. Les évaluations du programme menées depuis 2014 ont montré que les garçons qui ont suivi le programme ont déclaré avoir davantage de liberté pour exprimer leurs émotions, une meilleure efficacité en matière de santé sexuelle, une meilleure santé sexuelle et mentale et des relations amicales plus étroites.¹⁷⁶⁻¹⁷⁹ En 2024, le manuel de mise en œuvre WiseGuyz¹⁸⁰ a été publié, financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), afin de fournir des conseils pour adapter le programme et le rendre durable. Ce programme a récemment été étendu des programmes scolaires et communautaires aux milieux judiciaires pour jeunes.

GUYSWORK

(CAN) Soutenu par le Bureau de la condition féminine de la Nouvelle-Écosse et Femmes et égalité des genres Canada, GuysWork est un programme scolaire destiné aux jeunes hommes (de la 6e à la 9e année) qui examine les normes masculines et leur impact sur la santé. Les animateurs du programme sont des enseignants, des conseillers scolaires, des spécialistes scolaires et/ou des membres de la communauté. Une étude pilote menée auprès de 152 participants au programme a révélé une diminution de la conformité aux normes masculines traditionnelles.¹⁸¹ The 2023-2024 Atlantic pilot project [Le projet pilote Atlantic 2023-2024] a évalué de manière longitudinale l'impact du programme sur les jeunes hommes lors de leur passage de la 6e à la 8e année. Cette évaluation du programme a également pris en compte les expériences et les perspectives des animateurs et d'autres parties prenantes afin d'orienter les ajustements et efforts pour étendre et soutenir GuysWork.

CONSORTIUM DES CAMPUS CONNECTÉS POUR LES MILITAIRES, LES VÉTÉRANS ET LEUR FAMILLE DU CANADA (CCCMVFC) (CMVF3C)

(CAN) Le gouvernement du Canada s'est engagé dans le projet CMVF3C afin de promouvoir la santé de tous les anciens combattants en leur garantissant un emploi valorisant à leur sortie des Forces armées canadiennes (FAC). Cela comprend le renforcement des compétences en matière de santé et la mise en valeur des qualifications acquises pendant le service afin d'améliorer leur qualité de vie et leurs résultats professionnels. Parmi les campus adaptés aux anciens combattants, on peut citer l'initiative du Institute for Veterans Education and Transition (IVET) [Institut pour la formation et la transition des anciens combattants] de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), qui propose des programmes et des services sur mesure, notamment des procédures d'admission, un groupe de pairs anciens combattants, des logements abordables, un soutien financier, des cours de perfectionnement professionnel et des activités sociales et récréatives. L'Université de l'Alberta est également un Military and Veteran Friendly Campus [campus adapté aux militaires et aux anciens combattants] qui offre des ressources telles qu'une trousse d'outils pour aider le personnel des FAC et les anciens combattants dans leurs études supérieures.



Les liens sociaux au sein de la communauté

MEN'S SHED CANADA

(CAN, AUS, IRL, R-U, N-Z) Fondé en Australie dans les années 1990, avec le soutien de Movember, le mouvement Men's Sheds Canada s'est développé depuis les années 2010. Le Canada compte actuellement quatre associations provinciales et plus de 130 hangars opérationnels dans dix provinces. S'associant souvent à des organisations locales pour mener à bien des projets spéciaux qui soutiennent leurs communautés, Men's Sheds Canada offre un environnement accueillant où des hommes de tous âges, de toutes cultures et de tous statuts socio-économiques peuvent partager leurs expériences, célébrer leurs réalisations et créer des liens. Les évaluations mondiales des Men's Sheds ont montré une amélioration de l'autoévaluation de santé, une augmentation de l'estime de soi, une réduction de l'isolement social et un meilleur bien-être mental chez les participants,¹⁸²⁻¹⁸⁵ avec un fort potentiel d'amélioration des connaissances en matière de santé et de promotion de la santé chez les hommes.^{186,187} Des évaluations préliminaires menées au Canada ont également fait état d'avantages pour la santé mentale des hommes âgés vivant dans des communautés rurales, où les participants aux Men's Sheds ont acquis un sentiment d'utilité, d'inclusion et de camaraderie.^{188,189}

PAPA HÉROS

(CAN) Le projet Papa Héros (aider tous et chacun à saisir les occasions qui se présentent) financé par Movember, est un programme parental destiné aux prisons canadiennes, mis en œuvre par le Regroupement Canadien d'Aide aux Familles des détenu(e)s (RCAFD) en partenariat avec le Service correctionnel du Canada (SCC). Proposant un cours parental de huit semaines et des groupes pour les pères en prison et à l'extérieur, cette initiative vise à maintenir le lien entre les pères incarcérés et leurs enfants, à soutenir leur santé mentale et à renforcer leur résilience en vue d'une réunification familiale réussie. Depuis 2017, plus de 1 144 pères issus de divers milieux culturels ont participé au projet Papa Héros. En 2024, Papa Héros sera offert dans toutes les provinces canadiennes où le SCC dispose de prisons fédérales (16 sites). Les évaluations internes du programme ont révélé que 92 % des participants ont déclaré une augmentation de leur satisfaction à l'égard de leur vie, de leur bien-être mental et de leurs liens sociaux.

TRUE NORTH LIFESTYLE MANAGEMENT (LM)

(CAN) Soutenu par True North Canada (et financé par Movember), le projet LM vise à améliorer la condition physique et la qualité de vie liée à la santé des hommes atteints d'un cancer de la prostate en leur fournissant des ressources éducatives et des outils pour l'activité physique, la nutrition et la réduction du stress. Ce programme communautaire de 12 semaines est dispensé par des professionnels de l'exercice physique qualifiés, à raison de deux cours collectifs d'une heure par semaine (1 cours de musculation et 1 cours de yoga en douceur) Par rapport à la situation de départ, les participants de trois sites communautaires ont signalé des améliorations significatives des mesures physiques de la composition corporelle, de la souplesse, de l'équilibre dynamique, de l'endurance musculaire et de l'endurance aérobie fonctionnelle, ainsi que des niveaux d'activité physique modérée et intense hebdomadaires après l'intervention.¹⁹⁰ Jusqu'en 2022, 199 hommes s'étaient inscrits pour utiliser LM, et plus de 100 professionnels de l'exercice physique qualifiés avaient été formés pour animer le programme.

NIIGAAN SINCLAIR RÉFLÉCHIT AUX PRINCIPES DE LA CONNEXION SOCIALE AVEC LES HOMMES AUTOCHTONES

La colonisation a entraîné la suppression des pratiques et des systèmes culturels autochtones, ce qui a eu des répercussions sur la contribution des hommes au leadership, à l'enseignement et aux réseaux familiaux et parentaux. Un processus de guérison de ces préjudices historiques peut être mis en place en tenant compte des pratiques de guérison propres à chaque culture, mais aussi des pratiques qui favorisent une identité positive pour tous les hommes.

Un exemple de ce type est le projet « 100 hommes avec 100 tambours » documenté par Niigaan Sinclair à Brandon, Manitoba, et financé par Movember.

Le secret d'un tambour à main est dans son nouage.

Un bon tambour commence par la peau. Les anciens disent que la texture et la tension de la peau d'un animal, qu'il s'agisse d'un élan, d'un cerf, d'un orignal ou d'un autre animal, ne dépendent pas seulement de son alimentation et de son environnement, mais aussi de la manière dont il a été abattu. Si l'animal a été chassé, tué et dépouillé sans respect, sa peau sera dure et très difficile à attacher, et il faudra beaucoup de temps pour l'assouplir et l'étirer. Une fois terminé, le tambour se raidit souvent et produit un son creux lorsqu'on en joue, résonnant d'un son désagréable et vide.

Ces tambours peuvent bien sûr être joués, mais ils doivent être constamment chauffés au feu ou au four pour produire un son riche. Une fois refroidis, ils redeviennent pratiquement injouables. En revanche, si la peau est respectée et honorée, elle s'enroulera presque d'elle-même autour du cadre en bois. Avec un peu de patience, de soin et d'attention, la peau se tendra, deviendra solide et, une fois terminée, produira un son magnifique et plein. Le double battement d'un tambour à main ressemble au battement du cœur qu'entend un bébé dans le ventre de sa mère. C'est pourquoi ces tambours sont sacrés, tout comme tout ce qui les entoure.

« C'est précisément ce que nous essayons de rappeler à nos frères », explique Jason Gobeil.

« Les hommes autochtones ont oublié qu'ils sont sacrés et qu'ils doivent agir en conséquence. »

Au printemps 2020, Movember a financé trois communautés autochtones et deux sites urbains (Winnipeg et Brandon) par l'intermédiaire des services à l'enfance et à la famille Dakota Ojibwe, dans le sud du Manitoba, afin de mettre en place des groupes pour les

pères. Afin de permettre aux hommes autochtones de retrouver leur rôle traditionnel de parent, le programme a embauché Jason pour coordonner et soutenir ces groupes. À l'été 2023, Gobeil a coordonné l'événement « 100 hommes avec 100 tambours » à la forêt alimentaire Assiniboine, à la périphérie de Brandon. Cet événement avait pour but d'aider à soutenir et à bâtir une communauté d'hommes autochtones en bonne santé grâce au partage culturel et à des activités.

Avec les aînés, les orateurs et de la nourriture, l'événement principal de la journée a été le nouage de tambours par chaque participant, avec du matériel offert par le Centre d'amitié de Brandon. En fait, presque tout ce qui a été utilisé pour la journée a été donné. Gobeil explique qu'il n'y a pas assez de fonds gouvernementaux ou d'organismes de subvention pour un événement comme celui-ci. « Les programmes visant à créer des hommes autochtones en bonne santé ne suscitent pas beaucoup d'intérêt dans ce pays ou cette province »

Alors que la plupart des organismes et programmes sociaux se concentrent à juste titre sur les femmes, les enfants, les personnes bispirituelles et les aînés autochtones, les hommes autochtones sont souvent négligés. Parallèlement, et comparativement à pratiquement tous les autres Canadiens, les hommes autochtones ont certains des pires indicateurs de santé, la plus courte espérance de vie, sont moins susceptibles d'obtenir un diplôme d'études secondaires, ont les taux d'incarcération les plus élevés et sont victimes d'un nombre astronomique de meurtres. Par exemple, dans une étude récente sur les meurtres commis au Canada entre 1980 et en 2012, 2 500 des victimes étaient autochtones, dont 1 750 étaient des hommes. Parmi les 500 homicides commis contre des Autochtones au Manitoba dans cette même étude, 355 étaient des hommes autochtones.

« Nos frères subissent des formes très spécifiques d'abus, de violence et de traumatismes, et il n'existe pratiquement aucun endroit sain où ils peuvent partager, parler et guérir », m'explique Gobeil. « Nous avons besoin d'espaces sûrs pour réfléchir, nous rétablir et prendre notre place dans nos communautés. »



«

Nous avons accueilli beaucoup d'hommes qui ont passé des années dans le silence, souvent en se faisant du mal et en faisant du mal aux autres à cause de toute la douleur qu'ils portaient en eux. En un après-midi, ils ont partagé leurs expériences et se sont soutenus mutuellement.

»

— JASON GOBEIL
LEADER AUTOCHTONE

Après avoir attaché leurs tambours et les avoir mis à sécher près du feu, les soixante participants ont formé un cercle de partage où des hommes venus de villes comme Dauphin, Souris, Brandon et Winnipeg se sont joints à des hommes de communautés éloignées comme Rolling River, Waywayseecappo, Pine Creek et Peguis pour partager des histoires sur ce que signifie être un père, un oncle, un frère et un fils en bonne santé.

« Il y a eu beaucoup de rires et de larmes, mais aussi beaucoup d'amour », explique Gobeil. « Nous avons accueilli beaucoup d'hommes qui ont passé des années dans le silence, souvent en se faisant du mal et en faisant du mal aux autres à cause de toute la douleur qu'ils portaient en eux. En un après-midi, ils ont partagé leurs expériences et se sont soutenus mutuellement. » Gobeil fait partie d'une poignée de leaders autochtones à travers le pays qui tentent de mettre en place des réseaux de mentorat et de soutien pour aider les hommes autochtones à devenir des partenaires, des pères et des individus en bonne santé. « Tout commence par l'amour », me dit-il. « C'est là que les tambours entrent en jeu. »

Après le cercle de partage, le groupe a partagé des chansons issues de leurs cultures et communautés. À la fin de l'événement, chaque participant est reparti avec une nouvelle relation et un nouveau tambour sacré, symbole de ce qu'il peut désormais offrir à sa famille et à sa communauté.

« Quelques frères non autochtones se sont joints à nous », raconte Gobeil. « Tout le monde est reparti avec de nouvelles chansons, de nouvelles histoires et la certitude qu'ils ne sont pas seuls. »

Il est franchement trop facile de blâmer les hommes autochtones pour les nombreux maux dont souffrent les communautés autochtones – ou le Canada, soit dit en passant. Certaines statistiques pourraient même appuyer cette idée. Le fait est que la violence, la toxicomanie et la pauvreté dans les communautés autochtones ne seront pas résolues en laissant les hommes autochtones pour compte. En fait, aider les hommes autochtones à se reconstruire pourrait bien être l'une des solutions les plus importantes. Une solution qui commence par la création d'espaces sains, fondés sur la gentillesse, la générosité, le respect et la patience, éléments essentiels à l'émergence d'un son plein, clair et magnifique.

Ressources en ligne sur la santé masculine

HEADSUPGUYS

(CAN) Financé par Movember 2013-2017, HeadsUpGuys est un organisme financé par des donateurs qui offre des ressources en ligne adaptées pour soutenir la santé mentale des hommes et prévenir le suicide. Il propose notamment une série d'outils d'autoévaluation pour les visiteurs (par exemple, dépression, risque de dépression chez les hommes, stress et colère) et un répertoire international de thérapeutes ayant une expérience et une expertise dans le domaine de la santé mentale masculine. Depuis son lancement en 2015, HeadsUpGuys a enregistré plus de 5 millions de visites sur son site web (principalement aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada), plus de 500 000 autoévaluations pour la dépression ont été réalisées et plus de 20 000 mises en relation avec des thérapeutes ont été établies. Une évaluation de 400 000 autoévaluations pour la dépression réalisée par les visiteurs a révélé que 80 % des répondants avaient obtenu un score supérieur au seuil de dépression majeure probable et que plus de 50 % avaient déclaré avoir eu au moins quelques idées suicidaires, ce qui confirme que le site atteint le public cible qui recherche de l'aide.¹⁹¹ En ce qui concerne spécifiquement l'expérience des hommes sur HeadsUpGuys, les visiteurs du site ont déclaré avoir amélioré leurs connaissances sur le suicide, mieux reconnaître les symptômes de la dépression masculine, avoir réduit leur stigmatisation sur la dépression et le suicide, et avoir un sentiment accru d'espoir de guérison et de probabilité de demander d'aide à leurs pairs et/ou à des professionnels.¹⁹²

MEN &

(CAN) Né d'un partenariat de recherche avec Fear Is Not Love [La peur ce n'est pas de l'amour] -anciennement le Calgary Women's Emergency Shelter [Refuge d'urgence pour femmes de Calgary] visant à mieux comprendre comment impliquer les hommes dans la prévention de la violence, Men & est une entreprise sociale du Forge Centre for Dignity-Driven Leadership [Centre Forge pour un leadership axé sur la dignité] qui a pour objectif de fournir des informations fiables et accessibles, ainsi que du soutien et des ressources pour aider les hommes à faire face aux défis complexes liés à leur santé mentale et relationnelle. L'initiative propose une carte nationale et un registre régional et municipal de ressources gratuites et peu coûteuses, de ressources interactives auto-guidées et des boîtes à outils, ainsi qu'une [ligne d'assistance téléphonique avec des conseillers pour les hommes](#), accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

DAD CENTRAL

(CAN) Financé par l'ASPC et Dove Men+Care, Dad Central est un réseau national de chercheurs, de praticiens, de leaders et de membres de la communauté qui aident les pères à s'impliquer activement dans la vie de leurs enfants. En plus de fournir gratuitement des outils pratiques et des ressources aux pères, le programme propose une formation rémunérée aux professionnels des services à la famille afin de les aider à impliquer les pères, ainsi qu'au programme DadMentor, qui comprend une bibliothèque de ressources et une communauté de pères visant à favoriser les liens entre pairs et à fournir une aide professionnelle tout au long de leur parcours de paternité. Depuis 2020, Dad Central a distribué plus de 4 000 ressources gratuites, formé plus de 300 organisations, organisé 16 webinaires gratuits et enregistré plus de 900 inscriptions à des cours sur les principes fondamentaux de la paternité, ce qui a eu un impact positif sur plus de 400 000 pères.

CHANGE PAS TROP (CPT)

(CAN) CPT est une ressource en ligne de sensibilisation du public lancée en 2014 par la Fondation canadienne pour la santé masculine (FCSH) dans le but d'encourager et d'outiller les hommes à apporter des changements gérables qui peuvent avoir un impact important sur leur santé, leur famille et leur communauté. Des informations multimédias (texte, vidéo et balados) sont proposées afin de donner aux hommes des conseils pour améliorer leur alimentation, leur activité physique, leur sommeil et leur gestion du stress, ainsi que pour réduire leur consommation d'alcool et/ou de tabac. Les évaluations du programme ont montré sa faisabilité et son acceptabilité, les répondants ayant été fortement exposés au programme CPT ayant déclaré une plus grande probabilité de changements récents et prévus dans leurs comportements en matière de promotion de la santé.^{165,193,194}



Balados sur la santé masculine (CAN)

In Good Company with Dr. Paul Sharp

Gent's Talk

Dad Central: A Parenting Podcast to Reduce Stress & Build Confidence in Fatherhood

Don't Change Much

Man Talks with Connor Beaton

Modern Manhood

Breaking the Boy Code

Campagnes de santé publique pour les hommes

Les campagnes de santé publique peuvent toucher les hommes à grande échelle et ont le potentiel de modifier les comportements à l'échelle de la population grâce à des actions ciblées d'éducation, de sensibilisation et de mobilisation. Les campagnes Movember et White Ribbon [Ruban Blanc] sont deux exemples parfaits de la manière dont les hommes et les communautés peuvent être mobilisés pour sensibiliser le public et susciter des changements positifs.

La campagne Movember est une collecte de fonds annuelle d'un mois et une campagne mondiale de sensibilisation à la santé masculine.¹⁹⁵ Movember mène également des sous-campagnes ciblées, notamment « Know Thy Nuts » [Connais tes couilles], qui encourage l'auto-examen pour le dépistage du cancer testiculaire. Les hommes qui ont été sensibilisés à ce contenu étaient nettement plus susceptibles que la population générale d'avoir examiné leurs testicules au cours de l'année écoulée (68 % contre 28 %) et d'avoir consulté un professionnel de la santé au sujet d'un problème qui leur semblait anormal (29 % contre 18 %).¹⁹⁶

La campagne White Ribbon est le plus grand mouvement mondial de garçons et d'hommes qui s'efforcent de mettre fin à la violence et à la discrimination fondées sur le genre en faisant la promotion d'une masculinité saine, en faisant progresser l'égalité des sexes et en renforçant les alliances. Ces campagnes de santé publique, qui comprennent Men of Quality [Hommes de qualité], Boys Don't Cry [Un gars ça pleure pas], Redefine the Manbox [Redéfinir la boîte de la masculinité] et I Knew All Along [Je l'ai toujours su], ont mobilisé des millions de personnes grâce à des outils sociaux et mobiles afin d'inciter les hommes à dénoncer la violence fondée sur le genre. En outre, l'initiative White Ribbon ouvre la voie à la mobilisation du secteur de l'éducation, des organisations communautaires et des lieux de travail en faveur d'un changement systémique. En 2021, grâce au financement de Femmes et égalité des genres Canada, l'organisation a publié la trousse Allies for gender equality : Enhancing intersectionality in engaging men and boys [Alliés pour l'égalité des genres : renforcer l'intersectionnalité dans la mobilisation des garçons et des hommes], qui offre des conseils aux organisations pour impliquer les garçons et les hommes dans les pratiques d'égalité des genres.



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE

Des soins de santé adaptés aux besoins des hommes : services, dépistages, examens et établissements conçus spécialement pour les hommes.

