



Un système qui laisse les hommes pour compte

L'EXPÉRIENCE DES HOMMES AU CANADA À L'ÉGARD
DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE CONSOMMATION
DE SUBSTANCES



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH

LES MOUSTACHES AIMENT LA RECHERCHE



À propos de ce rapport

La plupart des hommes qui ont besoin de soutien en santé mentale au Canada n'en reçoivent jamais. Ce n'est pas parce qu'ils sont difficiles à joindre. C'est parce que le système n'a pas été conçu pour les rejoindre. Ce rapport s'appuie sur des données nationales autodéclarées de l'Institut Movember pour la santé masculine et de Recherche en santé mentale Canada (RSMC), ainsi que sur des données administratives de santé couplées de l'Ontario

détenues par ICES (anciennement l'Institute for Clinical Evaluative Sciences) et analysées par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Ces deux sources permettent de définir à quoi ressemblerait un système conçu pour rejoindre les hommes, répondre à leurs besoins et maintenir leur engagement, selon le cadre des 5R pour des systèmes de santé qui tiennent compte du genre.

À propos de Movember

Il y a vingt-trois ans, une idée moustachue a vu le jour à Melbourne, en Australie, donnant le coup d'envoi à un mouvement qui serait appelé à franchir les frontières et à transformer à jamais le visage de la santé des hommes. Connu sous le nom de Movember, ce mouvement a rassemblé des personnes de tous horizons, suscitant des milliards de conversations essentielles, amassant des fonds vitaux et brisant le silence entourant les problèmes de santé au masculin.

Depuis 2003, cet organisme caritatif pionnier bouscule le statu quo en révolutionnant la recherche sur la santé des hommes et en transformant la manière dont les services de santé rejoignent et soutiennent les hommes.

Propulsée par une communauté mondiale engagée qui compte des centaines de milliers de personnes au Canada, Movember a récolté près de 2 milliards de dollars canadiens, finançant plus de 1 320 projets de santé masculine allant de la recherche biomédicale de pointe à d'importants registres mondiaux sur le cancer de la prostate. Depuis l'élargissement de son action à la santé mentale et à la prévention du suicide en 2006, Movember plaide pour une détection plus précoce des troubles de santé mentale chez les hommes et pour une amélioration des réponses cliniques apportées aux hommes en détresse. En encourageant les hommes et leur entourage à agir plus tôt, Movember aide davantage d'hommes à reconnaître les signes avant-coureurs et à intervenir avant d'atteindre un point de crise.

En améliorant la santé des hommes, 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.

Movember s'engage à redéfinir l'avenir de la santé des hommes en investissant dans des recherches révolutionnaires, en encourageant des comportements plus sains et en faisant la promotion de soins de santé adaptés aux spécificités masculines, répondant ainsi adéquatement aux besoins uniques de tous les hommes. En s'attaquant à la stigmatisation et aux obstacles à l'accès aux soins, Movember œuvre pour créer un monde où chacun peut vivre plus longtemps et en meilleure santé. Car une meilleure santé masculine est synonyme de familles plus solides, de communautés plus fortes et d'une société plus résiliente.

Pour en savoir plus, veuillez visiter [Movember.com](https://www.movember.com).

Principaux contributeurs à ce rapport

L'Institut Movember pour la santé masculine a été fondé en 2023, notamment grâce à un investissement mondial historique de 100 millions de dollars canadiens. Sa raison d'être se fonde sur l'héritage de Movember, organisme ayant financé des initiatives soutenant la santé des hommes à travers le monde à hauteur de près de 2 milliards de dollars canadiens depuis sa création en 2003.

Rattaché à Movember, organisme caritatif de premier plan qui transforme le visage de la santé des hommes, l'Institut rassemble experts, communautés et partenaires afin d'accélérer la recherche et de la traduire en solutions concrètes.

Se concentrant sur des enjeux majeurs de la santé masculine tels que la prévention du suicide, la santé mentale, le cancer de la prostate et le cancer du testicule, l'Institut propulsera le changement en améliorant les services de santé, en levant les barrières culturelles qui empêchent les hommes de prendre soin de leur santé, en développant les talents dans le domaine de la recherche et en déployant à plus grande échelle des interventions dont l'efficacité a été prouvée.

Sa mission est d'améliorer la santé, le bien-être et la longévité des hommes et des garçons dans le monde entier, en sensibilisant les décideurs politiques aux enjeux de la santé masculine et en transformant la manière dont les services de santé interagissent avec les hommes et les soutiennent.



Principales personnes ayant contribué au rapport

Ce rapport a été rédigé par **Clíona Fitzpatrick**, directrice, Politiques et données probantes, Movember, et la **Dre Beth Croak**, chercheuse associée, Movember, avec la contribution de :

- Catherine Corriveau, directrice, Politiques et défense des intérêts, Movember Canada
- Michael Cooper, vice-président, Données et partenariats, RSMC
- Sheldon Mellis, directeur, Partenariats et engagement stratégiques, RSMC
- Bryan Tanner, analyste et coordonnateur de la recherche nommé par l'ICES, Institut de recherche sur les politiques en santé mentale, CAMH
- Dr Paul Kurdyak, responsable du programme de recherche sur la santé mentale et les dépendances, ICES / chercheur principal, Institut de recherche sur les politiques en santé mentale, CAMH
- Dr Jesse Young, chercheur, Institut de recherche sur les politiques en matière de santé mentale, CAMH

Cet article a été réalisé en partenariat avec le RSMC et le CAMH.



Citation suggérée

Institut Movember pour la santé masculine. *Un système qui laisse les hommes pour compte : l'expérience des hommes au Canada à l'égard des services de santé mentale et de consommation de substances.*

Disponible à l'adresse : <https://movember.com/movember-institute/publications>

Avis aux lecteurs

Ce rapport aborde le suicide, l'automutilation, la maladie mentale et la consommation de substances. Si vous ou une personne de votre entourage avez besoin de soutien, le 9-8-8 : Ligne d'aide en cas de crise de suicide offre gratuitement des services confidentiels, en français et en anglais, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Appelez ou textez le 9-8-8. Au Québec, appelez le 1 866 APPELLE (277-3553) ou textez le 53 53 53. Les membres des peuples autochtones partout au Canada peuvent communiquer avec la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au 1 855 242-3310 ou clavarder à espoirpourlemieuxetre.ca. En cas d'urgence, composez le 9-1-1.

Table des matières

Résumé page 7

Introduction page 12

Sources de données
et méthodologies page 15

Comment les hommes
au Canada accèdent-ils aux
services de santé mentale
et de consommation de
substances? page 19

Où le système perd
les hommes page 23

Domaines prioritaires page 28

Étude de cas de l'Ontario :
principales constatations page 35

Recommandations page 45

Conclusion page 53





SECTION 01

Résumé

La santé mentale des hommes au Canada est moins l'histoire d'une crise soudaine que celle de besoins auxquels le système ne répond pas depuis longtemps. Les hommes connaissent des taux disproportionnellement élevés de problèmes de consommation de substances et représentent près de 75 % des décès par suicide au Canada. Pourtant, ils sollicitent un soutien professionnel plus tard et moins souvent que les femmes, généralement lorsque leurs difficultés sont devenues graves ou complexes. On interprète habituellement cette tendance comme de la réticence. Il serait plus juste d'y voir une réaction rationnelle à un système que trop peu d'hommes croient accessible, pertinent ou efficace pour eux.

Il reste important d'encourager les hommes à demander de l'aide plus tôt. Mais, seule, cette mesure n'est pas suffisante. L'enjeu consiste à mettre en place un système conçu pour rejoindre les hommes, répondre à leurs besoins et les retenir.

Il ne s'agit pas d'un groupe marginal. L'ampleur des besoins non satisfaits est considérable et mesurable. Recherche en santé mentale Canada estime que 1,3 million d'hommes de plus de 16 ans au Canada, soit environ 1 sur 11, ont des besoins non satisfaits en matière de soutien en santé mentale.⁵ Au cours de la dernière année, 12 % des hommes ont eu recours à des services liés à la santé mentale ou à la consommation de substances et 5 % de plus avaient besoin de soutien sans y avoir accès. Cet écart s'élargit chez les jeunes hommes : 44 % n'ont pas reçu le soutien dont ils avaient besoin et 49 % ont interrompu leur prise en charge avant que leurs besoins soient comblés¹

Les jeunes hommes sont de trois à quatre fois plus susceptibles que les personnes plus âgées au Canada d'avoir recours à une consommation problématique de substances pour composer avec des difficultés de santé mentale¹. En 2024, 2 900 hommes sont décédés par suicide². Le suicide demeure la quatrième cause de décès prématuré chez les hommes².

Les obstacles ne disparaissent pas une fois la porte franchie. Plus de la moitié des hommes, soit 54 %, déclarent avoir rencontré des obstacles à l'obtention de soins efficaces, notamment des rendez-vous expéditifs, de la difficulté à communiquer leurs symptômes, l'impression de ne pas être pris au sérieux et un manque d'empathie pendant la rencontre.³ La qualité du premier contact influence la suite : 67 % des hommes satisfaits de leur première expérience de soins consulteraient de nouveau, comparativement à seulement 26 % de ceux qui n'en étaient pas satisfaits. **Les hommes se présentent. S'ils reviennent ou non dépend de leur expérience.**

Les données administratives couplées de l'Ontario montrent comment cette réalité se manifeste à l'intérieur du système. L'analyse emploie les termes « personnes de sexe masculin » et « personnes de sexe féminin », conformément à la façon dont le sexe est consigné dans les données administratives de santé. Même lorsqu'un problème de santé mentale figure déjà à leur dossier, les personnes de sexe masculin sont moins susceptibles que celles de sexe féminin d'accéder à des soins, tant après un an (14,3 % comparativement à 19,0 %) qu'après cinq ans (31,6 % comparativement à 41,1 %). **Plus de 85 % des personnes de sexe masculin ayant un problème de santé mentale n'ont reçu aucun service financé par les fonds publics dans l'année suivante.** La majorité des besoins non satisfaits demeure donc entièrement invisible pour le système. Lorsque les hommes accèdent aux soins, ils sont plus susceptibles de le faire par l'urgence que par des soins ambulatoires planifiés. Les écarts sont les plus marqués chez les jeunes hommes, les hommes des quartiers les plus défavorisés et ceux des communautés rurales et nordiques.

Il reste important d'encourager les hommes à demander de l'aide plus tôt. Mais, seule, cette mesure n'est pas suffisante. L'enjeu consiste à mettre en place un système conçu pour rejoindre les hommes, répondre à leurs besoins et les retenir.



54 %

des hommes ayant cherché à se faire soigner signalent des obstacles à l'accès à des soins efficaces

85 %

des hommes souffrant d'un problème de santé mentale en Ontario n'ont pas eu accès à un service financé par les fonds publics dans l'année

Les besoins non satisfaits ont également un coût. Selon le Boston Consulting Group, la mauvaise santé mentale coûte au Canada plus de 200 milliards de dollars par année en coûts directs et indirects, principalement en perte de productivité plutôt qu'en dépenses directes de santé.⁴ Rien de tout cela n'est inévitable. Ces tendances découlent de modèles de services, de cultures cliniques et de structures systémiques qui peuvent être transformés. Il ne suffit plus de reconnaître le problème : il faut agir. Ce rapport décrit ce que pourrait être un système de santé capable de répondre aux besoins des hommes et de les maintenir engagés dans leurs soins. Il relève aussi des occasions pour les provinces et les territoires de renforcer la conception et la prestation des soins destinés aux hommes. Alors que le Canada élabore sa première Stratégie canadienne sur la santé des hommes et des garçons, il est possible d'arrimer le leadership fédéral à l'action provinciale et territoriale afin que, lorsque les hommes demandent des soins, le système puisse répondre à leurs besoins et maintenir leur engagement.



RECOMMANDATIONS DE MOVEMBER AUX GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Appel central : La première Stratégie canadienne sur la santé des hommes et des garçons, en cours d'élaboration, constitue une occasion importante de prendre un engagement pancanadien en faveur de l'amélioration de la santé des hommes. En parallèle, les provinces et les territoires ont la possibilité de renforcer la réponse de leurs systèmes de santé aux besoins des hommes en matière de santé mentale et de consommation de substances. Ainsi, lorsque les hommes demandent des soins, les services seront en mesure de répondre efficacement et de maintenir leur engagement.

Recommandation	Mesures clés
1. Recherche : rendre les hommes visibles dans les données	Publier des données désagrégées selon le sexe sur les visites à l'urgence, les suivis, l'engagement dans le traitement et les résultats, ventilées selon l'âge, le revenu et la région. Mesurer si les soins produisent des résultats, et non seulement si les hommes y accèdent. Étendre l'analyse de données couplées au-delà de l'Ontario pour brosser un portrait pancanadien plus clair du parcours des hommes dans le système de soins.
2. Rejoindre : renforcer les voies non traditionnelles vers les soins	Financer des activités de proximité dans les milieux de travail, les clubs sportifs, les organismes communautaires et les milieux de soins primaires. Mener des campagnes qui normalisent la recherche d'aide. Cibler les jeunes hommes de 16 à 24 ans, les communautés rurales et nordiques, les quartiers à faible revenu et les hommes autochtones.
3. Répondre : adapter les soins à la façon dont les hommes se présentent	Former les professionnels de la santé à reconnaître la façon dont les hommes se présentent lorsqu'ils demandent des soins et l'influence des normes masculines sur la recherche d'aide et l'engagement. Étendre cette formation au-delà des services spécialisés, notamment aux soins primaires, aux pharmacies et au personnel des urgences. Profiter des points de contact à risque élevé pour effectuer un dépistage et aborder conjointement la santé mentale et la consommation de substances.
4. Retenir : concevoir des soins qui maintiennent l'engagement des hommes	Offrir des modalités souples : soins virtuels, en soirée et sans rendez-vous. Garantir une voie de suivi après tout contact pour des soins aigus. Intégrer le soutien par les pairs, l'accompagnement et des démarches proactives lorsque des hommes manquent un rendez-vous.
5. Relationnel : concevoir des politiques axées sur l'équité qui tiennent compte de la vie des hommes	Agir sur les facteurs sociaux et structurels qui déterminent si les hommes peuvent accéder aux soins et y demeurer engagés. Accroître les services appropriés dans les communautés rurales, nordiques et à faible revenu, financer des soins dirigés par les Autochtones qui reposent sur la sécurisation culturelle et renforcer la coordination entre les services de santé et les systèmes liés notamment au logement, à l'emploi, à la justice et à l'éducation.



COUP D'ŒIL SUR LA SANTÉ MENTALE DES HOMMES AU CANADA

Constatation	Valeur
Part des hommes dans les décès par suicide au Canada	environ 75 % , près de 2 900 décès en 2024
Hommes canadiens de plus de 16 ans ayant des besoins non satisfaits en matière de soutien en santé mentale	1,3 million , environ 1 sur 11
Jeunes hommes n'ayant pas reçu le soutien nécessaire et ayant quitté le système de soins avant que leurs besoins ne soient satisfaits	44 % et 49 %
Mortalité par suicide chez les Autochtones par rapport à la population non autochtone	deux à trois fois plus élevé (Premières Nations, Métis); neuf fois plus élevé (Inuits)
Hommes signalant des obstacles à l'accès à des soins efficaces	54 %
Hommes prêts à solliciter de nouveau de l'aide après une première expérience satisfaisante, par rapport à ceux qui n'étaient pas satisfaits	67 % contre 26 %
Hommes de l'Ontario ayant un problème de santé mentale identifié et n'ayant eu recours à aucun service financé par les fonds publics dans l'année	plus de 85 %
Hommes et femmes de l'Ontario ayant eu recours à un service, à un an et à cinq ans	14,3 % contre 19,0 % ; 31,6 % contre 41,1 %
Hommes de l'Ontario ayant un problème de santé mentale et consultant un psychiatre dans l'année : Nord-Ouest contre Toronto	0,8 % contre 5,8 %
Coût annuel pour le Canada des problèmes de santé mentale, tous genres confondus	plus de 200 milliards de dollars



SECTION 02

Introduction

La santé mentale des hommes au Canada n'est pas une crise émergente. Les données sont constantes depuis des années, tout comme le constat : les hommes sollicitent un soutien professionnel plus tard et moins souvent que les femmes, généralement lorsque leurs difficultés sont devenues graves ou complexes. On interprète cette tendance comme de la réticence plutôt que comme la conséquence d'un système qui n'a pas été conçu pour eux. Ce qui a changé, c'est la possibilité d'agir.

