

# 5

## Résumé

Cet article est le fruit de la rencontre d'un père de famille, d'un travailleur de milieu et de chercheurs issus des sciences sociales et des soins infirmiers. Des voix, se concertant avec le désir de contribuer à l'amélioration de l'accueil de la souffrance masculine dans les milieux de la santé. Cet article postule que l'histoire de ce père en quête de soutien pour surmonter des difficultés associées au contexte de monoparentalité en milieu de pauvreté rejoint l'itinéraire suivi par plusieurs hommes à la recherche de soutien dans le système de soins de santé. L'approche proposée par les chercheurs s'inscrit dans cet axe des sciences sociales et infirmières qui favorise et valorise, dans le processus de soins, l'émergence de la parole des acteurs sociaux. Ce texte fait état des effets salvateurs des récits de vie dans un parcours de santé dans la mesure où ils offrent à des personnes souffrantes une occasion d'attester leur existence face à un système de soins de santé préoccupé par l'énoncé de données probantes et qui fait la sourde oreille aux données vivantes.

**Mots clés** adaptation des services, dépression, hommes, récit de vie, services de proximité, situation de crise

## Récit d'un homme en détresse : trajectoire labyrinthique d'un homme en quête d'aide

**BERNARD ROY,  
MARTIN CHARLAND &  
GILLES TREMBLAY**

### Introduction

À partir du récit d'un homme, père monoparental de trois enfants vivant en situation de pauvreté, nous désirons, dans le présent article, appuyer quelques-unes des recommandations du Rapport Rondeau publié en 2004.[1] Cet article est polyphonique. Il est le fruit de la rencontre de la parole émanant d'un père de famille, d'un travailleur de milieu et de chercheurs issus des sciences sociales et des soins infirmiers. Des voix, se concertant avec pour désir de contribuer à l'amélioration de l'accueil de la souffrance masculine dans les milieux de la santé. C'est dans le contexte d'une

enquête de terrain visant, entre autres, à soutenir les efforts d'intervenants d'un centre local de services communautaires (CLSC) soucieux de mieux atteindre une clientèle considérée comme difficilement joignable que le récit de Keven fut entendu. L'histoire de cet homme c'est d'abord celle d'un père de famille en détresse. L'histoire d'un homme en quête de ressources et de soutien pour l'aider à surmonter ses difficultés et sa souffrance associées au contexte de monoparentalité en milieu de pauvreté qui est le sien.

Nous postulons, dans cet article, que l'histoire de Keven rejoint transversalement et en plusieurs lieux l'itinéraire suivi par plusieurs hommes. Des hommes à la recherche de soutien et d'aide auprès des institutions du système de soins de santé et de services sociaux. Nous avons aujourd'hui accès à cette parole d'un homme en raison du fait que ce dernier a été, in extremis, sauvé d'un projet d'infanticide et de suicide parvenu à son imminence. Un « sauvetage » résultant de la proximité d'un travailleur de milieu ayant su offrir une oreille attentive, capable d'écouter, d'accueillir la souffrance de cet homme. D'un travailleur de milieu suf-

fisamment alerte et réseauté pour inscrire ce père en détresse dans un « système » qui, depuis la perspective de Keven, se montrait totalement inaccessible.

Plus tard, dans le cadre d'un processus d'enquête, Keven partagera son histoire avec le travailleur de milieu et un chercheur. De cette nouvelle rencontre se tisseront des liens entre cet homme et des intervenants communautaires, un organisme communautaire de soutien aux hommes et des chercheurs. C'est de cette rencontre qu'émane aujourd'hui cet article. Keven et son histoire sont désormais inscrits dans une dynamique visant à soutenir des intervenants oeuvrant au cœur d'organisation du système de santé dans leur accueil d'hommes se présentant auprès d'eux pour obtenir de l'aide. Le présent article s'inscrit dans cette volonté de trouver des débouchés d'applications aux enseignements tirés de cette portion du parcours de vie de Keven.

### Mise en contexte

À l'automne 2004, des gestionnaires d'un Centre local de services communautaires (CLSC) de la région de Québec réalisèrent un troublant diagnostic. Considérant la mission de leur établissement commandant l'offre de services de santé et de services sociaux de premières lignes à la population du territoire, ces gestionnaires, supportés par des intervenants du milieu, firent le constat suivant : de larges pans de secteurs particuliers de la population du territoire du CLSC faisaient peu ou pas du tout appel aux services offerts par les professionnels de l'établissement. Ce constat était d'autant plus troublant que la population identifiée était l'une des plus vulnérables du territoire couvert par ce CLSC. En fait, la population d'un important HLM (habitations à loyer modique) du territoire était particulièrement visée par cette prise de conscience issue d'un processus évaluatif. Ce constat était également la résultante d'appels à l'aide émanant d'intervenants oeuvrant directement dans ce milieu de vie qualifié de difficile.

Cette prise de conscience avait également permis de mettre en lumière le fait que, malgré de nombreux et répétés efforts, bien peu de professionnels de la santé et des services sociaux ne parvenaient à joindre les résidents de certains milieux. Devant ce constat, des acteurs du CLSC décidèrent de faire appel à une équipe de chercheurs associés à un centre de recherche universitaire. L'objectif visé par cette rencontre, entre chercheurs et intervenants du CLSC et du milieu, fut de mettre à contribution des universitaires préoccupés par les inégalités de santé à l'intérieur d'un processus de création de pratiques innovatrices au cœur de ce milieu marginalisé.

Si du côté du CLSC on visait à élaborer rapidement un pro-

gramme d'intervention spécifique à ce milieu, les chercheurs issus de l'anthropologie proposèrent d'entreprendre, dans un premier temps, une démarche d'écoute du milieu. Construit à partir de catégories et variables statistiques répondant aux exigences du regard clientéliste des milieux de la santé et des services sociaux, le portrait fait de ce milieu était exempt des perceptions et de la parole des gens vivant au cœur de ce milieu de vie. Lors de cette première rencontre, un certain consensus s'est construit entre intervenants et chercheurs. Le processus de décision enclenché initialement par le CLSC et l'Office municipal d'habitation (OMH) commandait maintenant et pour un temps un « lâcher-prise ». Tous se montrèrent favorables à l'enclenchement d'un travail d'ouverture aux perceptions et explications portées par des résidents de l'immeuble.