L'Organisation mondiale de la santé et la Lancet Commission on Gender and Global Health [Commission Lancet sur le genre et la santé mondiale] suggèrent que les progrès les plus importants en matière de santé masculine au niveau communautaire et démographique seront réalisés grâce à des systèmes et des services de santé adaptés aux besoins des hommes.¹⁹⁷⁻²⁰⁰

Les inégalités en matière de santé masculine, ainsi que les déterminants sociaux et structurels qui y sont liés, peuvent être présentées à tort comme une conséquence des comportements des hommes, notamment leur réticence à demander de l'aide et/ou à recourir à des soins de santé professionnels.^{40,91} Pourtant, les données disponibles soulignent systématiquement que l'absence de services destinés aux hommes constitue un obstacle majeur à leur recours à l'aide.⁹⁷ La clé réside ici dans le développement et la mise à disposition de services de santé qui « répondent de manière ciblée à la profondeur et à la diversité des expériences des personnes en matière de santé et de maladie liées au genre afin d'optimiser leurs résultats ». ²⁰¹ Une récente étude exploratoire a mis en évidence trois stratégies clés pour que les services de santé impliquent efficacement les hommes⁸⁸:

1. **Concevoir et diffuser des informations accessibles et adaptées au contexte afin d'orienter les hommes vers divers services de santé**
2. **Adapter la communication et le langage utilisés dans le domaine de la santé afin de refléter les interactions quotidiennes des hommes**
3. **Établir des relations thérapeutiques entre les patients et les prestataires de soins qui incitent les hommes à s'impliquer et à prendre en main leur santé**

Les services de santé peuvent s'adapter pour mieux répondre aux besoins des hommes²⁰² et leur conception est essentielle, en particulier en matière de dépistage des maladies physiques et mentales. Les hommes sont souvent confrontés à des obstacles structurels, notamment le manque de sensibilité culturelle, le coût, les obligations professionnelles et familiales, les temps de trajet/transport, les longs délais d'attente et le manque d'informations spécifiques aux hommes, qui limitent leur accès aux services.^{69,86,106,203}

Des programmes collaboratifs, conçus conjointement et intégrant des voies de diffusion progressives, notamment l'intégration de ressources de santé en ligne, ont le potentiel de faire progresser et de diversifier la recherche d'aide par les hommes.²⁰⁴ Lorsqu'elles sont combinées efficacement avec des services de santé en personne, les ressources de santé en ligne fondées sur des données probantes peuvent mettre en relation les hommes, y compris ceux qui sont en situation de crise, avec des services spécialisés,^{48,205} et leur fournir des soins de suivi continus.

PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES

Les programmes de dépistage et les bilans de santé peuvent être des mesures efficaces pour réduire la mortalité prématurée due à des maladies évitables et à des morbidités associées à des maladies chroniques. Voici quelques exemples de l'impact positif que le dépistage peut avoir sur la santé masculine. L'augmentation prévue de l'incidence du cancer de la prostate,²⁰⁶ ainsi que d'autres maladies telles que le diabète et les maladies cardiaques, confirme la nécessité de mettre en place des programmes de dépistage et de diagnostic précoce adaptés à la santé masculine.

ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE (AAA)

Certaines données indiquent que les hommes âgés (> 65 ans) présentent un risque plus élevé d'AAA.^{207,208} Sur la base de données de qualité modérée, il existe une faible recommandation de procéder à un dépistage unique par échographie chez les hommes canadiens âgés de 65 à 80 ans.

LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)

Si elles ne sont pas vaccinées, on estime que 75 % des Canadiennes sexuellement actives contracteront une infection au VPH au cours de leur vie, et que 5 % de tous les cancers dans le monde sont attribués à une infection au VPH. Le vaccin contre le VPH est recommandé pour toutes les personnes âgées de 9 à 26 ans au Canada.²⁰⁹ Les personnes âgées de 27 ans et plus qui courent un risque continu d'exposition au VPH peuvent recevoir le vaccin contre le VPH après avoir pris une décision éclairée et discuté avec un professionnel de la santé. Toutes les provinces et tous les territoires offrent gratuitement le vaccin contre le VPH dans les cliniques scolaires et les cliniques de soins de santé primaires.

AUTOÉVALUATION DE SANTÉ

La Canadian Men's Health Foundation (CMHF) [Fondation pour la santé masculine au Canada] fournit une liste d'autoévaluation de santé spécifique à chaque âge et HealthLink BC offre un aperçu des tests et dépistages génito-urinaires pour les hommes. Il existe également toute une gamme d'autoévaluations de santé pour les hommes disponibles en ligne, notamment en matière de santé mentale et physique.

Intersectionnalité et lutte contre les inégalités en matière de santé

Les services et programmes de santé qui tiennent compte des identités multiples et croisées des hommes sont plus susceptibles de les mobiliser et de les fidéliser.²¹⁰ Cela est particulièrement important pour lutter contre les inégalités en matière de santé, car les hommes vivant dans des conditions de marginalisation, en particulier les hommes autochtones, les hommes homosexuels, bisexuels et queer (GBQ) ainsi que les hommes ayant subi des abus sexuels, ont besoin de services adaptés, sensibles à leur culture et tenant compte des traumatismes qu'ils ont subis.^{19,211,212} Le Canada a une solide expérience dans la mise en place de programmes et de services visant à réduire l'impact des inégalités en matière de santé chez les hommes.



Programmes de santé destinés aux hommes autochtones

BROTHERLAND : HONOURING THE WARRIOR WITHIN PORTFOLIO

En tant que groupe victime d'inégalités importantes, l'état de santé des peuples autochtones, en particulier des hommes autochtones, est extrêmement en décalage avec les taux nationaux et internationaux. La mauvaise santé mentale et les taux de suicide extrêmement élevés chez les garçons et les hommes autochtones constituent une crise de santé chronique et contemporaine. C'est pourquoi Movember a créé le portfolio Brotherland : Honouring the Warrior Within, destiné aux hommes autochtones. Ce portfolio est fondé sur des données probantes, conçu, dirigé et évalué par des autochtones, et axé sur le bien-être social et émotionnel et les déterminants de la santé qui y sont liés.

PROGRAMMES BROTHERLAND : WORK2GIVE (W2G)

(CAN) La phase 1 du programme Work2Give (W2G) a été mise à l'essai de 2014 à 2018. Une équipe de recherche dirigée par la Dre Helen Brown de l'Université de la Colombie-Britannique a reçu une subvention Movember pour l'innovation afin de déterminer l'efficacité et l'impact du programme W2G en tant que modèle de réadaptation alternatif pour les hommes autochtones incarcérés. Les hommes participant au programme ont fabriqué divers articles identifiés comme nécessaires par les communautés autochtones et les ont donnés à ces dernières. La phase 1 du programme W2G

était un partenariat entre le Service correctionnel Canada (SCC), le Tsilhqot'in National Government et la Punky Lake Wilderness Camp Society. L'étude d'évaluation correspondante, réalisée en 2019, a fait état d'une amélioration du bien-être, de l'estime de soi, de la guérison et de la réadaptation des hommes et de leurs communautés, ce qui suggère également le potentiel du programme pour la réinsertion communautaire après libération.²¹³

En 2021, la phase 2 du programme W2G a été étendue à cinq établissements correctionnels fédéraux en Ontario. Cette phase était un partenariat entre True North Aid, le SCC et Movember. Le programme a continué d'offrir aux hommes autochtones incarcérés la possibilité de s'engager dans un travail utile en fabriquant des articles destinés à être donnés à des communautés autochtones isolées dans le besoin. Les résultats de l'évaluation de la phase 2 ont montré les premiers signes d'une réduction des taux de récidive, d'une amélioration du bien-être mental grâce à un renforcement du lien avec l'identité culturelle et de la réciprocité, ce qui a conduit à une plus grande inclusion sociale.²¹⁴ La phase 3 a débuté en décembre 2024 et poursuit le partenariat entre True North Aid et le SCC. Cette phase comprend un soutien continu aux communautés autochtones dans le besoin, avec un engagement accru et plus approfondi à aider une communauté autochtone supplémentaire. L'initiative W2G devrait continuer à renforcer la reconquête culturelle des hommes autochtones incarcérés, en leur permettant de se définir au-delà des erreurs qu'ils ont commises et en les aidant à s'intégrer ou à reprendre leur place dans la société.

CENTRE DE SANTÉ CHURCHILL

Le Churchill Health Centre (CHC), en partenariat avec la Winnipeg Regional Health Authority [Autorité régionale de la santé de Winnipeg] et Movember, a créé en 2020 le premier centre de bien-être subarctique au monde, le Churchill Wellness Centre. Depuis lors, le centre continue d'être une plaque tournante pour les programmes Brotherland de Movember, qui visent à reconnecter les hommes autochtones à leur identité culturelle. Ces programmes ont renforcé les liens des

hommes autochtones avec leur terre, transmis leurs connaissances et leur culture, et, de manière anecdotique, amélioré leur santé mentale et leur bien-être.²¹⁵ Les activités menées par le Churchill Wellness Centre s'inscrivent dans le cadre d'une initiative plus large du centre de santé qui cible divers groupes d'hommes autochtones de la communauté et propose une approche alternative du bien-être global, notamment en matière de santé mentale, de toxicomanie et de soutien culturel et territorial. En mars 2025, Churchill a été choisie pour élargir sa portée et devenir une initiative d'autonomisation communautaire, en tirant parti des ressources existantes au sein de la communauté pour créer une approche et un plan d'impact communautaire. Ce plan communautaire inclura les programmes Brotherland déjà existants, tels que les activités culturelles et liées au territoire, et s'étendra pour inclure un conseil de leadership des jeunes de la région subarctique impliquant six communautés autochtones voisines, des programmes familiaux, un programme officiel de soutien par les pairs et un programme élargi lié au territoire dans la communauté autochtone voisine de la York Factory First Nation. Cette approche collective d'autonomisation communautaire sera liée au modèle de soins global du CHC et favorisera ainsi l'accès aux soins de santé et aux services de soutien communautaires.

ABORIGINAL HEALTH AND WELLNESS CENTRE OF WINNIPEG (AHCW)

Au sein de l'AHCW, l'initiative Brothers Rekindling Our Spirits (BROS) - [Frères, ravivons nos esprit] œuvre au cœur du centre-ville de Winnipeg, au Manitoba, afin de renforcer la solidarité entre les hommes autochtones sans abri ou à risque de le devenir. BROS accompagne les hommes autochtones dans leur cheminement vers la guérison, un parcours qui leur permet de retrouver un sentiment de fierté et d'épanouissement dans leur vie. Elle met notamment l'accent sur la promotion de la santé mentale des participants en leur offrant un meilleur accès à des services de bien-être, notamment des soins de santé primaires et mentale, grâce à un programme social adapté à leur culture et tenant compte des traumatismes subis. Dédiée à l'inclusion sociale, notamment par le soutien des pairs et des aînés, cette initiative réinterprète les traumatismes et affirme le processus de guérison des hommes autochtones. Son approche holistique et intégrée fait également appel à des services externes, notamment des médecins et des spécialistes des dépendances, afin de fournir un appui spécialisé dans le but de répondre à tous les besoins en matière de santé. Movember a financé BROS de 2019 à 2024, et la province du Manitoba finance actuellement le programme.



AQQUIUMAVVIK SOCIETY

Les trois initiatives de la société Aqqiumavvik ont été mises en œuvre à Arviat, le hameau inuit le plus au sud du Nunavut. De 2015 à 2018, la première de ces initiatives était le programme Arviat Young Hunters [YH-Arviat Jeunes Chasseurs] destiné aux garçons âgés de 12 à 18 ans. Ce programme a été créé par des leaders communautaires, des aînés et un réseau de personnes possédant une expertise en matière de santé et de bien-être mental des autochtones. Axé sur les jeunes à risque, le programme offrait une expérience sur le territoire avec un chasseur qui enseignait les compétences et les connaissances traditionnelles des Inuits pour vivre de la terre. Les participants ont renforcé leur résilience et leur autonomie grâce à ces expériences, qui leur ont permis de renforcer leurs liens avec leur patrimoine culturel et leur communauté.²¹⁶

La deuxième initiative, mise en place de 2018 à 2023, est le programme de mentorat Uvajuqatsiangningniq destiné aux hommes de 18 ans et plus, qui a étendu le programme YH à une population plus âgée et plus exclue socialement au sein de la communauté. Le programme a intégré les principes, les compétences et les expériences liées au territoire tirés du programme YH, ainsi que d'autres compétences et ateliers afin de répondre aux besoins spécifiques de la population et d'assurer la guérison, la maîtrise et la durabilité pour les hommes et la communauté. La troisième initiative, de 2020 à 2023, est le programme Kaugjaqjuk Angutiit Makigiatningat ᑕᑭᑭᑭᑭᑭᑭ ᑕᑭᑭᑭᑭᑭᑭ ᑕᑭᑭᑭᑭᑭᑭ pour les hommes âgés – qui s'inspirait des méthodes traditionnelles inuites de transmission intergénérationnelle des connaissances afin d'aider cette population à retrouver la place qui lui revient en tant qu'anciens de la communauté. Les anciens ont partagé leurs connaissances et les concepts traditionnels de l'Inuit Qaujimagatuqangit avec d'autres hommes de différentes générations. Cela a permis de créer un pont entre les anciens, leurs connaissances et leur histoire.



NIIGAAN SINCLAIR RÉFLÉCHIT SUR LE « WARRIORISM » DANS SA CULTURE

En Anishinaabemowin, la langue des Anishinaabe, le mot que nous utilisons pour désigner un guerrier est ogichidaa. Dans la culture occidentale, un guerrier est généralement caractérisé comme un soldat engagé dans un combat lointain. Des images hypermasculines viennent à l'esprit, celles célébrées dans les films, la lutte professionnelle et le sport. Le terme « guerrier » [warrior] est littéralement l'incarnation du conflit, basé sur le mot « guerre ». En l'absence de violence, un "guerrier" en français n'a guère de sens.

Un ogichidaa est différent. Le mot se décompose en trois racines : ogi (« estimé »), gichi (« grand ») et ode (« cœur »). Réunis, ces mots forment le terme « ogichidaa », qui désigne une personne tenue en haute estime en raison de son « grand cœur ». Ce type de guerrier ne se définit pas par la violence, mais par l'amour. Un ogichidaa est quelqu'un qui consacre toute sa vie à construire, soutenir et protéger la communauté. C'est quelqu'un qui cueille des plantes médicinales, prend soin de tout le monde et est un modèle d'éthique et de leadership en toutes circonstances. Un ogichidaa défend ceux qui ont besoin d'aide et qui ont besoin d'être entendus, en particulier ceux qui ne peuvent pas se défendre eux-mêmes. Cela implique de sacrifier son confort personnel (et souvent sa sécurité) et de refuser de tolérer la souffrance et l'oppression, mais cela représente surtout le devoir de voir le potentiel en toute chose.

Un ogichidaa met en évidence la possibilité qui existe au sein des communautés de donner aux hommes les moyens de prendre en main leur propre santé et celle de leur entourage afin de bâtir un avenir meilleur pour le Canada.

Un ogichidaa est littéralement l'incarnation même de la responsabilité, présent dès que la communauté fait appel à lui, mais aussi prêt à servir même lorsque personne ne le regarde. Cela signifie qu'un ogichidaa offre tout ce qu'il a à ceux qui l'entourent, devenant ainsi le plus humble au sens physique et littéral du terme, mais aussi le plus riche lorsqu'il s'agit de mener une vie pleine de valeur. C'est pourquoi, le plus souvent, un ogichidaa est un grand-parent, un parent ou un enfant, car ce sont ces personnes qui vivent pour promouvoir la vie, se consacrant avant tout à forger et à maintenir la paix.

Un ogichidaa est une personne vénérée pour l'amour qu'elle distribue volontiers et sans condition, par sa gentillesse, sa ténacité et son dévouement. Pour être clair, je ne parle pas ici du genre d'amour que l'on voit dans les romances hollywoodiennes, mais d'un amour centré sur les peuples autochtones, décolonial et ancré dans la terre. Un amour responsable. Pour revenir à la langue anishinaabe, le mot zaagidiwin signifie « ouvrir » ou « élargir » (il provient de la racine zaagi-, que l'on retrouve dans des mots tels que zaagibagaa (« quand les feuilles commencent à bourgeonner ») ou zaagidawaa (« quand l'eau coule dans un lac »).

Pour nous, l'amour n'est pas quelque chose qui arrive comme par magie, mais quelque chose qui se construit et se mérite, qui élargit et enrichit le monde qui nous entoure. Tout ce qu'un ogichidaa fait s'inscrit dans le zaagidiwin. Un ogichidaa anishinaabe n'est donc pas un titre que l'on choisit, mais un rôle que l'on gagne. Être nommé ogichidaa signifie qu'une personne a gagné le respect de sa communauté grâce à ses bagijiganan (dons) – avec dabasendiziwin (« humilité »), zoongide'ewin (« courage »), gwayakwaadiziwin (« honnêteté »), nibwaakaawin (« sagesse »), debwewin (« vérité »), manaaji'idiwin (« respect ») et zaagi'idiwin (« amour ») au centre.

Devenir un ogichidaa est l'un des symboles par excellence de la masculinité autochtone.

Hommes homosexuels, bisexuels et queer

HEALTH INITIATIVE FOR MEN (HIM)

(CAN) Fondée en 2007 en tant qu'organisation communautaire de prévention du VIH, HIM a conclu un contrat officiel avec la Vancouver Coastal Health Authority [Agence de santé de la région côtière de Vancouver] en 2009 afin de faciliter la prestation de services de promotion de la santé aux hommes homosexuels. L'initiative s'est encore élargie en 2014 et 2020 grâce à des partenariats avec d'autres autorités sanitaires afin de servir les hommes homosexuels, bisexuels et queer (GBQ) ainsi que les personnes de diverses identités de genre en Colombie-Britannique. Le champ d'action de HIM s'est également élargi pour inclure une gamme complète de programmes et de services axés sur la santé, comprenant la promotion de la santé mentale, le soutien aux travailleurs du sexe, les programmes de réduction des risques, les groupes communautaires et le renforcement des capacités communautaires afin de répondre aux besoins en matière de santé sexuelle, mentale, physique et sociale des hommes GBQ et des personnes de diversité de genre.²¹⁷

Hommes ayant subi des abus sexuels

BRITISH COLUMBIA (BC) SOCIETY FOR MALE SURVIVORS OF SEXUAL ABUSE

(CAN) Fondée en 1997, la British Columbia Society for Male Survivors of Sexual Abuse (BCSMSSA) [hommes victimes d'abus sexuels] est une association à but non lucratif qui offre des services aux hommes victimes d'abus sexuels. Elle propose notamment des services d'aide aux victimes (financés par le ministère de la Justice de la Colombie-Britannique) et des thérapies individuelles ou de groupe rémunérées pour les hommes victimes d'abus sexuels (un tarif dégressif est proposé aux personnes ayant des difficultés financières). Le directeur général de la société, Mason Shell, anime également l'atelier « Male Survivors: Preparing the Way for Meaningful Intervention » [Hommes victimes d'abus sexuels : préparer le terrain pour une intervention efficace], destiné aux professionnels de la santé afin de les sensibiliser à la thérapie tenant compte des traumatismes dans le traitement des hommes victimes d'abus sexuels.



Constituer un personnel de santé doté des compétences nécessaires pour répondre aux besoins des hommes

Quelles sont les mesures efficaces pour améliorer les compétences des professionnels actuels afin qu'ils puissent impliquer efficacement les hommes et répondre à leurs besoins ?

Les données disponibles indiquent que les programmes de formation sur mesure sont efficaces pour améliorer les compétences des professionnels et renforcer leur confiance et leurs capacités à impliquer les hommes dans les établissements de santé.²¹⁸ Améliorer les soins prodigués par les professionnels afin qu'ils répondent mieux aux besoins des hommes permettra d'optimiser leurs résultats en matière de santé ; toutefois, nous avons actuellement besoin de davantage de données pour valider l'impact de ces programmes.

SEXUAL HEALTH & REHABILITATION (SHARE)

(CAN, R-U) Soutenue et financée par Movember, l'initiative SHARe, qui a démarré en Ontario, comprend deux projets pilotes parallèles. Le projet pilote SHAReClinic [Clinique SHARe] propose un outil de rétablissement de la fonction sexuelle en ligne comprenant des modules éducatifs et l'accès à des conseillers en santé sexuelle afin d'aider les hommes à retrouver leur fonction sexuelle et à maintenir leur intimité après un traitement contre le cancer de la prostate. Le projet pilote SHARe Training offre une formation spécialisée aux professionnels de la santé à travers le Canada afin de leur fournir les compétences et les connaissances nécessaires pour soutenir les hommes atteints d'un cancer de la prostate et leurs partenaires. Entre 2017 et 2021, 386 patients se sont inscrits à SHAReClinic, et une évaluation pilote menée auprès de 65 patients a révélé que 46 (71 %) d'entre eux avaient suivi les modules éducatifs et que 53 (82 %) étaient satisfaits de la clinique virtuelle. En ce qui concerne les résultats, les participants ont déclaré se sentir rassurés et moins anxieux quant à la diminution de leur fonction sexuelle après le traitement. Ils ont également déclaré avoir accès à davantage de

médicaments favorisant l'érection 12 mois après le traitement (par rapport à avant le traitement) et avoir constaté une amélioration de leur fonction sexuelle 12 mois après le traitement (par rapport à 6 mois après le traitement).²¹⁹

MEN IN MIND

(AUS, UK, CAN) Financé par Movember, MiM est le premier programme de formation en ligne au monde conçu en collaboration avec des praticiens et des hommes afin de doter les professionnels de la santé mentale des connaissances et des compétences nécessaires pour mieux accompagner les patients masculins. Un essai contrôlé randomisé (ECR) a démontré que le programme MiM améliorait considérablement la confiance et les compétences des praticiens dans leur capacité à interagir avec les hommes qui demandent de l'aide et à leur répondre.¹¹⁰ Plus précisément, 82 % des praticiens ont déclaré se sentir plus confiants pour travailler avec des hommes ayant des pensées suicidaires, contre 47 % au début de l'étude, et ces gains ont été maintenus après 3 et 12 mois de suivi. Le programme MiM s'est étendu à toute l'Australie et peut être adapté aux praticiens d'autres professions de santé et intégré dans les programmes d'enseignement supérieur afin de développer les compétences en matière de genre pour travailler avec les hommes. Movember souhaite vivement collaborer avec des partenaires canadiens et/ou le gouvernement afin d'introduire le programme MiM au Canada.