L'élaboration de la première Stratégie canadienne sur la santé des hommes et des garçons offre une occasion importante de faire avancer ces travaux à l'échelle du pays. Parallèlement, bon nombre des changements nécessaires relèvent des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Ce rapport s'appuie sur le cas de l'Ontario pour examiner ce qui se produit lorsque les hommes ont besoin de services liés à la santé mentale et à la consommation de substances et lorsqu'ils y accèdent, ainsi que les leçons que les systèmes de santé ailleurs au Canada peuvent tirer de ces tendances.

« Je suis sur une liste d'attente pour une thérapie. Malheureusement, je n'ai toujours pas eu de nouvelles. Je ne sais pas combien de temps je vais devoir attendre. C'est un gros problème pour beaucoup d'entre nous, je trouve. On nous met sur une liste sans nous dire quand nous pourrions recevoir des soins. Pour ma part, je vais encore relativement bien, mais tout le monde n'est pas en état d'attendre aussi longtemps. »

MIGUEL, 25 À 34 ANS, ONTARIO

La nécessité d'agir est bien établie. Recherche en santé mentale Canada (RSMC) estime que 1,3 million d'hommes de plus de 16 ans au Canada, soit 1 sur 11, ont déclaré des besoins non satisfaits en matière de soutien en santé mentale.⁵ Ce nombre comprend les hommes qui ont cherché du soutien sans que leurs besoins soient comblés et ceux qui ont déclaré avoir besoin d'aide sans accéder aux soins. Les jeunes hommes sont de trois à quatre fois plus susceptibles que les générations plus âgées d'avoir recours à une consommation problématique de substances pour composer avec des difficultés de santé mentale. Cette tendance montre directement la nécessité d'intervenir plus tôt et d'offrir des voies d'accès aux soins mieux adaptées¹. Le principal défi n'est pas de convaincre les hommes de se manifester, mais de concevoir le système canadien de santé mentale et de consommation de substances de manière à répondre à leurs besoins lorsqu'ils le font. Il faut pour cela un système fondé sur des données probantes et axé sur l'équité, qui offre des soins rapides, accessibles et intégrés et qui outille mieux les professionnels afin qu'ils proposent des services tenant compte du genre et des façons particulières dont les hommes vivent, expriment et cherchent à obtenir du soutien pour leurs difficultés de santé mentale et de consommation de substances¹.

Les conséquences de cette défaillance de conception sont mesurables. En 2024, 73 084 hommes sont décédés avant l'âge de 75 ans au Canada, ce qui représentait 43 % de tous les décès masculins². Le suicide demeurerait la quatrième cause de décès prématuré chez les hommes. Au cours de la dernière année, 30 % des jeunes hommes de 16 à 24 ans ont déclaré avoir songé au suicide ou envisagé une tentative de suicide⁵. Le fardeau est encore plus lourd chez les hommes autochtones : les taux de suicide sont en effet deux à trois fois plus élevés chez les Premières Nations et les Métis, et neuf fois plus élevés chez les Inuits, que dans la population non autochtone.⁶

Au-delà de leurs conséquences sociales, les besoins non satisfaits en matière de soins de santé mentale imposent aussi un lourd fardeau économique. Selon le Boston Consulting Group, les coûts directs et indirects de la mauvaise santé mentale au Canada dépassent 200 milliards de dollars par année. Environ 32 milliards de dollars sont des coûts directs, soit près de 10 % des dépenses publiques en santé, et quelque 190 milliards de dollars sont des coûts indirects, notamment les périodes d'inactivité et le présentéisme au travail⁴. Lorsque les systèmes de santé ne répondent pas aux besoins en santé mentale, les conséquences ne disparaissent pas; elles se manifestent plutôt, tel que présenté dans le rapport *Le vrai visage de la santé masculine* 2025 Canada,³ par une participation réduite au marché du travail, une pression accrue sur les familles et les personnes proches aidantes, une sollicitation plus forte du système de santé et des vies écourtées. Améliorer l'infrastructure des systèmes de santé pour les hommes est à la fois un impératif moral et économique. Soutenir les hommes avant que leurs difficultés ne s'aggravent peut améliorer leur santé, renforcer les familles et les communautés, réduire les coûts à long terme pour le système et contribuer à un Canada plus sain et plus productif.





SECTION 03

Sources de données et méthodologies

Ce rapport présente deux types de données : des données nationales autodéclarées sur les besoins et le vécu des hommes, et des données administratives couplées à l'échelle de la population en Ontario concernant les services qu'ils reçoivent réellement. L'Ontario sert d'étude de cas pour orienter une planification

axée sur l'équité à l'intention des hommes et des garçons dans l'ensemble du Canada. Les données autodéclarées proviennent de deux enquêtes nationales : l'une menée par l'Institut Movember pour la santé masculine et l'autre par Recherche en santé mentale Canada.

SECTION 03 – 1

Sondage canadien Le vrai visage de la santé masculine

En janvier et février 2025, l'Institut Movember pour la santé masculine a sondé 1 502 hommes au Canada sur leur expérience des soins primaires. L'échantillon était représentatif à l'échelle du pays. Le sondage portait sur la confiance des hommes dans leur compréhension de leur propre santé, le temps écoulé avant qu'ils demandent de l'aide, leurs attitudes à l'égard des normes masculines et des comportements liés à la santé, ainsi que la qualité de leurs interactions avec les professionnels de la santé. On leur demandait notamment s'ils s'étaient sentis écoutés, si les professionnels avaient abordé des questions allant au-delà du motif de consultation et s'ils avaient fait l'objet de préjugés parce qu'ils étaient des hommes.

Les principales constatations ont été publiées dans *Le vrai visage de la santé masculine : Rapport canadien 2025*. Pour le présent rapport, des analyses supplémentaires ont porté sur les questions liées à la recherche d'aide, aux obstacles à un engagement efficace et à l'influence de la première expérience de soins sur la volonté des hommes de consulter de nouveau. Les résultats ont notamment été désagregés selon l'âge, le contexte culturel, l'orientation sexuelle et l'état de santé autodéclaré.

Les citations issues de cette enquête sont reproduites telles qu'elles figurent dans le rapport *Le vrai visage de la santé masculine : Rapport canadien 2025*. Afin de préserver la vie privée et la confidentialité des participants, les noms utilisés sont des pseudonymes et aucune information permettant de les identifier n'a été divulguée.³

1 502

hommes interrogés par l'Institut
Movember pour la santé masculine sur
leurs expériences en matière de soins
primaires



Jeux de données de Recherche en santé mentale Canada

Les constatations présentées dans ce rapport reposent sur les données de l'initiative nationale de sondage de RSMC, une enquête transversale répétée et continue qui suit la santé mentale et le bien-être des personnes au Canada depuis 2020. Le sondage est mené en ligne par Pollara Strategic Insights, le partenaire d'analyse des données de RSMC, auprès d'un échantillon représentatif d'adultes de 16 ans et plus au Canada. Les personnes répondantes sont recrutées à partir d'un panel de recherche en ligne établi, puis les données finales sont pondérées selon l'âge, le genre et la région à partir des plus récentes données du Recensement du Canada afin de représenter la population adulte canadienne.

L'initiative combine un ensemble stable de questions de base, qui permet d'analyser les tendances d'une vague à l'autre, avec des modules variables sur de nouveaux enjeux de santé mentale, l'accès aux services et d'autres sujets d'actualité. Cette méthode produit des données robustes à l'échelle de la population qui éclairent la recherche, les politiques et la pratique, tout en permettant à RSMC de suivre l'évolution des expériences de santé mentale des personnes au Canada.

Les citations incluses dans ce rapport sont tirées d'une étude qualitative indépendante menée par Recherche en santé mentale Canada. Afin de protéger la vie privée et la confidentialité des participants, les noms et les informations d'identification des répondants n'ont pas été partagés.²⁵

Données administratives de santé de l'Ontario

La plupart des consultations médicales en Ontario sont prises en charge par un régime d'assurance publique à payeur unique, le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP), qui offre une couverture santé quasi universelle aux résidents de la province. Les données relatives à ces consultations sont conservées dans une base de données gérée par l'ICES, un institut de recherche indépendant à but non lucratif; cet organisme détient, à titre de dépositaire, des données sur les services de santé publics de l'Ontario et jouit d'un statut juridique, en vertu de la loi ontarienne sur la protection des renseignements personnels sur la santé, lui permettant de recueillir et d'analyser des données démographiques et relatives aux soins de santé sans obtenir de consentement, aux fins de l'évaluation et de l'amélioration du système de santé. L'utilisation de ces données dans le cadre du

présent projet est autorisée en vertu de l'article 45 de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) de l'Ontario et ne nécessite pas d'examen par un comité d'éthique de la recherche.

L'analyse ontarienne repose sur deux sources de données complémentaires, toutes deux fondées sur des données administratives de santé couplées de l'Ontario. Le premier volet a suivi neuf indicateurs trimestriels de l'utilisation des services de santé mentale et de dépendances (SMD) dans la population ontarienne de 12 ans et plus entre 2014 et 2023, à partir de données administratives provinciales recueillies de façon systématique. Les indicateurs comprenaient les hospitalisations liées à la SMD, les réhospitalisations dans les 30 jours, la durée du séjour à l'hôpital, le suivi ambulatoire

dans les 7 jours suivant le congé, les visites à l'urgence pour des motifs liés à la SMD, les visites à l'urgence pour automutilation, les nouvelles visites à l'urgence dans les 30 jours, l'urgence comme premier point de contact et les consultations médicales en soins ambulatoires. Ce volet décrit ce qui se passe dans le système et dégage les tendances de soins parmi les personnes qui utilisent les services.

La deuxième approche a combiné les réponses issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et les dossiers administratifs provinciaux sur la santé pour répondre à la question de recherche suivante : parmi les personnes de sexe masculin ayant un problème de santé mentale, combien demandent des soins? Plus précisément, les participants masculins ontariens âgés de 12 ans et plus de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) qui ont déclaré ou reçu un diagnostic de problème de santé mentale prévalent ont été suivis pendant une période pouvant aller jusqu'à cinq ans grâce à des dossiers administratifs de santé liés, afin de déterminer s'ils avaient eu recours à des services de santé mentale financés par l'État. Ces données révèlent des besoins non satisfaits que les seules données sur les services ne permettent pas de déceler.

Dans les deux approches, les résultats ont été comparés entre les personnes de sexe masculin et celles de sexe féminin. Chez les personnes de sexe masculin, ils ont aussi été stratifiés selon l'âge, le revenu du quartier, le caractère rural ou urbain du milieu et la région sanitaire de l'Ontario. Les jeux de données de l'Ontario utilisés dans ce rapport ont été appariés au moyen d'identifiants codés uniques et analysés à l'ICES.²⁹

Remarque. Les deux volets portaient uniquement sur les services couverts par le régime public. Les thérapies payées par les patients et la plupart des médicaments sur ordonnance destinés aux personnes de moins de 65 ans n'étaient pris en compte dans aucune des analyses. L'ESCC n'inclut pas non plus les membres des Premières Nations vivant dans une réserve, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, ni les personnes vivant en établissement. Ensemble, ces groupes représentent environ 2 % à 4 % de la population cible. Les personnes en situation d'itinérance sont aussi exclues en raison du cadre d'échantillonnage fondé sur les ménages. Par conséquent, certaines des populations masculines les plus marginalisées sont probablement sous-représentées dans les constatations.

Cette étude menée en Ontario a bénéficié du soutien de l'ICES, organisme financé par une subvention annuelle du ministère de la Santé de l'Ontario (MS) et du ministère des Soins de longue durée (MSLD). Le présent rapport utilise des données adaptées du Fichier de conversion des codes postaux de Statistique Canada, lequel repose sur des données sous licence de la Société canadienne des postes, et/ou des données adaptées du Fichier de conversion des codes postaux du ministère de la Santé de l'Ontario, qui contient des données reproduites sous licence de ©la Société canadienne des postes et de Statistique Canada. Ce rapport s'appuie également sur des données adaptées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composantes annuelles (2007-2016) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012) de Statistique Canada.

Cela ne constitue pas une approbation de ce produit par Statistique Canada. Certaines parties de ce document reposent sur des données ou des renseignements compilés et fournis par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC), à jour au 1^{er} novembre 2025. Toutefois, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles d'IRCC. Certaines parties de ce document reposent sur des données ou des renseignements compilés et fournis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le ministère de la Santé de l'Ontario. Les analyses, conclusions, opinions et déclarations qui y sont exprimées sont celles des auteurs uniquement et ne reflètent pas celles des organismes de financement ou des sources de données; aucune approbation n'est sous-entendue ni ne doit être déduite.

Cette recherche menée par le CAMH et l'ICES a été rendue possible grâce au financement de Movember. La conception de la recherche, la collecte des données et les analyses présentées dans ce rapport ont été réalisées par des chercheurs indépendants affiliés au CAMH et accrédités par l'ICES. Outre l'organisme de financement susmentionné, cette recherche n'a reçu aucune autre subvention ou aucun autre financement de la part d'organismes des secteurs public, commercial ou à but non lucratif, et les auteurs du CAMH déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts réel ou potentiel concernant la recherche, la rédaction ou la publication de ce rapport.





SECTION 04

Comment les
hommes au Canada
accèdent-ils aux
services de santé
mentale et de
consommation de
substances?

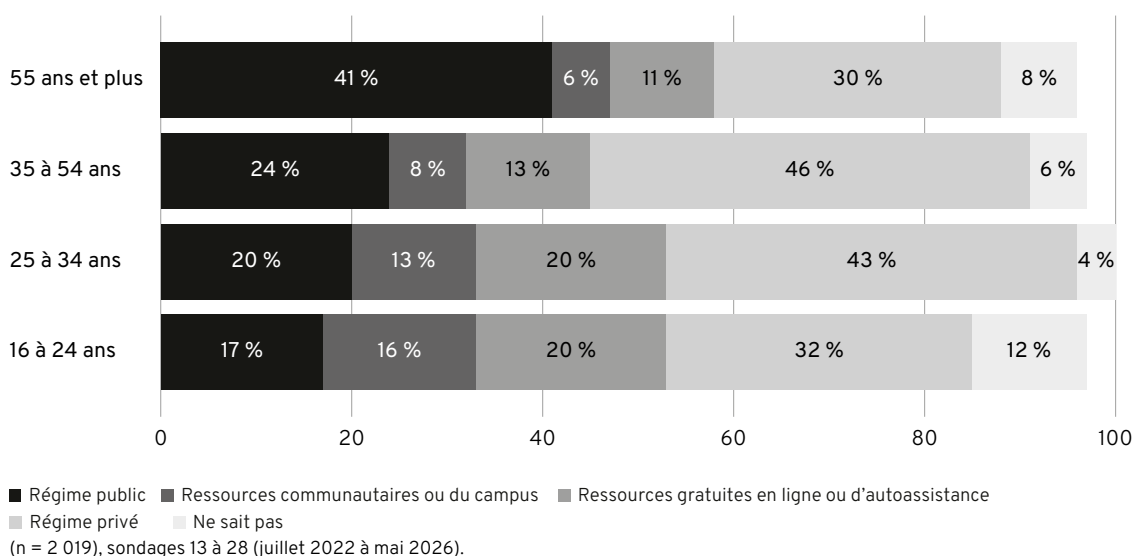
Deux questions traversent les données probantes qui suivent : combien d'hommes ayant besoin de soins y accèdent réellement, et dans quelle mesure le système répond-il à leurs besoins une fois qu'ils sont arrivés.

Selon le sondage national de RSMC, environ 1 homme sur 6 au Canada, soit 17 %, a eu besoin de soutien en santé mentale ou en consommation de substances au cours de la dernière année. Douze pour cent ont reçu des services et 5 % de plus n'y ont pas eu accès. Chez les jeunes hommes, 44 % n'ont pas reçu le soutien dont ils avaient besoin et 49 % ont interrompu leur prise en charge avant que leurs besoins soient comblés.¹ Les hommes demandent de l'aide. Le système éprouve de la difficulté à rejoindre ceux qui en ont besoin et à les garder engagés assez longtemps pour produire des résultats significatifs.