Les chercheurs, inscrits dans une perspective critique et appliquée de l'approche anthropologique, proposèrent une forme de mobilisation des acteurs sociaux directement concernés afin de mettre en place des conditions qui favoriseraient l'aboutissement d'un projet d'intervention qui ne serait pas, en bout de parcours, violemment rejeté par les résidents du milieu visé. Il apparaît essentiel ici de mentionner que la posture proposée par ces chercheurs associés au monde de l'anthropologie n'est pas le propre de ce champ disciplinaire. Ce qu'il y a de formidable dans les sciences sociales, est qu'elles sont suffisamment diverses et variées pour permettre, à la fois, de faire taire et de faire parler.[1] L'approche proposée par les chercheurs initiaux s'inscrivait, on s'en doute, dans cet axe des sciences sociales qui favorise l'émergence de la parole des acteurs sociaux.

La démarche initiale proposée s'inspirait des travaux de Corin, Bibeau, Martin et Laplante[2] postulant que l'anthropologie peut apporter un complément à une démarche strictement épidémiologique. L'épidémiologie étant davantage une approche objectiviste désirant généralement faire l'économie du sujet, cette boîte noire inessentielle, dont seuls les discours, les signes exprimés concrètement, les gestes et les oeuvres réalisées sont objets d'intérêts. L'approche proposée plaçait le sujet au cœur de son regard et de ses préoccupations, les faits et données devenant alors inséparables, dans leurs conditions de production, des sujets humains vivants, des acteurs qui les produisent.[3]

Nous avons décidé de faire preuve d'une « raison sensible ». Une raison offrant les conditions favorisant l'expression de la parole puisque postulant qu'il est difficile de bâtir un discours scientifique et pratique sans être près, très près du sujet.[4] Un sujet, acteur social s'exprimant dans l'action et l'auteur de ses actes.[3] L'acteur social était ainsi positionné au cœur

de la quête de connaissance, comme expert et non seulement comme un client réceptacle de services. Nous avons opté pour une posture de chercheur de plein air et renoncé à celle du chercheur confiné qui est particulièrement allergique aux parasites, à l'intrusion des non-experts.[1]

Dans la démarche proposée, la participation constituait le maître mot. Mais pour qu'il y ait participation, certaines conditions se devaient d'être réunies. L'une d'elles consistait à établir un lieu et des conditions favorisant cette parole participative. S'il est facile de nous mettre en bouche le concept de participation, il semble plus difficile de mettre en place ses conditions d'opérationnalisation. Pour Ninacs,[5] spécialiste québécois d'une approche communautaire basée sur l'empowerment, la participation comporte deux volets: l'un psychologique (droit de parole et de participation aux décisions) et l'autre pratique (capacité à contribuer et à assumer les conséquences de sa participation). Ninacs estime donc impossible d'obtenir de la participation sans la mise en place d'un espace, d'un lieu, où celle-ci puisse s'exercer. Ici, il nous fallait créer un espace de parole. Une parole pouvant s'exprimer librement, sans crainte de jugement et assurée d'une reconnaissance.

C'est à partir de cette posture que nous avons entrepris une série d'entrevues avec le travailleur de milieu auprès de résidents de ce HLM de la ville de Québec. C'est par l'implication directe et intense de ce travailleur de milieu que les portes de ce milieu se sont « déverrouillées » et que nous sommes parvenus à entrer, rapidement, en relation avec des acteurs clés au cœur de ce lieu qualifié de difficile, voire même de dangereux.

### La rencontre de Keven

Ce processus d'entrevues aura significativement contribué à faire émerger un tout autre portrait de ce milieu de vie. À l'instar de Christopher McAll,[6] au travers des récits de vie, nous avons découvert des gens sensibles, porteurs de rêves et de projets ne correspondant nullement au portrait que nous nous étions fait d'eux à partir de l'écoute du profil basé sur les déficits que nous avaient présenté les intervenants du CLSC et de l'OMH.

C'est dans ce contexte que nous avons fait, pour la première fois, la rencontre de Keven. Ce dernier nous a fait pénétrer dans un univers insoupçonné. Le récit de Keven nous entraîne dans l'expérience d'un homme vivant en situation de monoparentalité avec trois enfants à sa charge. Mais ce qui retiendra notre attention sera le fait que Keven nous racontera une histoire révélant les appels répétés qu'il a faits aux services du CLSC et de l'inéquité de la réponse qu'il

aura reçue. En ce sens, l'histoire de Keven permet d'imager le parcours parfois sinueux de la demande d'aide des hommes[7,8,9] et les difficultés des services à bien décoder la détresse des hommes plus traditionnels.[10-13]

Le parcours de Keven, comme nous le verrons dans les pages suivantes, l'amènera à frapper à la porte du CLSC de son territoire. Mais, ces portes demeureront difficiles d'accès. En fait, aux yeux de Keven, son parcours au cœur du système de santé semble s'inscrire dans un labyrinthe duquel on sort totalement perdu.[14] Cette rencontre avec Keven nous a obligés à remettre profondément en cause le postulat même à l'origine de notre insertion dans ce milieu de vie. Était-il vrai que les résidents de ce HLM ne faisaient pas appel aux services du CLSC ? Plus encore, ce récit émanait d'un homme qui, de par sa seule appartenance de genre, était, d'entrée de jeu, inscrit dans une catégorie de gens faisant peu ou pas du tout appel aux services de soins de santé.

Le récit de Keven nous entraîna dans son parcours de demande d'aide infructueux qui débouchera dans une spirale infernale d'où émergera un projet d'infanticide et de suicide. Ce sont des conditions particulières qui contribueront à désamorcer le plan de Keven et qui lui permettront de trouver sur son parcours l'aide qu'il convoquait depuis des mois. Des conditions particulières que nous pouvons d'ores et déjà associer à la « proximité ».

### Le récit de Keven

Keven, un homme dans la quarantaine, est père monoparental de trois enfants. C'est au tournant de la vingtaine qu'il fonde un foyer avec la femme qui allait devenir la mère de ses enfants. Voulant prémunir ces derniers de la délinquance et des mauvaises influences du quartier qui l'a vu grandir et en accord avec les valeurs qu'il a reçues, selon lesquelles un homme doit subvenir aux besoins de sa famille et la protéger, il déménage en périphérie de la ville ; là où il croit que ses enfants seront à l'abri. Pour ce faire, il doit travailler le plus clair de son temps. Malgré tout, il dit que cette période fut la plus belle de sa vie, car ses rôles d'époux et de père étaient en adéquation avec le modèle traditionnel de la masculinité auquel il adhère à ce moment. Le père-époux subvient aux besoins de sa famille pendant que la mère -épouse éduque les enfants à la maison.