OPTIMISER LES SOINS POUR LES HOMMES GAYS, BISEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES (GBHARSAH)

(CAN) Développée par le programme de Continuing Professional Development (CPD) at UBC [Formation Professionnelle Continue (FPC) de l'Université de la Colombie-Britannique], en partenariat avec les autorités de santé et des organisations communautaires œuvrant dans le domaine de la santé masculine, cette initiative est un cours de formation médicale continue en ligne destiné aux médecins de famille et aux prestataires de soins primaires au Canada. Le cours couvre trois thèmes principaux (contexte social et politique de la santé des gbHARSAH, épidémiologie et parcours de vie, espaces sécuritaires, langage et communication) et comprend des études de cas afin de doter les prestataires de soins des connaissances et des compétences nécessaires pour offrir des soins adaptés aux patients gbHARSAH. Ce cours, que chacun peut suivre à son propre rythme, répond aux critères de certification du Collège des médecins de famille du Canada et a été certifié par le CPD de l'UBC pour un maximum de 1,5 crédit Mainpro+®.²²⁰

Quels sont les moyens efficaces pour développer les compétences en matière de santé masculine chez les futurs professionnels de la santé ?

Les programmes d'études en santé des universités canadiennes ne comprennent pas explicitement de contenu ni de stratégies destinés aux étudiants en soins de santé qui travaillent avec des patients masculins, ce qui limite leur confiance et leurs compétences.^{221,222,113}

Nous pouvons toutefois nous inspirer des mesures efficaces qui ont été mises en place lorsque l'enseignement de la médecine sexospécifique a été intégré aux programmes d'études de premier cycle et de troisième cycle destinés aux professionnels de la santé.

La médecine sexospécifique a été intégrée dans les programmes d'études médicales de la Radboud University (Pays-Bas) et évaluée pendant quatre ans auprès de 442 médecins généralistes en formation. Plus de 80 % d'entre eux ont déclaré que cette formation leur avait été très utile dans leur pratique (82 % des hommes et 90 % des femmes), les points les plus retenus étant : i) le genre comme déterminant de la santé, ii) les préjugés sexistes dans les soins de santé et iii) le genre dans la communication.²²³ Il est essentiel de former les professionnels de la santé canadiens à la santé sexuelle et de genre,²²⁴ et Movember s'engage à établir des partenariats pour garantir que les cliniciens soient confiants et compétents dans leur travail avec les garçons et les hommes.



Une recherche efficace : élaborer, évaluer et appliquer

Le succès des programmes mentionnés dans ce chapitre repose sur des années de recherche et de collecte de données probantes. Cela comprend des cadres théoriques et des déterminants sociaux,²²⁵ des statistiques sur la santé de la population²¹ et des révisions de la littérature¹⁶¹ synthétisant les meilleures pratiques pour inciter les hommes à s'intéresser à leur santé et à recourir aux services de santé.^{163,226} Afin de garantir l'exactitude, l'actualité et l'exhaustivité de cette base de connaissances, il est nécessaire de recueillir des données supplémentaires sur la santé masculine. Ces données sont mieux recueillies, analysées et communiquées dans le cadre d'efforts collaboratifs, avec une vision à long terme et des investissements importants. Quelques exemples de mesures efficaces sont présentés ci-dessous.

BIDWEWIDAM PROJECT

Produit par le projet de recherche Bidwewidam Indigenous Masculinities (BIM)[Masculinités autochtones Bidwewidam],²²⁷ en association Ontario Federation of Indian Friendship Centres Kizhaay Anishinaabe Niin Program²²⁸ [Fédération des centres d'amitié autochtones Kizhaay Anishinaabe Niin Program de l'Ontario] et la Native Youth Sexual Health Network,²²⁹ [Réseau pour la santé sexuelle des jeunes autochtones] ce projet a interviewé douze aînés dans le but « d'ouvrir un dialogue sur les masculinités autochtones ». Il en résulte un ensemble remarquable d'histoires, d'enseignements et de recommandations visant à développer une conception plus saine de la masculinité autochtone dans les communautés à travers le Canada. Vous trouverez également ici un essai sur l'impact du projet Kizhaay Anishinaabe Niin.

RAPPORT SUR LES MASCULINITÉS AUTOCHTONES ET LA SANTÉ SEXUELLE

Produit par le SHaG Lab Le SHaG (Sexual Health and Gender) Lab, qui fait partie de la Division of Health Promotion in the Department of Health and Human Performance in the Faculty of Health at Dalhousie University [Division de la promotion de la santé du Département de la santé et de la performance humaine de la Faculté de santé de l'Université Dalhousie], a mené ce projet dans le prolongement d'un projet pluriannuel axé sur la promotion du bien-être sexuel chez les garçons et les hommes autochtones. Ce projet a été rendu possible grâce à un partenariat continu entre le SHaG et deux organisations communautaires dirigées par des Autochtones : le Mi'kmaw Native Friendship Centre (MNFC) [Centre d'amitié autochtone Mi'kmaw] et Healing Our Nations (HON) [Guérir nos nations]. Les objectifs du projet étaient d'examiner la marginalisation sexuelle historique des hommes autochtones tout en faisant progresser la justice sociale et l'équité en promouvant la santé des communautés marginalisées en raison de leur genre et de leur sexualité afin d'influencer les politiques et les pratiques en matière de santé, et de fournir un environnement de formation à la recherche pour les étudiants.

10 POUR LES HOMMES : ÉTUDE LONGITUDINALE AUSTRALIENNE SUR LA SANTÉ MASCULINE

(AUS) Il s'agit d'une étude longitudinale nationale financée par le gouvernement australien qui suit la santé et le bien-être des garçons et des hommes, y compris leurs attitudes en matière de santé, leurs comportements et leur utilisation des services au fil du temps. L'étude a débuté en 2013 et a comporté cinq vagues de collecte de données (la dernière ayant été achevée en 2024). Elle fournit des données probantes de grande qualité, étayées par des liens entre des données exhaustives, qui peuvent être utilisées pour renforcer la fidélité des programmes et des services de promotion de la santé destinés aux garçons et aux hommes.^{230,231} Bien qu'il n'existe aucune étude longitudinale portant spécifiquement sur une cohorte d'hommes au Canada, certaines données peuvent être consultées pour mieux comprendre l'état de santé des garçons et des hommes et lutter contre les inégalités liées aux déterminants sociaux et structurels de la santé (par exemple, Statistique Canada ou les sondages québécois sur la santé des hommes 2018 et 2021).²³²⁻²³³

Un essai sur l'impact du projet Kizhaay Anishinaabe Niin est disponible à l'adresse suivante : <https://shorturl.at/xcljL>



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE

SONDAGE INTERNATIONAL SUR LES HOMMES ET L'ÉGALITÉ DES SEXES

(USA) Ce projet, mené par [Equimundo](#) en partenariat avec l'Instituto Promundo au Brésil et le International Center for Research on Women [Centre international de recherche sur les femmes], a été lancé en 2008 afin d'étudier les attitudes, les comportements et les expériences des hommes et des femmes en matière d'égalité des sexes et de masculinité au fil du temps. Il s'agit de l'une des initiatives les plus ambitieuses visant à comprendre, à l'échelle mondiale, les perspectives et les pratiques des hommes en matière de genre, ainsi que leur influence sur leurs actions, leurs relations et leur santé. IMAGES comprend des enquêtes transversales à grande échelle menées dans plusieurs pays, qui permettent d'analyser de manière comparative les normes, les rôles et les relations entre les sexes dans divers contextes culturels. En recueillant des données auprès d'hommes et de femmes, IMAGES offre un aperçu de la complexité des dynamiques de genre et de leur impact sur la vie des individus. Les résultats de ces recherches ont été diffusés dans une série de rapports destinés à aider les décideurs politiques, les chercheurs et les communautés à élaborer et à promouvoir des programmes en faveur de l'égalité des sexes et à remettre en question les normes et stéréotypes sexistes préjudiciables.²³⁴ S'appuyant sur IMAGES, Equimundo, en partenariat avec Unilever, a également réalisé les études [La boîte à hommes](#)²³⁵ et [Le coût de la Boîte à hommes](#)²³⁶ qui examinent la prévalence des normes masculines restrictives, notamment la réticence des hommes à demander de l'aide en matière de santé.

AUDIT NATIONAL SUR LE CANCER DE LA PROSTATE

(R-U) La NPCA évalue la qualité des services et des soins prodigués aux hommes atteints d'un cancer de la prostate en Angleterre et au Pays de Galles. Mandatée par le Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) [Partenariat pour l'amélioration de la qualité des soins de santé], la NPCA recueille des informations cliniques sur le traitement et les résultats de tous les patients nouvellement diagnostiqués avec un cancer de la prostate.²³⁷⁻²³⁹ En évaluant si les soins reçus par les hommes sont conformes aux pratiques recommandées actuelles (conformément aux lignes directrices et aux normes de qualité du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [Institut national pour la santé et l'excellence clinique], la NPCA fournit des informations pour aider les professionnels de la santé, les commissaires et les régulateurs à améliorer les soins prodigués aux patients atteints d'un cancer de la prostate.

LA SANTÉ DES JEUNES HOMMES DANS LE MONDE NUMÉRIQUE

(R-U, USA, AUS) En 2023-2024, l'Institut pour la santé masculine Movember a commandé une vaste étude qualitative et quantitative afin de comprendre l'expérience des jeunes hommes avec les influenceurs en ligne. Suite à l'intérêt croissant des médias pour la « manosphère », cette étude a été la première étude à grande échelle de ce type à évaluer les effets sur la santé des jeunes hommes de leur interaction avec le contenu des influenceurs et à chercher à comprendre les expériences, bonnes ou mauvaises, qu'ils ont vécues lors de cette interaction. La clé du succès de cette étude réside dans une approche centrée sur l'humain pour interagir avec les jeunes hommes (en allant à leur rencontre, en utilisant des plateformes telles que Telegram et WhatsApp, et en recourant à des méthodes novatrices telles que les entretiens entre pairs) et en créant une Community of Practice (CoP) [Communauté de Pratique] autour de l'étude afin d'orienter, de conseiller et de soutenir l'analyse des données.

REGISTRE PCOR-ANZ DES RESULTATS DU CANCER DE LA PROSTATE

(AUS, N-Z) Le registre PCOR-ANZ est un registre clinique financé par Movember qui offre un excellent exemple de la manière dont les données peuvent être utilisées pour améliorer en permanence la qualité des soins cliniques afin d'améliorer l'expérience des patients et les résultats de santé masculine atteints d'un cancer de la prostate. Le PCOR-ANZ est une collaboration ciblée entre des hommes, des cliniciens, des sites cliniques et des chercheurs. Il recueille les résultats cliniques et ceux rapportés par les patients, et fournit des rapports comparatifs aux cliniciens et aux hôpitaux. En 2025, le PCOR-ANZ comptait plus de 148 000 hommes atteints d'un cancer de la prostate répartis sur 250 sites participants, 400 cliniciens participants et avait recueilli plus de 88 000 résultats rapportés par les patients. Le PCOR-ANZ couvre 72 % de tous les diagnostics de cancer de la prostate en Australie et en Nouvelle-Zélande. Ce registre est un outil de recherche essentiel pour les cliniciens, les scientifiques et les étudiants. Ses données ont été utilisées dans 90 publications évaluées par des pairs (2014-2025) afin d'améliorer les pratiques fondées sur des preuves dans le domaine du cancer de la prostate.

INSTITUT DE LA SANTÉ DES FEMMES ET DES HOMMES (ISFH), INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (IRSC)

(CAN) Le mandat de l'ISFH, est de favoriser l'excellence de la recherche sur l'influence du sexe et du genre sur la santé, et d'appliquer ces résultats pour identifier et relever les défis de santé urgents auxquels sont confrontés les hommes, les femmes, les filles, les garçons et les personnes de genre divers. Entre 2007 et 2019, l'ISFH a investi 15 millions \$ CA pour relever les défis de santé des garçons et des hommes.²⁴⁰ Ces fonds publics ont été utilisés pour financer des recherches consacrées à la promotion de la santé des garçons et des hommes et de leurs familles, en abordant les questions de santé mentale, de violence, de prise de risque et de résilience, de santé sexuelle et reproductive, ainsi que l'utilisation du sport et de l'activité physique pour promouvoir la santé masculine.²⁴¹ L'ISFH est également un leader national et international dans le domaine des sciences du sexe et du genre, renforçant les capacités de recherche et faisant progresser les connaissances afin de lutter contre les inégalités en matière de santé.

GROUPEMENT D'EXCELLENCE EN RECHERCHE SUR LA RÉDUCTION DU SUICIDE CHEZ LES HOMMES

(CAN, AUS, N-Z, USA, SWIT) Le groupe RMS, financé par l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) et dirigé par la UBC Men's Health Research Program [Programme de recherche sur la santé masculine de l'UBC], est un consortium international de recherche qui regroupe des chercheurs, des cliniciens, des stagiaires et des partenaires communautaires de cinq pays (Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande et Suisse). S'attaquant aux inégalités en matière de santé mentale chez les hommes, à la recherche d'aide et de services, ainsi qu'à la connectivité sociale, RMS est très productif dans la direction collaborative du domaine de la santé mentale masculine grâce à des projets de recherche conjoints, des publications corédigées et le développement, l'évaluation et d'élargir la portée des programmes adaptés de prévention du suicide. Le groupe a créé des synergies entre des chercheurs de renommée mondiale dans le domaine de la santé mentale masculine et encadre

des chercheurs en début de carrière et des stagiaires. En partenariat avec des organisations communautaires, RMS organise également des événements de transfert des connaissances en personne et en ligne afin de sensibiliser les cliniciens, les décideurs politiques et le grand public.

PÔLE D'EXPERTISE ET DE RECHERCHE EN SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DES HOMMES (PERSBEH)

(CAN) Le PERSBEH est un groupe de recherche de la province de Québec qui vise à développer des synergies entre 40 chercheurs spécialisés dans la santé masculine et 80 à 100 étudiants diplômés. Financé par le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, le groupe PERSBEH travaille en étroite collaboration avec des associations communautaires œuvrant dans le domaine de la santé masculine (100 organisations), de la prévention de la violence (plus de 30 organisations), de la promotion de la paternité (plus de 250 organisations et membres individuels) et du soutien aux hommes agressés sexuellement (<25 organisations). Dans les 17 régions du Québec, un chercheur est jumelé à un agent des Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux responsable de la santé masculine. Cette collaboration permet de mettre en relation les praticiens, les groupes communautaires et les chercheurs aux niveaux local et régional. Le PERSBEH organise des webinaires qui rejoignent plus de 2000 personnes annuellement.

FONDATION CANADIENNE DU CANCER DE LA PROSTATE

(CAN) La PCFC est une organisation communautaire à but non lucratif qui fournit du leadership et des ressources pour la défense des droits, le soutien, l'éducation et la recherche sur le cancer de la prostate à travers le Canada. Fondée en Colombie-Britannique en 1997, PCFC offre un soutien communautaire aux patients, aux partenaires, aux aidants naturels et à toute autre personne touchée par le cancer de la prostate. PCFC soutient 73 groupes de soutien aux personnes atteintes du cancer de la prostate dans toutes les provinces du Canada et dans un territoire. Ces groupes offrent des espaces sécurisés où les membres peuvent partager leur parcours personnel et médical et se soutenir mutuellement. La PCFC s'investit également beaucoup dans la recherche sur le cancer de la prostate et a octroyé plus de 2,7 millions \$ CA en subventions et en financement à 92 projets de recherche. Ce grand engagement a récemment été élargi au soutien de projets pilotes cliniques spécifiques et au financement de conférences, de réunions et du transfert des connaissances.



Ces initiatives sont des exemples d'innovation et de collaboration, qui visent à créer des synergies afin de disposer d'une base de données factuelles solide et d'améliorer l'efficacité des mesures prises pour promouvoir la santé masculine. Le succès et l'impact de ces exemples sont remarquables ; cependant, la recherche sur la santé masculine et les données probantes qu'elle produit doivent être renforcées et stratégiques afin de parvenir à un changement systémique visant à promouvoir la santé des garçons et des hommes canadiens.^{93,194} Pour atteindre cet objectif, il faut des partenariats transnationaux capables de s'attaquer aux déterminants sociaux et structurels de la santé afin de remédier de manière durable aux inégalités en matière de santé chez les garçons et les hommes.²⁴¹

Il est nécessaire de disposer de mesures contemporaines des facteurs socioculturels et des normes qui influencent les pratiques de santé masculine, d'indicateurs pertinents de la qualité des soins rapportés par les consommateurs et les praticiens, ainsi que de données économiques sur la santé recueillies de manière longitudinale. Cela permettra d'étayer les évaluations afin que l'impact (y compris la rentabilité) des programmes et des services de santé destinés aux hommes puisse être rapporté de manière fiable et d'orienter stratégiquement les soins de santé publics afin qu'ils répondent aux besoins des hommes. Tout cela nécessite un renforcement des capacités, une collaboration et un leadership dans l'ensemble du secteur. Lorsque nous examinons les données présentées dans ce chapitre, nous devons toutefois tenir compte des limites actuelles du domaine de la santé masculine, qui découlent du financement à court terme des programmes et des défis liés au renforcement des capacités de recherche et à l'établissement de collaborations durables. Le chapitre suivant présente trois demandes d'orientation stratégique qui permettront de traduire les données en nouveaux programmes et services de santé publique et d'étendre les approches et les soins efficaces afin d'avoir un impact positif sur tous les garçons et les hommes canadiens.



Une vision
d'avenir :
ce que le
gouvernement
canadien peut
faire

La santé masculine nécessite une attention urgente. Une intervention gouvernementale est sans aucun doute nécessaire. L'amélioration de la santé masculine présente des avantages évidents pour les hommes eux-mêmes et a des répercussions importantes sur leur famille, leurs amis, leurs collègues et au-delà. La santé masculine est fondamentalement relationnelle. Comme nous l'illustrons dans ce rapport, de nombreuses femmes consacrent leur temps et leur énergie à prendre soin d'hommes en mauvaise santé. Ce rapport souligne également les avantages économiques importants pour la société d'investir dans une stratégie pour la santé masculine, grâce à laquelle le gouvernement canadien pourrait économiser des milliards de dollars en prévenant les maladies chez les hommes tout en améliorant leur vie quotidienne.

Nous reconnaissons que la santé masculine est diverse et que certains groupes, notamment les garçons et les hommes autochtones, subissent plus fortement des inégalités qui les prédisposent prématurément à la maladie et à la mort. En revanche, nous savons que les hommes qui ont accès à des services et à des programmes et qui y participent peuvent prendre soin de leur santé. Dans le présent rapport, nous avons partagé les points de vue d'hommes sur leurs expériences en matière de soins de santé dans le but de décrire ce qui fonctionne pour eux. Il existe en effet de nombreux exemples, allant de programmes communautaires efficaces à l'action des organisations partenaires de Movember et au-delà, jusqu'aux initiatives gouvernementales. Bien qu'il y ait beaucoup à faire au Canada, la clé pour faire avancer ce travail et lutter contre les inégalités en matière de santé masculine réside dans l'élaboration de politiques et de lignes directrices pratiques visant à garantir des programmes adaptés aux besoins des hommes en matière de soins de santé.

DANS CET ESPRIT, MOVEMBER S'ENGAGE À :

S'assurer que tous les garçons et tous les hommes bénéficient d'un soutien, sous forme de politiques, de programmes et de services, pour prendre activement soin de leur santé et du bien-être d'autrui, en mettant particulièrement l'accent sur les groupes qui subissent des inégalités en matière de santé.

Promouvoir la santé mentale des garçons et des hommes et réduire le suicide chez les hommes.

Soutenir la compréhension, la mesure et la promotion de relations saines dans la vie des garçons et des hommes.

Comprendre et aborder le rôle que joue le genre dans la santé des garçons et des hommes afin de promouvoir la santé familiale et communautaire.

Sur la base des données présentées dans ce rapport et dans le cadre des engagements pris, Movember demande essentiellement au gouvernement fédéral canadien de s'inspirer des pays qui sont à l'avant-garde en matière de stratégies de santé masculine, notamment l'Irlande, l'Australie, l'Angleterre, et :



INVESTIR DANS UNE STRATÉGIE NATIONALE CANADIENNE EN MATIÈRE DE SANTÉ MASCULINE AFIN D'AMÉLIORER LES SERVICES, LES SYSTÈMES ET LES POLITIQUES DE SANTÉ

Movember souhaite collaborer avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec un plus large éventail de partenaires sectoriels afin de mettre en place un système de santé qui rejoigne les hommes, réponde à leurs besoins et les incite à rester en bonne santé, de la manière la plus efficace possible.