Comprendre où les hommes accèdent aux services de santé mentale permet de cibler les efforts du système. Parmi ceux qui ont demandé du soutien, les ressources utilisées variaient : professionnels privés en santé mentale (38 %), hôpitaux (26 %), ressources gratuites ou auto-guidées (16 %) et organismes communautaires (11 %).⁵ Ces constatations remettent en question l'idée répandue selon laquelle les hommes hésitent à demander de l'aide. Elles montrent plutôt qu'ils utilisent les services existants, ce qui offre l'occasion de mieux adapter la réponse de ces services à leurs besoins particuliers. Du point de vue du système, cela signifie que des soins de santé mentale tenant compte du genre peuvent être intégrés au cadre actuel plutôt que d'exiger un système de soins entièrement distinct.

FIGURE 1. SONDAGE NATIONAL DE RSMC, SONDAGES 13 À 28 (JUILLET 2022 À MAI 2026)⁵

Voies de financement des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie au Canada (Hommes)



Recours des hommes à des formes de soutien en santé mentale en personne, virtuelles ou fondées sur l’IA

« Je vivais dans une petite collectivité côtière isolée. Il n’y avait ni travailleurs sociaux ni médecins en santé mentale. Ça ne se faisait tout simplement pas. Comment cela aurait-il été possible? Maintenant, il existe d’autres possibilités... en ligne. On n’a même plus besoin d’aller chez le médecin. Mais on ne le fait pas toujours. »

DANIEL, 45-54 ANS, TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Les services virtuels de santé mentale constituent un point d’accès important pour les personnes plus jeunes et mal desservies au Canada. Leur utilisation est plus élevée chez les personnes de moins de 55 ans (de 46 % à 57 %) que chez celles de 55 ans et plus (de 30 % à 34 %). Elle est particulièrement élevée chez les personnes racisées (66 %), les communautés 2ELGBTQI+ (55 %) et les personnes nouvellement arrivées au Canada (52 %).⁸

L’utilisation de l’intelligence artificielle (IA) pour obtenir du soutien en santé mentale émerge également chez les jeunes adultes, atteignant 29 % chez les hommes de 25 à 34 ans.⁸ Ces tendances montrent que les services numériques peuvent élargir l’accès et mobiliser des hommes moins susceptibles d’utiliser les formes traditionnelles de soutien en personne. Ils viennent ainsi compléter les voies existantes plutôt que les remplacer.

Terme	Définition
Personne nouvellement arrivée	Personne arrivée récemment au pays. Cette définition comprend les résidents permanents, les personnes protégées et réfugiées, les travailleurs étrangers temporaires, les étudiants internationaux et les personnes ayant récemment obtenu la citoyenneté.
Personne racisée	Personne non autochtone racisée en raison de sa couleur de peau ou de caractéristiques ethnoculturelles perçues.
2ELGBTQI+	Cet acronyme désigne les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, intersexes et les autres personnes qui s’identifient à une communauté de la diversité sexuelle et de genre.

FIGURE 2. FORMAT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE UTILISÉS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EN PERSONNE OU EN MODE VIRTUEL, SELON LE GROUPE DÉMOGRAPHIQUE. SOURCE : SONDAGE NATIONAL DE RSMC, SONDAGE 27 (FÉVRIER 2026)⁸

	Sondage 27	16 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 54 ans		plus de 55 ans	
	TOTAL	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
SERVICES EN PERSONNE UNIQUEMENT	54 %	51 %	53 %	48 %	46 %	55 %	42 %	70 %	66 %
SERVICES VIRTUEL (seul ou combiné à des services en personne)	45 %	48 %	47 %	52 %	54 %	46 %	57 %	30 %	34 %

	Sondage 27	2ELGBTQI+		AU Canada depuis combien de temps			Canadiens racisés	
	TOTAL	Oui	Non	Né au Canada	5 ans ou moins	plus de 6 ans	Oui	Non
SERVICES EN PERSONNE UNIQUEMENT	54 %	45 %	56 %	57 %	48 %*	56 %	34 %	58 %
SERVICES VIRTUEL (seul ou combiné à des services en personne)	45 %	55 %	44 %	43 %	52 %*	44 %	66 %	42 %

B23Ap27. Les services de santé mentale que vous avez utilisés ont-ils été fournis en personne ou virtuellement? Par « services virtuels », on entend des services où un professionnel de la santé mentale agréé a dispensé des soins à l'aide de la technologie (par exemple, par vidéo, téléphone, messagerie sécurisée, application, etc.) plutôt que lors d'une rencontre en personne.

Base : Personnes ayant utilisé des services de santé mentale (B15 = code 1, 3-5) (n = 1 103).

☐ Significativement plus élevé que pour les autres sous-groupes

* ATTENTION PETITE BASE

FIGURE 3. UTILISATION D'OUTILS D'IA POUR OBTENIR DU SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE GROUPE DÉMOGRAPHIQUE. SOURCE : SONDAGE NATIONAL DE RSMC, SONDAGE 27 (FÉVRIER 2026)⁸

	Sondage 27	16 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 54 ans		plus de 55 ans	
	TOTAL	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
OUTILS D'IA	14 %	25 %	26 %	29 %	21 %	14 %	19 %	3 %	4 %

	Sondage 27	2ELGBTQI+		Au Canada depuis combien de temps			Canadiens racisés	
	TOTAL	Oui	Non	Né au Canada	5 ans ou moins	plus de 6 ans	Oui	Non
OUTILS D'IA	14 %	20 %	13 %	12 %	28 %	20 %	23 %	12 %

G17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé des outils d'IA (intelligence artificielle) pour obtenir des conseils ou du soutien concernant votre santé mentale? Par exemple : un agent conversationnel (chatbot) qui échange avec vous sur votre humeur, un outil de suivi de l'humeur fournissant des retours automatisés, un assistant virtuel proposant des conseils ou des exercices personnalisés.

Base : Total (n = 3 519); Sondage 25 (n = 4 666).

☐ Significativement plus élevé que pour les autres sous-groupes

* ATTENTION PETITE BASE



SECTION 05

Où le système perd les hommes

Les données nationales révèlent un système qui éprouve de la difficulté à maintenir les hommes engagés dans les soins, et pas seulement à les rejoindre. **Il ne suffit pas de les amener à franchir la porte. Les services doivent être suffisamment pertinents et adaptés à leurs besoins pour qu'ils restent.** Pour améliorer

véritablement la santé mentale et le bien-être des hommes, le système doit s'attaquer à ces obstacles et offrir des soins et du soutien qui correspondent mieux à la façon dont les hommes vivent les difficultés de santé mentale et de consommation de substances, accèdent aux services et y prennent part.¹

SECTION 05 – 1

Comment les hommes cherchent du soutien

La recherche montre que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de demander du soutien à des professionnels de la santé (21 % comparativement à 15 % chez les hommes)⁹. Les comportements de recherche d'aide varient aussi selon le groupe démographique. Par exemple, les jeunes hommes racisés sont moins susceptibles de se tourner vers leur famille ou leurs amis (54 % comparativement à 68 % chez les jeunes hommes non racisés) et près de deux fois plus susceptibles de ne parler à personne de leur santé mentale (29 % comparativement à 15 %). De plus, 27 % des jeunes hommes disent préférer des interventions comme l'accompagnement, le développement de compétences ou la résolution de problèmes à une thérapie individuelle⁹.

Ces constatations font ressortir deux défis importants pour le système. Premièrement, les services et les milieux où ils sont offerts remettent rarement en question la stigmatisation ou les conceptions étroites de la façon dont les hommes devraient composer avec leurs difficultés. La détresse demeure donc souvent sans réponse jusqu'à ce qu'elle s'aggrave. Deuxièmement, des facteurs démographiques comme la race et l'origine ethnique influencent la façon dont les hommes demandent du soutien, le moment où ils le font et même leur décision d'en demander ou non. Il faut donc des approches de soins qui tiennent compte des réalités culturelles et du genre. S'attaquer à ces obstacles est essentiel pour améliorer l'engagement, réduire l'interruption précoce des soins et faire en sorte que les hommes reçoivent le soutien dont ils ont besoin.



FIGURE 4. FACTEURS AYANT MENÉ À L'INTERRUPTION PRÉCOCE DE LA PRISE EN CHARGE OU DES SOINS⁹

	Sondage 27	16 à 29 ans		30 à 54 ans		plus de 55 ans	
	TOTAL	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Aucun progrès ni amélioration concret constaté	15 %	15 %	14 %	18 %	15 %	13 %	15 %
Objectifs flous ou incertitude quant à ce qu'impliquait la prise en charge	13 %	18 %	14 %	19 %	12 %	10 %	10 %
Sentiment de ne pas être compris ou respecté, ou impossibilité d'être honnête	11 %	10 %	15 %	12 %	15 %	6 %	12 %
Manque de confiance envers l'approche ou les conseils prodigués	10 %	11 %	14 %	8 %	9 %	2 %	11 %
Manque de flexibilité des séances ou difficultés d'organisation	9 %	13 %	13 %	13 %	9 %	2 %	5 %
Absence de suivi régulier ou incertitude quant à la personne à contacter	9 %	5 %	7 %	14 %	12 %	2 %	8 %
Manque d'outils pratiques, de stratégies ou de moyens de suivi	6 %	8 %	12 %	6 %	10 %	9 %	10 %
Peu de choix ou de contrôle sur les décisions concernant la prise en charge	6 %	20 %	6 %	9 %	7 %	6 %	4 %
Autre	6 %	6 %	6 %	8 %	11 %	7 %	7 %
Absence de plan pour gérer les revers ou les difficultés	6 %	5 %	7 %	8 %	6 %	7 %	4 %
Sans objet – La prise en charge a duré aussi longtemps que prévu ou que nécessaire	51 %	41 %	43 %	39 %	51 %	64 %	63 %

B4p27. Au cours de votre parcours de soins, avez-vous vécu l'un des événements suivants qui vous ont amené à mettre fin aux soins plus tôt que prévu ou nécessaire? Sélectionnez tout ce qui s'applique. Base : accès à des services de santé mentale à un moment donné.

☐ Significativement plus élevé que les autres sous-groupes

* ATTENTION PETITE BASE

Ce qui se passe pendant la rencontre de soins

Les données montrent aussi que de nombreux obstacles vont au-delà de la recherche d'aide et révèlent des lacunes au sein même du système de santé. Plus de la moitié des hommes, soit 54 %, ont déclaré avoir rencontré des obstacles à l'obtention de soins efficaces, notamment des rendez-vous expéditifs, de la difficulté à communiquer leurs symptômes, l'impression de ne pas être pris au sérieux et un manque d'empathie dans les interactions³. Ces expériences influencent l'engagement futur dans les soins : 67 % des hommes satisfaits de leur première expérience ont indiqué qu'ils demanderaient de nouveau de l'aide, comparativement à seulement 26 % de ceux qui n'en étaient pas satisfaits. Deux hommes sur cinq (42 %) disent avoir été confrontés à un professionnel manifestant des préjugés à leur égard en tant qu'hommes ; ce chiffre atteint 58 % chez les hommes des Premières Nations et 52 % chez les hommes âgés de 18 à 34 ans.³

La recherche internationale situe une grande partie du problème dans la rencontre elle-même, et non chez l'homme qui se présente. Des études sur les interactions entre médecins et patients montrent que les professionnels interprètent souvent la réserve des hommes comme de la résilience. De concert avec leurs patients, ils peuvent minimiser les symptômes parce que les deux parties s'attendent à ce que les hommes les surmontent seuls^{10,11}. Une analyse textuelle de 1,8 million de dossiers de soins intensifs a révélé que l'exploration des émotions était systématiquement moins approfondie chez les hommes que chez les femmes¹². L'effet est particulièrement important là où les conséquences peuvent être les plus graves : il a été démontré que les professionnels de la santé mentale sont moins disposés à traiter et à orienter les patients de sexe masculin qui présentent un risque suicidaire que les patientes, et que leur propre sentiment de compétence est le facteur qui prédit le mieux cette décision¹³.

« Au départ, quand j'étais en crise, ça a été étonnamment plus facile que je le pensais, mais ma situation était vraiment grave. J'ai réussi à trouver un médecin qui pouvait me prendre en charge à ce moment-là et obtenir du soutien de cette façon. Mais avant la crise, c'était difficile de voir quelqu'un ou de faire prendre la situation au sérieux. »

PETER, 35 À 44 ANS, MANITOBA

« La communication est importante, et j'estime que les questions portant sur l'ensemble de votre état de santé et votre mode de vie sont plus importantes que celles qui se limitent au problème ou à la préoccupation immédiate... Jamais un médecin ou un professionnel de la santé ne m'a interrogé sur ma santé mentale. »

OLIVER, 35 À 44 ANS, PREMIÈRE NATION, ONTARIO



Pourquoi les hommes interrompent leurs soins

Les hommes sont parfois moins susceptibles d'entretenir une relation suivie avec un médecin de famille¹⁴. Ils peuvent aussi se présenter avec des préoccupations physiques ou comportementales plutôt qu'avec des symptômes explicitement émotionnels^{15,16}, ce qui augmente le risque que leur détresse sous-jacente ne soit ni reconnue ni prise en charge. Des manifestations externalisées comme l'irritabilité, la prise de risques, la consommation de substances ou l'agressivité s'inscrivent parfois mal dans les cadres thérapeutiques dominants de la dépression et de l'anxiété. Les hommes peuvent alors juger les soins moins pertinents ou avoir plus de difficulté à établir une alliance thérapeutique.

Même lorsqu'ils sont orientés vers des thérapies psychologiques, les hommes peuvent les interrompre prématurément^{17,18} en raison d'un mauvais lien avec le thérapeute, de l'impression de ne pas progresser ou du sentiment que le processus thérapeutique remet leur masculinité en

cause. Ces tendances s'inscrivent dans un contexte plus large d'obstacles documentés à l'accès des hommes aux soins de santé : normes de stoïcisme et d'autonomie, stigmatisation, faible littératie en santé, longs délais d'attente, manque de souplesse des services, difficultés de communication avec les professionnels, coûts et soins qui ne tiennent pas compte des réalités culturelles¹⁹.

Lorsque leurs premières démarches sont perçues comme inefficaces, inaccessibles ou mal adaptées, les hommes peuvent se retirer complètement des services. Leur détresse risque alors de s'aggraver sans traitement jusqu'à ce qu'ils se présentent à l'urgence en situation de crise aiguë. Le recours aux soins par l'urgence ne traduit donc pas nécessairement une réticence. Il peut aussi révéler un décalage entre la conception des services et la façon dont les hommes expriment leur détresse et demandent de l'aide, une tendance que l'analyse ontarienne de la section 7 examine directement.



LA SOCIALIZATION MASCULINE ET LA DYNAMIQUE DE LA CONSULTATION

La socialisation masculine façonne les deux parties en présence lors de la consultation. Des normes telles que le stoïcisme, l'autonomie et la retenue émotionnelle, conjuguées aux transitions de vie, influencent le moment où les hommes ont recours aux soins ainsi que la manière dont leur détresse se manifeste lorsqu'ils le font : souvent par des symptômes somatiques ou par des signes comportementaux extériorisés qui ne correspondent pas aux prototypes diagnostiques que les praticiens ont appris à reconnaître. La propre socialisation de genre des praticiens joue également un rôle, façonnant l'échange tout autant que les éléments apportés par le patient. Lorsque la retenue d'un homme est interprétée comme une stratégie d'adaptation, la consultation peut confirmer, de manière tacite, son sentiment que cet espace n'est pas fait pour lui. La réponse ne consiste pas à vouloir corriger la masculinité, mais à composer avec elle en s'appuyant sur l'identité masculine plutôt qu'en s'y opposant; c'est l'approche qui sous-tend la formation des praticiens aux questions de genre, abordée dans la section 8.



SECTION 06

Domaines prioritaires

TOUTES LES LACUNES N'ONT PAS LA MÊME URGENCE. TROIS DOMAINES RESSORTENT DES DONNÉES NATIONALES, TANT PAR L'AMPLEUR DES BESOINS NON SATISFAITS QUE PAR LA CAPACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES D'AGIR DIRECTEMENT SUR EUX.

Jeunes hommes

Les jeunes hommes constituent la priorité la plus claire pour la refonte des services. Les hommes de 16 à 34 ans déclarent des taux élevés d'idées suicidaires, de dépendance aux substances et d'isolement social⁵. Pour améliorer leurs résultats, il ne suffit pas d'accroître l'accès. Les services doivent tenir compte du genre, reposer sur la sécurisation culturelle, reconnaître et respecter l'identité des personnes et être conçus en fonction des besoins et des expériences diversifiés des jeunes hommes. Compte tenu de l'efficacité de l'intervention précoce en santé mentale, ne pas y recourir représente une occasion cruciale manquée.