C'était le paradis : nous vivions ce qu'on appelle une vie normale : le père travaille et la mère s'occupe des enfants à la maison.

Leur foyer devenu trop petit pour accueillir le troisième enfant à naître, Keven doit revenir dans le quartier même dont il protégeait ses enfants pour y trouver un logement à

sa bourse. Les craintes qu'il redoutait se confirmèrent : exposés à des modèles qui leur étaient étrangers jusqu'alors, ses enfants s'approprièrent le langage vulgaire et grossier appris dans le quartier et côtoyèrent des problématiques tout autant étrangères : prostitution, délinquance et pauvreté. Sa relation de couple battit aussi de l'aile. Keven nous raconte que, socialisé à user de détours pour manifester ses émotions par les gestes et l'action, il verbalise difficilement l'amour qu'il a pour son épouse.

Keven, comme bien des hommes, n'avait pas perçu le fossé qui se dressait peu à peu avec sa conjointe. Ainsi, lorsqu'elle décide de le quitter, c'est la surprise la plus totale. Rappelons d'ailleurs que 60% à 77% des séparations sont initiées par les femmes.[15,16] Son univers s'écroule et il sombre dans un état dépressif. En proie à des problèmes financiers et à la souffrance psychologique, il doit agir. Il est alors confronté à un difficile choix représentant pour lui la confirmation d'un échec social : faire ou non une demande pour l'obtention d'un logement en Habitation à loyer modique (HLM).

Avant que j'arrive ici, j'avais une certaine position sociale et avec le divorce, je me suis retrouvé dans le trou et j'ai abouti dans un HLM. J'avais déjà cette perception et mon parcours me l'a confirmée.

L'arrivée au HLM lui est pénible. Cette transition est vécue comme un choc. Les relations sociales du milieu où il arrive lui apparaissent marquées par la méfiance et la suspicion. Il sent que dans ce milieu la règle d'or consiste à ne pas se raconter et à vivre chacun pour soi. Il sait dès lors que dans un tel milieu se raconter s'est s'exposer au qu'en-dira-t-on.

C'est un choc quand on arrive ici : personne ne te reçoit, tu ne connais pas les règles du milieu, c'est insalubre, il y a une grande concentration de famille, des enfants sont laissés sans surveillance même à des heures tardives. Je me suis dit : « Ah mon Dieu ! Dans quoi j'arrive ? ». En plus, je me suis fait apostropher par quelqu'un qui me dit de me méfier de tout le monde.

L'arrivée au HLM représentait pour lui la fin d'une vie, la déchéance, l'échec social. Pour Keven, il importe de saisir l'occasion de repartir du bon pied. Au départ, il espérait arriver dans un milieu où il serait inconnu de tous pour y vivre incognito et refaire sa vie. Mais ce n'est pas ce qui lui arriva. Trois personnes qu'il connaissait résidaient dans le même milieu, elles consommaient alcool et drogues. Dépressif, Keven était soumis à une médication. Fragilisé, on le convainc qu'il valait mieux prendre quelque chose de « plus naturel » pour se soigner.

Je ne consommait ni drogue ni alcool, mais avec la dépression et les problèmes que j'avais, je prenais beaucoup de pilules. Ce n'était pas mieux. Alors, j'ai

commencé à fumer des « joints » et à boire un peu de boisson.

Cette tendance à « s'auto-médiquer » par la consommation d'alcool ou de drogues semble fréquente chez les hommes déprimés. De telle sorte que la comorbidité dépression et abus de substances est très fréquente.[17-19] En fait, il semble y avoir une forte relation entre la dépression et le sentiment de vivre un écart entre leur représentation de ce que devrait être un homme et ce qu'ils sont réellement.[20] Le modèle d'homme auquel référait Keven auparavant s'était écroulé.

Malgré tout, Keven tient le cap. Plutôt que de bénéficier d'une aide sociale à laquelle il a pourtant droit et qui lui permettrait d'assurer le bien-être de sa famille, il préfère travailler pour subvenir aux besoins de ses trois enfants. À cette époque, il y a plus d'un an que la mère des enfants ne s'en occupe plus d'aucune façon. Voulant se protéger d'éventuelles menaces juridiques, Keven entreprit des procédures pour avoir la garde légale de ses trois enfants. Le jugement lui fut favorable. La mère ne s'est pas opposée à la garde et n'a rien demandé témoignant ainsi de son désengagement parental. Corollairement, Keven est seul à la barre, malgré la lourdeur que représente cette situation nouvelle pour un homme habitué à une division traditionnelle des rôles.

J'ai toujours eu mes enfants avec moi. Jamais je n'ai eu de répit. J'étais continuellement avec mes enfants, sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Malgré toutes les difficultés qu'il a traversées depuis la rupture conjugale, Keven demeure inébranlable dans sa volonté d'assumer ses responsabilités parentales. En l'absence de la mère pour contribuer d'une quelconque manière à l'éducation des enfants, Keven est confronté au double-standard (bien souvent assumé par les femmes) qui se traduit, au quotidien, par une double journée de travail. Dans la première, il doit assurer seul la subsistance de sa famille en transitant par l'économie marchande où il puise un salaire. Dans la deuxième, il tente d'effectuer l'ensemble des tâches liées à l'éducation des enfants et à l'entretien domestique. Après des heures de travail épuisantes, c'est dans ce qui lui reste d'énergie qu'il trouve l'élan nécessaire pour répondre aux exigences de sa deuxième journée. Keven s'épuise, mais les codes de la masculinité qu'il a fait sien imposent qu'il se débrouille par lui-même. C'est en cherchant une solution pour s'en sortir par ses propres moyens qu'il trouve dans les matériaux sociaux de son milieu de vie l'élément qui lui permettra de conjuguer ses deux journées de travail. Il est reconnu d'ailleurs que 87% des hommes en détresse consomment de l'alcool comparativement à 12% des femmes

dans la même situation.[7] C'est dans la cocaïne que Keven trouvera sa source d'énergie pour pallier à sa deuxième journée de travail.