Movember demande également au gouvernement d'investir de manière stratégique dans la santé des garçons et des hommes par le biais des stratégies nationales existantes, notamment la Stratégie canadienne pour la réduction du tabagisme,¹⁰ le Plan d'action national pour la prévention du suicide (2024-2027),¹¹ les Lignes directrices canadiennes sur l'alcool et la santé : Rapport final¹² et le Plan d'action national pour mettre fin à la violence fondée sur le sexe.¹³ Il est important que tous les ordres de gouvernement veillent à ce que les questions de santé pertinentes et présentant des risques spécifiques pour la santé masculine soient prises en compte dans les politiques, les stratégies et les pratiques afin de répondre aux besoins des garçons et des hommes en matière de soins de santé. Cela créera des effets d'entraînement qui permettront d'appliquer l'Analyse comparative entre les sexes plus¹⁴ au Canada afin d'élaborer des interventions adaptées qui seront également intégrées dans les organisations afin de sensibiliser le public.¹⁵

Enfin, nous demandons la nomination d'un ministre associé à la santé masculine qui siègera au sein du ministère de Femmes et égalité des genres Canada (ou Santé Canada) afin de garantir que le gouvernement central joue un rôle de premier plan dans la prise en compte des voix des garçons et des hommes dans les politiques de santé.

PRÉCÉDENT EN MATIÈRE DE STRATÉGIE DE SANTÉ MASCULINE

Il existe des précédents de stratégies nationales en matière de santé masculine à travers le monde : Irlande (2008 ; 2017), Brésil (2009), Australie (2010 ; 2019), Mongolie (2014), Province de Québec (2017),²⁴² Malaisie (2018) et Afrique du Sud (2020). En 2025, le gouvernement britannique lancera sa première stratégie pour la santé masculine en Angleterre.²⁴³ L'Irlande a lancé la première stratégie au monde en 2008 avec la National Men's Health Policy 2008-2013 [Politique nationale pour la santé masculine 2008-2013],²⁴⁴ ouvrant la voie à une deuxième stratégie pour 2017-2021. Un examen de la première stratégie a démontré qu'elle avait contribué de manière significative aux initiatives de promotion de la santé encourageant les hommes à adopter des comportements positifs, aux programmes communautaires et à la formation des professionnels de la santé en matière de santé masculine.^{245,246} Depuis son lancement en 2008, l'espérance de vie des hommes irlandais est passée de 76,8 ans (2005-2007) à 79,6 ans (2015-2017), et l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes a diminué de 4,8 à 3,8 ans. Au cours de la même période, l'espérance de vie des hommes au Royaume-Uni est tombée derrière celle de l'Irlande.²⁴⁷ Bien que plusieurs facteurs entrent en jeu et que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour établir des liens de causalité définitifs entre la stratégie et l'amélioration de l'espérance de vie, la mise en place d'une stratégie nationale pour la santé masculine laisse entrevoir des signes de progrès encourageants. L'Australie a lancé sa première stratégie en matière de santé masculine en 2010, puis l'a mise à jour pour la période 2020-2030. Bien qu'il soit trop tôt pour procéder à des évaluations formelles, l'approche fondée sur le cycle de vie et l'accent mis sur la lutte contre les inégalités entre les différents groupes de garçons et d'hommes ont été salués pour leur rôle dans la sensibilisation et l'orientation des interventions.²⁴⁸

ADAPTÉ AUX HOMMES LES PLUS EXPOSÉS À DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Il est essentiel que les investissements dans la santé masculine cadrent avec la priorité accordée par le Canada aux déterminants sociaux de la santé et mobilisent les efforts dans ce domaine afin de combler les inégalités en matière de santé, notamment chez les garçons et les hommes autochtones qui souffrent d'une mauvaise santé physique et mentale et qui affichent des taux plus élevés de suicide, de maladies chroniques et de consommation de substances. Movember Institute of Men's Health [L'Institut pour la santé masculine Movember] investit 20,98 millions \$ CA pour mobiliser les forces des communautés et des organisations autochtones à travers le Canada dans le but de concevoir et de mettre en œuvre des soins de santé et des programmes adaptés à chaque région. Cet investissement s'inscrit dans le cadre d'un investissement historique de plus de 53 millions \$ CA dans la santé des autochtones, avec le lancement de l'initiative Movember's Social and Emotional Wellbeing [Initiative pour le bien-être social et émotionnel de Movember] en Australie, en Aotearoa, en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux États-Unis.

La réconciliation entre les communautés autochtones et canadiennes au Canada nécessite la prise en compte pleine et entière des expériences spécifiques des hommes autochtones. Depuis les premiers contacts et la colonisation, les notions de genre et les structures de pouvoir qui les accompagnent ont profondément affecté les hommes autochtones et les communautés dont ils font partie, entraînant des difficultés sur le plan physique, mental et spirituel. Ces répercussions comprennent la perte des rôles et des modes de vie traditionnels, des effets négatifs sur la masculinité et l'identité, une augmentation des taux de violence, de la consommation de substances et des problèmes de santé mentale, ainsi qu'une surreprésentation dans le système pénal. Investir dans une stratégie canadienne pour la santé masculine, nommer un ministre associé à la santé masculine et doter en ressources des services et des programmes de santé adaptés favorisera les approches en amont visant le bien-être des garçons et des hommes.

Cette demande fondamentale s'appuie sur trois demandes politiques spécifiques adressées aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Demande de Politique n° 1 : Renforcer les connaissances des hommes en matière de santé mentale, la promotion de la santé et l'engagement envers les services

Renforcer les connaissances des hommes en matière de santé mentale, la promotion de la santé et l'engagement envers les services en concevant, mettant en œuvre et évaluant des programmes en amont, en mettant l'accent sur les groupes « à risque », afin que les hommes puissent obtenir l'aide dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin.

MOVEMBER DEMANDE AU GOUVERNEMENT CANADIEN DE :

-
- 1.1 Investir dans les programmes communautaires, notamment dans les domaines du sport, de l'éducation et de l'Internet en ciblant tous les garçons canadiens âgés de 12 à 18 ans, et en accordant la priorité à ceux qui sont confrontés à des inégalités en matière de santé.

 - 1.2 Services de soutien qui favorisent la santé émotionnelle et relationnelle des garçons et des hommes et renforcent leur sentiment d'appartenance afin d'améliorer leur lien social

 - 1.3 Collaborer avec des hommes autochtones et des hommes issus de communautés marginalisées afin de concevoir conjointement des campagnes de littéracie sur la santé mentale masculine qui améliorent l'engagement et les relations positives avec les services et programmes de promotion de la santé, tout en préservant la place centrale de la culture, de la langue et des genres et sexualités traditionnels autochtones.

De nombreux garçons et hommes ont du mal à accéder aux services professionnels de la santé mentale, malgré le taux élevé et généralement croissant de suicide chez les hommes.⁴⁰ Cette situation est aggravée par le fait que, trop souvent, les hommes sont exclus des politiques de santé ou la question du genre n'est pas prise en compte.²⁴⁹ Un rapport du Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology [SOCI - Comité permanent

Affaires sociales, sciences et technologie]²⁵⁰ a plaidé en faveur d'une refonte du Cadre fédéral pour la prévention du suicide,²⁵¹ recommandant au gouvernement canadien de donner la priorité aux interventions locales en matière de santé publique et clinique pour les sous-groupes à risque, notamment les garçons et les hommes. Le Plan d'action national pour la prévention du suicide 2024-2027¹¹ qui a suivi, tout en reconnaissant que les hommes représentent 75 % des suicides au Canada, n'a pas formulé de recommandations visant à adapter les programmes de prévention du suicide aux hommes. Un appel à l'expertise en matière de prévention du suicide lancé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) afin de les conseiller, notamment sur la création d'un comité consultatif scientifique sur la prévention du suicide, a répertorié 21 spécialisations principales ; toutefois, les garçons et les hommes, qui représentent 3 suicides sur 4 au Canada, étaient notablement absents.²⁵² La réduction du suicide chez les hommes devrait être un principe de base pour des politiques et des actions gouvernementales. Des programmes conçus conjointement, dirigés par la communauté et adaptés à la culture, qui répondent aux besoins des garçons et des hommes, offrent les meilleures chances pour un changement culturel et intergénérationnel à long terme pour remédier à cette inégalité de longue date.

Le cadre national et le plan d'action pour la prévention du suicide doivent être conçus et mis en œuvre en tenant compte des hommes, et Movember demande au gouvernement canadien d'investir dans l'éducation en matière de santé mentale, dans la promotion de la santé et dans l'engagement envers les services pour les hommes. Les politiques, les systèmes de santé mentale et les programmes communautaires durables qui répondent aux besoins des garçons et des hommes en matière de soins de santé mentale profiteront également aux femmes et aux personnes de diverses identités de genre.

Movember investit déjà dans ce domaine en soutenant des initiatives visant à promouvoir la recherche d'aide formelle, informelle et numérique, et vise à améliorer l'engagement des hommes dans les programmes en amont. Movember s'engage à verser 4,21 millions \$ CA au cours des trois prochaines années pour soutenir la santé mentale des jeunes hommes au Canada. Cet engagement vise à atteindre les jeunes hommes là où ils se trouvent, dans leur communauté et en ligne. L'Institut pour la santé masculine Movember investira également dans des recherches de classe mondiale,

notamment dans l'élaboration de lignes directrices en matière de santé mentale pour les sports traditionnels et les sports électroniques, afin de contribuer à créer des environnements psychologiquement sûrs pour les jeunes hommes. Conscients de l'importance de l'engagement en ligne, Movember développera et testera également des contenus numériques destinés à donner aux jeunes hommes les outils nécessaires pour faire face aux défis et aux facteurs de stress de l'adolescence, en mettant particulièrement l'accent sur les relations. Afin de garantir que ces initiatives tiennent compte des besoins des jeunes hommes et de leurs réseaux de soutien au Canada, nous mettons en place un groupe consultatif de jeunes, qui leur permettra de partager leurs expériences et d'influencer nos programmes au Canada. Mais Movember ne peut y parvenir seul. C'est pourquoi nous demandons des investissements dans des interventions de santé numérique et des programmes, des outils et des campagnes communautaires qui peuvent déstigmatiser les problèmes de santé mentale des hommes et normaliser le fait que les hommes demandent de l'aide pour mieux promouvoir leur santé. Ensemble, nous pouvons améliorer la santé mentale des hommes en renforçant leur capacité à surmonter les difficultés et en réduisant le risque qu'ils aient recours à des mécanismes d'adaptation malsains.

Les programmes présentés dans le chapitre « Un portrait plus positif – Ce qui fonctionne en matière de santé masculine », notamment Movember Ahead of the Game (MAOTG), Men in Mind (MiM) et Work2Give (W2G), ont démontré leur efficacité et pourraient être adaptés et pérennisés afin de mieux répondre aux besoins des hommes en matière de santé mentale. Ce qui manque actuellement, c'est une stratégie nationale et des investissements à long terme pour faire progresser la littérature en santé mentale, la promotion de la santé et l'engagement des hommes dans les programmes et les services. Des partenariats financés avec des entreprises du secteur de la santé et des organismes communautaires permettront d'accélérer ce travail essentiel, mais ces investissements doivent être guidés par des données empiriques afin de garantir que les hommes qui subissent le plus fortement des inégalités en matière de santé soient prioritaires et que tous les hommes bénéficient de ce travail.

Le Canada a mis en place d'excellentes initiatives pour reconstruire la communauté après la COVID-19, notamment la [Canadian Alliance for Social Connection and Health \(CASCH\) \[l'Alliance canadienne pour les liens sociaux et la santé\]](#). Movember estime qu'il existe de nombreuses occasions de rendre accessibles des programmes qui répondent aux besoins des garçons et des hommes, et qui profitent également à la société canadienne dans son ensemble.

Demande de Politique n° 2 : Mettre en place un système de santé et une main-d'œuvre capables d'offrir des programmes et des services destinés aux hommes.

Mettre en place un système de santé et une main-d'œuvre capables d'offrir des programmes et des services destinés aux hommes en agissant sur les déterminants structurels de la santé par le biais de politiques et de pratiques visant à réduire les risques pour la santé et à répondre aux besoins des hommes.

MOVEMBER DEMANDE AU GOUVERNEMENT CANADIEN DE :

- 2.1 Évaluer les programmes et services existants qui ont eu un impact tangible à l'échelle du Canada, – notamment la littératie numérique en santé et d'interventions communautaires – afin d'accroître le recours par les hommes aux dépistages médicaux, aux examens de santé et au diagnostic précoce des maladies qui touchent les hommes, de manière disproportionnée notamment, le Virus du papillomavirus humain (VPH) et les cancers de la prostate, de l'intestin et du poumon.
- 2.2 Mettre en place des politiques de santé publique axées sur la réduction des risques pour la santé masculine, notamment le jeu compulsif,²⁵³⁻²⁵⁷ la consommation de substances,²⁵⁸⁻²⁶⁶ les relations intimes difficiles et perturbées^{26,70,73,74,267,268} et la violence fondée sur le sexe.²⁶⁹⁻²⁷¹
- 2.3 Investir dans un centre de santé masculine pancanadien, doté de centres provinciaux, afin de soutenir la prestation de programmes et de services visant à atteindre, à aider et à maintenir les hommes dans le système de soins.
- 2.4 Investir dans des programmes de formation complets comme Men in Mind afin de renforcer les connaissances, les compétences et la confiance du personnel de santé pour travailler efficacement avec les hommes.
- 2.5 Adopter l'appel à l'action n° 22 de la Commission de vérité et réconciliation dans les services de santé afin de « reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et les utiliser dans le traitement des patients autochtones, en collaboration avec les guérisseurs autochtones et les aînés, lorsque les patients autochtones le demandent ».
- 2.6 Contribution équivalente à l'investissement de Movember de 20,98 millions de dollars canadiens sur cinq ans dans la santé masculine autochtone afin de concevoir et de mettre en œuvre des programmes de soins de santé adaptés aux besoins locaux, garantissant que ces efforts soient communautaires, durables et évolutifs.

Movember a réuni des experts afin de promouvoir les meilleures pratiques et de soutenir une collaboration entre des chercheurs et des cliniciens spécialisés dans le cancer de la prostate afin de créer des programmes canadiens en santé sexuelle et de réadaptation destinés aux hommes atteints d'un cancer de la prostate et à leurs partenaires. Les programmes SHAReClinic²¹⁹ et ShareTraining,²⁷² créés au Canada, ont donné lieu à l'élaboration de lignes directrices visant à améliorer la préparation et la confiance des cliniciens afin qu'ils puissent mener des conversations cruciales dans le but de donner aux hommes atteints d'un cancer de la prostate les moyens de prendre en main leur rétablissement.²⁷³ Afin d'accroître l'impact de ces programmes, Movember cherche à établir des partenariats avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin d'étendre cette initiative au profit d'un plus grand nombre de cliniciens et d'hommes.

Le portfolio Santé de Movember met en œuvre une stratégie mondiale visant à aider les prestataires de services et les fournisseurs de systèmes à mieux répondre aux besoins et aux préférences des hommes, dans le but d'améliorer leur état de santé. Dans le cadre de ce travail, Movember continue d'investir dans son programme mondial d'éducation à la santé masculine, notamment près de 2 millions \$ CA dans la formation « Men in Mind », une des rares initiatives mondiales fondées sur la recherche. Elle est conçue pour aider les professionnels de la santé mentale à renforcer leurs compétences et leur confiance afin d'impliquer efficacement les hommes dans les soins de santé en Australie (actuellement non disponible au Canada).^{110,274,275} Movember étend également cet investissement à la formation du personnel de soins primaires, notamment les médecins généralistes, les infirmières et les pharmaciens.

Il existe de nombreuses interventions qui se sont révélées prometteuses pour accroître le recours des hommes aux services de santé, aux examens et aux dépistages. Bien que beaucoup d'entre elles aient été menées à petite échelle au niveau local, il existe un réel potentiel pour appliquer les connaissances acquises sur la façon d'impliquer les hommes à la conception de d'autres interventions.¹⁶³ L'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC), par l'intermédiaire de l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH), ont investi 15 millions \$ CA entre 2007 et 2019 pour relever les défis en matière de santé des garçons et des hommes,²⁴⁰ en mettant l'accent sur la santé mentale des hommes, la violence, la prise de risques et la résilience, la santé sexuelle et reproductive, ainsi que la pratique du sport et de l'activité physique pour promouvoir la santé masculine, grâce à l'argent des contribuables.²⁴¹

Movember s'est également engagé à investir dans la santé des garçons et des hommes canadiens, en collaboration avec la communauté locale Movember, afin de recueillir plus de 330 millions \$ CA depuis 2011, dont 107 millions \$ CA consacrés au cancer de la prostate, une contribution qui n'est surpassée que par celle du gouvernement canadien pendant cette période. Il est clair que les garçons et les hommes ont besoin de politiques et de services pour réduire les risques pour la santé liés au jeu, à la consommation de substances, à la solitude et à l'isolement social, aux relations difficiles et à la violence sexiste. Movember souhaite que des politiques de réduction des risques soient mises en place et que le système de santé et les prestataires de soins aient la confiance et les compétences nécessaires pour anticiper et répondre efficacement aux besoins des garçons et des hommes. Pour y parvenir, il est nécessaire de collaborer avec les décideurs politiques en matière de santé, les organismes professionnels de pointe et le secteur de l'enseignement supérieur, ainsi qu'avec une diversité d'hommes eux-mêmes, afin d'identifier les problèmes émergents et d'adapter les programmes de santé destinés aux hommes, y compris les initiatives d'éducation destinées aux prestataires de soins.

La Stratégie pour la santé des femmes au Canada²⁷⁶ constitue un précédent utile. Elle comprend dix centres pancanadiens axés sur la santé sexuelle et reproductive, le VIH, les maladies cardiovasculaires et la violence fondée sur le sexe, ainsi qu'un centre de coordination relié.²⁷⁷ En matière de santé masculine, il est vraiment nécessaire que les promoteurs de la santé et les prestataires de services aient un sentiment d'appartenance et possèdent les compétences et les capacités nécessaires pour communiquer efficacement avec les hommes et les mobiliser.

Bien que de nombreuses interventions, notamment celles axées sur la santé des garçons et des hommes autochtones,²⁷⁸ aient démontré leur potentiel,²⁷⁹ Movember reconnaît la nécessité d'apporter des changements novateurs au système de santé canadien et de faire progresser sa riche histoire en matière de promotion de la santé au sein des communautés. À cette fin, Movember souhaite établir des partenariats dans des domaines précis, notamment la défense des intérêts, les politiques et les programmes, la formation aux services, les projets pilotes et leur déploiements, afin de créer un modèle de soins intégré qui réponde aux besoins des garçons et des hommes canadiens.

Demande de Politique n° 3 :

De la recherche avancée afin de mieux cerner la manière dont les hommes prennent soin de leur santé et recourent aux services de santé, et mieux y répondre.

De la recherche avancée afin de mieux cerner la manière dont les hommes prennent soin de leur santé et recourent aux services de santé, et d'y répondre de manière plus efficace, en réalisant des « évaluations en direct » par l'intermédiaire d'un centre de recherche centralisé qui surveille les questions de santé masculine afin de collecter des données et de rendre compte des résultats, dans le but d'éclairer les politiques, les programmes et les services.

MOVEMBER CALLS ON THE CANADIAN GOVERNMENT TO :

-
- 3.1 Jumeler le financement de Movember de 5 ans, 500 k\$ CA dans une recherche à grande échelle, longitudinale et systémique visant à mieux comprendre pourquoi, comment, quand et où diverses populations d'hommes s'engagent dans leur santé et les services. Faire progresser les politiques, les pratiques et les normes de soins qui répondent aux besoins des garçons et des hommes,
 - 3.2 Publier des résultats ventilés par sexe et par genre afin de rendre compte des initiatives qui parviennent à impliquer et à fidéliser les hommes dans les services de santé et les programmes de promotion de la santé, dans le but de constituer une base empirique permettant d'identifier les possibilités de réduction des coûts et d'orienter les travaux futurs.
 - 3.3 Jumeler l'investissement de l'Institut pour la santé masculine Movember de 1,4 M\$ CA sur trois ans afin de renforcer les données probantes sur les programmes communautaires, de manière à ce que des programmes efficaces puissent être adaptés à diverses cohortes d'hommes et offrir des options d'expansion en collaboration avec les partenaires gouvernementaux et sectoriels.
 - 3.4 Établir des objectifs mesurables pour identifier et combler les lacunes en matière d'inégalités en santé chez les hommes et les garçons autochtones, publier des rapports d'étape annuels et évaluer les tendances à long terme.

Bien que l'on ait une idée générale de la façon dont les hommes évoluent dans le système de santé (et trop souvent en décrochant), il existe d'importantes lacunes dans nos connaissances. C'est pourquoi Movember invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à s'associer à l'Institut pour la santé masculine Movember pour la santé masculine en finançant à parts égales des recherches à grande échelle sur l'engagement des hommes dans les soins de santé afin de mieux comprendre, à l'échelle de la population, pourquoi, comment, quand et où les hommes ont accès aux services de santé et aux programmes de promotion de la santé.

Le Movember Institute of Men's Health est un centre international d'innovation et d'apprentissage dédié au renforcement des capacités en matière de recherche et de services liés à la santé masculine au Canada. Grâce à un investissement initial mondial de 90 M\$ CA sur cinq ans, il se concentre sur la production de connaissances et leur traduction en résultats concrets et pratiques afin de répondre aux problèmes de santé prioritaires chez les hommes. Dans le cadre de cet institut, Movember investit 4,4 millions \$ CA dans un partenariat visant à explorer comment les facteurs socioculturels et les normes influencent les pratiques et les résultats en matière de santé masculine au fil du temps. Les résultats serviront à orienter les dépistages, la formation des praticiens et la conception des services et programmes de santé.