Les jeunes hommes se heurtent à des obstacles plus importants pour accéder aux soins de santé mentale et y demeurer engagés.

- Huit pour cent des personnes de 16 à 34 ans au Canada déclarent avoir eu besoin de soutien en santé mentale sans y accéder, comparativement à 5 % des personnes de 35 à 54 ans et à 2 % de celles de 55 ans et plus⁵.
- Un jeune homme sur trois, soit 33 %, estime que le soutien en santé mentale est encore présenté comme un signe de faiblesse plutôt que comme un service conçu en fonction de ses besoins¹.

Les obstacles sont plus importants pour certains groupes de jeunes hommes :

- Jeunes hommes autochtones : accès limité à des services qui reposent sur la sécurisation culturelle, méfiance à l'égard des systèmes conventionnels et consommation plus élevée de substances.

- Jeunes 2ELGBTQI+ : deux fois plus susceptibles de demander du soutien, mais aussi deux fois plus susceptibles de déclarer avoir besoin d'aide sans y accéder.
- Jeunes hommes racisés : moins susceptibles de demander du soutien à leur famille ou à leurs amis (54 % comparativement à 68 %) et près de deux fois plus susceptibles de ne parler à personne de leur santé mentale (29 % comparativement à 15 %)¹.

Ces obstacles ne sont pas abstraits. Ils se manifestent dans la façon dont les jeunes hommes parlent de santé, bien avant même de solliciter des services.

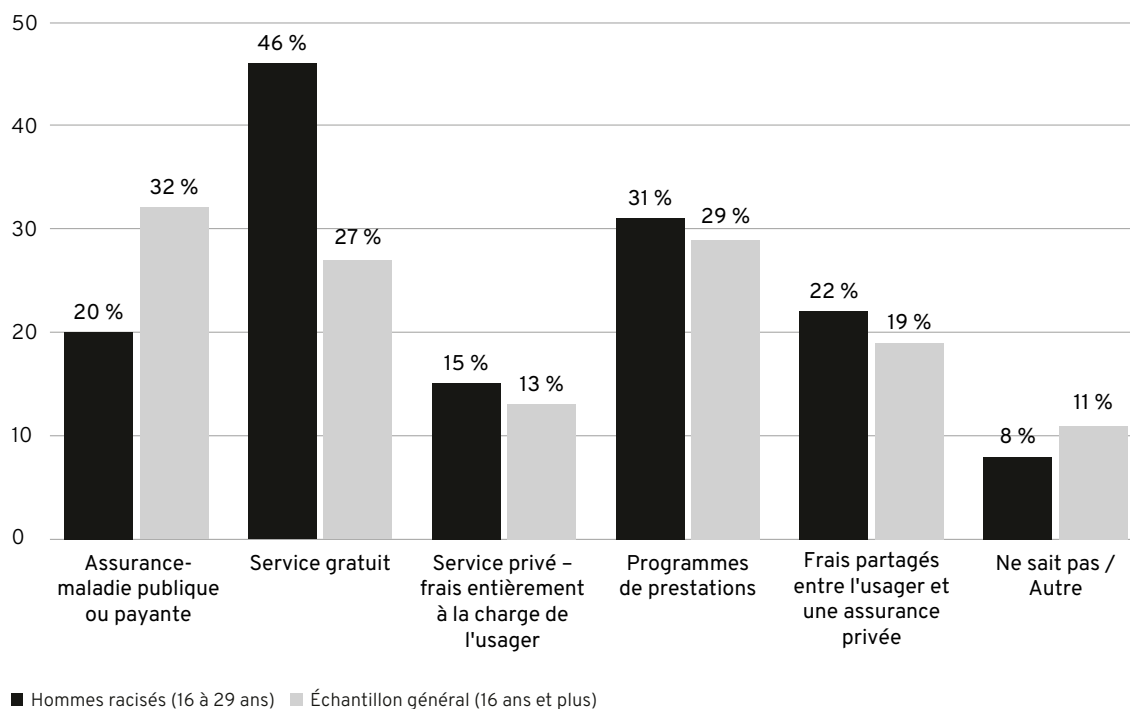
« Mes amis ont généralement moins tendance à consulter un médecin si leur vie n'est pas en danger. La mentalité qui consiste à "serrer les dents" et à endurer la douleur est bien réelle, même chez ceux qui ne cherchent pas à afficher une hyper-masculinité. »
Owen, 18 à 24 ans, Colombie-Britannique³

Ce qui se passe après une première tentative de consultation compte tout autant.

« Le professionnel de santé semblait préoccupé et soutenait à peine le regard. Mes préoccupations ont été rapidement balayées; je suis ressorti de la consultation avec le sentiment de ne pas avoir été écouté et avec un sentiment de frustration. Cette expérience décourageante m'a rendu méfiant à l'idée de futures consultations médicales. » Benjamin, 18 à 24 ans, Québec³

Près de la moitié des jeunes hommes qui accèdent aux soins repartent avant que leurs besoins ne soient satisfaits. La situation décrite ci-dessus en est l'une des raisons.³

FIGURE 5. RESSOURCES DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE POUR LES HOMMES RACISÉS²⁰



Hommes racisés (16 à 29 ans) : n = 153. Échantillon global (16 ans et plus) : n = 7 479.

SECTION 06 – 2

Consommation de substances et dépendances comportementales

Il est essentiel de reconnaître les liens entre la consommation de substances et les dépendances comportementales, comme le jeu, pour concevoir des services de santé masculine adaptés. La figure 6 montre que les hommes consomment davantage d'alcool et de cannabis que les personnes d'autres genres, tandis que les jeunes hommes affichent des taux plus élevés de comportements problématiques liés aux jeux de hasard et d'argent. La conclusion est claire : les modèles de soins destinés aux groupes à risque élevé, comme les

jeunes hommes, doivent aborder ensemble la santé mentale, la santé liée à la consommation de substances et le jeu, plutôt que les traiter comme des problèmes distincts.

Le coût détermine les traitements accessibles une fois le problème identifié. Ce sont les familles qui en assument directement la charge. L'enquête de Movember auprès des aidants canadiens – dont la majorité sont des femmes soutenant un homme de leur entourage – illustre concrètement cette réalité.



FIGURE 6. GROUPES DÉMOGRAPHIQUES LES PLUS SUSCEPTIBLES DE DÉCLARER DES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES LIÉS AUX JEUX DE HASARD ET D'ARGENT ET RÉSULTATS CONNEXES EN SANTÉ MENTALE (N = 8 803). RSMC, LES ENJEUX ÉLEVÉS : UNE PERSPECTIVE EN SANTÉ MENTALE SUR LE JEU AU CANADA (2025)²¹

QUI EST LE PLUS À RISQUE?

12x

JEUNES ADULTES
(16 À 34 ANS)

3x

HOMMES

2x

REVENU INFÉRIEUR
À 30 000 \$

1,5x

GROUPES EN
QUÊTE D'ÉQUITÉ

Données démographiques et rapports de cotes concernant les personnes plus susceptibles de signaler des comportements problématiques liés aux jeux de hasard et d'argent par rapport à l'échantillon national.

LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE JEU SONT...

4x

plus susceptibles
de signaler des
symptômes
d'**anxiété** modérés
à graves

3x

plus susceptibles
de présenter
des symptômes
de **dépression**
modérés à graves

4x

plus susceptible
de déclarer des
idées suicidaire

8x

plus susceptibles
de déclarer avoir
**planifié un
suicide***

Par rapport aux joueurs ne présentant pas de problème de jeu

*Au cours de l'année écoulée

n = 8 890

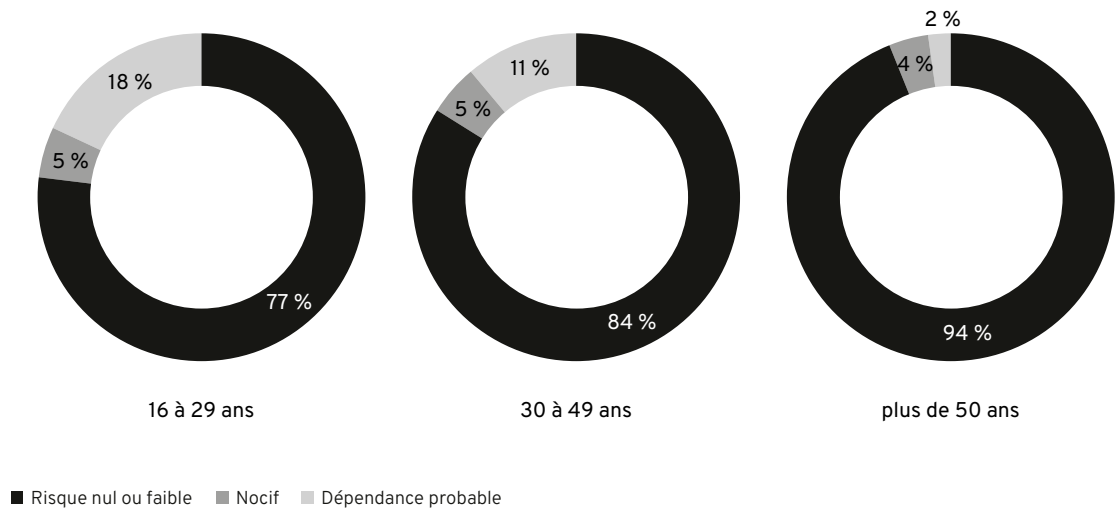
« Cela me met en colère, car l'aide dont il a besoin est trop difficile à obtenir pour le commun des mortels. Nous traversons une crise des opioïdes dans ce pays, et pourtant, les médicaments nécessaires au rétablissement sont hors de nos moyens financiers. Nous avons accumulé une dette importante pour tenter de payer ces médicaments, car ils ne sont couverts par aucun régime d'assurance-maladie, qu'il soit privé, provincial ou fédéral. »

SOPHIE, 35-44 ANS, TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR³

CITATION TIRÉE D'UNE ENQUÊTE DE L'INSTITUT MOVEMBER MENÉE EN JANVIER ET FÉVRIER 2025 AUPRÈS DE 1 366 AIDANTS CANADIENS, DONT LES RÉSULTATS FIGURENT DANS LE RAPPORT LE VRAI VISAGE DE LA SANTÉ MASCULINE.³

FIGURE 7. CONSOMMATION DE CANNABIS (HOMMES)²⁰

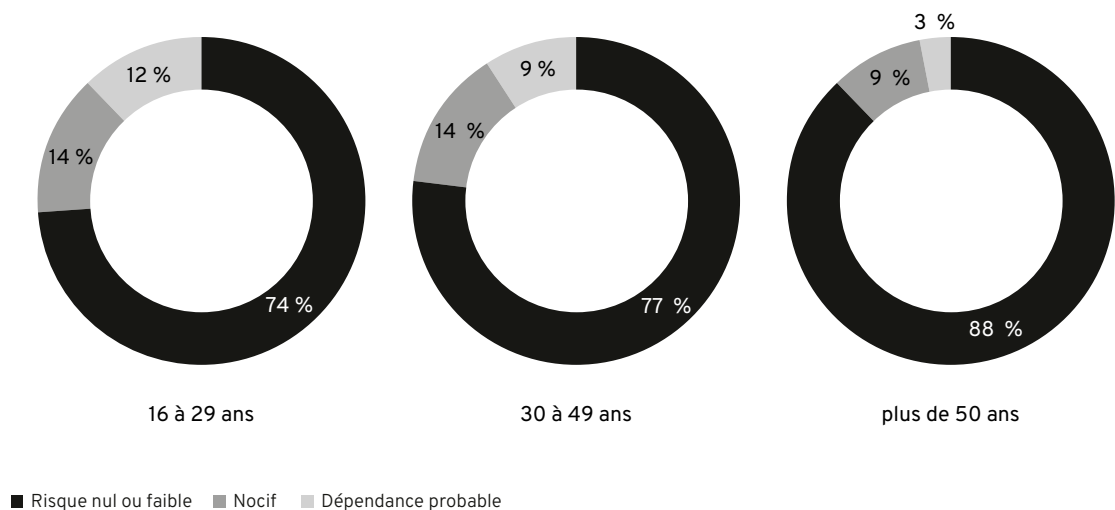
Proportion des hommes interrogés déclarant une consommation nocive de cannabis par groupe d'âge, selon les scores CUDIT-R autodéclarés



n = 13 642, sondages 13 à 28 (juillet 2022 – mai 2026).

FIGURE 8. CONSOMMATION D'ALCOOL PAR GROUPE D'ÂGE, SONDAGES 13 À 28 (JUILLET 2022 À MAI 2026)

Proportion d'hommes interrogés déclarant une consommation nocive d'alcool par groupe d'âge, selon les scores AUDIT autodéclarés



n = 13 642, sondages 13 à 28 (juillet 2022 – mai 2026).

Sondages RSMC n° 13 à 28 (juillet 2022 à mai 2026). Filtrés par sexe (hommes) et par tranche d'âge (onglet de la page d'accueil, « Signes de dépendance à l'alcool »).

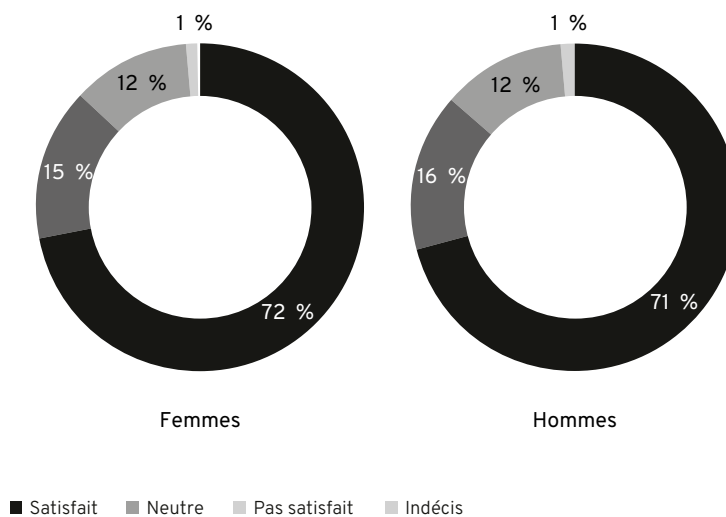


Besoins non satisfaits et satisfaction à l'égard des soins

Soixante-dix pour cent des hommes qui ont utilisé des services se sont dits satisfaits des soins reçus. La satisfaction était étroitement liée au revenu : 77 % des personnes gagnant plus de 100 000 \$ étaient satisfaites, comparativement à seulement 62 % de celles gagnant moins de 30 000 \$²². Cet écart de revenu est important lorsqu'on considère les hommes, qui peuvent se heurter à davantage d'obstacles dans l'accès aux soins et être plus susceptibles d'avoir une consommation nocive de substances. Les constatations montrent que leur satisfaction à l'égard des soins ne doit pas être dissociée de leur capacité d'accéder, au bon moment, à des services abordables et appropriés.

Les personnes qui disposent de plus de ressources financières peuvent avoir davantage d'occasions d'utiliser des services privés ou communautaires, auxquels est associée une plus grande satisfaction. Les hommes à faible revenu peuvent dépendre davantage des services publics ou gratuits, envers lesquels la satisfaction est moins élevée. Il faut donc des services plus accessibles, abordables et adaptés, capables de mobiliser les hommes de tous les niveaux de revenu, en particulier ceux dont les besoins en santé mentale et en consommation de substances sont plus graves ou complexes.

