

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 8

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État,
Mention MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Emilie CHENOT

Née à Metz le 15/01/1993

Masculinité hégémonique et état morbide :

une cohabitation possible ?

Etude qualitative de 13 entretiens

Président de Thèse : Professeur Jean-Christophe WEBER

Sous la direction de : Angéline PACE, Docteure

Fabien ROUGERIE, Docteur

| | | |
|---|---|---|
| ADM et Finances D1 - 5494 F (ADM) | Services hospitaliers universitaires / Localisation - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | Sous-section de l'enseignement post-secondaire 11.01 Sciences Biologiques + médecine vétérinaire |
| Medecine Vétérinaire | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.01 Anatomologie / Anatomie, Physiologie / Anatomie Anatomie - Anatomie des Vertébrés - Équins |
| Medecine Dentaire | - 74000 Bourges (Centre de Santé, Anatomologie, Pathologie, Stomatologie) - 74000 Bourges (Centre de Santé) - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.02 Stomatologie |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.03 Sciences Biologiques / Anatomie / Physiologie |
| Pharmacie | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.02 Pharmacie / Pharmacie |
| Medecine (Généraliste) | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.02 Stomatologie |
| Pharmacie | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.02 Pharmacie / Pharmacie |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.03 Sciences Biologiques / Anatomie / Physiologie |
| Medecine (Généraliste) | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.02 Stomatologie |
| Pharmacie | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.02 Pharmacie / Pharmacie |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.03 Sciences Biologiques / Anatomie / Physiologie |
| Pharmacie | - 74000 Bourges - Centre Hospitalier de Bourges (Centre de Santé) | 11.02 Pharmacie / Pharmacie |

02 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monopartenance)

| | | | | |
|------------------------------|--|----|------------------------|-------------------------------------|
| DE 2000 (Généraliste) | Laboratoire d'Anatomie et de Physiologie de l'Homme et de l'Animal, UFR de Médecine, Université de Bourges | 71 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
|------------------------------|--|----|------------------------|-------------------------------------|

03 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monopartenance)

| | | | | |
|---|--|----|------------------------|-------------------------------------|
| Medecine Dentaire | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 66 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 66 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Pharmacie | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 71 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 66 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 66 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 66 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Pharmacie | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 71 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Medecine (Généraliste, Pédiatrie, Gynécologie, etc.) | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 66 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |
| Pharmacie | UMR 1022 - Anatomie et Physiologie de l'Homme et de l'Animal | 71 | Enseignement technique | Maîtrise de la spécialité technique |

F1 - PROFESSEURS EMÉRITES

1. **Dr Robert Auld (premier semestre)**
 1. 24021 (Rég. à 12 sa. et un at. d'usage) et 24022 (at. d'usage) - sans autre qualification et 24023 (sans autre qualification)
2. **prof. emérite (des sept années 2022 au 31 août 2024)**
 24027 (Rég. à 12 sa. et un at. d'usage) et 24028 (at. d'usage)
 24029 (sans autre qualification) et 24030 (sans autre qualification)
 24031 (sans autre qualification) et 24032 (sans autre qualification)
 24033 (sans autre qualification) et 24034 (sans autre qualification)
 24035 (sans autre qualification) et 24036 (sans autre qualification)
 24037 (sans autre qualification) et 24038 (sans autre qualification)
 24039 (sans autre qualification) et 24040 (sans autre qualification)
 24041 (sans autre qualification) et 24042 (sans autre qualification)
 24043 (sans autre qualification) et 24044 (sans autre qualification)
 24045 (sans autre qualification) et 24046 (sans autre qualification)
 24047 (sans autre qualification) et 24048 (sans autre qualification)
 24049 (sans autre qualification) et 24050 (sans autre qualification)
3. **prof. emérite (des sept années 2022 au 31 août 2024)**
 24051 (Rég. à 12 sa. et un at. d'usage) et 24052 (at. d'usage)
 24053 (sans autre qualification) et 24054 (sans autre qualification)
 24055 (sans autre qualification) et 24056 (sans autre qualification)
 24057 (sans autre qualification) et 24058 (sans autre qualification)
 24059 (sans autre qualification) et 24060 (sans autre qualification)
 24061 (sans autre qualification) et 24062 (sans autre qualification)
 24063 (sans autre qualification) et 24064 (sans autre qualification)
 24065 (sans autre qualification) et 24066 (sans autre qualification)
 24067 (sans autre qualification) et 24068 (sans autre qualification)
 24069 (sans autre qualification) et 24070 (sans autre qualification)
4. **prof. emérite (des sept années 2022 au 31 août 2024)**
 24071 (Rég. à 12 sa. et un at. d'usage) et 24072 (at. d'usage)
 24073 (sans autre qualification) et 24074 (sans autre qualification)
 24075 (sans autre qualification) et 24076 (sans autre qualification)
 24077 (sans autre qualification) et 24078 (sans autre qualification)
 24079 (sans autre qualification) et 24080 (sans autre qualification)
 24081 (sans autre qualification) et 24082 (sans autre qualification)
 24083 (sans autre qualification) et 24084 (sans autre qualification)
 24085 (sans autre qualification) et 24086 (sans autre qualification)
 24087 (sans autre qualification) et 24088 (sans autre qualification)
 24089 (sans autre qualification) et 24090 (sans autre qualification)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