L'interprétation de données ventilées, longitudinales, sur le sexe et le genre est essentielle pour savoir ce qui fonctionne et ajuster les programmes existants tout en innovant dans les services. Cette stratégie présente également un avantage économique.¹³ Movember cherche à partager les données déjà recueillies sur les interventions efficaces et à développer de nouvelles données, programmes et politiques, en partenariat avec le gouvernement canadien.

Les changements réalisables doivent être le fruit d'une mobilisation collective.

Au cours des 20 dernières années, Movember et ses nombreux partenaires se sont concentrés sur la collecte de fonds, puis sur l'investissement de ces fonds dans des programmes visant à améliorer la santé masculine. Nous voulons désormais être plus ambitieux et œuvrer en faveur d'un changement systémique. À cet effet, nous financerons les mesures globales que nous recommandons pour l'ensemble du système. Nous espérons que cet investissement sera égalé par le gouvernement et d'autres acteurs en réponse à ces demandes. Tout en poursuivant notre travail pour atteindre tous les hommes, nous nous concentrerons également sur des stratégies et des programmes spécifiques dans l'ensemble de nos domaines d'activité, en continuant à travailler avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sur des demandes spécifiques concernant les étapes de la vie et les conditions qui ont le plus d'impact sur la santé masculine.

ÉVIDEMMENT, NOUS NE POUVONS PAS Y ARRIVER SEULS

Movember supports healthcare that is fully Movember soutient des soins de santé qui répondent pleinement aux besoins spécifiques des hommes, des femmes et des personnes de diverses identités de genre, en mettant l'accent sur la lutte contre les inégalités en matière de santé. Nous espérons que les organisations de santé masculine, les défenseurs des droits des personnes 2SLGBTQI+, les militants pour la justice raciale, les organisations pour les femmes, les entreprises, les gouvernements et tous les nombreux visages de la santé masculine se joindront à nous pour promouvoir le changement.

La santé masculine nous concerne tous. Il est temps de passer à l'action et réformer le système en profondeur.

Joignez-vous à Movember pour changer le visage de la santé masculine.



Le vrai visage
de la santé masculine

La santé masculine nous concerne tous. Nous faisons tous partie de la solution

MOVEMBER®

Remerciements

MERCI À TOUS LES PARTENAIRES OFFICIELS DE
MOVEMBER À L'ÉCHELLE MONDIALE ET AU CANADA
QUI NOUS SOUTIENNENT TOUT AU LONG DE L'ANNÉE

Et un merci tout particulier aux personnes et aux organisations qui œuvrent à l'amélioration de la santé masculine, notamment celles qui ont donné de leur temps et partagé leurs connaissances pour l'élaboration de ce rapport.

Black Mental Health Canada

Black Physicians of Canada

Centre for Sexuality (WiseGuyz)

Dad Central

Fondation pour la santé des hommes au Canada

GenWell

HeadsUpGuys

Health Initiative for Men (HIM)

Men &

Next Gen Men

Prostate Cancer Foundation Canada

The University of British Columbia

The Walnut Foundation

Nous exprimons notre sincère gratitude aux personnes et organisations suivantes pour leurs précieuses contributions à ce rapport. Leur expertise, leur professionnalisme et leur soutien ont été grandement appréciés :

Josh Knight, *Statistically Speaking*, pour son analyse épidémiologique, ses conseils méthodologiques et sa visualisation des données.

Régine Lalancette, *Marketing Mode*, pour ses services de traduction vers le français, réalisés avec compétence.

Philippe Roy, Ph.D., *Professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke, Membre du Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes*, pour ses conseils et sa contribution à la traduction française.

Nos partenaires de HealthLumen, pour leur travail sur la modélisation en économie de la santé.



Glossaire

VOICI UNE LISTE DES TERMES UTILISÉS DANS LE RAPPORT, ACCOMPAGNÉS DE LEURS DÉFINITIONS TELLES QU'ADOPTÉES PAR MOVEMBER ET DES RÉFÉRENCES SOURCES.

Aidant naturel (informel) – Aux fins des nouvelles recherches menées pour étayer le présent rapport, nous définissons un aidant naturel comme une personne, quel que soit son sexe, qui consacre au moins trois heures par semaine à fournir tout type de soins informels à au moins un homme âgé de plus de 16 ans qui a reçu un diagnostic et/ou qui suit un traitement régulier ou sporadique pour des problèmes de santé physique et/ou mentale. Voir la méthodologie de recherche pour plus de détails.*

Genre²⁸⁰ – désigne les rôles, les comportements, les expressions et les identités socialement construits des filles, des femmes, des garçons, des hommes et des personnes de genre divers. Il influence la façon dont les personnes se perçoivent elles-mêmes et les autres, dont elles agissent et interagissent, ainsi que la répartition du pouvoir et des ressources dans la société. L'identité de genre ne se limite pas à une dichotomie (fille/femme, garçon/homme) et n'est pas statique ; elle existe sur un continuum et peut évoluer au fil du temps. Il existe une grande diversité dans la manière dont les individus et les groupes comprennent, vivent et expriment le genre à travers les rôles qu'ils assument, les attentes qui leur sont imposées, leurs relations avec les autres et les mécanismes complexes d'institutionnalisation du genre dans la société.

Violence fondée sur le genre²⁸¹ – désigne la violence fondée sur les normes de genre et les rapports de pouvoir inégaux, perpétrée à l'encontre d'une personne en raison de son genre, de son expression de genre, de son identité de genre ou de son genre perçu. Elle prend de nombreuses formes, notamment la violence physique, économique, sexuelle et émotionnelle (psychologique).

L'analyse comparative entre les sexes plus (ACS+)²⁸² – est un engagement du gouvernement du Canada et un outil analytique utilisé pour soutenir l'élaboration de politiques, de programmes et d'autres initiatives adaptés et inclusifs. L'ACS+ est un processus qui permet de comprendre qui est touché par la question ou l'opportunité traitée par l'initiative, d'identifier comment l'initiative pourrait être adaptée pour répondre aux divers besoins des personnes les plus touchées, et d'anticiper et d'atténuer les obstacles à l'accès ou au bénéfice de l'initiative. L'ACS+ est une analyse intersectionnelle qui va au-delà des différences biologiques (sexe) et socioculturelles (genre) pour tenir compte d'autres facteurs, tels que l'âge, le handicap, l'éducation, l'origine ethnique, la situation économique, la géographie (y compris la ruralité), la langue, la race, la religion et l'orientation sexuelle.

Peuples autochtones²⁸³ – nom collectif désignant les peuples originels d'Amérique du Nord et leurs descendants. La Constitution canadienne reconnaît trois groupes distincts de peuples autochtones (les Premières Nations, les Inuits et les Métis) ayant chacun une histoire, une langue, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles qui leur sont propres. Selon le recensement de 2021, plus de 1,8 million de personnes au Canada s'identifient comme autochtones, ce qui représente 5 % de la population totale du pays.

Inégalité de santé²⁸⁴ – désigne les différences en matière de santé associées à des désavantages structurels et sociaux qui sont systémiques, modifiables, évitables et injustes. Les inégalités en matière de santé trouvent leur origine dans les conditions sociales, économiques et environnementales ainsi que dans les déséquilibres de pouvoir, exposant les groupes déjà défavorisés à un risque accru de mauvais résultats en matière de santé.

*Le sondage présenté dans ce rapport est issu d'une étude menée par le L'Institut pour la santé masculine Movember en janvier-février 2025. Les détails de la méthodologie utilisée pour cette étude sont disponibles à l'adresse <http://movember.com/methodologycanada>



Déterminants sociaux de la santé²⁸⁴ – désignent les conditions non médicales interdépendantes de la vie quotidienne dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent, jouent, apprennent et vieillissent, et comprennent des facteurs tels que le sexe, l'éducation, l'emploi et les réseaux de soutien social.

Déterminants structurels de la santé²⁸⁵ – désignent les contextes économiques, écologiques, commerciaux et politiques plus larges qui façonnent les déterminants sociaux plus proches et, par conséquent, la santé et le bien-être de la population.

Santé/Système de santé²⁸⁶ – Ensemble des organisations, personnes et actions dont l'objectif premier est de promouvoir, rétablir ou maintenir la santé. Cela comprend les efforts visant à influencer les déterminants généraux de la santé, ainsi que les activités plus directement liées à l'amélioration de la santé.

La littératie en santé⁹³ – comprend la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre et de l'utiliser pour prendre des décisions en matière de santé et promouvoir la santé chez les individus et les communautés.

Promotion de la santé²⁸⁷ – désigne la promotion de changements dans les modes de vie et les conditions de vie qui ont un impact sur la santé, par le biais de diverses stratégies spécifiques, notamment l'éducation à la santé, le marketing social et la communication de masse au niveau individuel, ainsi que l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel au niveau collectif.

Masculinités saines²⁸⁸ – englobent un éventail diversifié et positif de comportements, d'attitudes et de traits qui reflètent au mieux les valeurs d'altruisme, d'ouverture d'esprit, de gentillesse, de soutien, d'authenticité et de vulnérabilité, tout en favorisant le respect, l'égalité et le bien-être émotionnel. Elles redéfinissent les notions patriarcales de la masculinité en adoptant des traits qui favorisent des relations saines, l'épanouissement personnel et une société plus inclusive, tout en visant à démanteler les stéréotypes qui répriment la vulnérabilité. L'adoption de traits et de normes associés à des masculinités saines permet aux garçons et aux hommes de tisser des liens plus profonds avec les autres et de créer

des relations plus significatives et plus équitables en célébrant et en encourageant des expressions de genre plus larges qui dépassent la binarité des genres.

Masculinités (normes masculines)^{289,290} – Englobent les diverses manières d'être et d'agir, les valeurs et les attentes associées au fait d'être et de devenir un homme dans une culture, une société, un lieu et un espace temporel donnés, telles qu'elles sont construites socialement. Si les masculinités sont principalement associées aux hommes et aux garçons biologiques, elles ne sont pas déterminées par la biologie et ne sont pas exclusivement exprimées par les hommes.

Hommes²⁹¹ – Toutes les personnes qui s'identifient comme des hommes, qu'ils soient cisgenres ou transgenres.

Jeunes hommes – À Movember, notre portfolio en santé mentale pour les jeunes hommes soutient les hommes âgés de 12 à 25 ans.*

Santé masculine²⁹² – État de bien-être physique, mental et social complet chez les hommes, et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité, l'accent étant mis sur la manière dont le sexe et le genre interagissent avec d'autres déterminants de la santé pour influencer l'exposition des garçons et des hommes aux facteurs de risque et leurs interactions avec le système de santé et les résultats en matière de santé tout au long de la vie, ce qui nécessite des services de prévention et de soins spécialisés.

Changement au niveau des systèmes²⁹³ – S'attaquer aux causes profondes des problèmes (plutôt qu'aux symptômes) en transformant les structures, les coutumes, les mentalités, les rapports de force et les politiques, en renforçant le pouvoir collectif grâce à la collaboration active de personnes et d'organisations diverses. Cette collaboration repose sur des objectifs communs visant à améliorer durablement la situation afin de résoudre les problèmes sociaux aux niveaux local, national et mondial (Catalyst 2030 <https://catalyst2030.net/>)

* Cette définition est tirée de la version australienne du rapport.

Liste des abréviations

2ELGBTQI2 – 2Esprits, Lesbienne, Gai, Bisexuel, Transgenre, Queer, Intersexuel

AA – Alcooliques Anonymes

AAA – Anévrisme de l'aorte abdominale

AHWCW – Aboriginal Health and Wellness Centre of Winnipeg - [Centre de santé et de bien-être autochtone de Winnipeg]

MAOTG – Movember Ahead of the Game - [Movember en avance sur le jeu]

ASPC – Agence de la santé publique du Canada

AUS – Australie

BCSMSSA – British Columbia Society for Male Survivors of Sexual Abuse [Société pour les hommes victimes d'abus sexuels de la Colombie-Britannique (C.-B.)]

BROS – Brothers Rekindling Our Spirits - [Frères, ravivons nos esprit]

C.-B. – Colombie-Britannique

CA – Dollar canadien

CAN – Canada

CCCMVFC – Consortium des campus connectés pour les militaires, les vétérans et leur famille du Canada

CHC – [Centre de santé Churchill]

CMHF – Canadian Men's Health Foundation - [Fondation pour la santé masculine au Canada]

CoP – Community of Practice - [Communauté de Pratique]

COVID-19 – Coronavirus disease - Coronavirus 2019

CPD UBC – Continuing Professional Development (CPD) at UBC [Formation Professionnelle Continue (FPC) de l'Université de la Colombie-Britannique]

CPT – Change pas trop

ECR – Essai contrôlé randomisé

ESACC – Enquête sur la santé des anciens combattants canadiens

FAC – Forces armées canadiennes

FRRP – First Responder Resilience Program [Programme de résilience pour premiers intervenants]

gbHARSAH – Hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

GBQ – Gai, Bisexuel et Queer

HARSAH – Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

HFiT – Hockey Fans in Training - [Amateurs de hockey à l'entraînement]

HIM – Healthy Initiative for Men - [Initiative pour la santé masculine]

HQIP – [Partenariat pour l'amélioration de la qualité des soins de santé]

IMAGES – International Men and Gender Equality Survey - [sondage international sur les hommes et l'égalité des sexes]

IRL – Irlande

IRSC – [Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)]

ISFH – Institut de la santé des femmes et des hommes, membre des IRSC

IVET – Institute for Veterans Education and Transition - [Institut pour la formation et la transition des anciens combattants]

LGB – Lesbienne, Gai, Bisexuel,

LGBTQ2 – Lesbienne, Gai, Bisexuel, Transgenre, Queer. Bispirituelle

LM – Lifestyle Management - [Gestion du mode de vie]

MC – Maladies coronariennes

MiM – Men in Mind - [Hommes en tête]

MPOC – Maladie chronique des voies respiratoires inférieures

NA – Narcotiques Anonymes

NGM – Next Gen Men - [Prochaine génération d'hommes]

NICE – National Institute for Health and Care Excellence - [Institut national pour la santé et l'excellence clinique]

NPCA – National Prostate Cancer Audit - [audit national sur le cancer de la prostate]

N-Z – Nouvelle-Zélande

Papa Héros – Aider tous et chacun à saisir les occasions qui se présentent

PCFC – Prostate Cancer Foundation Canada [Fondation canadienne du cancer de la prostate]



PERSBEH – Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes

RCAFD – Regroupement Canadien d'Aide aux Familles des détenu(e)s

RMS – Reducing Male Suicide - Groupe RMS [réduction du suicide chez les mâles]

R-U – Royaume-Uni

SCC – Service correctionnel du Canada

SHARe Sexual health & rehabilitation - [Santé sexuelle et réadaptation]

SHAReClinic – Sexual Health and Rehabilitation e-Clinic [e-Clinique de Santé sexuelle et réadaptation]

SSPT – Syndrome de stress post-traumatique

TDAH – Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TOC – Troubles obsessionnels compulsifs

TOC – Troubles obsessionnels compulsifs

TOP – Trouble oppositionnel avec provocation

UBC – Université de la Colombie-Britannique

VC – Violence conjugale

VD – Violence domestique

VIH – Virus de l'immunodéficience humaine

VPH – Virus du papillome humain

W2G – Work2Give - [Travailler pour donner]

YH – Young Hunters - [Arviat Jeunes chasseurs]

Références

- 1 Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *GBD results*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results?params=gbd-api-2021-permalink/9c70f4ca8581eb3c75f0c9cc9a5abee4>
- 2 Sinclair, N. (2024). *Wînipêk: Visions of Canada from an Indigenous centre*. McClelland et Stewart.
- 3 Statistics Canada. (2025). *Counts and leading causes of premature mortality, males and females, 2023* [Inédit]. Government of Canada.
- 4 Statistics Canada. (2025). *Leading causes of death, total population, by age group*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039401>
- 5 Government of Canada. (2025). *Key findings: Opioid - and stimulant-related harms in Canada*. <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
- 6 Statistics Canada. (2024). *Statistical checkup of Canadian men's health*. Government of Canada. <https://www.statcan.gc.ca/o1/en/plus/6413-statistical-checkup-canadian-mens-health>
- 7 Elflein, J. (2024). *First Nations and non-Indigenous mortality rates among males in Canada, 2006-2016*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1272087/male-first-nations-and-non-indigenous-mortality-rate-canada/#:~:text=Premium%20statistics,First%20Nations%20and%20non%20Indigenous%20mortality%20rates,males%20in%20Canada%2C%202006%2D2016&text=From%202006%20to%202016%2C%20the,for%20non%20Indigenous%20Canadian%20males>
- 8 HealthLumen. (2024). *The cost of men's ill health*. Commission spéciale.
- 9 Canadian Institute for Health Information. (2024). *National health expenditure trends, 2024 – Snapshot*. <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-2024-snapshot#refi>
- 10 Health Canada. (2018). *Canada's tobacco strategy*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/canada-tobacco-strategy.html>
- 11 Public Health Agency of Canada. (2024). *National suicide prevention action plan 2024-2027*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/national-suicide-prevention-action-plan-2024-2027/national-suicide-prevention-action-plan-2024-2027.pdf>
- 12 Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., et the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. (2023). *Canada's guidance on alcohol and health: Final report*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf
- 13 Women and Gender Equality Canada. (2024) *The national action plan to end gender-based violence*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/gender-based-violence/intergovernmental-collaboration/national-action-plan-end-gender-based-violence.html>
- 14 Women and Gender Equality Canada. (2025). *Gender-based analysis plus (GBA+)*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/gender-based-analysis-plus.html>
- 15 Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Gao, N., Velzeboer, R., Sharp, P., et Li, E. P. H. (2024). The commercial determinants of men's health promotion: A case study of gambling, nonnies, and athleisurewear. *American Journal of Men's Health*, 18(5). <https://doi.org/10.1177/15579883241277047>
- 16 World Bank Group. (2024). *Life expectancy at birth, male (years)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN>
- 17 Statistics Canada. (2024). *Table 13-10-0114-01 Life expectancy and other elements of the complete life table, three-year estimates, Canada, all provinces except Prince Edward Island*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310011401&pickMembers%5B0%5D=1.1&pickMembers%5B1%5D=3.2&pickMembers%5B2%5D=4.8&cubeTimeFrame.startYear=2017+%2F+2019&cubeTimeFrame.endYear=2021+%2F+2023&referencePeriods=20170101%2C20210101>
- 18 Statistics Canada. (2018). *Life expectancy, at birth and at age 65, by sex, three-year average, Canada, provinces, territories, health regions and peer groups, inactive*. Government of Canada. <https://open.canada.ca/data/en/dataset/64ea4e97-ae18-4020-98f9-1e1b7c75341d>
- 19 Affleck, W., Oliffe, J. L., Inukpuk, M. M., Tempier, R., Darroch, F., Crawford, A., et Séguin, M. (2022). Suicide amongst young Inuit males: The perspectives of Inuit health and wellness workers in Nunavik. *SSM – Qualitative Research in Health*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100069>
- 20 Dion, P., Tremblay, M.-A., Gagnon, R., et Sirag, E. (2024). Life expectancy at birth and infant mortality rates of Indigenous populations in Canada from 2004 to 2016. *Canadian Studies in Population*, 51(2), 3. <https://doi.org/10.1007/s42650-024-00081-5>
- 21 Bilsker, D., Fogarty, A. S., et Wakefield, M. A. (2018). Critical issues in men's mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 590-596. <https://doi.org/10.1177/0706743718766052>
- 22 Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., Seidler, Z. E., et Ogradniczuk, J. S. (2020). Men's help-seeking for depression: Attitudinal and structural barriers in symptomatic men. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/2150132720921686>
- 23 Richardson, C., Robb, K. A., et O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science and Medicine*, 276, 113831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831>
- 24 Statistics Canada. (2023). *Dry February you say?* Government of Canada. <https://www.statcan.gc.ca/o1/en/plus/2877-dry-february-you-say>
- 25 Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Facts about excessive drinking*. <https://www.cdc.gov/drinklessbeyourbest/excessivedrinking.html>
- 26 Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Montaner, G. G., Seidler, Z. E., Ogradniczuk, J. S., et Rice, S. M. (2022). Masculinity and mental illness in and after men's intimate partner relationships. *SSM – Qualitative Research in Health*, 2, 100039. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100039>
- 27 Sher L. (2014). Alcohol, testosterone and suicide. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 688-689. <https://doi.org/10.1177/0004867414525845>
- 28 Kilian, C., Klinger S., Manthey J., Rehm J., Huckle T., et Probst C. (2024). National and regional prevalence of interpersonal violence from others' alcohol use: A systematic review and modelling study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 40, 100905. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100905>