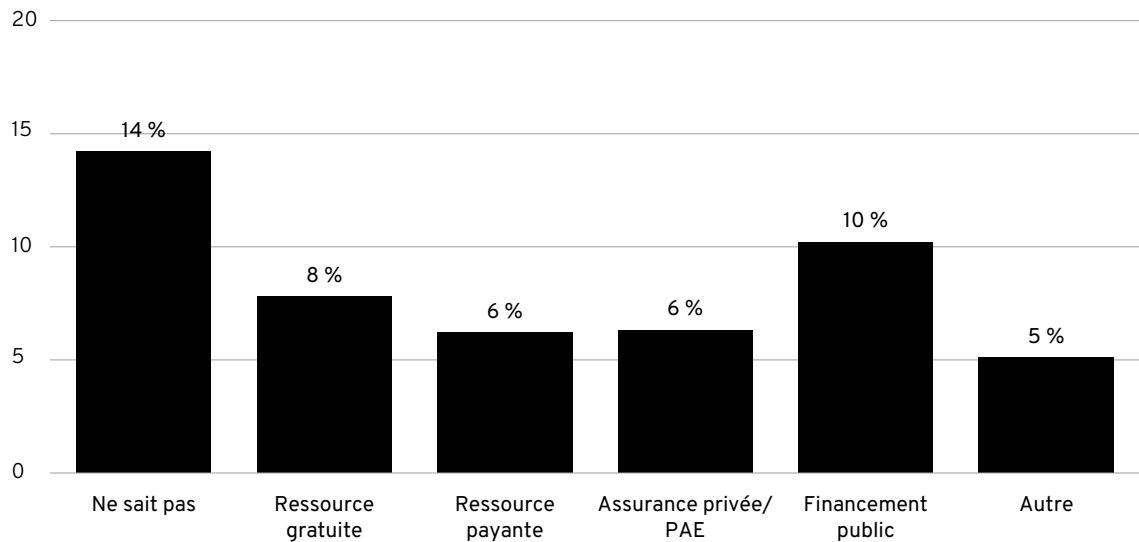
FIGURE 9. SATISFACTION À L'ÉGARD DES SERVICES SELON LE GENR, SONDAGES 13 À 28 (JUILLET 2022 À MAI 2026)⁵



n = 5 960 (2 019 hommes, 3 941 femmes), sondages 13 à 28 (juillet 2022 – mai 2026).

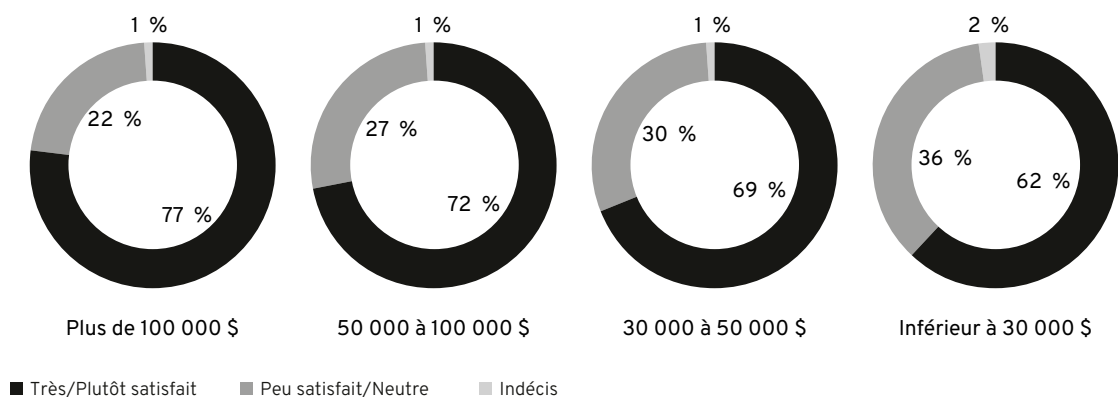
Interprétation : Au sein de chaque sexe, il n'y a presque aucune différence dans satisfaction des soins entre hommes et femmes.

FIGURE 10. BESOINS NON SATISFAITS DES HOMMES SELON LE TYPE DE FINANCEMENT²⁰



n = 5 496, besoins non satisfaits des participants par type de financement (hommes uniquement). Sondage RSMC 13-28 (mai 2026).

FIGURE 11. SATISFACTION À L'ÉGARD DU SERVICE SELON LA TRANCHE DE REVENU²²



n = 2 680, sondages RSMC n° 13 à 21 (juillet 2022 – juillet 2024).

Le taux de satisfaction le plus élevé (77 %) s'observe chez les personnes appartenant à la tranche de revenus la plus élevée (revenu annuel supérieur à 100 000 \$). À l'inverse, les personnes de la tranche de revenus la plus basse, gagnant moins de 30 000 \$ par an, affichent le niveau de satisfaction le plus faible (62 %) à l'égard des soins reçus. Comme l'illustre la figure ci-dessous, la satisfaction concernant le soutien reçu augmente avec le niveau de revenu. Cela donne à penser que les personnes disposant de revenus plus élevés sont plus susceptibles d'être satisfaites des soins et services auxquels elles ont accès.

Ce que les hommes déclarent au sujet de l'accès et de la satisfaction soulève une question plus difficile, à laquelle les données couplées sur les services peuvent répondre : lorsqu'un problème de santé mentale est inscrit au dossier d'un homme, le système le rejoint-il réellement? Les données administratives de l'Ontario permettent de suivre ce parcours.





SECTION 07

Étude de cas de l'Ontario : principales constatations

Les données administratives couplées de l'Ontario permettent de suivre les hommes dans le système et, chez ceux dont le problème a été identifié, de vérifier s'ils y ont accédé. L'analyse décrit un système qui rejoint les hommes tardivement, principalement par ses points d'entrée les plus urgents, et qui répond le moins bien là où les besoins sont les plus grands. Même si les constatations sont propres à l'Ontario, elles

soulèvent des questions que tous les systèmes de santé au Canada devraient se poser sur la façon dont les hommes accèdent aux soins, les vivent et y demeurent engagés. L'Ontario offre une étude de cas de ce que révèlent les données d'un système de santé lorsqu'on les examine sous l'angle du genre. Les autres provinces et territoires peuvent ainsi vérifier si des tendances semblables existent dans leur propre système.

SECTION 07 – 1

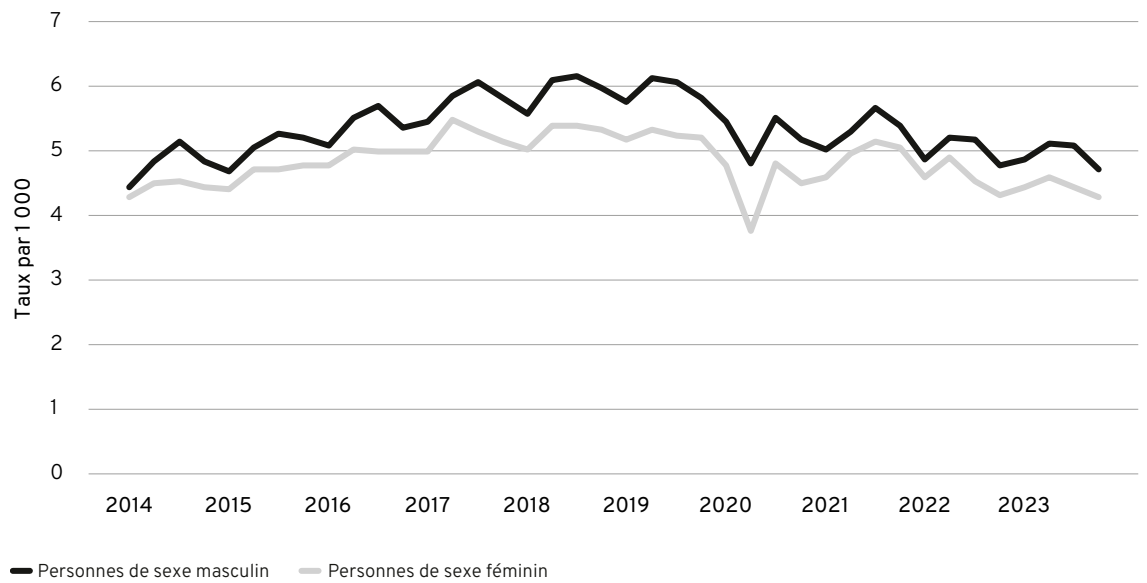
Tendances de soins aigus et de recours à l'urgence

Les personnes de sexe masculin ont affiché des taux de visites à l'urgence liées à la SMD plus élevés que celles de sexe féminin tout au long de la période 2014-2023, sauf pour l'automutilation. Au premier trimestre de 2019, avant que la pandémie ne perturbe les tendances d'utilisation des services, le taux masculin de visites à l'urgence pour des motifs de SMD était de 5,76 pour 1 000, comparativement à 5,16 chez les personnes de sexe féminin, soit environ 12 % de plus. Au premier trimestre de 2023, les taux avaient diminué pour les deux sexes, mais l'écart persistait : 4,86 pour 1 000 chez les personnes de sexe masculin comparativement à 4,42 chez celles de sexe féminin, soit environ 10 % de plus (Figure 12).

Les personnes de sexe masculin étaient systématiquement plus susceptibles de se présenter à l'urgence comme premier point de contact pour un problème de SMD pendant toute la période d'observation. Même si cette proportion a diminué au fil du temps pour les deux sexes, l'écart est demeuré : 28,5 % comparativement à 25,0 % au premier trimestre de 2014, puis 25,6 % comparativement à 22,4 % au premier trimestre de 2023. Les personnes de sexe masculin ont aussi affiché des taux plus élevés de nouvelles visites à l'urgence dans les 30 jours pendant toute la période.



FIGURE 12. TAUX TRIMESTRIELS DE VISITES À L'URGENCE LIÉES À LA SMD EN ONTARIO, DE 2014 À 2023, SELON LE SEXE



Source : données administratives de santé couplées détenues par l'ICES. Hommes et femmes âgés de 12 ans et plus.

Parmi les personnes en Ontario ayant un problème de santé mentale identifié ou autodéclaré, soit 27 035 personnes de sexe masculin (n pondéré = 1 909 180) et 27 237 personnes de sexe féminin (n pondéré = 1 678 553), les premières étaient beaucoup moins susceptibles d'utiliser un service psychiatrique. Seulement 14,3 % d'entre elles ont utilisé un service dans l'année suivante, comparativement à 19,0 % des personnes de sexe féminin. Cet écart a persisté et s'est élargi après cinq ans (31,6 %

comparativement à 41,1 %) (Figure 13). Lorsque les personnes de sexe masculin ont reçu des soins aigus, leurs taux étaient plus faibles que ceux des personnes de sexe féminin après un an (2,3 % comparativement à 3,4 %) et après cinq ans (8,4 % comparativement à 10,5 %). Pour les deux sexes, les visites à l'urgence, et non les hospitalisations, expliquaient principalement l'utilisation des soins aigus, tandis que le risque d'hospitalisation demeurait faible durant les deux périodes de suivi.

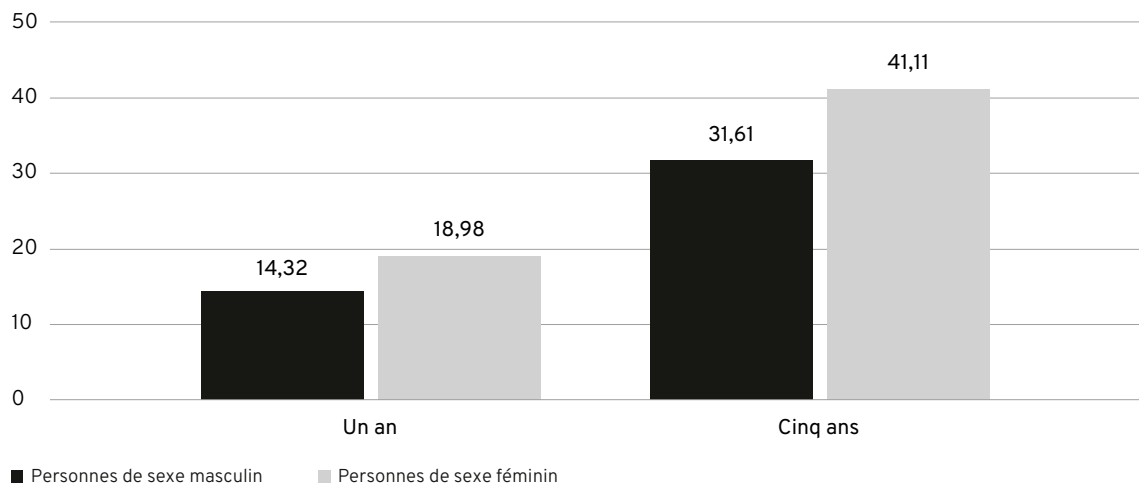
14,3 %

des hommes présentant un problème de santé mentale identifié ont eu recours à un service de psychiatrie dans l'année

2,3 %

des hommes ont eu recours à des soins aigus dans l'année

FIGURE 13. PROPORTION DE PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE QUI ONT UTILISÉ UN SERVICE PSYCHIATRIQUE APRÈS UN AN ET APRÈS CINQ ANS, SELON LE SEXE



Source : données administratives de santé couplées détenues par l'ICES.

Hommes n = 27 035 (n pondéré = 1 909 180); femmes n = 27 237 (n pondéré = 1 678 553).

L'écart de traitement chez les hommes ne s'explique donc pas par des besoins moindres. Même lorsqu'un problème de santé mentale a été identifié, les personnes de sexe masculin sont

moins susceptibles de demander ou de recevoir des soins. Lorsqu'elles utilisent des services, elles sont plus susceptibles d'y accéder par l'urgence que par des soins ambulatoires planifiés.

CES HOMMES QUE LE SYSTÈME NE VOIT JAMAIS

Plus de 85 % des hommes de l'Ontario souffrant d'un problème de santé mentale avéré n'ont eu recours à aucun service public de santé mentale ou de traitement des dépendances au cours de l'année. Ces hommes ne sont ni en attente de rendez-vous ni perdus de vue par le suivi; ils sont totalement absents des données relatives aux services, ce qui signifie que les réformes visant à améliorer la prise en charge au sein de ces derniers ne les atteindront pas. Pour combler cette lacune, il faut mettre en place des parcours s'inscrivant hors du cadre clinique et accorder autant d'attention au dénombrement des hommes qui ne franchissent jamais le seuil des services qu'à celui de ceux qui y accèdent.

85 %

des hommes de l'Ontario ayant un problème de santé mentale identifié n'ont eu recours à aucun service de santé mentale financé par les fonds publics au cours de l'année

Les personnes de sexe masculin sont globalement moins susceptibles d'accéder aux soins que celles de sexe féminin

Parmi les personnes en Ontario ayant un problème de santé mentale prévalent, seulement 14,3 % des personnes de sexe masculin ont utilisé un service psychiatrique dans l'année suivante, comparativement à 19,0 % des personnes de sexe féminin. Cet écart a persisté et s'est élargi après cinq ans (31,6 % comparativement à 41,1 %). Pour les soins aigus en particulier, l'accès après un an était de 2,3 % chez les personnes de sexe masculin et de 3,4 % chez celles de sexe féminin; après cinq ans, il atteignait respectivement 8,4 % et 10,5 %. Pour les soins ambulatoires, l'accès après un an était de 13,2 % chez les personnes de sexe masculin et de 17,2 % chez celles de sexe féminin (après cinq ans : 29,1 % comparativement à 38,0 %). Les taux masculins étaient plus faibles tant pour les consultations auprès d'un médecin de famille (après un an : 10,5 % comparativement à 13,1 %; après cinq

ans : 25,2 % comparativement à 32,8 %) que pour les consultations en psychiatrie (après un an : 4,2 % comparativement à 6,0 %; après cinq ans : 9,4 % comparativement à 12,8 %).

À l'échelle de la population, le taux masculin de consultations ambulatoires était de 17,68 pour 1 000 au premier trimestre de 2019. Les taux féminins sont demeurés plus élevés tout au long de la période 2014-2023, et l'écart absolu s'est nettement creusé en 2020 et 2021, lorsque la hausse des consultations ambulatoires a été principalement attribuable à un accès accru chez les personnes de sexe féminin. Les personnes de sexe masculin ont aussi systématiquement affiché des taux plus faibles de suivi ambulatoire dans les 7 jours suivant un congé de l'hôpital pendant toute la période d'observation (28,11 % comparativement à 30,82 % au premier trimestre de 2019).

Les jeunes hommes adultes forment un groupe à risque élevé

Les personnes de sexe masculin de 18 à 44 ans supportent le plus lourd fardeau d'utilisation des soins aigus. À l'échelle de la population, celles de 18 à 24 ans avaient les taux les plus élevés d'hospitalisation liée à la SMD (2,62 pour 1 000 au premier trimestre de 2019) et, avec celles de 25 à 44 ans (2,04 pour 1 000), les taux les plus élevés de visites à l'urgence. Les taux de nouvelles visites à l'urgence dans les 30 jours étaient les plus élevés chez les 25 à 64 ans, tandis que les taux de réhospitalisation atteignaient leur sommet chez les 18 à 24 ans (15,26 %) et les 25 à 44 ans (14,75 %).