N. COURTES CH. DE TUDU

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

| | |
|----------------------|-----------|
| Pr. DIMITRI DIMITROV | 1000-1000 |
| Pr. ANDRÉ JACOB | 1000-1000 |
| Pr. JEFFREY JACOB | 1000-1000 |
| Pr. FRÉDÉRIC ANTOINE | 1000-1000 |
| Pr. VIVIANE ANTOINE | 1000-1000 |
| Pr. ESTHER JACOB | 1000-1000 |
| Pr. ESTHER JACOB | 1000-1000 |

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patient.es des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères et mes consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes, les femmes, mes confrères et mes consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le Jury de cette thèse et d'évaluer mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À mes Directrice et Directeur de thèse, Dr Angéline PACE et Dr Fabien ROUGERIE, pour avoir accepté de co-diriger ma thèse et pour tout l'intérêt que vous y avez porté.

À l'assesseur du Jury, Dr Elise FRAIH, pour l'intérêt que tu as porté à mon sujet de recherche.

Aux participants de l'étude

Merci pour vous être prêtés avec confiance et ouverture à cette recherche.

A mes proches

À mes ancien.ne.s colocs, Claire, Valentin et Charlotte pour avoir cédé une place à l'envahissement médical dans la bibliothèque et dans votre quotidien. Merci surtout pour les soirées de décompression tarot. Une dédicace spéciale à Charlotte pour l'aide dans des traductions parfois subtiles.

À mes fidèles ami.e.s, avec toute mon affection et dans l'ordre alphabétique, Callisto, Charlie, Liza, Marine et Marion pour ces heures de débriefing et d'encouragements au cours de cette dernière décennie. Merci pour votre aura lumineuse, vos oreilles attentives et votre constante bienveillance. Je te remercie Marine spécialement pour ta relecture.

À mes amis doctorants ou docteurs, Florian, pour ta patience, ton écoute et ton savoir linguistique ainsi que Léonard pour ta bienveillance et tes conseils méthodologiques.

À mes parents, Alain et Aline, **mon frère et sa fiancée**, Matthieu et Syndi ainsi qu'à **mes grands-parents**, Gilbert et Monique, pour votre soutien inébranlable et votre amour lors de ces

longues années d'études. Ma gratitude envers vous est immense, par votre investissement moral et matériel, qui m'ont permis d'accéder à ma vocation. Une pensée spéciale pour mamie web, pour ta relecture et pour la transmission de tes connaissances informatiques.

À **ma sœur et amie**, Céline, pour m'avoir permis d'ouvrir mon regard sur le monde de la sociologie, à travers tes propres recherches et appel au débat (2h avant mes partiels). Merci également pour tes relectures, biboules virtuelles, références bibliographiques et conseils avisés.

À **ma belle-famille**, Nathalie, Gérard, Jules et Léa, pour votre accueil ainsi que le réconfort trouvé au sein de votre foyer.

À **ma co-interne mais surtout amie**, Angéline, pour toute ces années d'internat et post-internat, pleines d'ornières mais aussi de belles découvertes. Merci pour ton engagement, ta soif de justesse et ta supervision salutaire.

À **mon mari**, ami, camarade de classe, co-externe, co-interne, Hugo, pour ta pugnacité exemplaire, ton inspirante curiosité, ta présence indéfectible, ton courage et parfois ta témérité face aux défis. Merci pour ta tendresse et ton aide durant notre parcours commun.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Abréviations | 21 |
| Préambule..... | 22 |
| I. Introduction..... | 24 |
| II. Matériels et méthodes..... | 27 |
| A. Type d'étude..... | 27 |
| 1. Choix de la méthode..... | 27 |
| 2. Choix de la technique de recueil de données..... | 29 |
| B. Population d'étude et échantillon | 29 |
| 1. Population d'étude..... | 29 |
| 2. Échantillon théorique | 30 |
| 3. Taille et représentativité | 30 |
| 4. Mode de recrutement..... | 30 |
| C. Recueil de données..... | 31 |
| 1. Guide d'entretien..... | 31 |
| 2. Déroulement des entretiens | 32 |
| 3. Retranscription des données | 32 |
| D. Analyse des données | 33 |
| E. Méthodologie de la bibliographie..... | 34 |
| F. Éthique et confidentialité..... | 34 |
| 1. Soumission aux Comité informatique et libertés et Comité d'Éthique | 34 |
| 2. Formulaire de consentement..... | 35 |