- 29 Khan, M. R., Young, K. E., Caniglia, E. C., Fiellin, D. A., Maisto, S. A., Marshall, B. D., Edelman, E. J., Graither, J. R., Chichetto, N. E., Tate, J., Bryant, K. J., Severe, M., Stevens, E. R., Justice, A., et Braithwaite, S. R. (2020). Association of alcohol screening scores with adverse mental health conditions and substance use among US adults. *JAMA Network Open*, 3(3), e200895. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.0895>
- 30 Ferlatte, O., Dulai, J., Hottes, T. S., Trussler, T., et Marchand, R. (2015). Suicide related ideation and behaviour among Canadian gay and bisexual men: A syndemic analysis. *BMC Public Health*, 15, 597. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1961-5>
- 31 Government of Canada. (2022). *Smoking in Canada: What we know*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/surveys-statistics-research/smoking-what-we-know.html>
- 32 Statistics Canada. (2025). *Deaths, by cause, Chapter X: Diseases of the respiratory system (J00 to J99)*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310078201&pickMembers%5B0%5D=2.1&pickMembers%5B1%5D=3.2&cubeTimeFrame.startYear=2019&cubeTimeFrame.endYear=2023&referencePeriods=20190101%2C2023010>
- 33 World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First international conference on Health Promotion: Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1*. https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf
- 34 John, P., Cameron, J., Nkemdirim, U., Elliot, A., Kelvin, K., Nathan, P., Jiuying, H., Neng, W., Robert, S., et Michael, A. (2023). Geospatial analysis of patients' social determinants of health for health systems science and disparity research. *International Anesthesiology Clinics*, 61(1), 49–62. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000389>
- 35 Statistics Canada. (2023). *Table 2: Cigarette smoking patterns of Canadians aged 15 years and older, by age group or demographic characteristics, 2022*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230911/t002a-eng.htm>
- 36 Statistics Canada. (2023). *Archived - Health characteristics, annual estimates, inactive*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310009601>
- 37 Statistics Canada. (2023). *Health of Canadians: Health behaviours and substance use*. Government of Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2023001/section2-eng.htm#a1_1
- 38 Statistics Canada. (2025). *Canadian Community Health Survey: Public use microdata file*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82M0013X>
- 39 Statistics Canada. (2021). *Common chronic diseases in men compared to women*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/common-chronic-diseases-men-compared-women-aged-65-years-older.html>
- 40 Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Montaner, G. G., Links, P. S., Kealy, D., et Ogrodniczuk, J. S. (2021). Segmenting or summing the parts? A scoping review of male suicide research in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(5), 433–445. <https://doi.org/10.1177/07067437211000631>
- 41 Pollock, N. J., Mulay, S., Valcour, J., et Jong, M. (2016). Suicide rates in Aboriginal communities in Labrador, Canada. *American Journal of Public Health*, 106, 1309–1315. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303151>
- 42 Indigenous Services Canada. (2023). *An update on the socio-economic gaps between Indigenous Peoples and the non-Indigenous population in Canada: Highlights from the 2021 Census*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1690909773300/1690909797208>
- 43 Kral, M. J. (2016). Suicide and suicide prevention among Inuit in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(11), 688–695. <https://doi.org/10.1177/0706743716661329>
- 44 Statistics Canada. (2022). *Canada in 2041: A larger, more diverse population with greater differences between regions*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220908/dq220908a-eng.htm>
- 45 Statistics Canada. (2022). *The Canadian census: A rich portrait of the country's religious and ethnocultural diversity*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026b-eng.htm>
- 46 Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies of BC. (2021). *Newcomer men: Unique challenges and considerations*. <https://www.amssa.org/wp-content/uploads/2020/09/Newcomer-Men-Info-Sheet-2.pdf>
- 47 Elshahat, S., Moffat, T., et Newbold, K. B. (2022). Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: A systematic critical review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(6), 1564–1579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
- 48 Lin, S. L. (2022). Access to health care among racialised immigrants to Canada in later life: A theoretical and empirical synthesis. *Ageing and Society*, 42(8), 1735–1759. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001841>
- 49 Chiu, M., Amartei, A., Wang, X., et Kurdyak, P. (2018). Ethnic differences in mental health status and service utilization: A population-based study in Ontario, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(7), 481–491. <https://doi.org/10.1177/0706743717741061>
- 50 Fung, K., et Gunder, J. (2021). Canadian immigrant mental health. *Mental Health, Mental Illness and Migration*, 187–207. https://doi.org/10.1007/978-981-10-0750-7_11-1
- 51 Ng, E., Pottie, K., et Spitzer, D. (2011). Official language proficiency and self-reported health among immigrants to Canada. *Health Reports*, 22(4).
- 52 Turin, T. C., Rashid, R., Ferdous, M., Naeem, I., Rumana, N., Rahman, A., Rahman, N., et Lasker, M. (2020). Perceived barriers and primary care access experiences among immigrant Bangladeshi men in Canada. *Family Medicine and Community Health*, 8(4), e000453. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000453>
- 53 Jahangir, Y. T., et Meyer, S. B. (2020). Understanding access to and utilisation of sexual health services by south asian immigrant men in western countries: A scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(3), 621–633. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-00981-z>
- 54 Jahangir, Y. T., Neiterman, E., Janes, C. R., et Meyer, S. B. (2022). Factors influencing sexual health service use by south Asian immigrant men living in Ontario, Canada: A qualitative study. *Sexes*, 3(2), 267–281. <https://doi.org/10.3390/sexes3020021>
- 55 Demeke, J., Djiadeu, P., Yusuf, A., Whitfield, D. L., Lightfoot, D., Worku, F., Abu-Ba'are, G. R., Mbuagbaw, L., Giwa, S., et Nelson, L. E. (2024). HIV prevention and treatment interventions for black men who have sex with men in Canada: Scoping systematic review. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10, e40493. <https://doi.org/10.2196/40493>
- 56 Immigration, Refugees and Citizenship Canada. (2023). *Immigration matters in health care*. <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/campaigns/immigration-matters/growing-canada-future/health.html>
- 57 Comeau, D., Johnson, C., et Bouhamdani, N. (2023). Review of current 2SLGBTQIA+ inequities in the Canadian health care system. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1183284>
- 58 McNeil, J., Ellis, S. et Eccles, S. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 341–353. <https://doi.org/10.1037/sqg0000235>
- 59 Ferlatte, O., Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., et Ogrodniczuk, J. S. (2020). Suicidality, maladaptive externalizing behaviours and sexual orientation: Results from an online representative sample of Canadian men. *International Journal of Mental Health*, 49(3), 280–290. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1776576>

- 60 Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., Rice, S. M., Gilbert, M., Young, I., McDaid, L., Ogradniczuk, J. S., et Knight, R. (2020). Depression and suicide literacy among Canadian sexual and gender minorities. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 876–891. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1769783>
- 61 Ferlatte, O., Dromer, E., Salway, T., Bourne, A., Kia, H., Gaudette, M., Moullec, G., Knight, R., et Oliffe, J. L. (2024). Self-perceived reasons for suicide attempts in sexual and gender minorities in Canada. *Journal of Homosexuality*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/00918369.2024.2384939>
- 62 Goodyear, T., Jenkins, E., Oliffe, J. L., Fast, D., Kia, H., et Knight, R. (2024). 2S/LGBTQ+ youth substance use and pathways to homelessness: A photovoice study. *International Journal of Drug Policy*, 133, 104621. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104621>
- 63 Handlovsky, I., Wonsiak, T., Zakher, B., Ferlatte, O., Kia, H., et Oliffe, J. L. (2024). Older, gay men's navigation of mental health and substance use challenges: A qualitative exploration. *SSM – Qualitative Research in Health*, 6, 100484. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100484>
- 64 Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., Saewyc, E. M., Holmes, C., Schick, L., Purdie, A., Damstrom-Albach, D. D., Mantler, E. R. G., Ho, D., et Knight, R. (2020). It is time to mobilize suicide prevention for sexual and gender minorities in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111(5), 737–742. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00316-3>
- 65 Lear, J. T., et Dorstyn, D.-S. (2024). Moderators of loneliness and mental health in men: A systematic review with meta-analysis. *Psychology of Men and Masculinities*, 25(3), 252–263. <https://doi.org/10.1037/men0000481>
- 66 Statistics Canada. (2021). *Canadian social survey: Loneliness in Canada*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211124/dq211124e-eng.htm>
- 67 Fernandez, C. C., Gao, N., Wilson, M. J., Goodyear, T., Seidler, Z. E., Sharp, P., Rice, S. M., Krusi, A., Gilbert, M., et Oliffe, J. L. (2024). Sexual minority men's experiences of, and strategies for emotional intimacy in intimate partner relationships. *Culture, Health and Sexuality*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2399288>
- 68 Genuchi, M. C., Ogradniczuk, J. S., Oliffe, J. L., Walther, A., Kealy, D., Rice, S. M., et Seidler, Z. E. (2025). The role of feeling understood in men's loneliness-depression pathway: Longitudinal findings over three assessment waves. *Journal of Psychiatric Research*, 183, 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.01.057>
- 69 Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Gonzalez Montaner, G., Seidler, Z. E., Maher, B., et Rice, S. M. (2021). Men building better relationships: A scoping review. *Health Promotion Journal of Australia*, 33(1), 126–137. <https://doi.org/10.1002/hpja.463>
- 70 Oliffe, J. L., Gao, N., Sha, M., Niebuhr, L., Chou, R., Mootz, J., et McKenzie, S. (2025). Canadian men's intimate partner relationship break-ups during COVID-19: Implications for mental health promotion. *Qualitative Health Research*. Prépublication. <https://doi.org/10.1177/10497323241307195>
- 71 Sharp, P., Oliffe, J. L., Kealy, D., Rice, S. M., Seidler, Z. E., et Ogradniczuk, J. S. (2023). Social support buffers young men's resilient coping to psychological distress. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(8), 784–791. <https://doi.org/10.1111/eip.13371>
- 72 Sharp, P., Zhu, P., Ogradniczuk, J. S., McKenzie, S. K., Seidler, Z. E., Rice, S. M., et Oliffe, J. L. (2024). Men's peer support for mental health challenges: Future directions for research and practice. *Health Promotion International*, 39(3). <https://doi.org/10.1093/heapro/daae046>
- 73 Wilson, M. J., Mansour, K., Seidler, Z. E., Oliffe, J. L., Rice, S. M., Sharp, P., Greenwood, C. J., et Macdonald, J. A. (2025). Intimate partner relationship breakdown and suicidal ideation in a large representative cohort of Australian men. *Journal of Affective Disorders*, 372, 618–626. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.071>
- 74 Chan, C. G., Sharp, P., Jenkins, E., Gao, N., et Oliffe, J. L. (2025). Helping men build better intimate partner relationships: Canadian provider perspectives. *Health Education Journal*, 84(3), 280–292. <https://doi.org/10.1177/00178969241310559>
- 75 Sharp, P., Ogradniczuk, J. S., Sha, M., Kelly, M. T., Montaner, G. G., Kealy, D., Seidler, Z. E., Rice, S. M., et Oliffe, J. L. (2023). Working with men in the context of distressed and disrupted intimate partner relationships: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 115, 107873. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107873>
- 76 Veterans Affairs Canada. (2024). *The 2022 Canadian Veteran Health Survey*. Government of Canada. <https://www.veterans.gc.ca/en/about-vac/research/research-papers/2022-canadian-veteran-health-survey>
- 77 VanTil, L. D., Simkus, K., Rolland-Harris, E., et Pedlar, D. J. (2018). Veteran suicide mortality in Canada from 1976 to 2012. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 4(2), 110–116. <https://doi.org/10.3138/jmvfh.2017-0045>
- 78 Rose, S., VanDenKerkhof, E., et Schaub, M. (2018). Determinants of successful transition literature review. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 4(1), 90–99. <https://doi.org/10.3138/jmvfh.4313>
- 79 Ketcheson, F., King, L., et Richardson, J. D. (2018). Association between social support and mental health conditions in treatment-seeking Veterans and Canadian Armed Forces personnel. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 4(1), 20–32. <https://doi.org/10.3138/jmvfh.2017-0001>
- 80 Whitley, R. (2021). *Men's issues and men's mental health*. Springer.
- 81 Rittwage, R. (3 avril 2025). Communication personnelle [Données inédites].
- 82 Hempstead, K. A., et Phillips, J. A. (2015). Rising suicide among adults aged 40–64 years: The role of job and financial circumstances. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(5), 491–500. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.11.006>
- 83 Fazel, S., Ramesh, T., et Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946–952. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30430-3)
- 84 Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., et Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(3), e164–e174. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30233-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30233-4)
- 85 Smith, J. A., Braunack-Mayer, A., Wittert, G., et Warin, M. (2008). “It's sort of like being a detective”: Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. *BMC Health Services Research*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-56>
- 86 Mursa, R., Patterson, C., et Halcomb, E. (2022). Men's help-seeking and engagement with general practice: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(7), 1938–1953. <https://doi.org/10.1111/jan.15240>
- 87 Rice, S., Oliffe, J., Seidler, Z., Borschmann, R., Pirkis, J., Reavley, N., et Patton, G. (2021). Gender norms and the mental health of boys and young men. *The Lancet Public Health*, 6(8), e541–e542. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00138-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00138-9)
- 88 Seidler, Z. E., Benakovic, R., Wilson, M. J., McGee, M. A., Fisher, K., Smith, J. A., Oliffe, J. L., et Sheldrake, M. (2024). Approaches to engaging men during primary healthcare encounters: A scoping review. *American Journal of Men's Health*, 18(2). <https://doi.org/10.1177/15579883241241090>
- 89 Oliffe, J. L. (2023). Connecting masculinities to men's illness vulnerabilities and resilience. *Qualitative Health Research*, 33(14), 1322–1332. <https://doi.org/10.1177/10497323231198967>

- 90 Oliffe, J. L., Creighton, G., Robertson, S., Broom, A., Jenkins, E. K., Ogradniczuk, J. S., et Ferlatte, O. (2017). Injury, interiority, and isolation in men's suicidality. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 888–899. <https://doi.org/10.1177/1557988316679576>
- 91 Oliffe, J. L., Broom, A., Rossnagel, E., Kelly, M. T., Affleck, W., et Rice, S. M. (2020). Help-seeking prior to male suicide: Bereaved men perspectives. *Social Science and Medicine*, 261, 113173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113173>
- 92 Christy, S. M., Gwede, C. K., Sutton, S. K., Chavarria, E., Davis, S. N., Abdulla, R., Ravindra, C., Schultz, I., Roetzheim, R., et Meade, C. D. (2017). Health literacy among medically underserved: The role of demographic factors, social influence, and religious beliefs. *Journal of Health Communication*, 22(11), 923–931. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1377322>
- 93 Oliffe, J. L., McCreary, D. R., Black, N., Flannigan, R., et Goldenberg, S. L. (2019). Canadian men's health literacy: A nationally representative study. *Health Promotion Practice*, 21(6), 993–1003. <https://doi.org/10.1177/1524839919837625>
- 94 Simpson, R. M., Knowles, E., et O'Cathain, A. (2020). Health literacy levels of British adults: A cross-sectional survey using two domains of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 20(1), 1819. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09727-w>
- 95 Clark, L. H., Dunstan, D. A., et Clark, G. I. (2018). Barriers and facilitating factors to help-seeking for symptoms of clinical anxiety in adolescent males. *Australian Journal of Psychology*, 70(3), 225–234. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12191>
- 96 Hodyl, N. A., Hogg, K., Renton, D., von Saldern, S., et McLachlan, R. (2020). Understanding the preferences of Australian men for accessing health information. *Australian Journal of Primary Health*, 26(2), 153–160. <https://doi.org/10.1071/PY19142>
- 97 Macdonald, J. A., Mansour, K. A., Wynter, K., Francis, L. M., Rogers, A., Angeles, M. R., Pennell, M., Biden, E., Harrison, T., et Smith, I. (2022). *Men's and boys' barriers to health system access: A literature review*. Australian Government Department of Health and Aged Care. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-07/men-s-and-boys-barriers-to-health-system-access-a-literature-review.pdf>
- 98 Schuppan, K. M., Roberts, R., et Powrie, R. (2019). Paternal perinatal mental health: At-risk fathers' perceptions of help-seeking and screening. *The Journal of Men's Studies*, 27(3), 307–328. <https://doi.org/10.1177/1060826519829908>
- 99 Shand, F. L., Proudfoot, J., Player, M. J., Fogarty, A., Whittle, E., Wilhelm, K., Hadzi-Pavlovic, D., McTigue, I., Spurrier, M., et Christensen, H. (2015). What might interrupt men's suicide? Results from an online survey of men. *BMJ Open*, 5(10), e008172. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008172>
- 100 Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., et Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- 101 Oliffe, J. L., Rice, S., Kelly, M. T., Ogradniczuk, J. S., Broom, A., Robertson, S., et Black, N. (2019). A mixed-methods study of the health-related masculine values among young Canadian men. *Psychology of Men and Masculinities*, 20(3), 310–323. <https://doi.org/10.1037/men0000157>
- 102 Wilson, M., Gwyther, K., Swann, R., Casey, K., Featherston, R., Oliffe, J. L., Englar-Carlson, M., et Rice, S. M. (2021). Operationalizing positive masculinity: A theoretical synthesis and school-based framework to engage boys and young men. *Health Promotion International*, 37(1). <https://doi.org/10.1093/heapro/daab031>
- 103 Pettigrew, R. N., et Duncan, K. A. (2020). Fathers' use of parental leave in a Canadian law enforcement organization. *Journal of Family Issues*, 42(10), 2211–2241. <https://doi.org/10.1177/0192513x20976733>
- 104 Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., et Crotty, K. I. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- 105 Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., et George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environmental Health Science*, 6(1).
- 106 Palmer, R., Smith, B. J., Kite, J., et Phongsavan, P. (2024). The socio-ecological determinants of help-seeking practices and healthcare access among young men: A systematic review. *Health Promotion International*, 39(2), daae024. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae024>
- 107 Smith, J. A., Merlino, A., Christie, B., Adams, M., Bonson, J., Osborne, R., Judd, B., Drummond, M., Aanundsen, D., et Fleay, J. (2020). 'Dudes are meant to be tough as nails': The complex nexus between masculinities, culture and health literacy from the perspective of young Aboriginal and Torres Strait Islander males - Implications for policy and practice. *American Journal of Men's Health*, 14(3). <https://doi.org/10.1177/1557988320936121>
- 108 Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogradniczuk, J. S., et Rice, S. M. (2019). Men's depression and suicide. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 103. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1088-y>
- 109 Strike, C., Rhodes, A.E., Bergmans, Y., et Links, P. (2006). Fragmented pathways to care: The experiences of suicidal men. *Crisis*, 27(1), 31–38. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.31>
- 110 Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Benakovic, R., Mackinnon, A., Oliffe, J. L., Ogradniczuk, J. S., Kealy, D., Owen, J., Pirkis, J., Mihalopoulos, C., Le, L. K., et Rice S. M. (2024). A randomized wait-list controlled trial of Men in Mind: Enhancing mental health practitioners' self-rated clinical competencies to work with men. *American Psychologist*, 79(3), 423–436. <https://doi.org/10.1037/amp0001242>
- 111 Henriquez, N. R., et Ahmad, N. (2021). "The Message Is You Don't Exist": Exploring lived experiences of rural lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning (LGBTQ) people utilizing health care services. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211051174>
- 112 Cooke, M., et Shields, T. (2024). Anti-Indigenous racism in Canadian healthcare: A scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 36(3), mae089. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae089>
- 113 Roy, P., Guilmette, D., Bouthot, J., Tremblay, G., et L'Heureux, P. (2025). *La santé et le bien-être des hommes dans les services de première ligne* (p. 149). Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : Un recueil d'avis d'expertes et d'experts*. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf
- 114 Khamisy-Farah, R., et Bragazzi, N. L. (2022). How to integrate sex and gender medicine into medical and allied health profession undergraduate, graduate, and post-graduate education: Insights from a rapid systematic literature review and a thematic meta-synthesis. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), 612. <https://doi.org/10.3390/jpm12040612>
- 115 Almaliah-Rauscher, S., Ettinger, N., Levi-Belz, Y., et Gvion, Y. (2020). "Will you treat me? I'm suicidal!" The effect of patient gender, suicidal severity, and therapist characteristics on the therapist's likelihood to treat a hypothetical suicidal patient. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(3), 278–287. <https://doi.org/10.1002/cpp.2426>
- 116 Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Robinson, C. A., et Carey, J. (2011). Gender relations and health research: A review of current practices. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-60>