Je devais me lever à 5h00 du matin pendant que les enfants dormaient pour me rendre au travail. Je revenais ensuite à la maison pour réveiller mes enfants à 6h30 et leur préparer à déjeuner. Les plus vieux se rendaient seuls à l'école. Moi j'avais tout juste le temps d'aller porter le benjamin à la garderie qui ouvrait à 7h00 avant de me rendre au travail pour 7h30. À la fin de ma première journée de travail, peu importe où j'étais dans la ville, je devais revenir à toute vitesse pour chercher le benjamin au plus tard à 17h30 parce qu'après cette heure les garderies chargent des frais supplémentaires. J'arrivais à la maison le soir pour y faire les tâches domestiques : le ménage, la lessive, le souper, les leçons, etc. Je me levais à 5h00 du matin et je travaillais jusqu'à 17h00. J'arrivais fatigué d'une journée de douze heures de travail et une autre journée commençait à la maison. Avec ce rythme de vie je n'avais plus d'énergie. C'est dans la drogue dure que je l'ai trouvée. Au début je consommais de la cocaïne pour me tenir éveillé pendant ma deuxième journée. Avec ça, le ménage, la lessive, les devoirs et les leçons se faisaient.

Il serait légitime que Keven demande de l'aide. Probablement parce qu'il a appris qu'un homme doit être fort devant les difficultés il demeurera inébranlable dans sa volonté d'assumer seul ses responsabilités. La perception d'un problème est quelque chose de hautement subjectif puisque « les comportements d'une personne sont influencés par la perception qu'elle a d'elle-même et de son environnement, ainsi que des apprentissages et de la socialisation ».[21] Une personne peut donc être dans une situation potentiellement difficile mais ne pas la percevoir assez grave pour demander de l'aide. Plus encore, les exigences de la masculinité sont telles que, non seulement la détection des symptômes tardent, mais longtemps l'homme traditionnel tente de nier le problème ou au mieux de le solutionner par lui-même.[7,8,22] Tout comme les normes et valeurs culturelles, l'ethnicité et la classe sociale, le genre est l'un des éléments qui influence l'étiquetage d'une situation comme problématique. La socialisation masculine implique la compétence, le succès et la réalisation de soi, la confiance en soi, l'agressivité, l'audace, la témérité, la quête de pouvoir, de contrôle, d'autonomie et d'indépendance. Ces attributs entrent en contradiction avec les situations problématiques qui impliquent la reconnaissance d'une vulnérabilité. La demande d'aide peut alors être interprétée comme un signe de faiblesse, voire de faillite, qui peut provoquer des sentiments d'impuissance et de perte de contrôle puisqu'un appel à l'aide revient à avouer une impuissance, un échec.[7,23]

## Le labyrinthe de la demande d'aide

L'exigence de la routine quotidienne que s'impose Keven pour maintenir un niveau de vie se rapprochant de ce qu'il avait auparavant l'épuise. Il reconnaît être dans une situation difficile et commence à admettre qu'il a besoin d'aide, qu'il ne peut pas s'en sortir par ses propres moyens. Il commence une démarche de demande d'aide :

J'ai commencé à chercher de l'aide ; une aide familiale qui aurait pu m'aider avec les tâches domestiques pour que je puisse récupérer un peu. J'ai consulté le bottin téléphonique mais je n'y ai rien trouvé. Partout où j'appelais, on me disait qu'il n'y avait rien pour les hommes. J'ai même appelé un organisme d'aide aux hommes, le seul dans la région. Je leur ai parlé de mon problème. Ils étaient en train de développer un programme pour les hommes dans ma situation, mais je devais attendre qu'il démarre.

Keven est rapidement confronté à l'une des réalités masculines au Québec : la quasi-absence de ressources adaptées aux besoins des hommes. En effet, le rapport Rondeau[11,24] met en lumière qu'il existe peu de ressources au Québec qui sont spécifiquement orientées vers les hommes. Un inventaire des ressources et des services en matière de prévention et d'aide aux hommes réalisé en 2003 révèle que « sur les deux mille huit cents (2 800) ressources présentes au Québec, 76 au total s'adressent exclusivement à une clientèle masculine, ont une approche spécifique de genre et ne sont pas assimilables aux ressources courantes du réseau des services sociaux ».[24] De plus, ces ressources sont confrontées à un sous-financement chronique de sorte qu'elles éprouvent toutes des difficultés financières qui se traduisent dans la pratique par un manque récurrent de ressources humaines spécialisées.

Keven cherche donc de l'aide sans en trouver. Dans ce contexte, il se sent de plus en plus isolé. Tout se passe comme s'il sentait que, parce qu'il est un homme, il est inconcevable qu'il souffre et qu'il ait besoin d'aide et pourtant sa détresse s'amplifie.

Finirais-je par trouver quelqu'un à quelque part qui pourrait m'aider ? Tous les appels que j'ai faits me référaient au CLSC. Désespéré, je m'y suis rendu. Après l'accueil, on nous dirige dans la salle d'attente avant de pouvoir rencontrer quelqu'un. Déjà après quinze minutes d'attente, je ne tenais plus sur ma chaise. Je commençais à tourner en rond dans la salle d'attente comme un chien dans sa cage en disant à la préposée de l'accueil de se dépêcher parce que j'avais réellement besoin d'aide. Durant tout le temps que j'y étais, il ne s'est rien passé. Personne n'est venu me voir pour évaluer mon cas ou simplement pour me calmer. Au moins, cela m'aurait fait voir qu'il y avait quelqu'un à quelque part qui pouvait enfin m'aider.

Je n'en pouvais plus d'attendre, alors je suis parti.