Chez les personnes de sexe masculin ayant un problème de santé mentale identifié, l'utilisation globale des services psychiatriques et les

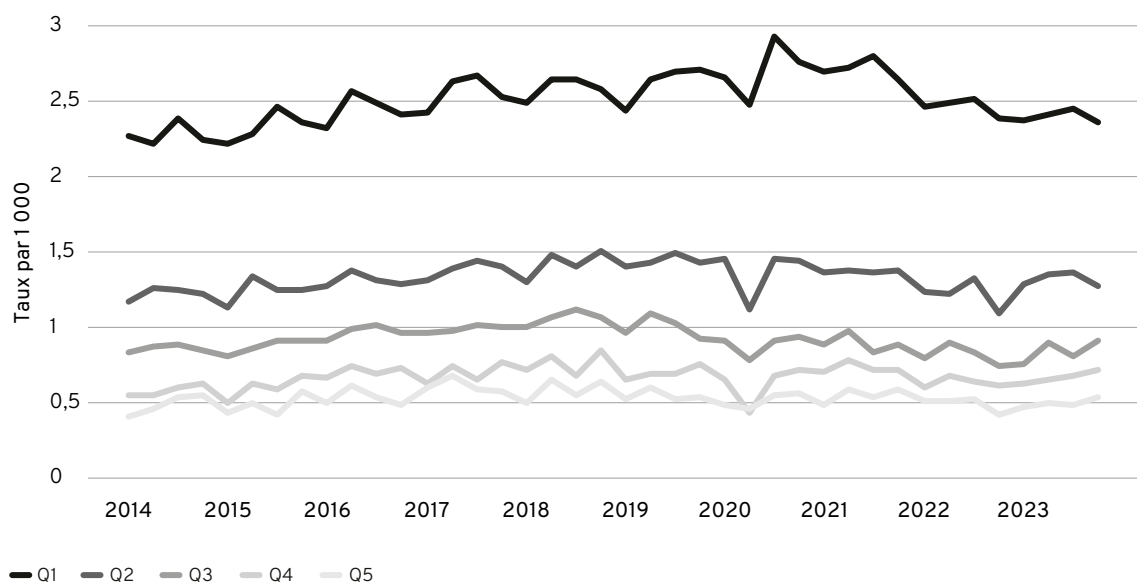
consultations auprès d'un médecin de famille suivaient une courbe en U selon l'âge. Elles étaient les plus élevées chez les adolescents de 12 à 17 ans (après un an : 28,2 %; après cinq ans : 47,5 %) et les adultes de 65 ans et plus (après un an : 19,1 %; après cinq ans : 39,3 %), et les plus faibles chez les hommes de 18 à 24 ans en âge de travailler (après un an : 10,8 %; après cinq ans : 27,2 %). Les visites à l'urgence et les consultations en psychiatrie diminuaient avec l'âge. La combinaison d'une forte utilisation des soins aigus à l'échelle de la population et d'un faible engagement global dans les services chez les hommes en âge de travailler dont le problème est identifié indique que les personnes de sexe masculin de 18 à 64 ans qui accèdent aux soins aigus ne passent pas à des soins ambulatoires soutenus.

Important gradient socioéconomique

Pour presque tous les indicateurs, les taux étaient les plus élevés chez les personnes de sexe masculin vivant dans les quartiers les plus défavorisés. À l'échelle de la population, on observait un net gradient inverse selon le revenu pour les hospitalisations, les visites à l'urgence, les visites pour automutilation et les nouvelles visites à l'urgence. Les taux diminuaient à chaque quintile de revenu supérieur. Au premier trimestre de 2019, le taux d'hospitalisation chez les personnes de sexe masculin des quartiers les plus défavorisés était de 2,54 pour 1 000, puis diminuait progressivement à mesure que le quintile de revenu augmentait (Figure 14).

Chez les personnes de sexe masculin ayant un problème de santé mentale identifié, l'utilisation de tout service après un an s'élevait à 18,0 % dans le quintile le plus défavorisé, comparativement à 11,7 % dans le quintile le plus favorisé. L'écart s'élargissait après cinq ans (36,6 % comparativement à 26,5 %). Le gradient était le plus prononcé pour les soins aigus (après un an : 4,0 % au Q1 comparativement à 1,7 % au Q5; après cinq ans : 12,0 % comparativement à 5,3 %), ce qui montre une concentration des épisodes aigus chez les plus défavorisés. L'accès à un médecin de famille suivait une tendance semblable (après un an : 12,8 % au Q1 comparativement à 8,5 % au Q5; après cinq ans : 29,1 % comparativement à 20,9 %), tout comme l'accès à un psychiatre (après un an : 5,5 % au Q1 comparativement à 3,3 % au Q5; après cinq ans : 12,4 % comparativement à 8,5 %) (Figure 15).

FIGURE 14. TAUX TRIMESTRIELS D'HOSPITALISATIONS LIÉES À LA SMD CHEZ LES PERSONNES DE SEXE MASCULIN EN ONTARIO, DE 2014 À 2023, SELON LE QUINTILE DE REVENU DU QUARTIER

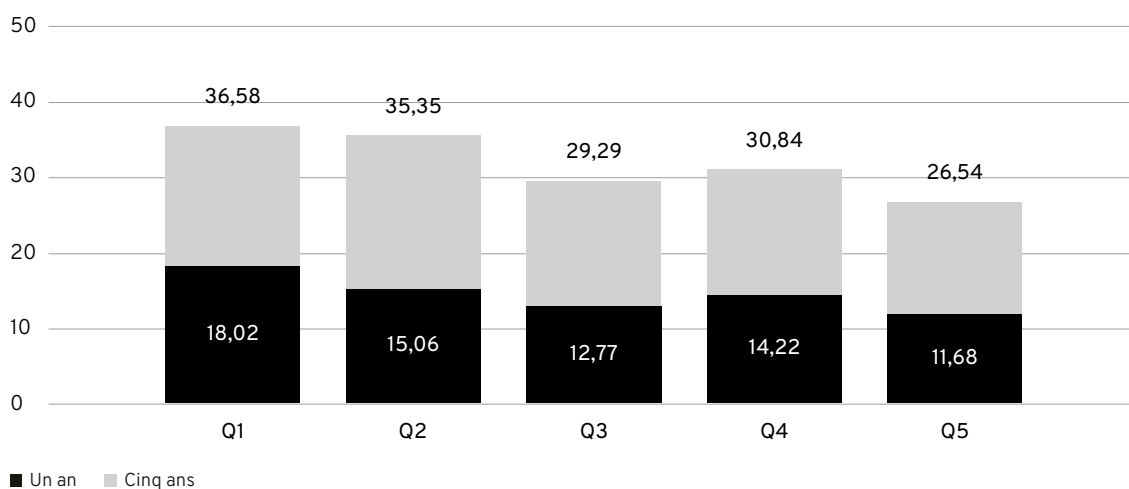


Q1 = quintile de revenu le plus faible; Q5 = quintile le plus élevé.

Source : données administratives sur la santé couplées détenues par l'ICES.



FIGURE 15. PROPORTION DE PERSONNES DE SEXE MASCULIN AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE QUI ONT UTILISÉ UN SERVICE PSYCHIATRIQUE APRÈS UN AN ET APRÈS CINQ ANS, SELON LE QUINTILE DE REVENU DU QUARTIER

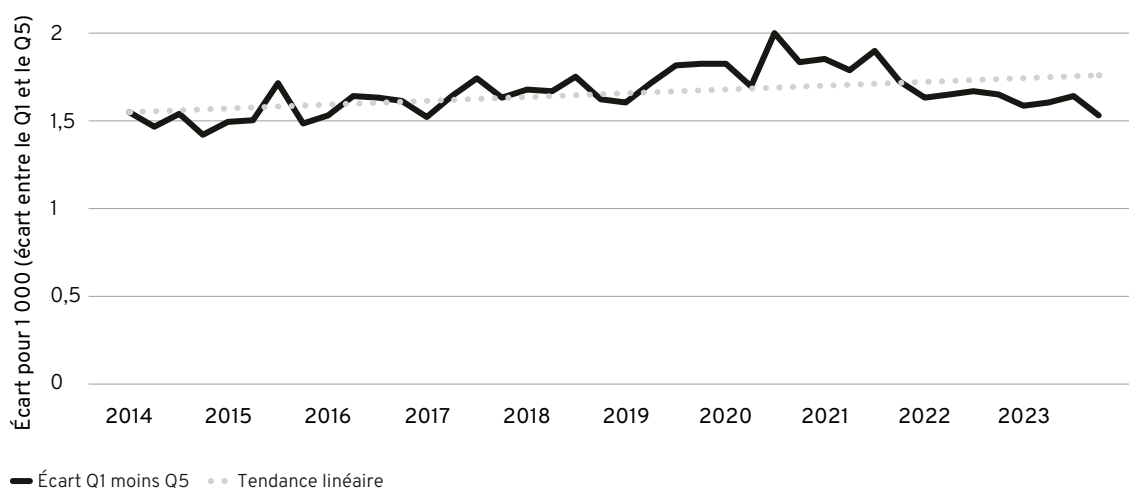


Q1 = quintile de revenu le plus faible; Q5 = quintile le plus élevé.
Source : données administratives sur la santé couplées détenues par l'ICES.

Fait important, l'écart selon le revenu dans les taux d'hospitalisation à l'échelle de la population ne s'est pas réduit en dix ans. Entre 2014 et 2023, la différence absolue entre le Q1 et le Q5 a fluctué entre environ 1,4 et 2,0 pour 1 000. Une légère tendance à la hausse est apparue au cours

des dernières années, avec une pointe marquée au troisième trimestre de 2020, lorsque les quartiers les plus défavorisés ont assumé une part disproportionnée de la hausse des soins aigus liée à la pandémie (figure 16).

FIGURE 16. ÉCART ABSOLU ENTRE LES TAUX D'HOSPITALISATIONS LIÉES À LA SMD DANS LES QUINTILES DE REVENU DES QUARTIERS LES PLUS ET LES MOINS DÉFAVORISÉS CHEZ LES PERSONNES DE SEXE MASCULIN EN ONTARIO, DE 2014 À 2023



Q1 = quintile de revenu le plus bas; Q5 = le plus élevé.
Source : données administratives sur la santé couplées détenues par l'ICES.

Iniquités rurales et nordiques

La géographie amplifie les désavantages, particulièrement dans le Nord de l'Ontario. À l'échelle de la population, les taux de visites à l'urgence étaient les plus élevés dans la région peu peuplée du Nord-Ouest, suivie du Nord-Est. Les taux de suivi ambulatoire dans les 7 jours étaient systématiquement plus faibles dans les régions rurales et nordiques, et les plus élevés à Toronto. Chez les personnes de sexe masculin ayant un problème de santé mentale identifié, l'utilisation globale des services psychiatriques était la plus faible dans le Nord-Ouest (après un an : 10,8 %; après cinq ans : 25,2 %), tandis que Toronto affichait les taux les plus élevés (après un an : 17,0 %; après cinq ans : 35,8 %). Cette différence était presque entièrement attribuable à un accès plus faible aux soins ambulatoires dans le Nord-Ouest (après un an : 7,4 %; après cinq ans : 21,2 %) qu'à Toronto (après un an : 16,1 %; après cinq

ans : 32,0 %), et surtout à un accès plus faible à un psychiatre (après un an : 0,8 % dans le Nord-Ouest comparativement à 5,8 % à Toronto; après cinq ans : 3,8 % comparativement à 13,5 %). À l'inverse, les personnes de sexe masculin du Nord-Ouest et du Nord-Est étaient plus susceptibles d'utiliser des soins aigus que celles des régions du Sud. Après un an, les taux étaient de 4,0 % dans le Nord-Ouest et de 2,6 % dans le Nord-Est, comparativement à 1,9 % dans le Centre de l'Ontario. Ces données indiquent qu'en l'absence de services ambulatoires accessibles, les hommes des régions nordiques atteignent un état de détresse aiguë avant de recevoir des soins.

Ce phénomène ne se limite pas à l'Ontario. Dans les communautés les plus isolées, l'écart ne concerne pas seulement l'accès aux spécialistes, mais l'existence même de services destinés aux hommes.

UNE PROBABILITÉ DE 0,8 % DE CONSULTER UN PSYCHIATRE

Parmi les hommes du nord-ouest de l'Ontario présentant un problème de santé mentale avéré, 0,8 % ont consulté un psychiatre dans l'année, contre 5,8 % à Toronto. Sur une période de cinq ans, ces chiffres s'élevaient respectivement à 3,8 % et 13,5 %. Parallèlement, les hommes du Nord étaient plus susceptibles de recourir aux soins de courte durée (soins aigus) : les taux de recours à ces soins sur un an étaient de 4,0 % dans le Nord-Ouest et de 2,6 % dans le Nord-Est, contre 1,9 % dans le centre de l'Ontario. Lorsque les soins ambulatoires sont difficiles d'accès, le service des urgences devient la solution par défaut.

0,8 %

des hommes de l'Ontario ayant un problème de santé mentale identifié ont consulté un psychiatre dans l'année

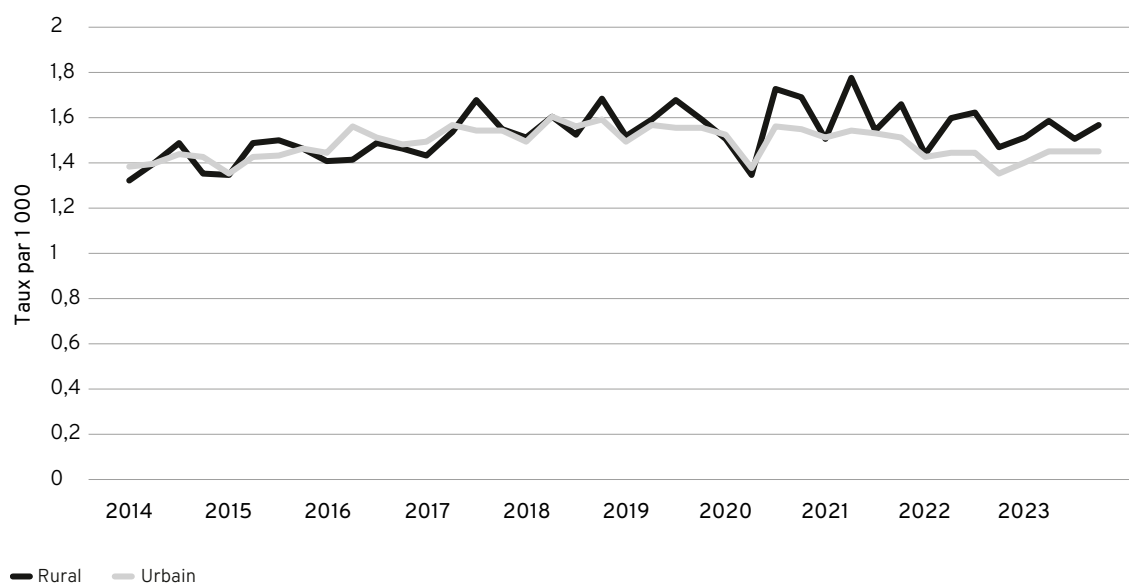
Les personnes de sexe masculin vivant en milieu rural avaient aussi un accès global plus faible aux soins ambulatoires que celles vivant en milieu urbain (après un an : 9,6 % comparativement à 13,8 %; après cinq ans : 23,1 % comparativement à 30,0 %), et un accès particulièrement plus faible à un psychiatre (après un an : 1,6 % en milieu rural

comparativement à 4,6 % en milieu urbain; après cinq ans : 4,7 % comparativement à 10,2 %). À l'échelle de la population, les taux d'hospitalisation en milieu rural sont demeurés plus élevés qu'en milieu urbain après la pandémie, même si les taux urbains ont diminué (figure 17).

« Il existe de nombreux programmes pour les femmes, vraiment beaucoup. Elles sont bien loties. Il y a des groupes de couture, de cuisine, de suivi de grossesse, des groupes d'AA [Alcooliques anonymes], de NA [Narcotiques anonymes], et tout le reste. Mais rien pour les hommes. Il n'y a littéralement rien de disponible pour eux. Ils sont tout simplement livrés à eux-mêmes pour essayer de gérer la situation. »

SARAH, 40 ANS, INTERVENANTE EN SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE INUIT, NUNAVIK³

FIGURE 17. TAUX TRIMESTRIELS DE VISITES À L'URGENCE LIÉES À LA SMD CHEZ LES PERSONNES DE SEXE MASCULIN EN ONTARIO, DE 2014 À 2023, SELON LE CARACTÈRE RURAL OU URBAIN DU MILIEU



Source : données administratives sur la santé couplées détenues par l'ICES.