| | |
|--|----|
| 3. Anonymisation | 35 |
| 4. Conflits d'intérêts | 35 |
| III. Résultats | 36 |
| A. Caractéristiques de l'échantillon | 36 |
| B. Analyse des résultats | 37 |
| 1. S'inscrire dans une vision de la masculinité excluant la maladie..... | 37 |
| a) Être indéfectible..... | 37 |
| b) Être autonome..... | 40 |
| c) Être reconnu comme un travailleur | 41 |
| d) Se dissocier de l'instabilité psychique..... | 43 |
| e) Se définir par sa capacité sexuelle..... | 44 |
| 2. Les stratégies d'adaptation contre l'idée morbide..... | 46 |
| a) Maitriser le corps..... | 46 |
| b) Faire disparaître la maladie | 49 |
| c) Intérioriser | 52 |
| d) Être court-termiste..... | 53 |
| 3. Les conséquences face à la santé..... | 55 |
| a) L'absence d'appartenance au domaine de la santé..... | 55 |
| b) L'illégitimité de recours aux soins | 57 |
| c) Accorder le pouvoir aux professionnels sur sa santé..... | 59 |
| d) Déléguer le care..... | 61 |
| IV. Discussion | 63 |

| | | |
|-----|---|----|
| A. | Synthèse des résultats : Le paradoxe de la morbidité au sein de la masculinité hégémonique . | 63 |
| B. | La <i>doxa masculine</i> | 65 |
| 1. | Un corps opérationnel | 65 |
| 2. | Un homme autonome à travers et pour le travail productif..... | 70 |
| 3. | Le care inscrit dans l'espace intime : un domaine réservé aux femmes..... | 71 |
| C. | Les stratégies d'adaptation pour répondre à l'état morbide : une négociation de son identité masculine ? | 74 |
| 1. | Une régulation des émotions sollicitant l'assistance | 74 |
| 2. | La démonstration de force par le règne sur la douleur | 77 |
| 3. | Masculinité hégémonique et responsabilisation de sa santé : de la confrontation à la cohabitation | 78 |
| D. | Impact de la perpétuation des stéréotypes de genre par le corps soignant et les promoteurs de santé sur la santé des hommes | 81 |
| 1. | La santé mentale masculine stigmatisée..... | 82 |
| 2. | La sous-représentation de l'homme en médecine préventive | 84 |
| 3. | La délégation entretenue des soins des hommes | 86 |
| E. | Ouvertures | 89 |
| 1. | Les perspectives de recherches futures..... | 89 |
| 2. | Les leviers pour optimiser les recours aux soins | 90 |
| V. | Forces et limites..... | 92 |
| A. | Forces | 92 |
| B. | Limites..... | 92 |
| VI. | Conclusions | 94 |

| | |
|--|-----|
| VII. Annexes..... | 97 |
| Annexe 1 – Grille d’analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ..... | 97 |
| Annexe 2 – Grille d’entretien finale..... | 100 |
| Annexe 3 – Exemple de reformulation des verbatims sur le logiciel Nvivo..... | 105 |
| Annexe 4 – Exemple de codage sur le logiciel Nvivo..... | 106 |
| Annexe 5 – Exemple de mise en propriété sur le logiciel Nvivo..... | 107 |
| Annexe 6 – Enregistrement au registre du Comité Informatique et Libertés de l’Université de Strasbourg..... | 108 |
| Annexe 7 – Accord du Comité d’Ethique de l’université de Strasbourg..... | 109 |
| Annexe 8 – Fiche d’information..... | 110 |
| Annexe 9 – Formulaire de consentement..... | 111 |
| VIII. Bibliographie..... | 112 |

Abréviations

CER : Comité d'éthique pour la recherche

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research, traduisible en français par « Critères de qualité de rédaction d'une recherche qualitative »

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

Préambule

Notre étude s'est focalisée sur 13 vécus subjectifs d'hommes autour des soins et de la santé. Cette recherche ne possède pas la prétention d'être exhaustive sur la pluralité des expériences masculines notamment du fait de l'existence de multiples facteurs pouvant modifier l'expression de cette masculinité (masculinités *gay*, *trans*, racisée, non valide,...). Après cette mise au point, nous utiliserons le mot *homme(s)* génériquement afin d'une meilleure fluidité de lecture. De même, il faut y lire le mot *femme(s)* dans une réflexion similaire.

Plusieurs concepts ont été développés pour tenter d'encadrer et d'expliquer les enjeux et les pratiques de la masculinité comme, la virilité, la masculinité hégémonique ou encore la masculinité orthodoxe.

Nous n'avons pas retenu le terme de virilité, celle-ci pouvant être pratiquée par les deux genres, et donc n'excluant pas systématiquement la féminité (1). De plus, il existe un aspect figé écartant une certaine adaptabilité des pratiques de la masculinité pour la virilité comme pour la masculinité orthodoxe.