- 117 Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Johnson, J. L., et Carey, J. (2014). Surviving men's depression: Women partners' perspectives. *Health, 18*(1), 60–78. <https://doi.org/10.1177/1363459313476965>
- 118 Kotelchuk, M. (2022). The impact of fatherhood on men's health and development. Dans M. Grau Grau, M. las Heras Maestro et H. Riley Bowles (dir.), *Engaged fatherhood for men, families and gender equality*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-75645-1_4
- 119 Campbell, J. M., et McPherson, N. O (2019). Influence of increased paternal BMI on pregnancy and child health outcomes independent of maternal effects: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research and Clinical Practice, 13*(6), 511–521. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2019.11.003>
- 120 Park, E., Jang, M., Jung, M. S., et Dlamini, N. S. (2024). Meta-synthesis of qualitative studies to explore fathers' perspectives of their influence on children's obesity-related health behaviours. *BMC Nursing, 23*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01728-z>
- 121 Ramchandani, P., et Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet, 374*(9690), 646–653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60238-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60238-5)
- 122 Dennis, C., Marini, F., Dol, J., Vigod, S. N., Grigoriadis, S., et Brown, H. K. (2021). Paternal prevalence and risk factors for comorbid depression and anxiety across the first 2 years postpartum: A nationwide Canadian cohort study. *Depression and Anxiety, 39*(3), 233–245. <https://doi.org/10.1002/da.23234>
- 123 Dachew, B., Ayano, G., Duko, B., Lawrence, B., Betts, K., et Alati, R. (2023). Paternal depression and risk of depression among offspring: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open, 6*(8), e2329159. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.29159>
- 124 Dimova, E. D., McGarry, J., McAloney-Kocaman, K., et Emslie, C. (2021). Exploring men's alcohol consumption in the context of becoming a father: A scoping review. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 29*(6), 643–654. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1951669>
- 125 Bottorff, J. L., Haines-Saah, R., Kelly, M. T., Oliffe, J. L., Torchalla, I., Poole, N., Greaves, L., Robinson, C. A., Ensom, M. H., Okoli, C. T., et Phillips, J. C. (2014). Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: A scoping review. *International Journal for Equity in Health, 13*(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0114-2>
- 126 Desrosiers, A., Thompson, A., Divney, A., Magriples, U., et Kershaw, T. (2015). Romantic partner influences on prenatal and postnatal substance use in young couples. *Journal of Public Health, 38*(2), 300–307. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv039>
- 127 Ferlatte, O., Salway, T., Samji, H., Dove, N., Gesink, D., Gilbert, M., Oliffe, J. L., Grennan, T., et Wong, J. (2018). An application of syndemic theory to identify drivers of the syphilis epidemic among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases, 45*(3), 163–168. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000713>
- 128 Oliffe, J. L., Chabot, C., Knight, R., Davis, W., Bungay, V., et Shoveller, J. A. (2012). Women on men's sexual health and sexually transmitted infection testing: A gender relations analysis. *Sociology of Health and Illness, 35*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01470.x>
- 129 Gupta, N., Zebib, L., Wittmann, D., J. Nelson, C., A. Salter, C., Mulhall, J. P., Byrne, N., Sanchez Nolasco, T., et Loeb, S. (2023). Understanding the sexual health perceptions, concerns, and needs of female partners of prostate cancer survivors. *The Journal of Sexual Medicine, 20*(5), 651–660. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad027>
- 130 Lee, T. K., Handy, A. B., Kwan, W., Oliffe, J. L., Brotto, L. A., Wassersug, R. J., et Dowsett, G. W. (2015). Impact of prostate cancer treatment on the sexual quality of life for men-who-have-sex-with-men. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(12), 2378–2386. <https://doi.org/10.1111/jsm.13030>
- 131 Green, A., Winter, N., DiGiacomo, M., L. Oliffe, J., Ralph, N., Dunn, J., et K. Chambers, S. (2021). Experiences of female partners of prostate cancer survivors: A systematic review and thematic synthesis. *Health and Social Care in the Community, 30*(4), 1213–1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13644>
- 132 Seidler, Z. (2024). *Masculinities and mental health in young men: From echo chambers to evidence*. Springer Nature.
- 133 Shiva, L., Shukla, L., et Chandra, P. S. (2021). Alcohol use and gender-based violence. *Current Addiction Reports, 8*(1), 71–80. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00354-y>
- 134 Creighton, G., Oliffe, J. L., Butterwick, S., et Saewyc, E. (2013). After the death of a friend: Young men's grief and masculine identities. *Social Science and Medicine, 84*, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.022>
- 135 Creighton, G. M., Oliffe, J. L., Lohan, M., Ogrodniczuk, J. S., et Palm, E. (2016). "Things I did not know": Retrospectives on a Canadian rural male youth suicide using an instrumental photovoice case study. *Health, 21*(6), 616–632. <https://doi.org/10.1177/1363459316638542>
- 136 Logan, N., Kryszinska, K., et Andriessen, K. (2024). Impacts of suicide bereavement on men: A systematic review. *Frontiers in Public Health, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1372974>
- 137 Statista. (2022). *Number of widowed people in Canada from 2000 to 2022, by gender*. <https://www.statista.com/statistics/446133/widowed-people-in-canada-by-gender/>
- 138 Blanner Kristiansen, C., Kjær, J. N., Hjorth, P., Andersen, K., et Prina, A. M. (2019). Prevalence of common mental disorders in widowhood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 245*, 1016–1023. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.088>
- 139 Bom, J., Bakx, P., Schut, F., et van Doorslaer, E. (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist, 59*(5), e629–e642. <https://doi.org/10.1093/geront/qny137>
- 140 Canadian Centre for Caregiving Excellence. (2025). *A national caregiving strategy for Canada*. <https://canadiancaregiving.org/wp-content/uploads/2025/02/National-Care-Giving-Strategy-FINAL-WEB.pdf>
- 141 Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Pesut, B., Oliffe, J. L., et Tomlinson, J. (2014). The male face of caregiving. *American Journal of Men's Health, 8*(5), 409–426. <https://doi.org/10.1177/1557988313519671>
- 142 Arriagada, P. (2020). *The experiences and needs of older caregivers in Canada*. Statistics Canada. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2020001/article/00007-eng.htm>
- 143 Sharma, N., Chakrabarti, S., et Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry, 6*(1), 7. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>
- 144 Statistics Canada. (2023). *More than half of women in Canada are caregivers*. Government of Canada. <https://www.statcan.gc.ca/o1/en/plus/2649-more-half-women-canada-are-caregivers>
- 145 Swinkels, J., van Tilburg, T., Verbakel, E., et Broes van Groenou, M. (2019). Explaining the gender gap in the caregiving burden of partner caregivers. *The Journals of Gerontology: Series B, 74*(2), 309–317. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx036>
- 146 Bueno, M. V., et Chase, J.-A. D. (2022). Gender differences in adverse psychosocial outcomes among family caregivers: A systematic review. *Western Journal of Nursing Research, 45*(1), 78–92. <https://doi.org/10.1177/01939459221099672>
- 147 Canadian Centre for Caregiving Excellence. (2024). *Caring in Canada: Survey insights from caregivers and care providers across Canada*. https://canadiancaregiving.org/wp-content/uploads/2024/06/CCCE_Caring-in-Canada.pdf

- 148 Wade, M., Prime, H., Johnson, D., May, S. S., Jenkins, J. M., et Browne, D. T. (2021). The disparate impact of COVID-19 on the mental health of female and male caregivers. *Social Science and Medicine*, 275, 113801. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113801>
- 149 Ontario Health Coalition. (2019). *Situation critical: Planning, access, level of care and violence in Ontario's long-term care*. <http://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/FINAL-LTC-REPORT.pdf>
- 150 Pacheco Barzallo, D., Schnyder, A., Zanini, C., et Gemperli, A. (2024). Gender differences in family caregiving. Do female caregivers do more or undertake different tasks? *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11191-w>
- 151 Comas-d'Argemir, D., et Soronellas, M. (2019). Men as carers in long-term caring: Doing gender and doing kinship. *Journal of Family Issues*, 40(3), 315–339. <https://doi.org/10.1177/0192513X18813185>
- 152 Dobson, K. G., Vigod, S. N., Mustard, C., et Smith, P. M. (2021). Major depressive episodes and employment earnings trajectories over the following decade among working-aged Canadian men and women. *Journal of Affective Disorders*, 285, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.019>
- 153 Oliffe, J. L., et Han, C. S. E. (2013). Beyond workers' compensation: Men's mental health in and out of work. *American Journal of Men's Health*, 8(1), 45–53. <https://doi.org/10.1177/1557988313490786>
- 154 Bayly, M., O'Connell, M. E., Kortzman, A., Peacock, S., Morgan, D. G., et Kirk, A. (2021). Family carers' narratives of the financial consequences of young onset dementia. *Dementia*, 20(8), 2708–2724. <https://doi.org/10.1177/14713012211009341>
- 155 Duncan, K. A., Shooshtari, S., Roger, K., Fast, J., et Han, J. (2020). The cost of caring: Out-of-pocket expenditures and financial hardship among Canadian carers. *International Journal of Care and Caring*, 4(2), 141–166. <https://doi.org/10.1332/239788220x15845551975572>
- 156 Fast, J., Duncan, K. A., Keating, N. C., et Kim, C. (2023). Valuing the contributions of family caregivers to the care economy. *Journal of Family and Economic Issues*, 45(1), 236–249. <https://doi.org/10.1007/s10834-023-09899-8>
- 157 Statistics Canada. (2020). *Support received by caregivers in Canada*. Government of Canada. https://epe.bac-lac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2020/20-02/publications.gc.ca/collections/collection_2020/statcan/75-006-x/75-006-2020-1-eng.pdf
- 158 Sun Life. (2021). *Designed for Health. Disability claims in focus: Mental health, COVID-19 and beyond*. <https://www.sunlife.ca/content/dam/sunlife/regional/canada/documents/qb/designed-for-health-disability-claims-in-focus-mental-health-covid-19-and-beyond-mh9413.pdf>
- 159 Sun Life. (2022). *Designed for Health. Long-term disability claims: A look through the pandemic and beyond*. <https://www.sunlife.ca/content/dam/sunlife/regional/canada/documents/qb/2022-designed-for-health-report-mc9744.pdf>
- 160 Sun Life. (2023). *Designed for Health. Paramedical and drug claims: How the pandemic has reshaped claiming patterns*. <https://www.sunlife.ca/content/dam/sunlife/regional/canada/documents/qb/mc9973-designed-for-health-2023.pdf>
- 161 Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Kelly, M. T., Bottorff, J. L., Seaton, C., et Darroch, F. (2019). Men's health literacy: A review and recommendations. *Health Promotion International*, 35(5), 1037–1051. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz077>
- 162 Fisher, K., Seidler, Z. E., King, K., Oliffe, J. L., et Rice, S. M. (2021). Men's anxiety: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 295, 688–702. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.136>
- 163 Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Bottorff, J. L., Chambers, S. K., Caperchione, C., et Rice, S. M. (2019). Community-based men's health promotion programs: Eight lessons learnt and their caveats. *Health Promotion International*, 35(5), 1230–1240. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz101>
- 164 Seaton, C. L., Bottorff, J. L., Jones-Bricker, M., Oliffe, J. L., DeLeenheer, D., et Medhurst, K. (2017). Men's mental health promotion interventions: A scoping review. *American Journal of Men's Health*, 11(6), 1823–1837. <https://doi.org/10.1177/1557988317728353>
- 165 Oliffe, J. L., Black, N., Yiu, J., Flannigan, R. K., McCreary, D. R., et Goldenberg, S. L. (2020). Mapping Canadian men's recent and intended health behaviour changes through the don't change much electronic health program. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5). <https://doi.org/10.2196/16174>
- 166 George, E. S., El Masri, A., Kwasnicka, D., Romeo, A., Cavallin, S., Bennie, A., Kolt, G. S., et Guagliano, J. M. (2022). Effectiveness of adult health promotion interventions delivered through professional sport: Systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 52(11), 2637–2655. <https://doi.org/10.1007/s40279-022-01705-z>
- 167 Petrella, R. J., Gill, D. P., Zou, G., De Cruz, A., Riggins, B., Bartol, C., Danylchuk, K., Hunt, K., Wyke, S., Gray, C. M., Bunn, C., et Zwarenstein, M. (2017). Hockey Fans in Training: A pilot pragmatic randomized controlled trial. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 49(12), 2506–2516. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001380>
- 168 Hunt, K., Wyke, S., Gray, C. M., Anderson, A. S., Brady, A., Bunn, C., Donnan, P. T., Fenwick, E., Grieve, E., Leishman, J., Miller, E., Mutrie, N., Rauchhaus, P., White, A., et Treweek, S. (2014). A gender-sensitized weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 383(9924), 1211–1221. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62420-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62420-4)
- 169 Hunt, K., Wyke, S., Bunn, C., Donnachie, C., Reid, N., et Gray, C. M. (2020). Scale-up and scale-out of a gender-sensitized weight management and healthy living program delivered to overweight men via professional sports clubs: The wider implementation of Football Fans in Training (FFIT). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 584. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020584>
- 170 Blunt, W., Gill, D. P., Sibbald, S. L., Riggins, B., Pulford, R. W., Scott, R., Danylchuk, K., Gray, C. M., Wyke, S., Bunn, C., et Petrella, R. J. (2017). Optimization of the Hockey Fans in Training (Hockey FIT) weight loss and healthy lifestyle program for male hockey fans. *BMC Public Health*, 17, 916. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4926-z>
- 171 Petrella, R. J., Gill, D. P., Kfrerer, M., Riggins, B., Majoni, M., Blunt, W., Bliss, B., Silva, N. C. B. S., Aspinall, P. S., Adekoya, P., DiNunzio, M., Marsh, J., Zou, G., et Irwin, J. D. (2023). Hockey Fans in Training (Hockey FIT): Rationale, design, and baseline characteristics from a cluster randomized controlled trial in men with overweight or obesity. *Contemporary Clinical Trials*, 129, 107178. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107178>
- 172 Petrella, R. J., Gill, D. P., Boa Sorte Silva, N. C., Riggins, B., Blunt, W. M., Kfrerer, M., Majoni, M., Marsh, J., Irwin, J. D., Stranges, S., Zwarenstein, M., et Zou, G. (2024). The hockey fans in training intervention for men with overweight or obesity: A pragmatic cluster randomised trial. *eClinicalMedicine*, 77, 102911. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102911>
- 173 Vella, S. A., Swann, C., Batterham, M., Boydell, K. M., Eckermann, S., Ferguson, H., Fogarty, A., Hurley, D., Liddle, S. K., Lonsdale, C., Miller, A., Noetel, M., Okely, A. D., Sanders, T., Schweickle, M. J., Telenta, J., et Deane, F. P. (2021). An intervention for mental health literacy and resilience in organized sports. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 53(1), 139–149. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000002433>

- 174 Sharp, P., Zhu, P., Ogrodniczuk, J. S., Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Fisher, K., et Oliffe, J. L. (2023). "Hey Amir, How Are You REALLY Doing?": Participant perspectives of a peer-based suicide prevention campaign for men. *American Journal of Men's Health*, 17(5). <https://doi.org/10.1177/15579883231209189>
- 175 Lukersmith, S., Savador-Carulla, L., Woods, C., Niyonsenga, T., Colosia, M. R. G., Mohanty, I., Milanese, D. D., et Alonso, C. G. (2024). *The evaluation and impact analysis report of First Responder Resiliency Program*. Health Research Institute, University of Canberra. <https://static1.squarespace.com/static/66a80db2413793160c0670cf/t/66f5e7cec031861caeb67c20/1727391697124/UCanberra+Blueprint+Mover+FRP+Project+Report.pdf>
- 176 Claussen, C., Exner-Cortens, D., Baker, E., Roy, M., et Coupland, K. (2024). Promotion of sexual health self-efficacy through gender-transformative intervention with adolescent boys. *American Journal of Sexuality Education*, 19(2), 140-166. <https://doi.org/10.1080/15546128.2023.2213453>
- 177 Exner-Cortens, D., Hurlock, D., Wright, A., Carter, R., et Krause, P. (2020). Preliminary evaluation of a gender-transformative healthy relationships program for adolescent boys. *Psychology of Men and Masculinities*, 21(1), 168. <https://doi.org/10.1037/men0000204>
- 178 Exner-Cortens, D., Wright, A., Van Bavel, M., Sitter, K. C., Hurlock, D., Carter, R., et Krause, P. (2021). "To Be a Guy Is to Be Human": Outcomes of the WiseGuyz program through photo-based evaluation. *Health Promotion Practice*, 22(5), 659-669. <https://doi.org/10.1177/1524839920976382>
- 179 Exner-Cortens, D., Claussen, C., Lewis, S., Orukpe, A. M., et Coupland, K. (2022). Friendship quality and ethnocultural boys: An exploratory evaluation of the WiseGuyz Program. *Psychology in the Schools*, 59(10), 2106-2121. <https://doi.org/10.1002/pits.22566>
- 180 Matejko, E., Coupland, K., Abbott, T., Claussen, C., Carter, R., Harrison, L., et Exner-Cortens, D. (2024). *WiseGuyz implementation manual (version 1)*. Centre for Sexuality. <https://static1.squarespace.com/static/5ea87e257dd00d3113027300/t/66311ef2fc6a7a212ceb8f58/1714495224412/WiseGuyz+Implementation+Manual+FINAL+April+2024+EN.pdf>
- 181 Gilham, C., Green, M., Neville-MacLean, S., Bakody, N., Ternoway, H., Smith, D., et Augusta-Scott, T. (2023). GuysWork: Describing a school-based healthy relationships program for adolescent boys and results from a pilot evaluation during COVID-19. *Psychology in the Schools*, 60(9), 3372-3388. <https://doi.org/10.1002/pits.22937>
- 182 Barbagallo, M. S., Brito, S., et Porter, J. E. (2023). Australian Men's Sheds and their role in the health and wellbeing of men: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 2023(1), 2613413. <https://doi.org/10.1155/2023/2613413>
- 183 Foettinger, L., Albrecht, B. M., Altgeld, T., Gansefort, D., Recke, C., Stalling, I., et Bamann, K. (2022). The role of community-based men's sheds in health promotion for older men: A mixed-methods systematic review. *American Journal of Men's Health*, 16(2). <https://doi.org/10.1177/15579883221084490>
- 184 Roy, P., Bizot, D., Parent, S., Jodoin, F., et Bombardier, I. (2025). Implementing a Men's Shed community program to break older men's social isolation in rural areas: what potential for gender-transformativity. *NORMA*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/18902138.2025.2469445>
- 185 Roy, P., Bizot, D., Lévesque, C. et Parent, S. (2024). Le modèle Men's Shed comme pratique innovante en intervention communautaire auprès des hommes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 43(1), 1-5.
- 186 Cordier, R., et Wilson, N. J. (2014). Community-based Men's Sheds: Promoting male health, wellbeing and social inclusion in an international context. *Health Promotion International*, 29(3), 483-493. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat033>
- 187 Kelly, D., Steiner, A., Mason, H., et Teasdale, S. (2021). Men's sheds as an alternative healthcare route? A qualitative study of the impact of Men's sheds on user's health improvement behaviours. *BMC Public Health*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10585-3>
- 188 Banack, C., Whitfield, K. Y., et Isley, S. (2024). Men's Sheds and mental health in rural communities: Exploring the benefits of a community-level program. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 42(4), 1-20. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2023-026>
- 189 Mackenzie, C. S., Roger, K., Robertson, S., Oliffe, J. L., Nurmi, M. A., et Urquhart, J. (2017). Counter and complicit masculine discourse among Men's Shed members. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 1224-1236. <https://doi.org/10.1177/1557988316685618>
- 190 Culos-Reed, N., Dew, M., Zahavich, A., Wilson, K., Arnason, T., Mackenzie, M., Brissette, C., Van Patten, C., et Santa Mina, D. (2018). Development of a community wellness program for prostate cancer survivors. *Translational Journal of the American College of Sports Medicine*, 3(13), 97-106. <https://doi.org/10.1249/tjx.0000000000000064>
- 191 Ogrodniczuk, J. S., Beharry, J., et Oliffe, J. L. (2022). HeadsUpGuys: An e-mental health resource for men with depression. *Rhode Island Medical Journal*, 105(5), 23-28.
- 192 Ogrodniczuk, J. S., Beharry, J., Storey, Q. K., et Oliffe, J. L. (2024). Men's experiences of HeadsUpGuys: A strength-based case study. *Health Education Journal*, 84(3), 233-246. <https://doi.org/10.1177/00178969241279649>
- 193 McCreary, D. R., Oliffe, J. L., Black, N., Flannigan, R., Rachert, J., et Goldenberg, S. L. (2019). Canadian men's health stigma, masculine role norms and lifestyle behaviours. *Health Promotion International*, 35(3), 535-543. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz049>
- 194 Oliffe, J. L., Black, N., Yiu, J., Flannigan, R., Hartrick, W., et Goldenberg, S. L. (2021). Promoting men's health with the "Don't Change Much" e-program. *American Journal of Men's Health*, 15(2). <https://doi.org/10.1177/15579883211001189>
- 195 Movember. (2020). *Movember is good for you*. <https://cdn.movember.com/uploads/files/Media%20Room/USA/Movember%20Is%20Good%20For%20You%20release%20media%20release%20Oct%202020.pdf>
- 196 Younger Lives. (2021). *Movember is good for you. Final report*. [Rapport interne inédit].
- 197 Hawkes, S., Allotey, P., Elhadj, A. S., Clark, J., et Horton, R. (2020). The lancet commission on gender and global health. *The Lancet*, 396(10250), 521-522. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31547-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31547-6)
- 198 Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., et Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607>
- 199 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). Plan d'action ministériel - Santé et bien-être des hommes 2017-2022. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001952/>
- 200 Roy, P., Tremblay, G. et David, A. (2022). Quebec's Model for Men's Health: Connecting Community, Research, Practice, and Policies. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 5(1), 27-42. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v5i1.64>
- 201 World Health Organization. (2016). *Technical series on safer primary care: Patient engagement*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511629>
- 202 White, A., et Tod, M. (2022). The need for a strategy on men's health. *Trends Urology and Men Health*, 13, 2-8. <https://doi.org/10.1002/tre.842>
- 203 Seidler, Z. E., Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., et Ogrodniczuk, J. S. (2020). What gets in the way? Men's perspectives of barriers to mental health services. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 105-110. <https://doi.org/10.1177/0020764019886336>