Depuis une perspective clinique nous pourrions reprocher à Keven d'être parti avant d'avoir rencontré un ou une professionnelle. Mais cela contribuerait à faire porter sur ses épaules ce qui apparaît comme le poids d'un problème social. Rappelons-nous qu'en période de crise, l'anxiété est forte et l'attente peut devenir insupportable. Par ailleurs, les codes de la masculinité interdisent la vulnérabilité et la faiblesse, [22,25] celles-ci devant être cachées. Le recours à autrui pour résoudre un problème peut être considéré comme un comportement « anormal », un signe de faillite, d'où une exigence particulière des hommes plus traditionnels en matière d'anonymat et de confidentialité. Cette dernière ne se limite pas qu'au contenu des échanges, elle s'étend au secret de la demande d'aide elle-même, laquelle est considérée comme une affaire personnelle et privée. Or, la réponse à la demande d'aide s'accompagne le plus souvent par une période d'attente dans une salle prévue à cette fin. Les individus y sont en contexte de co-présence, chacun sait que l'autre y est pour une raison spécifique liée à un quelconque problème. Dans ce contexte, l'attente dans ces salles peut représenter une entrave à la confidentialité de la demande d'aide et se traduire par une augmentation d'un sentiment d'angoisse lié au manquement aux codes de la masculinité. Le simple fait d'être dans la salle d'attente est un indicateur, ou un signe, que l'individu y est pour consulter un spécialiste. Le comportement de Keven dans la salle d'attente appuie ce qui précède. L'urgence de sa situation n'expliquerait pas à elle seule le sentiment d'isolement qu'il avait, le dévoilement public de sa vulnérabilité ajouterait également au caractère insoutenable de l'attente. Son départ n'a pas réglé la situation pour autant. Bien au contraire. La tension monte de plus en plus. Keven fait une autre tentative de demande d'aide au CLSC.

J'étais en train de m'engouffrer dans mes problèmes. Je devais savoir si j'étais normal. Je devais avoir de l'aide. Je devais rencontrer un psychologue, c'était urgent. Mais de psychologue, jamais je n'en ai vu. Au CLSC, il faut se présenter à l'accueil et expliquer son problème. J'ai expliqué à la préposée de l'accueil que je devais voir un psychologue parce que je n'allais vraiment pas bien psychologiquement et que j'étais en train de perdre le contrôle. Elle m'a répondu que je ne pouvais pas rencontrer un psychologue directement; je devais d'abord rencontrer un médecin qui lui me référerait au besoin.

Dans ce récit, lorsque Keven demande à voir un psychologue, c'est moins une personne appartenant à cet ordre professionnel qu'à une autorité compétente qui validerait sa souffrance qu'il demande à voir, une personne qui pourrait lui confirmer

que quiconque dans sa situation aurait besoin d'aide et de soutien et, surtout, qu'il n'est pas incompetent. En entendant le titre psychologue, l'intervenante à l'accueil enclenche les procédures: selon le protocole un « patient » doit être référé par un médecin pour rencontrer un psychologue. Tout se passe comme si nous étions devant un problème de dialogue entre deux interfaces qui ne peuvent se comprendre. Les hommes traditionnels consultent moins et lorsqu'ils consultent, ils arrivent souvent en crise et recherchent un expert qui saura les comprendre sans jugement. [7] Raconter sa souffrance à quelqu'un représente déjà un acte de courage, on comprendra alors qu'il pouvait être impensable pour Keven de devoir répéter ses lourds secrets à chacune des étapes du processus de triage et de référence propres à l'organisation technocratique du réseau de la santé et des services sociaux. Plus encore, à chaque fois, plane le sentiment de peur d'être dénoncé comme « mauvais parent » à la protection de la jeunesse et de perdre la garde des enfants.

Ce mode « masculin » de demande d'aide ne correspond pas aux normes culturelles habituelles d'expression de la souffrance qui est influencée, en partie, par l'histoire de la relation d'aide et de soin. Les rôles de soignants et d'aidants ont été historiquement dévolus aux femmes par la division sexuelle du travail et cela influence la culture des services et des organisations d'aide. En effet, plusieurs études tendent à démontrer que les comportements en adéquation avec les normes et les valeurs de ces services sont basés sur des critères principalement attribués au genre féminin. [7,8,11,26] Ceci modèlerait l'environnement social à l'intérieur duquel s'inscrit la trajectoire de demande d'aide en influençant tant les comportements que les modes d'interaction. Ce qui, en retour, « détermine les catégories de personnes qui offrent ou qui reçoivent de l'aide » (p. 63). [8] Les dispensateurs de services de santé et de services sociaux ont l'habitude d'intervenir auprès des femmes et sont moins à l'aise d'intervenir auprès des hommes, notamment en situation de crise. [8] À la source d'une dynamique particulière, cette situation rend le système de prestation de soins et de services sociaux le plus souvent sourd à la détresse et à la souffrance des hommes. [8] L'attitude et les comportements de la clientèle masculine ne cadrent pas avec les représentations sociales et culturelles du patient, client ou malade. On s'attend à ce qu'ils soient soumis, passifs et dépendants sauf que dans une situation de détresse, les hommes n'ont pas nécessairement tendance à se comporter de la sorte. La combinaison de cet ensemble de facteurs a plusieurs implications sur la trajectoire de demande d'aide des hommes. Elle se traduit par une absence de lieux sociaux et culturels pour

dire et exprimer la souffrance masculine et elle résulte en une difficulté à décoder les manifestations de la souffrance et de la détresse masculine puisque ces dernières ne cadrent pas avec les normes culturelles dominantes de leur expression. Finalement, elle résulte en des mécanismes qui contribuent implicitement à limiter l'accès de la clientèle masculine au réseau de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant qu'un homme en quête de services sociaux sente que les ressources ne s'adressent pas à lui, comme en témoigne Keven :

C'est une situation que j'ai trouvé extrêmement difficile. Tous les téléphones que j'ai faits me réfèrent au CLSC et j'ai l'impression que si on n'est pas une femme on y attend longtemps. Je n'arrive pas à me l'expliquer, mais on dirait que l'aide se centre davantage sur les femmes monoparentales que sur les hommes monoparentaux. J'ai même consulté le babillard des ressources à l'accueil du CLSC. Toutes les brochures qui y figuraient présentaient des organismes qui viennent en aide aux femmes. Aucune ne présentait un organisme pouvant venir en aide aux hommes dans ma situation. On dirait que toute l'aide se centre sur les femmes et que pour les hommes il n'y a rien. Sauf pour des problèmes de violence ou d'alcoolisme, où il y a des organismes pour les hommes. Mais pour un homme qui n'a pas ces problèmes, il n'y a absolument aucune aide.