Tendances des soins ambulatoires et virage pendant la COVID-19

Les consultations ambulatoires liées à la SMD ont fortement augmenté pendant la pandémie de COVID-19 (2020-2022), parallèlement à un passage rapide aux soins virtuels, avant de diminuer et d'évoluer vers un modèle hybride. L'écart absolu entre les taux de consultations ambulatoires des personnes de sexe masculin et de sexe féminin s'est élargi pendant cette période, ce qui laisse croire que ces dernières ont davantage profité de l'expansion des soins virtuels. À l'échelle de la population masculine, les consultations ambulatoires étaient les plus fréquentes chez les 25 à 44 ans (17,68 pour 100 au premier trimestre de 2019), suivis des 45 à 64 ans (14,01 pour 100), des 18 à 24 ans (13,13 pour 100),

des 12 à 17 ans (10,20 pour 100) et des 65 ans et plus (7,49 pour 100). Chez les personnes de sexe masculin ayant un problème de santé mentale identifié, l'utilisation des soins ambulatoires était plus faible que chez les personnes de sexe féminin, tant pour les médecins de famille (après un an : 10,5 % comparativement à 13,1 %; après cinq ans : 25,2 % comparativement à 32,8 %) que pour les psychiatres (après un an : 4,2 % comparativement à 6,0 %; après cinq ans : 9,4 % comparativement à 12,8 %). Ce résultat concorde avec la constatation à l'échelle de la population selon laquelle l'écart dans les soins ambulatoires ne s'explique pas par des différences dans les besoins identifiés.





SECTION 08

Recommendations

Bâtir un système qui rejoint les hommes, répond à leurs besoins et maintient leur engagement

L'amélioration des résultats des hommes en matière de santé mentale et de consommation de substances exigera une action concertée entre les administrations, chaque ordre de gouvernement disposant de leviers différents. Les provinces et les territoires peuvent directement renforcer la façon dont leurs systèmes de santé rejoignent les hommes, répondent à leurs besoins et maintiennent leur engagement dans les soins. Le gouvernement fédéral peut soutenir ce travail par un leadership pancanadien, des données de meilleure qualité et des données probantes plus solides, le partage des apprentissages et l'élaboration de la première Stratégie canadienne sur la santé des hommes et des garçons.

Les constatations ontariennes présentées dans ce rapport illustrent ce que l'on découvre lorsqu'on examine en détail le parcours des hommes dans le système de santé. Elles permettent à l'Ontario d'agir sur les lacunes relevées dans la prestation des services, tout en fournissant aux autres provinces et territoires un cadre pour vérifier si des tendances semblables existent dans leur propre système.

Ces recommandations constituent la contribution de Movember, fondée sur les données probantes,

à ce processus et aux efforts plus vastes des provinces et des territoires pour améliorer les soins de santé mentale et de consommation de substances destinés aux hommes et aux garçons. Elles ne représentent pas une politique gouvernementale.

Les recommandations sont structurées selon le cadre des 5R : Recherche, Rejoindre, Répondre, Retenir et Relationnel. Publié dans *The Lancet Public Health* par le professeur Paul Galdas (Université de York), le professeur agrégé Zac Seidler (Institut Movember pour la santé masculine) et le professeur John Oliffe (Université de la Colombie-Britannique), ce cadre est le premier outil de conception systémique de systèmes de santé qui tiennent compte du genre²³. Il fait passer la santé des hommes au-delà des projets pilotes temporaires et des programmes fragmentés pour favoriser une conception cohérente du système. Ses cinq domaines correspondent directement aux défis documentés dans ce rapport : hommes invisibles dans les données, jamais rejoints, mal pris en charge lorsqu'ils se présentent, perdus au suivi et mal desservis par des politiques qui négligent les relations et les conditions qui façonnent leur vie.



L'appel à l'action

Pour les provinces et les territoires : les données de l'Ontario montrent qu'il est possible de renforcer la façon dont les systèmes de santé servent les hommes tout au long du continuum des soins liés à la santé mentale et à la consommation de substances. Les provinces et les territoires devraient examiner le parcours des hommes dans leur propre système et utiliser ces données pour offrir des services qui tiennent mieux compte du genre :

- Rejoindre les hommes avant que leurs besoins ne s'aggravent;
- Outiller la main-d'œuvre en santé afin qu'elle reconnaisse la façon dont les hommes se présentent et y réponde;
- Renforcer les transitions entre les soins aigus et les soins continus; et
- Concevoir des services qui maintiennent l'engagement.

L'Ontario peut dès maintenant faire preuve de leadership en agissant sur les lacunes relevées dans ce rapport.

Pour le gouvernement fédéral : la première Stratégie canadienne sur la santé des hommes et des garçons peut accélérer ce travail en faisant de la santé mentale et de la consommation de substances chez les hommes une priorité pancanadienne, en renforçant la base de données probantes, en soutenant le partage des apprentissages entre les administrations et en permettant l'évaluation et la mise à l'échelle d'approches prometteuses partout au Canada.

Afin d'accélérer ces travaux, Movember invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à s'associer à l'Institut Movember pour la santé masculine pour mieux comprendre, à l'échelle de la population, comment, quand et où les hommes au Canada ont recours aux services de santé.

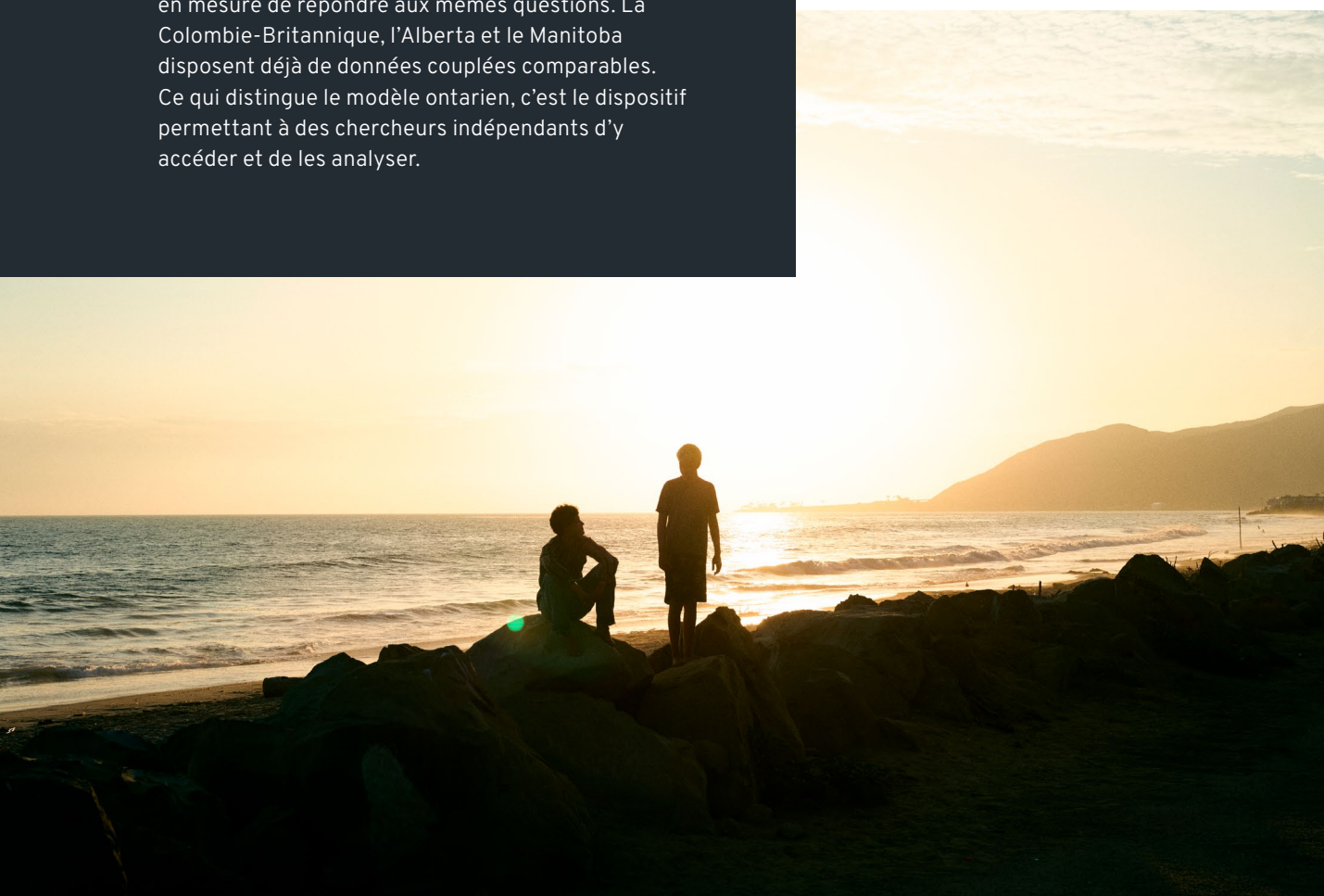
1. Recherche : rendre les hommes visibles dans les données

En l'absence de meilleures données, les hommes sont invisibles dans les politiques publiques. Le rapportage de données ventilées par sexe manque d'uniformité entre les différentes administrations canadiennes, ce qui empêche de savoir si les investissements atteignent les hommes ou s'ils répondent efficacement à leurs besoins. Par ailleurs, les données disponibles ne sont pas conçues pour assurer un suivi des hommes dans la durée; les parcours de soins ne peuvent donc être qu'inférés à partir d'instantanés transversaux. Sans ces informations, il est impossible de déterminer si les changements mis en œuvre portent leurs fruits. Nous recommandons :

1. Recueillir et publier des données désagrégées selon le sexe sur les visites et les nouvelles visites à l'urgence, les taux de suivi et l'engagement dans le traitement;
2. Publier ces données régulièrement et publiquement, en les ventilant selon l'âge, le revenu et la région, afin que les gouvernements et les communautés partagent une même compréhension des progrès et des lacunes;
3. Évaluer l'incidence des interventions adaptées aux hommes sur les nouvelles consultations, les admissions et le risque suicidaire, plutôt que de mesurer uniquement la participation;
4. Étendre l'analyse de données administratives couplées au-delà de l'Ontario afin de vérifier et de suivre ces tendances dans l'ensemble des administrations.

POURQUOI CETTE ANALYSE N'ÉTAIT POSSIBLE QU'EN ONTARIO

Ce rapport n'a pu être réalisé que grâce aux données administratives couplées de l'Ontario, conservées par l'ICES, qui ont permis d'examiner en détail les parcours de soins des hommes. La plupart des provinces et territoires ne sont pas encore en mesure de répondre aux mêmes questions. La Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba disposent déjà de données couplées comparables. Ce qui distingue le modèle ontarien, c'est le dispositif permettant à des chercheurs indépendants d'y accéder et de les analyser.



2. Rejoindre les hommes en dehors du milieu clinique : ce qui fonctionne déjà au Canada

Rejoindre les hommes signifie aller à leur rencontre là où ils sont, et non là où le système s'attend à les voir. L'analyse révèle que plus de 85 % des personnes de sexe masculin ayant un problème de santé mentale n'ont reçu aucun service financé par les fonds publics dans l'année suivante. La majorité des besoins non satisfaits demeure donc entièrement invisible pour le système de santé, et les recommandations visant uniquement à améliorer les soins à l'intérieur des services ne rejoindront pas ce groupe. Nous recommandons de :

1. Élargir les activités de proximité et les voies d'accès aux soins dans les milieux de travail, les clubs sportifs, les organismes communautaires et les milieux de soins primaires, au lieu de compter sur les hommes pour se présenter dans un milieu clinique;
2. Mener des campagnes publiques qui normalisent la recherche d'aide chez les hommes, tiennent compte des normes masculines et présentent l'aide sous l'angle de la force, de la capacité d'agir et des liens, ainsi que des bienfaits de soins de qualité, plutôt que sous celui de la vulnérabilité. Ces campagnes devraient fournir des renseignements clairs et accessibles sur les formes de soutien offertes et la façon d'y accéder;
3. Accorder la priorité aux approches conçues avec les populations qui rencontrent les obstacles les plus importants, notamment les jeunes hommes de 16 à 24 ans, les hommes des communautés rurales et nordiques, ceux des quartiers aux revenus les plus faibles et les hommes autochtones.

TOUCHER LES HOMMES EN DEHORS DU MILIEU CLINIQUE : CE QUI FONCTIONNE DÉJÀ AU CANADA

Les recommandations visant à atteindre ce public butent souvent sur la question de savoir à quoi ressemble concrètement un parcours non clinique. Le Canada dispose déjà d'exemples probants, dont plusieurs ont fait l'objet d'évaluations publiées.

« **Buddy Up** », une initiative du Centre for Suicide Prevention (Centre de prévention du suicide) mise en œuvre par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) de l'Alberta, est une campagne de prévention du suicide chez les hommes fondée sur le soutien par les pairs ; conçue en collaboration avec des hommes, elle cible les milieux de travail. En 2024, elle a mobilisé 1 410 « champions » au sein de 452 organisations.³ Une étude de faisabilité menée auprès des participants a révélé que 95 % des 48 répondants se sentaient plus à l'aise pour aborder les questions de santé mentale et de suicide avec d'autres hommes.²⁶

L'organisation **Men's Sheds Canada** gère plus de 130 ateliers (« sheds ») répartis dans dix provinces. Les évaluations font état d'une amélioration de l'auto-évaluation de la santé, d'une réduction de l'isolement social et d'un meilleur bien-être mental, y compris chez les hommes âgés vivant en milieu rural.³

Le programme « **Ahead of the Game** » de Movember propose des ateliers sur la santé mentale aux jeunes hommes âgés de 12 à 18 ans par l'intermédiaire de clubs sportifs communautaires ; des évaluations réalisées en Australie montrent une meilleure littératie en santé mentale ainsi qu'une plus grande volonté de demander et d'offrir de l'aide.²⁷

Ces modèles sont bien établis et ont été évalués. Ce qui fait défaut, c'est un financement pérenne pour les déployer à plus grande échelle et les relier aux parcours cliniques.

3. Répondre : adapter les soins à la façon dont les hommes se présentent

Le contact des hommes avec le système est souvent bref et peut ne pas se répéter. Ce qui se passe pendant cette rencontre peut déterminer la suite : 67 % des hommes satisfaits de leur première expérience de soins consulteraient de nouveau, comparativement à 26 % de ceux qui n'en étaient pas satisfaits. Pour bien répondre, il faut une main-d'œuvre capable de reconnaître la façon dont les hommes peuvent se présenter et appliquer systématiquement cette expertise aux principaux points de contact des hommes avec le système. Nous recommandons de :

1. Bâtir une main-d'œuvre qui tient compte du genre :
 - a. Former les professionnels de la santé à reconnaître les symptômes atypiques ou externalisés de détresse psychologique, notamment l'irritabilité, la colère, l'agressivité, la consommation de substances, la prise de risques et les symptômes somatiques;
 - b. Intégrer une formation sur l'influence des normes sociales entourant la masculinité sur la recherche d'aide, l'expression des émotions, la communication et l'engagement dans les soins;

MEN IN MIND : OUTILLER LA MAIN-D'ŒUVRE POUR MIEUX MOBILISER LES HOMMES

« Men in Mind », une initiative de Movember, est le tout premier programme de formation continue en ligne fondé sur des données probantes, élaboré par le l'Institut Movember. Ce programme de huit heures, composé de cinq modules et conçu pour être suivi au rythme de chacun, s'adresse aux professionnels de la santé mentale (psychologues, psychiatres, conseillers, infirmiers en santé mentale, travailleurs sociaux et pairs aidants). Il vise à les outiller pour mieux mobiliser les hommes, reconnaître les manifestations spécifiques de la détresse masculine et réduire l'abandon prématuré des soins. Un essai contrôlé randomisé avec liste d'attente a démontré que ce programme améliore de manière significative la confiance et la compétence des professionnels dans leur prise en charge de patients masculins.²⁴ Une étude de suivi menée un an plus tard a révélé que ces acquis perduraient : 78 % des professionnels se disaient confiants quant à leur capacité à prendre en charge des hommes suicidaires, un chiffre très proche des 77 % enregistrés trois mois après la formation.²⁸

Sachant que la plupart des hommes ne se rendent jamais dans une clinique de santé mentale, Movember a étendu le programme aux soins primaires. *Men in Mind for Primary Care* propose trois courtes formations adaptées à la profession pour les médecins de famille, le personnel infirmier et les pharmaciens, soit les professionnels vers lesquels les hommes sont susceptibles de se tourner. Chaque formation dure environ 2,5 heures, est gratuite, agréée ou reconnue par l'ordre professionnel concerné et tient compte de la réalité des consultations brèves. Son élaboration et son déploiement sont financés par le gouvernement australien. *Men in Mind* est également intégré à la stratégie de prévention du suicide du gouvernement de la Tasmanie, ce qui confirme à la fois l'efficacité du programme et la viabilité d'un modèle de partenariat cofinancé par le gouvernement.