Ici, nous avons choisi de construire notre réflexion à travers le prisme de la « **masculinité hégémonique** ». Terme élaboré par Connell, celui-ci est défini comme étant une :

Configuration de pratiques (c'est-à-dire de ce qui est fait, et pas simplement d'un ensemble d'attentes, ou d'une « identité ») qui permet à la domination masculine de se perpétuer. Mais elle est sans aucun doute normative. Elle correspond à la façon actuellement la plus reconnue d'être un homme, implique que les autres hommes se positionnent par rapport à elle, et permet de légitimer d'un point de vue idéologique la subordination des femmes à l'égard des hommes. L'hégémonie n'est pas synonyme de violence, bien qu'elle puisse s'accompagner de recours à la force, mais elle correspond à une ascendance acquise par le biais de la culture, des institutions et de la persuasion. Ces concepts étaient plus abstraits que descriptifs, définis en regard de la logique d'un système de genre patriarcal. Ils partaient du principe que les relations de genre sont historiquement situées, et qu'ainsi les hiérarchies de genre sont susceptibles d'évoluer. Les masculinités hégémoniques auraient ainsi émergé dans des circonstances spécifiques et seraient affectées par le changement historique (2).

Ce concept nous apparaît comme adéquat par plusieurs aspects. Tout d'abord, celui-ci met en exergue une idée du genre masculin performative, mais surtout malléable en fonction de plusieurs paramètres. Ce concept met en lumière les pluralités de masculinités et ce même dans le domaine du

soin (en exemple, pour les hommes non valides ou de minorité de genre). Comme le souligne justement Vuattoux, « cela ne signifie pas qu'un seul type de masculinité est possible (la masculinité virile, machiste et violente, par exemple), mais que ce modèle va s'imposer, qu'il va être au cœur de la socialisation des garçons et des hommes » (3).

De plus, des relations inter-masculines se jouent au sein de cette norme : les masculinités subordonnées (expression de la masculinité dite inférieure), complices (acceptant et promulguant les normes de la masculinité hégémonique mais n'ayant pas d'intérêts directs) et marginalisées (dominées par cette masculinité ou du moins sans pouvoir). Ces différentes configurations de pratiques de la masculinité permettent de comprendre par quels phénomènes l'adaptation aux événements de vie est possible, par exemple ici la maladie, tout en demeurant au sein d'une masculinité.

Ainsi, par sa malléabilité dans le temps et dans l'espace, on comprend son phénomène évolutif, ce qui permet d'entrevoir une possibilité d'actions à mener au sein de ce schéma.

Nous saisissons également le poids de l'impact de l'analyse des stéréotypes de genre et plus précisément, dans une potentielle nouvelle production de stéréotypes de genre. Néanmoins, nous prenons le parti qu'il est nécessaire de les nommer, au moins provisoirement, afin de les conscientiser et, par la suite, de les dépasser collectivement. En effet, l'optique de cette recherche est également de proposer des solutions face aux besoins de santé de la population à soigner. Il est possible que, l'indifférenciation genrée reste souhaitable dans une certaine mesure. Cependant, il nous semble, à l'échelle individuelle et à ce jour, que l'absence de lecture genrée des symptômes puisse être un facteur de discrimination pour nos patients, ceux-ci appartenant à un ensemble ayant appris à performer le genre.

Enfin, nous avons conscience de l'invisibilisation du féminin dans la langue française. Nous ne faisons cependant pas le choix de recourir au point médian, mais d'utiliser autant que faire ce que peut l'écriture inclusive sous forme d'attentions syntaxiques.

I. Introduction

La variable de l'**identité sexuelle des patients est inscrite dans le raisonnement médical** : nous apprenons qu'il existe des particularités de santé propres à chaque sexe. Instinctivement, nous classons le cancer du col de l'utérus comme étant l'apanage des personnes de sexe féminin et en miroir l'adénome de la prostate celui du sexe masculin, du fait de la spécificité d'organe propre à chaque sexe. Plus globalement, l'ensemble des pathologies subissent une classification sexuelle pour nourrir le squelette des probabilités d'incidence des maladies rencontrées. Il en va ainsi pour les dysthyroïdies avec une surreprésentation féminine ou la dyschromatopsie qui affecte majoritairement les hommes (4,5).

Cependant, au-delà d'une influence hormonale et chromosomique, il existe encore une **influence d'ordre socio-culturelle imputable au genre** sur l'interprétation et l'expression des symptômes mais aussi sur l'incidence et la prévalence des pathologies. Ainsi, il existe vraisemblablement une interaction non négligeable entre le genre du patient et l'apparition de pathologies comme l'addiction à l'alcool chez les hommes ou l'anorexie mentale chez les femmes (6,7).

Depuis l'avènement des études de genre dans les années 1970, le **déterminisme sexué des structures de personnalité est remis en cause**. Ce champ d'études de sociologie envisage la place sociale des hommes et des femmes, sous l'angle des inégalités induites par des faits culturels/sociétaux ainsi que les rapports de domination entre ces deux groupes d'individus (8). L'axe principal de cette recherche part du postulat de l'existence d'une distinction entre le sexe biologique et le genre. Plus précisément, l'INSERM propose une définition de ces deux concepts :

Le sexe désigne les caractéristiques biologiques (chromosomes, organes génitaux, hormones, fonctions reproductives) qui différencient les mâles des femelles, y compris dans l'espèce humaine.

Le genre correspond aux différences non biologiques qui distinguent les individus : c'est un concept qui désigne les processus de construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et ceux des rapports sociaux entre les sexes (9).