Ceci ouvre à d'autres aspects de la réalité masculine, notamment les représentations sociales des hommes et de leur accès au réseau de la santé et des services sociaux. Il est largement admis que les représentations véhiculées à l'égard d'un groupe social influencent le regard porté sur les individus qui le compose de même que sur l'interprétation de leurs comportements. Les exigences de la masculinité ne concernent pas uniquement les hommes, elles influencent également les attentes sociales liées à ce groupe. Même si la catégorie sociale des hommes peut souffrir autant que n'importe quelle autre catégorie sociale, l'expression d'un sentiment semble empêchée par un ensemble de préjugés véhiculés à leur égard. « Dans la société, bon nombre croient que les hommes ont tout, qu'ils forment le groupe le plus favorisé et qu'ils sont en position dominante, en position de pouvoir. Or, qui dit pouvoir sous-entend souvent *de gérer sa vie* » (p. 110).[8] Reprenant à leur compte les exigences de la masculinité hégémonique selon lesquelles les hommes n'ont pas besoin d'aide, puissants qu'ils sont à surmonter les difficultés par leurs propres moyens, les tenants de cette position soutiennent que les ressources de la société devraient être réservées aux personnes plus vulnérables. Une telle position contribue à reproduire un système de représentations qui assigne à un sexe une identité vulnérable, comme en témoigne l'écart entre le soutien offert aux femmes et aux hommes,[11]

et à l'autre une identité porteuse de pathologies, comme le suggère le réseau de ressources répondant à une clientèle spécifiquement masculine. Ce dernier s'adresse majoritairement à des hommes qui ont des comportements considérés pathologiques: violence, toxicomanie, alcoolisme, jeu. Cette construction de l'identité masculine, de même que la réponse aux difficultés rencontrées par les hommes réduites aux comportements pathologiques, génèrent un espace où sont évacués les hommes qui ne correspondent pas à ces critères et contribue à voiler la souffrance masculine et le tabou qui l'accompagne. Cette difficulté de relation avec les services laisse Keven seul dans une détresse qui s'amplifie. La spirale des idées de plus en plus noires se dresse devant lui.

J'ai compris qu'il n'y avait pas d'aide pour moi et que je devais me débrouiller seul. C'est à partir de ce moment que j'ai commencé l'engrenage de la drogue. Si seulement j'avais eu de l'aide à la maison, des répit pour me reposer un peu, jamais je n'aurais connu la déchéance que j'ai vécue et je travaillerais encore aujourd'hui. À la longue, rendu à ma deuxième journée de travail j'étais tellement épuisé que même la cocaïne ne me tenait plus éveillé. Il ne fallait pas que je dorme parce que je devais m'occuper de mes enfants et de la maison ; les enfants étaient encore trop jeunes pour s'occuper d'eux-mêmes ou pour faire les tâches domestiques. Il me fallait des drogues plus fortes, donc plus dures. Avec le crack, je ne dormais pas, mais je ne mangeais plus non plus. Je n'ai jamais abandonné mes enfants ; je faisais avec eux le trajet de la maison à l'école matin et soir. Mais je n'étais plus vraiment présent pour eux parce que la seule chose qu'on a envie de faire avec le crack, c'est de fumer du crack. La drogue pouvait me coûter de trois à quatre cent dollars par jour. Je ne payais plus ni le loyer ni les factures. Je n'achetais que le strict minimum de nourriture pour que mes enfants puissent manger. Tout mon argent allait dans la drogue, elle me coûtait près de deux mille dollars par semaine. J'étais dans une déchéance si totale que je commençais à penser au suicide et à emporter mes enfants avec moi dans la mort... C'était vraiment trop pour moi, j'étais sur le point de passer aux actes : je me serais vraiment suicidé après avoir tué mes enfants.

La double-absence d'un espace d'aide adaptée aux réalités masculines et de la reconnaissance de la souffrance masculine influe sur les demandes d'aide des hommes. La demande d'aide implique le dévoilement de soi et l'exposition de ses difficultés. Or, le dévoilement de soi appelle à un sentiment de confiance et de sécurité créé par le double mouvement d'ouverture et de proximité. Il engage une ouverture assez grande et manifeste pour favoriser un rapprochement, une mise à niveau avec l'autre dans l'interaction pour qu'une relation puisse se développer et que la personne puisse dévoiler et révéler une part de son intimité.[27] De même

que la confiance se construit dans et par la relation et qu'elle ne s'active que dans le lien social, de même que c'est l'expérience de cette relation qui en qualifiera le degré, allant de la défiance à la foi. Les mécanismes d'évacuation maintenant à distance les hommes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que la fermeture sociale apparente à l'idée qu'un homme puisse souffrir contribue à placer ces derniers en situation de méfiance envers l'organisation des services de santé et des services sociaux.

L'expérience de Keven quant à l'organisation des services de santé et des services sociaux l'amène à penser qu'il n'y a pas d'aide pour les hommes et que ces derniers sont considérés comme des êtres porteurs de pathologies et potentiellement dangereux. La spirale dans laquelle Keven est engagé n'est certes pas sans lien avec les effets dévastateurs de la non-réponse à ses multiples mais infructueuses demandes d'aide. De son point de vue, les ressources du système lui sont inaccessibles puisqu'elles sont, pour ainsi dire, inexistantes. Il lui faudrait, de plus, se dévoiler à des inconnus dans un contexte d'inégalité puisqu'ils ont le pouvoir de lui retirer ses enfants. Se rompt réflexivement le rapport de confiance qui unit Keven et le système.

### Un dénouement dans la proximité

La trajectoire de Keven qui semblait le diriger tout droit vers un tragique et désastreux passage à l'acte sera profondément modifiée par sa rencontre avec un travailleur de milieu. En fait, il connaissait l'existence de cette personne depuis son arrivée au HLM puisque ce travailleur y oeuvrait depuis plusieurs années déjà. La présence de ce travailleur de milieu jumelée avec l'émergence d'un projet novateur avec le CLSC du territoire contribueront significativement au désamorçage de cette profonde crise que traversait cet homme monoparental. Il faut également souligner que l'intérêt du CLSC pour ce HLM particulier était intimement lié aux appels à l'aide qu'avait logés le travailleur de milieu ainsi qu'un intervenant qui oeuvrait, à l'époque, pour l'OMH. Travaillant directement dans le milieu de vie des résidants, ce travailleur de milieu avait logé des appels à l'aide pour que des institutions puissent le supporter dans son travail. Le CLSC du territoire qui cherchait à pénétrer ce milieu de vie répondit à l'appel. À partir de ce réseautage, des liens se sont tissés entre ce CLSC et les résidants du HLM grâce à l'appui de ce travailleur de milieu.