Le même modèle pourrait être appliqué au Canada pour étendre la formation aux effectifs provinciaux en santé mentale, en soins primaires et en santé communautaire.

- c. Étendre cette formation au-delà des services spécialisés de santé mentale, notamment aux professionnels que les hommes sont les plus susceptibles de consulter : médecins de famille, personnel infirmier, pharmaciens et personnel des urgences.
2. Repérer diffuser et mettre à l'échelle des programmes fondés sur des données probantes qui améliorent de façon démontrée la confiance et les compétences des professionnels, plutôt que de créer de nouvelles formations à partir de zéro.
3. Effectuer un dépistage opportuniste lorsque des hommes se présentent pour une blessure, en particulier une blessure liée à une agression ou à l'alcool, des visites répétées à l'urgence, de l'automutilation ou d'autres comportements à risque élevé. Intégrer de brefs outils validés conçus pour les hommes, comme la Male Depression Risk Scale à sept items;
4. Dépister conjointement les problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Les jeunes hommes sont de trois à quatre fois plus susceptibles que les personnes plus âgées au Canada d'avoir recours à une consommation problématique de substances pour composer avec des difficultés de santé mentale. En traitant ces problèmes séparément, on risque de ne pas reconnaître les hommes qui se présentent avec l'un tout en vivant les deux.

4. Retenir : concevoir des soins qui maintiennent l'engagement des hommes

De nombreux services parviennent à attirer les hommes, mais les perdent ensuite en cours de suivi. La rétention échoue lorsque l'engagement est perçu comme une simple conformité ponctuelle plutôt que comme une relation que le service a la responsabilité d'entretenir. L'étude *Le vrai visage de la santé masculine* a révélé que plus de la moitié des hommes ont envisagé de quitter leur professionnel de santé – ou l'ont effectivement quitté – en raison d'un manque de lien personnel, et qu'une proportion importante d'entre eux a totalement cessé de consulter plutôt que de se tourner vers un autre praticien.³ En Ontario, les hommes sont moins susceptibles que les femmes de bénéficier d'un suivi ambulatoire dans les sept jours suivant leur sortie de l'hôpital et, à l'échelle nationale, 49 % des jeunes hommes ont interrompu leur prise en charge avant que leurs besoins soient comblés. Nous recommandons :

1. Faciliter le maintien dans les soins en offrant des modalités souples, notamment des soins virtuels, en soirée et sans rendez-vous, afin de répondre aux réalités des hommes en âge de travailler et de réduire les obstacles pratiques à un engagement continu;
2. Prévenir activement l'interruption précoce des soins en communiquant de façon proactive avec les hommes qui manquent un rendez-vous de suivi, plutôt que de compter sur eux pour reprendre eux-mêmes contact avec les services et en intégrant du soutien par les pairs, de l'accompagnement et un suivi structuré, qui peuvent améliorer l'adhésion des hommes au traitement et leur satisfaction à l'égard des soins.
3. Renforcer la transition entre les soins aigus et les soins continus en établissant des voies de suivi claires après un contact pour des soins aigus. Les données de l'Ontario montrent que les hommes qui se présentent à l'urgence ne passent pas systématiquement à des soins ambulatoires soutenus. La transition entre les soins aigus et les soins planifiés est donc un point d'intervention essentiel.

5. Relationnel : concevoir des politiques axées sur l'équité qui tiennent compte de la vie des hommes

La capacité des hommes d'accéder à des soins appropriés et d'y demeurer engagés est influencée par leurs conditions sociales, géographiques, culturelles et économiques. Nous recommandons de :

1. Renforcer l'accès à des services appropriés dans les communautés rurales, nordiques et défavorisées sur le plan socioéconomique, où les hommes peuvent dépendre davantage des soins d'urgence;
2. Soutenir les points d'entrée communautaires et non cliniques, notamment les soins primaires, les milieux de travail et les organismes communautaires, qui peuvent mettre les hommes en contact avec les services appropriés;
3. Financer les services dirigés par les Autochtones et les soins qui reposent sur la sécurisation culturelle, conçus et offerts par des gouvernements et organismes autochtones;
4. Renforcer la coordination entre les services de santé et de consommation de substances et les autres systèmes qui peuvent influencer la santé des hommes et leur engagement dans les soins, notamment le logement, l'emploi, la justice et l'éducation;
5. Reconnaître que les partenaires, les enfants, les amis, les collègues et les autres personnes qui entourent les hommes peuvent constituer des voies vers le soutien et doivent être pris en compte dans la conception des soins.





SECTION 09

Conclusion

Ce n'est pas par choix que les hommes au Canada sont absents du système de santé mentale et de consommation de substances. Ils le sont parce qu'une trop faible part du système a été conçue en pensant à eux. Quelque 1,3 million d'hommes ont des besoins non satisfaits en matière de soutien. Plus de la moitié déclarent avoir rencontré des obstacles à l'obtention de soins efficaces. La décision d'un homme de consulter de nouveau après sa première expérience dépend largement de la façon dont elle s'est déroulée : 67 % de ceux qui en étaient satisfaits demanderaient de nouveau de l'aide, comparativement à 26 % de ceux qui ne l'étaient pas.

Les données administratives couplées de l'Ontario montrent comment ces difficultés peuvent se manifester à l'intérieur d'un système de santé. Même parmi les hommes dont un problème de santé mentale a déjà été identifié, la plupart ne reçoivent aucun service financé par les fonds publics dans l'année suivante. Ceux qui accèdent aux soins sont plus susceptibles d'arriver par l'urgence que lors d'un rendez-vous planifié. Le fardeau n'est pas réparti également. Les jeunes hommes, les hommes des quartiers à faible revenu, ceux des communautés rurales et nordiques et les hommes autochtones se heurtent aux obstacles les plus importants. L'écart de revenu dans l'utilisation des soins aigus ne s'est pas réduit en dix ans. L'écart dans les soins ambulatoires s'est élargi pendant la pandémie.

Rien de tout cela n'est immuable. Ces tendances découlent de modèles de services, de cultures cliniques et de structures systémiques qui peuvent tous être transformés. L'Ontario peut

agir dès maintenant sur les lacunes relevées dans ce rapport, tandis que les autres provinces et territoires peuvent examiner le parcours des hommes dans leur propre système de santé et repérer les tendances semblables. Il est possible d'intégrer aux systèmes actuels des soins qui tiennent compte du genre : rendre les hommes visibles dans les données, renforcer les voies d'accès aux soins, outiller la main-d'œuvre afin qu'elle reconnaisse la façon dont les hommes se présentent et y réponde, améliorer les transitions et les suivis et concevoir des services qui maintiennent leur engagement. Et les retombées ne se limitent pas aux hommes. Lorsque les besoins de ces derniers ne sont pas satisfaits, la charge retombe sur leurs partenaires, leurs familles et les personnes qui s'occupent d'eux – pour la plupart des femmes.

La première Stratégie canadienne sur la santé des hommes et des garçons offre une occasion pancanadienne complémentaire d'accélérer ce travail. Le leadership fédéral peut renforcer la base de données probantes, soutenir le partage des apprentissages entre les administrations, aider à repérer et à mettre à l'échelle les approches prometteuses et maintenir une attention soutenue à l'amélioration de la santé des hommes et des garçons partout au pays. Ensemble, l'action au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux et le leadership pancanadien peuvent faire passer les soins qui tiennent compte du genre de programmes isolés et de pratiques prometteuses à une transformation durable des systèmes de santé.

Les hommes se présentent. Le système doit être conçu pour répondre à leurs besoins.



Glossaire des acronymes et abréviations

Les acronymes sont développés lors de leur première apparition dans le texte. Ils sont regroupés ici à titre de référence.

Acronyme	Définition
2ELGBTQI+	Les personnes aux deux esprits (et bispirituelles), lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers et intersexuées et autres personnes s'identifiant comme faisant partie de communautés à la diversité sexuelle et de genre.
Le cadre des 5R	Un outil de conception systémique pour des systèmes de santé sensibles au genre, structuré autour de cinq domaines : recherche, rejoindre, répondre, retenir et relationnel
IA	Intelligence artificielle
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health [Centre de toxicomanie et de santé mentale]
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ISIC	Institut canadien d'information sur la santé
ICES	Nom légal de l'institut de recherche indépendant à but non lucratif qui détient en fiducie les données sur la santé de l'Ontario, anciennement l'Institute for Clinical Evaluative Sciences.
SMD	Santé mentale et dépendances. Utilisé tout au long de l'analyse de l'Ontario pour décrire les services, les hospitalisations et les visites aux services d'urgence liés à la santé mentale ou à la consommation de substances.
RSMC	Recherche en santé mentale Canada
MLTC	Ontario Ministry of Long-Term Care [Ministère des Soins de longue durée de l'Ontario]
OHIP	Ontario Health Insurance Plan [Régime d'assurance-santé de l'Ontario]

Références

1. Recherche en santé mentale Canada. Du silence au soutien : Offrir un meilleur soutien en santé mentale aux jeunes hommes. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada; 2026. Disponible à l'adresse : <https://www.mhrc-rsmc.ca/sante-mentale-hommes-2026>
2. Statistique Canada. Base canadienne de données de l'état civil – Décès, 2024 [données provisoires]. Ottawa : Statistique Canada; 2026.
3. Institut Movember pour la santé masculine. Le vrai visage de la santé masculine : Rapport canadien 2025. Melbourne : Institut Movember pour la santé masculine; 2025. Disponible à l'adresse : <https://ca.movember.com/movember-institute/the-real-face-of-mens-health-report>
4. Boston Consulting Group. Workplace burnout is costing Canadian companies billions [Internet]. Boston (Massachusetts) : Boston Consulting Group; 2023. Disponible à l'adresse : <https://www.bcg.com/publications/2023/workplace-burnout-costing-canadian-companies-billions>
5. Recherche en santé mentale Canada. Carrefour de données sur la santé mentale des jeunes [Internet]. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada; 2026. Disponible à l'adresse : <https://www.youthdatahub.ca/fr>
6. Kumar MB, Tjepkema M. Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011–2016): findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). Catalogue no. 99-011-X. Ottawa : Statistique Canada; 2019. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-eng.htm>
7. Recherche en santé mentale Canada. Répondre à la Demande: Évaluation de l'Accès aux Services de Santé Mentale des Groupes Démographiques du Canada. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada; août 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.mhrc-rsmc.ca/besoin-et-acces-services-sante-mentale>
8. Commission de la santé mentale du Canada, Recherche en santé mentale Canada. Comblent le déficit de confiance : le rôle des services virtuels et de l'IA dans les soins de santé mentale au Canada [Internet]. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada. Disponible à l'adresse : <https://www.mhrc-rsmc.ca/ia-sante-mentale-rapport>
9. Recherche en santé mentale Canada. Dealing with mental health [présentation non publiée]. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada; 2026.
10. Seymour-Smith S, Wetherell M, Phoenix A. "My wife ordered me to come!": a discursive analysis of doctors' and nurses' accounts of men's use of general practitioners. *J Health Psychol.* 2002;7(3):253–67.
11. Hale S, Grogan S, Willott S. Male GPs' views on men seeking medical help: a qualitative study. *Br J Health Psychol.* 2010;15(4):697–713.
12. Markowitz DM. Gender and ethnicity bias in medicine: a text analysis of 1.8 million critical care records. *PNAS Nexus.* 2022;1(4):pgac157.
13. Almaliah-Rauscher S, Ettinger N, Levi-Belz Y, Gvion Y. "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. *Clin Psychol Psychother.* 2020;27(3):278–87.
14. Haraldsson J, Johnsson L, Kristiansson P, Tindberg Y, Nordgren L. Struggling in no-man's land between childhood and adulthood: a phenomenological-hermeneutical video-observation study exploring adolescent males' encounters with general practitioners. *Scand J Prim Health Care.* 2025 Jul 3;43(3):563–75.
15. Fisher K, Seidler ZE, King K, Oliffe JL, Rice SM. Men's anxiety: a systematic review. *J Affect Disord.* 2021 Dec 1;295:688–702.
16. Fisher K, Rice SM, Scott D, Lubman DI, Oliffe JL, Ogeil RP, et al. Young men's anxiety presentations to Australian ambulance services. *J Affect Disord.* 2025 Sep 1;384:98–106.
17. Seidler ZE, Rice SM, Kealy D, Oliffe JL, Ogrodniczuk JS. Once bitten, twice shy: dissatisfaction with previous therapy and its implication for future help-seeking among men. *Int J Psychiatry Med.* 2020 Jul 1;55(4):255–63.
18. Seidler ZE, Wilson MJ, Kealy D, Oliffe JL, Ogrodniczuk JS, Rice SM. Men's dropout from mental health services: results from a survey of Australian men across the life span. *Am J Mens Health.* 2021 May 1;15(3):15579883211014776.



19. Macdonald JA, Mansour KA, Wynter K, Francis LM, Rogers A, Angeles MR, et al. Men's and boys' barriers to health system access: a literature review. Canberra : Australian Government Department of Health and Aged Care; 2022.
20. Recherche en santé mentale Canada. Centre de données interactif [Internet]. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada; 2026. Disponible à l'adresse : <https://www.mhrc-rsmc.ca/centre-de-donnees>
21. Recherche en santé mentale Canada. Les enjeux élevés : une perspective en santé mentale sur le jeu au Canada [Internet]. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada. Disponible à l'adresse : <https://www.mhrc-rsmc.ca/jeu-sante-mentale>
22. Recherche en santé mentale Canada. Satisfaction with mental health support [Internet]. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada. Disponible à l'adresse : <https://www.mhrc.ca/satisfactionmhreport>
23. Galdas PM, Seidler ZE, Oliffe JL. Designing men's health policy: the 5R Framework. *Lancet Public Health*. 2025;10(10):e848–54. doi:10.1016/S2468-2667(25)00202-6
24. Seidler ZE, Wilson MJ, Baldwin PA, Bismark M, Rice SM, Oliffe JL, et al. A randomized wait-list controlled trial of Men in Mind: enhancing mental health practitioners' self-rated clinical competencies to work with men. *Am Psychol*. 2024;79(3):423–36.
25. Recherche en santé mentale Canada. Men's mental health: conversations across age groups. Understanding perspectives and opportunities for meaningful support [ébauche non publiée]. Mississauga (Ontario) : Recherche en santé mentale Canada; 2026. Disponible à l'adresse : <https://www.mhrc.ca/mens-qualitative-study>
26. Sharp P, Zhu P, Ogradniczuk JS, Seidler ZE, Wilson MJ, Fisher K, Oliffe JL. “Hey Amir, how are you REALLY doing?": participant perspectives of a peer-based suicide prevention campaign for men. *Am J Mens Health*. 2023;17(5):15579883231209189. doi:10.1177/15579883231209189
27. Vella SA, Swann C, Batterham M, Boydell KM, Eckermann S, Fogarty A, et al. Ahead of the Game protocol: a multi-component, community sport-based program targeting prevention, promotion and early intervention for mental health among adolescent males. *BMC Public Health*. 2018;18:390. doi:10.1186/s12889-018-5319-7
28. Wilson MJ, Benakovic R, O’Gorman K, Fletcher J, Oliffe JL, Rice SM, Seidler ZE. Keeping men in mind: practitioner self-efficacy and e-learning implementation one year following training to engage men in therapy. *Couns Psychol Q*. 2025. doi:10.1080/09515070.2025.2536555
29. Ces deux approches ne prenaient en compte que les services couverts par le régime public. Les thérapies financées par des moyens privés et la plupart des médicaments sur ordonnance destinés aux personnes de moins de 65 ans ne sont incluses dans aucune de ces analyses. Par ailleurs, l'ESCC n'inclut pas dans son échantillon les membres des Premières Nations vivant dans des réserves, les membres des Forces armées canadiennes en service actif ni les personnes vivant en établissement – des groupes qui représentent ensemble environ 2 à 4 % de la population cible – et les personnes en situation d'itinérance sont exclues en raison de la base de sondage fondée sur les ménages. Ces lacunes signifient que certaines des populations masculines les plus marginalisées sont probablement sousreprésentées dans les résultats.



MOVEMBER® INSTITUTE
OF MEN'S HEALTH