La déconstruction des genres masculin et féminin a pu mettre **en lumière l'existence d'inégalités entre les sexes**, transmises au cours des différentes étapes de socialisation des individus et perpétuées au travers des représentations qu'elles suscitent chez eux.

En effet, l'imaginaire collectif pensait les hommes et les femmes comme étant naturellement assignés à des rôles sociaux spécifiques en raison de leurs prétendues caractéristiques biologiques et reproductives (10). On observe ainsi **des comportements que l'on croit intrinsèques à un sexe et donc considérés comme naturels, mais qui sont, en réalité, le fruit d'une construction sociale**. Comme dit Lacroix (8) : « C'est ainsi qu'en Hongrie, ce sont les hommes qui tricotent alors qu'au Cameroun, ce sont les femmes qui labourent ». On envisage donc à travers cette réflexion une codification genrée de différentes activités découlant d'une construction socio-culturelle et donc variant selon les époques, la zone géographique, etc.

Le savoir médical n'échappe pas aux constructions sociales de genre, lesquelles engendrent des inégalités de traitement médical entre les femmes et les hommes, comme plusieurs études l'ont explorés (11–14). On observe ainsi un sous-diagnostic de certaines pathologies, comme l'ostéoporose et la dépression chez les hommes, ou encore les maladies cardio-vasculaires chez les femmes, en fonction des préjugés fondés sur le sexe du patient (9). C'est la raison pour laquelle l'intégration du genre et de ses conséquences dans l'approche holistique du patient est à ce jour plébiscitée par les autorités de santé (15).

De plus, derrière ces concepts, il existe un réel enjeu de santé publique pour la population masculine. En effet, en 2021, il existe encore en France une différence d'espérance de vie à la naissance de plus de 6 ans entre les hommes et les femmes, celle-ci atteignant 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes (16). En outre, l'incidence des suicides réussis masculins est 3 fois plus importante que celle des femmes (France, 2017) (17). Enfin, plusieurs études ont mis en avant une plus grande réticence masculine par rapport aux femmes dans la consultation de premier recours (18–20).

La question de la santé de la femme sous la lumière du genre est un domaine déjà en partie exploité. On constate également que plusieurs thèses de médecine générale étudient l'influence du

genre notamment avec l'étude du versant féminin de l'impact des constructions sociales sur la relation au soin, mais aussi sur la représentation des disparités en santé entre les hommes et les femmes par les médecins généralistes (21,22). Mais à ce jour, **l'exploration de la santé du genre masculin reste peu effectuée, avec une représentation moindre au niveau français de travaux de recherche.** En effet, en France, les médecins ont du mal à se voir ré-interrogés sur les questions de leur non neutralité sur le genre (23). Une méta analyse a été effectuée au Québec par Roy et al. sur la perception de la santé masculine par les patients (24). Celle-ci souligne une :

Méconnaissance des réalités masculines chez des intervenants (dont médecins) qui contribuerait à éloigner les hommes des services et à diminuer l'efficacité des interventions réalisées auprès d'eux. Dans cette logique, il serait alors préférable de rechercher à mieux comprendre les hommes et à mieux les connaître plutôt que de vouloir procéder a priori à leur « rééducation ». Ainsi, une meilleure formation des intervenants sur les réalités masculines pourrait favoriser, entre autres, des actions misant sur l'expérience et les valeurs des hommes selon une perspective plus égalitaire des rôles « intervenant » et « client ».

Face à ce constat, nous avons choisi dans notre travail, d'explorer ces réalités masculines dans le domaine du soin au prisme des stéréotypes de genre. Nous formulons l'hypothèse que les caractéristiques de la masculinité hégémonique, intégrées par les hommes, entravent leurs parcours de soins.

Question de recherche : Comment s'incarne la masculinité hégémonique dans le vécu des patients hommes et en quoi constitue-t-elle un frein dans leur parcours de soins ?

Objectif principal : Décrire les représentations masculines du corps morbide au prisme de la masculinité hégémonique et leurs conséquences dans le parcours de soins des patients masculins.

Objectifs secondaires :

- Explorer les différents *points de rupture* amenant les hommes à recourir aux soins.
- Définir des leviers d'actions permettant d'optimiser le recours aux soins des hommes.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Afin de répondre à ces problématiques, nous avons fait le choix de croiser deux méthodes. D'un côté, à partir de nos lectures, nous avons tenté de dégager un idéal-type¹ de la masculinité hégémonique². Cet idéal-type a été défini par un ensemble de caractères (détaillés et commentés en fin d'annexe 2), les principaux étant : l'autonomie, l'importance première du travail, la force, le contrôle de soi, la responsabilité matérielle de la famille, l'autorité. Cet idéal-type a été mis à l'épreuve d'une étude qualitative composée de 13 entretiens semi-dirigés, réalisés dans le Grand Est de la France, afin de faire émerger, par la méthode de la théorie ancrée, la variation de cet idéal-type au sein du discours des interrogés, ainsi que les conséquences sur le recours aux soins en regard de la performance de celle-ci.