Dans les HLM où j'habite, il y a un travailleur de milieu. Il sort dans la cours, il parle de tout et de rien, il est là et il aide les gens. Je lui parlais toujours un peu. Il voyait que je dépérissais de jour en jour, mais il ne me posait pas trop de questions. Un matin, je suis sorti dans la cours et il y était. Je lui parlai de

mes problèmes et que je pensais sérieusement au suicide. Il me répondit qu'il pouvait m'ouvrir une porte au CLSC, mais que ce serait la seule et unique occasion. C'était ma chance et je l'ai prise. Le lendemain, j'avais un rendez-vous au CLSC. Ça a pris une journée, une seule journée. C'est formidable qu'il y ait des personnes comme ce travailleur de milieu qui soient capables d'ouvrir des portes aussi rapidement. S'il n'y avait pas de personne semblable, il y aurait beaucoup de personnes qui auraient de graves problèmes. Peu importe les besoins, il peut ouvrir les portes. Au CLSC c'est tout le contraire. Pour parler à quelqu'un il faut entrer dans le système et pour cela il faut attendre. C'est le problème que je constate parce que lorsqu'une personne a vraiment besoin d'aide, ça se voit. Et quand une personne est en détresse, l'aide doit venir rapidement parce que les conséquences peuvent être funestes.

La pratique du travail de milieu implique une présence continue sur le terrain. Cette présence ne se réduit pas à l'aire d'un local où s'offre des services à une population dans l'attente de la clientèle. Au contraire, elle implique d'investir le milieu pour en comprendre les manières de penser, de sentir et de faire. Elle engage un lien d'ouverture au milieu et d'écoute à ces manières d'être où le jugement, au sens sentencieux du terme, est évacué. De cette présence et de cette ouverture sans cesse renouvelées s'amorce, dans un double mouvement, un travail de proximité à l'autre dans la quotidienneté, qui s'inscrit dans la durée. En résulte un espace de confiance à l'intérieur duquel le travailleur de milieu est directement accessible. Aux confins des champs sociaux institués, le travailleur de milieu se situe à la marge des modes d'intervention traditionnels et peut dresser des ponts entre des sujets « en ruptures » et des structures sociales.[28] Figure de proximité et de confiance, le travailleur de milieu a joué le rôle de passeur entre Keven et les services du CLSC qui lui étaient jusqu'alors inaccessibles. De ce passage, l'aide du CLSC est parvenue à désamorcer la crise et le funeste plan de Keven. Maintenant, c'est un homme transformé qui parle :

Finally, l'aide est arrivée dès que j'ai rencontré le travailleur social du CLSC. En moins de deux jours, mes enfants étaient placés et je m'apprêtais à aller dans un centre de thérapie fermée de trois mois pour prendre soin de moi. J'y ai suivi la thérapie complète et je suis abstinent depuis six mois : ni alcool ni drogue, rien. J'ai des rencontres de Narcotiques Anonymes trois fois par semaine ; j'ai besoin d'être avec des gens sobres. J'ai changé tout mon entourage, je m'entoure que de gens qui ne consomment pas. J'ai beaucoup de soutien de ma famille et du travailleur de milieu aussi. Avec les enfants, les choses vont beaucoup mieux depuis qu'il y a deux travailleurs sociaux qui s'occupent d'eux et qui me conseillent, me donnent des trucs.

Une fois le lien créé, les hommes peuvent s'engager in-

tensivement dans le processus d'aide et de traitement. Les changements sont alors rapides et significatifs comme en témoigne l'histoire de Keven. La reconnaissance des forces de Keven, et en particulier de l'attention et l'amour voué à ses enfants, a permis de créer un lien thérapeutique aidant et de générer l'espoir que la situation puisse changer. Plus encore, pour Keven, cela a aussi permis de s'ouvrir sur des dimensions sociales. Ayant appris de cette pénible histoire, il espère aider d'autres hommes à s'en sortir et aider le « réseau » à améliorer ses services et plus particulièrement sa capacité à détecter adéquatement la détresse des hommes. La trajectoire labyrinthique suivie par Keven nous invite à reprendre les propos de Jacques Attali cités par Mario Paquet dans son ouvrage *Parcours de soins à domicile*.<sup>[4]</sup> « Traverser, ne serait-ce qu'une fois, un labyrinthe transforme la conscience pour toujours. Après s'être perdu, on a découvert toutes les portes de soi-même, on s'est exploré. « Voyageur traqué », on n'a pas trouvé la vérité, mais un chemin vers une question plus difficile. Dès lors qu'il a « rencontré la réalité de l'expérience », « l'homme labyrinthique ne cherche jamais la vérité, mais toujours seulement son Ariane ». Il ne débouche en fait que sur un chemin menant à un autre labyrinthe ». Mieux outillé, sans doute saura-t-il traverser les labyrinthes futurs de manière plus harmonieuse. Plus encore, il contribue, par son histoire, à aider d'autres personnes à trouver leur fil d'Ariane.

## Conclusion

Le parcours que Keven a accepté de partager avec nous est, de notre point de vue, riche d'enseignements. Il est riche en enseignements, mais aussi, nous en faisons le pari, la trajectoire de cet homme rejoint celles empruntées par d'autres hommes du territoire et d'ailleurs au Québec. L'écoute du récit de Keven nous a obligés à remettre en question la justesse de l'énoncé de départ du projet initié par le CLSC. Était-il vrai que les résidents du HLM visé par ce projet spécifique ne faisaient pas du tout appel aux services du CLSC ? Si, à partir du seul récit de cet homme, nous ne pouvions complètement réfuter la justesse de ce premier questionnement, nous pouvions tout de même le nuancer. Par ailleurs, le récit de Keven nous oblige à moduler notre compréhension des parcours empruntés par des hommes souffrants pour obtenir de l'aide et nous inscrit dans sa trajectoire d'homme monoparental une autre réalité qui, de notre point de vue, est et demeure méconnue.

Depuis la posture qui est la nôtre nous estimons que le parcours de Keven rejoint transversalement des réalités vécues par d'autres hommes de la société et qu'il permet d'éclairer les problèmes de l'interface offerte par le CLSC pour en-

tendre, recevoir et accueillir des demandes d'aide utilisant des langages, des modes de communication faisant parfois outrage aux règles culturelles dominantes au sein de ces institutions.