- 204 Ellis, L. A., Collin, P., Hurley, P. J., Davenport, T. A., Burns, J. M., et Hickie, I. B. (2013). Young men's attitudes and behaviour in relation to mental health and technology: Implications for the development of online mental health services. *BMC Psychiatry*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-119>
- 205 Trail, K., Wilson, M. J., Rice, S. M., Hunt, T., Pirkis, J., et Seidler, Z. E. (2022). "I called when I was at my lowest": Australian men's experiences of crisis helplines. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9143. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159143>
- 206 James, N. D., Tannock, I., N'Dow, J., Feng, F., Gillesen, S., Ali, S. A., Trujillo, B., Al-Lazikani, B., Attard, G., Bray, F., Compérat, E., Eeles, R., Fatiregun, O., Grist, E., Halabi, S., Haran, A., Herchenhorn, D., Hofman, M. S., Jalloh, M., ... et Xie, L. P. (2024). The Lancet Commission on prostate cancer: Planning for the surge in cases. *The Lancet*, 403(10437), 1683–1722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00651-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00651-2)
- 207 Bains, P., Oliffe, J. L., Mackay, M. H., et Kelly, M. T. (2021). Screening older adult men for abdominal aortic aneurysm: A scoping review. *American Journal of Men's Health*, 15(2). <https://doi.org/10.1177/15579883211001204>
- 208 Wanhainen, A., Verzini, F., Van Herzele, I., Allaire, E., Bown, M., Cohnert, T., Dick, F., van Herwaarden, J., Karkos, C., Koelmay, M., Kölb, T., Loftus, I., Mani, K., Melissano, G., Powell, J., Szeberin, Z., ESVS Guidelines Committee, de Borst, G. J., Chakfe, N., ... Verhagen, H. (2019). Editor's choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 clinical practice guidelines on the management of abdominal aorto-iliac artery aneurysms. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 57(1), 8–93. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.09.020>
- 209 Laserson, A. K., Oliffe, J. L., Krist, J., et Kelly, M. T. (2020). HPV vaccine and college-age men: A scoping review. *American Journal of Men's Health*, 14(6). <https://doi.org/10.1177/1557988320973826>
- 210 Ferlatte, O., Salway, T., Trussler, T., Oliffe, J. L., et Gilbert, M. (2017). Combining intersectionality and syndemic theory to advance understandings of health inequities among Canadian gay, bisexual and other men who have sex with men. *Critical Public Health*, 28(5), 509–521. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1380298>
- 211 Affleck, W., Oliffe, J., McKenzie, S., Ridge, D., Jenkins, E., et Broom, A. (2020). Addressing ethical issues in studying men's traumatic stress. *International Journal of Men's Social and Community Health*, 3(1), e16–e23. <https://doi.org/10.22374/ijmsch.v3i1.27>
- 212 Darroch, F. E., Roett, C., Varcoe, C., Oliffe, J. L., et Gonzalez Montaner, G. (2020). Trauma-informed approaches to physical activity: A scoping study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 41, 101224. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101224>
- 213 Brown, H., et Timler, K. (2019). Work 2 Give: Fostering collective citizenship through artistic and healing spaces for Indigenous inmates and communities in British Columbia. *BC Studies*, 202, 21–40.
- 214 Olsen Harper, A. (2024). *Final evaluation report: Work to Give (W2G)* [Inédit].
- 215 Fitznor, L. (2023). *The Churchill Subarctic Wellness Centre's Warrior Caregiver Land-based and Bros Group Program Evaluation Report May 2020 – July 2023* [Inédit].
- 216 Healey, G., Cherba, M., et Tabish, T. (2018). *Pathways to mental wellness for Indigenous boys and men: Community led and land-based programs in the Canadian North, Movember project report*. Internal Quajigartiit Health Research Centre report [Inédit].
- 217 Health Initiative for Men. (2021). *Annual report: April 1st, 2020 – March 31st, 2021*. https://checkhimout.ca/wp-content/uploads/2024/10/2021_Annual_Report-CURRENT.pdf
- 218 Osborne, A., Carroll, P., Richardson, N., Doheny, M., Brennan, L., et Lambe, B. (2018) From training to practice: The impact of ENGAGE, Ireland's national men's health training programme. *Health Promotion International*, 33(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw100>
- 219 Matthew, A. G., Trachtenberg, L. J., Yang, Z. G., Robinson, J., Petrella, A., McLeod, D., Walker, L., Wassersug, R., Elliott, S., Ellis, J., Jamnicky, L., Fleschner, N., Finelli, A., Singal, R., Brock, G., Jarvi, K., Bender, J., et Elterman, D. (2022). An online Sexual Health and Rehabilitation eClinic (TrueNTH SHAReClinic) for prostate cancer patients: A feasibility study. *Supportive Care in Cancer*, 30(2), 1253–1260. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06510-4>
- 220 UBC Continuing Professional Development. (s. d.). *Improving primary care for gay, bisexual, and other men who have sex with men (gbMSM)*. <https://ubccpd.ca/learn/learning-activities/course?eventtemplate=37-optimizing-care-for-gay-bisexual-and-other-men-who-have-sex-with-men-gbmsm>
- 221 Muller, A. J., Ramsden, V. R., et White, G. (2013). A review of men's health curricula in medical schools. *American Journal of Educational Research*, 1(4), 115–118. <https://doi.org/10.12691/education-1-4-1>
- 222 Zanchetta, M. S., Metersky, K., Nazzari, A., Dumitriu, M. E., Pais, S., Mok, Y. W., Lam-Kin-Teng, M. R., et Yu, C. (2022). Awakening undergraduate nursing students' critical awareness about men's health, health literacy and nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(3), 388–403. <https://doi.org/10.1177/08445621221144131>
- 223 Dielissen, P. W., Bottema, B. J., Verdonk, P., et Lagro-Janssen, T. L. (2009). Incorporating and evaluating an integrated gender-specific medicine curriculum: A survey study in Dutch GP training. *BMC Medical Education*, 9(1), 58. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-58>
- 224 Kling, J. M., Sleeper, R., Chin, E. L., Rojek, M. K., McGregor, A. J., Richards, L., Mitchell, A. B., Stasiuk, C., Templeton, K., Prasad, J., Pfister, S., et Newman, C. B. (2022). Sex and gender health educational tenets: A report from the 2020 Sex and Gender Health Education Summit. *Journal of Women's Health*, 31(7), 905–910. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0222>
- 225 Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L., et Gregory, D. (2011). Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): A theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health*, 8(1), 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2010.09.227>
- 226 Galdas, P. M., Seidler, Z. E., et Oliffe, J. L. (2023). Designing men's health programs: The 5C framework. *American Journal of Men's Health*, 17(4). <https://doi.org/10.1177/15579883231186463>
- 227 Biidwewidam Indigenous Masculinities. *Indigenous masculinities, identities and achieving bimaadiziwin* (IMB). (s.d.). <https://indigenoumasculinities.com/>
- 228 Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres. (s.d.). *Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres—OFIFC*. <https://ofifc.org/>
- 229 Native Youth Sexual Health Network. (s.d.). *Native Youth Sexual Health Network*. <https://www.nativeyouthsexualhealth.com>
- 230 Pirkis, J., Macdonald, J., et English, D. R. (2016). Introducing Ten to Men, the Australian longitudinal study on male health. *BMC Public Health*, 16(3), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3697-2>
- 231 Swami, N., Prattley, J., Bandara, D., Howell, L., Silbert, M., Renda, J., Rowland, B., et Quinn, B. (2022). Ten to men: The Australian longitudinal study on male health: Waves 1–3. *Australian Economic Review*, 55(1), 155–165. <https://doi.org/10.1111/1467-8462.12453>
- 232 Regroupement provincial en santé et bien-être des hommes. (2018). *Sondage auprès des hommes Québécois : Rapport final*. https://www.rpsbeh.com/uploads/4/5/8/0/45803375/rapport_fr.pdf

- 233 SOM. (2021). *Sondage auprès des hommes Québécois: Rapport final*. [https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Sondage%20SOM%20rapport%20final%20\(hommes\).pdf](https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/Sondage%20SOM%20rapport%20final%20(hommes).pdf)
- 234 Equimundo. (2022). *The International Men and Gender Equality Survey: A status report on men, women, and gender equality in 15 headlines*. <https://www.equimundo.org/resources/men-and-gender-equality-a-global-status-report-in-15-headlines/>
- 235 Heilman, B., Barker, G., et Harrison, A. (2017). *The Man Box: A study on being a young man in the US, UK, and Mexico*. Equimundo et Unilever. <https://www.equimundo.org/resources/man-box-study-young-man-us-uk-mexico/>
- 236 Heilman, B., Guerrero-López, C. M., Ragonese, C., Kelberg, M., et Barker, G. (2019). *The Cost of the Man Box: A study on the economic impacts of harmful masculine stereotypes in the US, UK, and Mexico - executive summary*. Promundo-US et Unilever. <https://www.equimundo.org/resources/the-cost-of-the-man-box-a-study-on-the-economic-impacts-of-harmful-masculine-stereotypes-in-the-us-uk-and-mexico-executive-summary/>
- 237 Dodkins, J., Morris, M., Nossiter, J., van der Meulen, J., Payne, H., Clarke, N., et Aggarwal, A. (2022). Practicalities, challenges and solutions to delivering a national organisational survey of cancer service and processes: Lessons from the National Prostate Cancer Audit. *Journal of Cancer Policy*, 33, 100344. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2022.100344>
- 238 Dodkins, J., Cook, A., Morris, M., Nossiter, J., Prust, S., Waller, S., van der Meulen, J., Aggarwal, A., Clarke, N., et Payne, H. A. (2023). Organisation and delivery of supportive services for patients with prostate cancer in the National Health Service in England and Wales: A national cross-sectional hospital survey and latent class analysis. *BMJ Open*, 13(11), e071674. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071674>
- 239 Parry, M. G., Sujenthiran, A., Nossiter, J., Morris, M., Berry, B., Nathan, A., Aggarwal, A., Payne, H., van der Meulen, J. et Clarke, N. W. (2023). Prostate cancer outcomes following whole-gland and focal high-intensity focused ultrasound. *BJU International*, 132, 568-574. <https://doi.org/10.1111/bju.16122>
- 240 Canadian Institutes of Health Research. (2019). *Things you might not know about boys' and men's health*. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/51741.html>
- 241 Canadian Institutes of Health Research. (2021). *Advancing boys' and men's health: Outcomes from 11 years of CIHR-IGH funded research*. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/igh_advancing-boys-mens-health-en.pdf
- 242 Lahaie, H., Tremblay, G., Roy, J., Roy, P., Lacharité, C., Dubeau, D., Lafrance, M., et Villeneuve, R. (2022). *Politiques en santé et bien-être des hommes dans le monde : Recension des bonnes pratiques et conditions gagnantes*. Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes. https://www.polesbeh.ca/sites/solesbeh.ca/files/uploads/PERSBEH_Rapport%20Gilles%20Tremblay_Correction.pdf
- 243 Department of Health and Social Care, et The Rt Hon Wes Streeting MP. (2024). *Secretary of State commits to first ever men's health strategy*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/news/secretary-of-state-commits-to-first-ever-mens-health-strategy>
- 244 Department of Health and Children. (2008). *National Men's Health Policy 2008 - 2013*. Government of Ireland. <https://www.mhfi.org/menshealthpolicy.pdf>
- 245 Baker, P. (2015). *Review of the National Men's Health Policy and Action Plan 2008-2013*. The Health Service Executive. <https://gamh.org/wp-content/uploads/2015/07/Ireland-Mens-Health-Policy-Review.Final-Full-Report.2015.pdf>
- 246 Baker, P. (2015). National men's health policies: Can they help? *Trends in Urology and Men's Health*, 6(6), 24-26. <https://doi.org/10.1002/tre.493>
- 247 Men's Health Forum. (2021). *Levelling up men's health: The case for a men's health strategy*. <https://www.menshealthforum.org.uk/strategy-case>
- 248 All-Party Parliamentary Group on Issues Affecting Men and Boys. (2022). *The case for a men's health strategy: 'For a Healthier, Happier and a More Productive Society for All'*. Equi-law UK. <https://equi-law.uk/report>
- 249 Farrugia, A., Moore, D., Keane, H., Ekenahl, M., Graham, K., et Duncan, D. (2022). Noticed and then forgotten: Gender in alcohol policy stakeholder responses to alcohol and violence. *Qualitative Health Research*, 32(10), 1419-1432. <https://doi.org/10.1177/1049732322110092>
- 250 Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. (2023). *Suicide prevention in Canada: Moving forward with a national strategy*. Senate of Canada. https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/SOCI/reports/SuicidePreventionReport_Final_e.pdf
- 251 Public Health Agency of Canada. (2016). *Framework for suicide prevention in Canada: A public health approach*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/public-health/migration/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-cadre-suicide/alt/framework-suicide-cadre-suicide-eng.pdf>
- 252 Public Health Agency of Canada. (2025). *Call out: Expertise in suicide prevention*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/programs/public-health-science/expert-roster-initiative/call-out-expertise-suicide-prevention.html>
- 253 Alcohol and Gaming Commission of Ontario. (2024). *Marketing and advertising*. Government of Ontario. <https://www.agco.ca/en/lottery-and-gaming/responsible-gambling/marketing-and-advertising>
- 254 Parliament of Canada. (2023). *Bill S-269: Third reading*. Government of Canada. <https://www.parl.ca/documentviewer/en/44-1/bill/S-269/third-reading>
- 255 Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction. (2024). *Gambling availability and advertising in Canada*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-06/Gambling-Availability-and-Advertising-in-Canada-en.pdf>
- 256 Young, M. M., Hodgins, D. C., Brunelle, N., Currie, S., Dufour, M., Flores-Pajot, M.-C., Paradis, C., et Nadeau, L. (2021). *Developing lower-risk gambling guidelines*. Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction. <https://gamblingguidelines.ca/app/uploads/2023/06/LRGG-Developing-Lower-Risk-Gambling-Guidelines-Report-2021-en.pdf>
- 257 Centre for Addiction and Mental Health. (2024). *Gambling policy framework*. <https://kmb.camh.ca/uploads/4b410d0c-a652-4c42-8c5c-d82afd04dda9.pdf>
- 258 University of Victoria. (2023). *Canadian alcohol policy evaluation*. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/cape/index.php>
- 259 Health Canada. (2024). *Legislative review of the Cannabis Act: Final report of the expert panel*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-medication/legislative-review-cannabis-act-final-report-expert-panel.html>
- 260 Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction. (2023). *A public health perspective on cannabis legalization and regulation in Canada*. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Cannabis_Act_Legislative_review_update_1_en.pdf
- 261 Government of Canada. (2019). *Vaping products labelling and packaging regulations (SOR/2019-353)*. Justice Laws Website. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR-2019-353/index.html>
- 262 Government of Canada. (2020). *Vaping products promotion regulations (SOR/2020-143)*. Justice Laws Website. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR-2020-143/FullText.html>

- 263 Government of Canada. (2021). *Nicotine concentration in vaping products regulations (SOR/2021-123)*. Justice Laws Website. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR-2021-123/page-1.html>
- 264 Government of Canada. (2023). *Vaping products reporting regulations: SOR/2023-123*. Canada Gazette. <https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2023/2023-06-21/html/sor-dors123-eng.html>
- 265 Health Canada. (2023). *Tobacco products appearance, packaging and labelling regulations (TPAPLR)*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/regulating-tobacco-vaping/tobacco/appearance-packaging-labelling.html>
- 266 Health Canada. (2023). *The second legislative review of the Tobacco and Vaping Products Act discussion paper*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/programs/consultation-second-legislative-review-tobacco-vaping-products-act/document.html#a2.7>
- 267 Sharp, P., Coroiu, A., Rice, S. M., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., et Oliffe, J. L. (2023). Engaging men in intimate partner relationship programs: Service provider and stakeholder perspectives. *American Journal of Men's Health*, 17(2). <https://doi.org/10.1177/15579883231161023>
- 268 Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Gonzalez Montaner, G., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., et Rice, S. M. (2022). Mapping men's mental health help-seeking after an intimate partner relationship break-up. *Qualitative Health Research*, 32(10). <https://doi.org/10.1177/10497323221110974>
- 269 Statistics Canada. (2023). *Victimization of men and boys in Canada, 2021*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2023001/article/00001-eng.htm>
- 270 Statistics Canada. (2024). *Trends in police-reported family violence and intimate partner violence in Canada, 2023*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/241024/dq241024b-eng.htm>
- 271 Roebuck, B., McGlinchey, D., Hastie, K., Taylor, M., Roebuck, M., Bhele, S., Hudson, E., et Grace Xavier, R. (2020). *Male survivors of intimate partner violence in Canada*. Victimology Research Centre, Algonquin College. <https://www.canada.ca/content/dam/ofovc-ofvac/documents/research/en/Male%20Survivors%20of%20IPV%20in%20Canada%2c%202020.pdf>
- 272 Matthew, A. G., McLeod, D., Robinson, J. W., Walker, L., Wassersug, R. J., Elliott, S., Guirguis, S., Incze, T., et Trachtenberg, L. (2024). Enhancing care: Evaluating the impact of True North Sexual Health and Rehabilitation eTraining for healthcare providers working with prostate cancer patients and partners. *Sexual Medicine*, 12(3), qfae033. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae033>
- 273 Wittmann, D., Mehta, A., McCaughan, E., Faraday, M., Duby, A., Matthew, A., Incrocci, L., Burnett, A., Nelson, C. J., Elliott, S., Koontz, B. F., Bober, S. L., McLeod, D., Capogrosso, P., Yap, T., Higano, C., Loeb, S., Capellari, E., Glodé, M., Goltz, H., ... Mulhall, J. P. (2022). Guidelines for sexual health care for prostate cancer patients: Recommendations of an international panel. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(11), 1655-1669. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.197>
- 274 Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Owen, J., Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., et Rice, S. M. (2022). Teaching gender competency with Men in Mind: Foundations of an online training program for mental health practitioners. *The Journal of Men's Studies*, 30(1), 111-131. <https://doi.org/10.1177/10608265211035941>
- 275 Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Toogood, N. W., Oliffe, J. L., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Owen, J., Mackinnon, A., Le, L. K.-D., Mihalopoulos, C., Pirkis, J., et Rice, S. (2022). Protocol for a randomized controlled trial of the Men in Mind training for mental health practitioners to enhance their clinical competencies for working with male clients. *BMC Psychology*, 10, 174. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00875-9>
- 276 Health Canada. (2023). *Women's health strategy for Canada*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/reports-publications/women-health-strategy.html>
- 277 Canadian Institutes of Health Research. (2024). *Meet the Pan-Canadian Women's Health Coalition*. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/53838.html>
- 278 Government of Canada. (2024). *About Indigenous health care*. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1626810177053/1626810219482>
- 279 CBC News. (2025). *Nunavut to spend \$3.3M to fund suicide and substance abuse prevention programs*. <https://www.cbc.ca/cdn.ampproject.org/c/s/www.cbc.ca/amp/1.7422748>
- 280 Canadian Institutes of Health Research. (2023). *What is gender? What is sex?* <https://cihr-irsc.gc.ca/e/48642.html>
- 281 Women and Gender Equality Canada. (2023). *Gender-based violence glossary*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/gender-based-violence/gender-based-violence-glossary.html>
- 282 Women and Gender Equality Canada. (2025). *Gender-based Analysis Plus (GBA Plus)*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/gender-based-analysis-plus.html>
- 283 Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada. (2024). *Indigenous peoples and communities*. Government of Canada. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1100100013785/1529102490303>
- 284 National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2024). *Glossary of essential health equity terms*. <https://nccdh.ca/learn/glossary>
- 285 Canadian Institutes of Health Research. (2024). *Notice of upcoming funding opportunity: Moving Upstream: Structural Determinants of Health Catalyst Grants*. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/53883.html>
- 286 World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. <https://iris.who.int/handle/10665/43918>
- 287 Rootman, I., et Pederson, A. (2017). *Health promotion in Canada: New perspectives on theory, practice, policy, and research* (4e éd.). Canadian Scholars.
- 288 Learning Network, et White Ribbon. (2024). *Engaging youth to promote healthy masculinities and end gender-based violence*. Western University Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children. <https://www.gbvlearningnetwork.ca/our-work/backgrounders/healthy-masculinities/index.html#:~:text=Moving%20towards%20healthy%20masculinities%20among,happy%20that%20you%20made%20it!%E2%80%9D>
- 289 Kaufman, M. (1999). Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. Dans J. A. Kuypers (dir.), *Men and power* (p. 59-83). Fernwood Books.
- 290 Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ec2b395b-en/index.html?itemId=/content/component/ec2b395b-en/>
- 291 Department of Justice. (2024). *State of the criminal justice system dashboard*. Government of Canada. <https://www.justice.gc.ca/socis-esip/en/dash-tab/definitions>
- 292 World Health Organization. (s.d.). Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- 293 Catalyst Now. (s.d.). ABOUT - Catalyst Now. <https://catalystnow.net/>



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

Ce rapport est présenté par le
Movember Institute of Men's Health
(Institut Movember de la santé masculine).