Autrement dit, l'intérêt de notre recherche est de saisir les conséquences de cet idéal-type, que nous supposons intériorisé par nos interlocuteurs, sur la manifestation de leurs symptômes et donc leur prise en charge médicale.

Les critères de qualité méthodologique ont été suivis selon les instructions de la grille COREQ (25) et sont détaillés dans l'annexe 1.

1. Choix de la méthode

Les savoirs médicaux sont construits à l'intérieur de représentations scientifiques, elles-mêmes ancrées dans une époque et dans une société (26). Ceux-ci, par essence, ne sont donc pas dépourvus de

¹ L'idéaltype, au sens de Max Weber se présente comme idéal logique, c'est à dire un tableau de pensée, qu'on ne retrouve pas empiriquement dans toute sa pureté conceptuelle, mais qui fournit une possibilité objective de saisir une réalité par ailleurs tellement informe et au croisement de tant de déterminations que rien ne serait lisible sans un certain schéma théorique.

²En ce sens, nous avons conscience de nous opposer à une acceptation de la masculinité hégémonique comme étant fluide et non définissable. Cependant, ici, nous prenons le parti de le définir distinctement par des caractéristiques qui permettent d'être en situation de domination.

préjugés dans leur construction, puisque produits au sein d'une expérience humaine. Autrement dit, il existerait un filtre dû à la subjectivité inhérente au sujet ayant conceptualisé cette donnée. Ainsi, une donnée que l'on considère comme une vérité absolue car dite scientifique, est à nuancer en fonction des phénomènes (idéologiques, intrinsèques à l'époque, au statut du sujet,...) pouvant influencer les chercheurs présentant les expériences scientifiques. Cette partialité a été particulièrement mise en lumière par l'émergence des *feminist sciences studies*, études féministes des sciences, qui ont décrit comment les savoirs scientifiques se sont construits au cours des siècles à partir d'un point de vue « masculin, blanc et hétérocentré » (27). Il est donc nécessaire de pouvoir prendre du recul sur nos propres conceptions et notamment sur les conceptions médicales que l'on érige en dogmes. Bien que la pertinence des études quantitatives ne soit pas discutée, par la possibilité d'élaboration du savoir grâce à la validation d'hypothèses, l'aspect qualitatif permet de développer des problématiques autour des consommateurs de soins par leur expérience de santé.

En soins primaires, nous sommes confrontés quotidiennement à ce vécu du patient et l'examen de ces phénomènes reste primordial. En ce sens, la méthode qualitative est un choix opportun par le fait que celle-ci recherche la compréhension d'un phénomène à travers « le sens vécu d'une situation » et permet l'adaptation de nos pratiques autour des attentes du patient (28).

De plus, la recherche qualitative est intéressante lorsque le champ d'étude n'est encore que peu exploré, ce qui était le cas dans notre recherche, et ce, particulièrement, en France. En effet, le but de notre recherche était de connaître les mécanismes concernant l'élaboration du parcours de soins au sein de la masculinité hégémonique. Il s'agit donc ici de mobiliser le ressenti des hommes consommateurs, ou non, de soins, pour schématiser les relations entre les stéréotypes de genre masculin et la santé.

Dans cette présente étude, nous avons utilisé une méthode basée sur l'idéal-type, afin de confronter les préjugés ambiants au vécu des hommes interrogés. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée, méthode imaginée par Glaser et Strauss (29,30), a permis par la suite l'« exploration vaste des interactions sociales » (29).

L'analyse schématique de la recherche s'est effectuée en parallèle des entretiens afin de réaxer notre questionnaire. L'émergence de nouvelles idées tirées des entretiens permettaient de conceptualiser les relations entre la performance de la masculinité hégémonique et le recours aux soins des hommes. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à ce que nous ne percevions plus de nouvelles connections.

2. Choix de la technique de recueil de données

Le recueil des données s'est effectué par **entretiens semi dirigés et individuels** afin de recueillir le vécu expérientiel de chaque individu interrogé. Pour ne pas compromettre l'intimité de l'interrogé et donc risquer de perdre de l'information, nous n'avons pas retenu le focus group. La méthode observationnelle ne répondait pas non plus complètement à notre recherche car celle-ci questionnait le vécu personnel des interrogés et non une analyse situationnelle. De plus, celle-ci demande une certaine expérience dans la réalisation d'étude qualitative.

L'entretien semi directif nous a semblé le plus adapté pour donner une structure sur une notion peu questionnée. En effet, l'utilisation de l'entretien libre risquait d'engendrer la non obtention de données, et à l'inverse, l'entretien directif ne laissait pas suffisamment de liberté d'expression entravant, alors la réflexion singulière de l'interrogé.

B. Population d'étude et échantillon

1. Population d'étude

Nous avons centré notre étude sur un panel de personnes se reconnaissant de genre masculin, francophones, de 18 ans sans âge limite supérieure, de milieux socio-culturels différents.