Le parcours de Keven appuie également une proposition que bien d'autres ont faite avant nous : l'importance de développer et de maintenir des approches de proximité et novatrices auprès de clientèles pouvant être qualifiées de vulnérables. Il ne s'agit pas d'une simple proximité géographique. Il s'agit d'une proximité permettant, entre autres choses, l'établissement d'un rapport d'égalité et de reconnaissance de l'expertise de l'acteur social. Et justement, le récit de Keven nous force à reconnaître la créativité de l'acteur social et son désir de trouver des alternatives et des solutions pour affronter les difficultés qu'il rencontre dans sa vie, même si les solutions trouvées et adoptées ne rejoignent pas celles que proposeraient des intervenants professionnels. Ce récit invite aussi à poursuivre la remise en question des modes d'intervention basés sur les « problèmes », les « incompétence », voire même la « dangerosité » et plutôt s'appuyer sur les forces, particulièrement dans le travail avec les clientèles plus vulnérables. Certains auteurs<sup>[29,30-32]</sup> ont souligné les effets salvateurs et thérapeutiques des récits de vie dans la mesure où ils offrent à des acteurs sociaux, vivant en situation de relative exclusion qui les prive de l'accès à un lieu de parole et de pouvoir, une occasion d'attester leur existence propre face à la société, en d'autres termes, à exister dans le regard de l'autre.

## Références

1. Callon M. Lascoumes P. Barthe Y. *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil; 2001.
2. Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 1990.
3. Réhaume J. Au cœur de la sociologie clinique : sujet charnel, lien social et acteurs sociaux. in : Mercier L. Réhaume J. (dir.). *Récits de vie et sociologie clinique*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2007. p. 61-117.
4. Paquet M. *Vivre une expérience de soins à domicile*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2003.
5. Ninacs WA. *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique et communautaire au Québec*. Québec : Université Laval : Thèse de doctorat, Faculté des sciences sociales, École de service social; 2002.

6. McAll C. *Se libérer du regard : agir sur la pauvreté au centre-ville de Montréal*. Montréal : Saint-Martin; 2001.
7. Dulac G. *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille. École de service social : Université McGill; 1997.
8. Dulac G. *Aider les hommes... aussi*. Montréal: VLB; 2001.
9. Turcotte D, Dulac G, Lindsay J, Rondeau G, Dufour, S. La demande d'aide des hommes en difficulté : trois profils de trajectoire. *Intervention* 2002; 116:37-51.
10. Courtenay WH. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men : Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies* 2000; 9(1):81-142.
11. Rondeau G. (dir.) *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins. Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux; 2004.
12. Tremblay G, L'Heureux P. L'intervention psychosociale auprès des hommes : Un modèle émergent d'intervention clinique. *Intervention* 2002; 116:13-25.
13. Tremblay G, L'Heureux P. Psychosocial Intervention with men. *International Journal of Men's Health* 2005; 4(1):55-72.
14. Attali J. *Chemins de sagesse : traité du labyrinthe*. Paris : Fayard; 1996.
15. Tremblay S. *Condition des pères et place des hommes dans la famille*. Document de travail. Québec: MFE; 2002.
16. Kiecolt-Glaser JK, Newton T.L. Marriage and health : his and hers. *Psychological Bulletin* 2001; 127(4):472-503.
17. Cochran S, Robinovitz F.E. *Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives*. Washington: APA; 1999.
18. Houle J. *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Thèse de doctorat. Montréal : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; 2005.
19. Lynch JL, Kilmartin C. *The Pain Behind the Mask: Overcoming Masculine Depression*. New York: Haworth Press; 1999.
20. Tremblay G, Morin M.-A, Desbiens V, Bouchard P. *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Rapport de recherche. Québec : CRI-VIFF; 2007.
21. Saint-Arnaud Y. *Créer son propre modèle : devenir autonome*. Montréal : Le Jour; 1983.
22. Brooks GR. *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1998.
23. Turcotte D, Dulac G, Lindsay J, Rondeau G, Turcotte P. *Attentes et appréhensions des hommes face à l'aide psychosociale*. in : Rondeau, G, Hernandez, S. (dir.). *Entre les services et les hommes : un pont à bâtir. Actes du colloque de l'équipe Hommes, violence et changement tenu à St-Hyacinthe le 25 octobre 2002*. Montréal et Québec: CRI-VIFF, 2003. p. 15-19.
24. Dulac G. *Inventaire des ressources et services disponibles en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill (en annexe au Rapport Rondeau); 2003.
25. Pollack WS. *Real boys-Rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York: Random House; 1998.
26. Perreault R, Dufresne A, Laurendeau M.C. *L'accueil téléphonique dans les Centres de santé mentale : la perspective du consommateur*. *Sociologie et sociétés* 1985; XVII(1):83-91.
27. Charland M. *La confiance au cœur de l'exil : récits de réfugiés colombiens*. Québec : Université Laval, Mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie; 2006.
28. Fontaine A, Duval M. *Le travail de rue... dans un entre-deux*. Montréal : Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal; 2003.
29. Rhéaume J. *Citoyenneté dans l'action communautaire. Une étude de cas : Multicaf, Cahiers METISS* 2006; 1(1):9-23.
30. Roy B, Fecteau K. *Paroles et pouvoirs de femmes des Premières Nations*. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2005.
31. Roy B, Veillette A. M. *Exploration du concept d'évaluation citoyenne dans une perspective d'application dans le système de services de santé et de services sociaux*. Québec : Le Conseil de la santé et du bien-être; 2005.
32. Brun P. *Le récit de vie dans les sciences sociales*, article extrait du dossier no 188 « L'écriture de la vie », novembre 2003, in *Quart Monde*. Disponible sur <http://www.revue-quartmonde.org/spip.php?article62>. Consulté le 5 janvier 2009.

*Pour contacter l'auteur:*

*Bernard Roy, Inf., PhD*

*Professeur adjoint*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*Pavillon Ferdinand-Vandry*

*1050, avenue de la Médecine*

*Québec, Québec, G1V 0A6*

*Canada*

*Courriel: [bernard.roy@fsi.ulaval.ca](mailto:bernard.roy@fsi.ulaval.ca)*

*Martin Charland M.A.*

*Professionnel de recherche*

*Université Laval*

*École de service social et département d'anthropologie*

*Gilles Tremblay, Ph.D*

*Professeur agrégé*

*Université Laval*

*École de service social*