Les **critères d'exclusion** étaient les suivants : n'ont pas été retenus par la présente étude les personnes mineures, adultes sous protection de justice, ayant une ou des pathologies empêchant la communication sans interprète (surdité complète, pathologie neurodégénérative touchant sévèrement

les fonctions cognitives, démence sévère, trouble neurodéveloppemental ayant entraîné une déficience intellectuelle), ou non francophones.

2. Échantillon théorique

Pour permettre de récupérer le maximum de vécus, nous avons procédé par échantillonnage à « variation maximale » (29), et ce par une représentation des différentes catégories d'âge, socio-professionnelle, milieu de vie, situation professionnelle. Cette opération de recrutement a été effectuée sous le jugement de l'investigatrice.

3. Taille et représentativité

En recherche qualitative, comme son nom l'indique, la validité de l'étude repose sur la qualité des informations récoltées et non sur le nombre des interrogés. L'importance des informations réside dans le fait d'une possibilité d'ouverture sur de nouvelles hypothèses et non sur la validité de celles-ci. Nous avons donc effectué des entretiens jusqu'à saturation des données, soit jusqu'au 11^{ème} entretien (29). Deux entretiens supplémentaires ont été ajoutés afin de confirmer l'absence de notions supplémentaires à recueillir. Au total, la recherche aura donc été menée sur 13 participants.

4. Mode de recrutement

La participation à notre recherche s'est effectuée sur la base du volontariat à partir de 3 cas de convenance³ puis par effet « boule de neige », c'est-à-dire un recrutement de bouche à oreille.

³ Interrogés connus de l'investigatrice, ayant permis de tester la grille d'entretien.

C. Recueil de données

1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir du guide d'entretien de la thèse de Pace (22), après son accord, la chercheuse ayant réalisé sa thèse sur le versant féminin des stéréotypes de genre et de leurs rapports à la relation de soins/ aux soignants. Par la suite, nous avons singularisé nos questions par analyse de la bibliographie ayant trait à notre sujet. Les questions étaient formulées de façon à permettre aux interrogés de fournir des réponses ouvertes, afin de minimiser l'influence de nos propres a priori sur l'interrogé et ses opinions.

Il existait, dans notre entretien, une courte introduction où les interrogés se présentaient. Cette entrée en matière a été remodelée, devant un aspect trop formel semblant rebuter les interrogés. Nous avons ensuite fait le choix de proposer une question relatant un fait banal du quotidien pour instaurer la confiance chez nos interlocuteurs. Par la suite, nous abordions un ensemble assez varié de thèmes qui sont détaillés en annexe 2.

Très rapidement, nous avons dû moduler notre base écrite pour les entretiens, les interrogés ne conceptualisant que peu la santé. En effet, comme le met en lumière Camussi (31), le corps masculin est considéré comme le corps normal dans notre société, donc ne s'inscrivant pas « instinctivement » dans une problématique médicale. L'entretien a été modulé jusqu'au 10^{ème} échange, puis a pu rester à peu près stable. La dernière version est présentée en annexe 2.

La conduite de cette étude a nécessité de gagner la confiance des sujets étudiés, en gardant patience lors de la conduite des entretiens et en prenant soin de préserver leur zone de confort, les entretiens s'étant, de fait, déroulés en priorité au domicile des interrogés.

Nous avons conscience de la partialité de notre grille d'entretien. Nous avons fait le choix de l'orienter ainsi afin de déceler une récurrence de comportements, et de part cela, effectuer des propositions concrètes à notre pratique médicale.

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du mois de janvier 2022 au mois de mars 2022. La durée de ces entretiens présente une grande variabilité : le plus long s'est, en effet, déroulé sur 168 minutes, et le plus court a duré 31 minutes, la durée moyenne de l'ensemble des entretiens atteignant 63 minutes. Comme précédemment indiqué, ces entretiens ont presque exclusivement eu lieu au domicile des patients, une fois au domicile de l'investigatrice et une fois seulement dans un endroit autre, neutre (un parc).

L'ensemble des interrogés connaissait le statut professionnel de l'investigatrice (médecin généraliste), l'étude leur étant décrite comme la base d'une thèse de médecine. Avant de commencer l'entrevue, nous exposions à l'interrogé le fil directeur de l'entretien et lui rappelions son droit de rétractation à la présente étude. Nous sollicitons également son accord oral et écrit pour l'enregistrement audio et la retranscription anonymisée des entretiens, puis nous lui précisons son droit à formuler toute question autour de la confidentialité des données collectées.

Les participants eurent initialement connaissance des grandes lignes de la recherche, l'étude leur étant présentée comme une enquête globale sur la santé des hommes, afin de ne pas influencer leurs réponses. Au cours des entretiens, l'investigatrice a souhaité rester dans une posture d'écoute active, la plus neutre possible, mais a parfois dû user de relances pour motiver la parole des interlocuteurs. Il a également fallu parfois recadrer les sujets de discussions lorsque ceux-ci n'avaient plus de lien avec le sujet étudié.

3. Retranscription des données

La durée totale des entretiens était de 13h30, ceux-ci ayant été retranscrits mot pour mot, fautes linguistiques comprises, dans leur intégralité grâce à un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word). Les temps de latence et les interjections ont été également intégrés aux entretiens afin de laisser le maximum d'authenticité au sein du corpus de texte. Nous avons anonymisé les écrits, la démarche étant décrite ci-dessous.

D. Analyse des données

L'analyse des données s'est construite sur la base de la théorisation ancrée. Pour une explication brève, un premier entretien a été codé permettant l'extraction de divers idées, et nous avons commencé à connecter ces thèmes entre eux, en fonction des dires de l'interrogé. Par la suite, nous avons interrogé une seconde personne en nous basant sur les nouveaux thèmes émergents, puis nous avons recommencé ce mécanisme, jusqu'au dernier entretien.

L'ensemble des résultats ont été travaillés dans Nvivo, logiciel dédié à l'analyse qualitative de données. En premier lieu, une lecture complète de l'entretien a été effectuée pour assimiler le contexte de l'entretien. Puis nous avons reformulé les verbatims porteurs de sens pour en extraire l'expérience vécue. Un exemple est donné en annexe 3.

Par la suite nous avons codé ces verbatims⁴, coder signifiant définir un verbatim par un ou plusieurs mots. Le codage s'est effectué en inscrivant des thèmes d'action pour se rapprocher au plus près du vécu de l'interrogé et non sur une image figée. Ces codes ont évolué tout au long de la recherche, grâce à l'enrichissement apporté par les différents entretiens. Ceux-ci se sont arrêtés lorsque l'émergence de nouveaux codes s'est stoppée. Un exemple de codage est donné en annexe 4.

Par la suite, nous avons agrégé ces codes en propriétés (annexe 5), et, en fonction des connexions effectuées par les interrogés, nous avons réalisé un schéma explicatif, joint dans la partie discussion (29).

Ces observations se sont appuyées sur la triangulation, c'est à dire par l'analyse conjointe des verbatims par la directrice, le directeur de thèse et l'investigatrice, afin de s'éloigner au maximum d'une interprétation partielle des données.

⁴ Transcription fidèle de l'entretien orale avec les fautes de langage, les pauses, les réactions non verbales.

E. Méthodologie de la bibliographie

Une recherche bibliographique a été effectuée avant de démarrer les entretiens afin de maîtriser les principaux concepts du sujet. Après avoir acquis suffisamment de robustesse dans nos connaissances, nous avons commencé les entretiens, tout en poursuivant d'étayer notre recherche bibliographique de manière itérative, afin d'enrichir les concepts qui se dégagent lors des rencontres avec les interrogés. Puis nous avons complété et terminé cette recherche bibliographique jusqu'à la fin de la rédaction de la thèse, pour ne pas omettre les derniers travaux sur le sujet.

Différentes bases de recherche ont été exploitées dans deux langues principales (anglais et français). Ces bases sont la bibliothèque universitaire du Grand Est, le portail des thèses SUDOC et Thèses-Unistra, CAIRN, PubMed, Sciencedirect, Persée, EM premium, Archives Ouvertes HAL, DUMAS, Journal OpenEdition, APA PsycNet. Nous avons également utilisé la recherche par « citation » de Google Scholar.

Les principaux mots clefs utilisés ont été (en anglais et en français), plus ou moins associés ensemble : masculinité, soin, santé, genre, homme, recours aux soins, corps, émotion, douleur.

F. Éthique et confidentialité

1. Soumission au Comité informatique et libertés et au Comité d'Éthique

Une déclaration au Comité Informatique et Liberté via le délégué à la protection des données de l'Université de Strasbourg a été réalisée le 8/11/2021, avec inscription de la thèse au registre de l'université de Strasbourg le 14/01/2022 (Annexe 6).

Une demande d'avis a été effectuée auprès du Comité d'éthique pour la recherche (CER) de l'Université de Strasbourg le 30/11/2021. Celui-ci a émis un avis favorable le 19/01/2022, puis un avis définitif le 25/01/2022 (Annexe 7).

2. Formulaire de consentement

Avant de réaliser les entretiens avec les interrogés, nous avons fourni une fiche explicative de la présente étude, que nous leur laissions à disposition. Cette fiche informait le sujet interrogé sur le déroulement de la recherche et sur la conservation des données. Elle fournissait également les mesures de rétractation qui lui étaient offertes le cas échéant (annexe 8). Au début de chaque entretien, nous lui résumions, à l'oral, le contenu de cette fiche. Après l'énoncé de ces explications, nous avons répondu aux éventuels doutes exprimés par l'interrogé. Enfin, un formulaire de consentement éclairé de participation à la recherche (annexe 9) fut signé par l'interrogé et l'investigatrice avant de commencer l'enregistrement audio.

3. Anonymisation

En vue d'anonymiser les participants, nous avons choisi de nommer chaque entretien par la lettre I puis d'y ajouter un chiffre entre 1 et 13, en fonction de leur ordre de passage. Cette dénomination a été insérée tout au long de la recherche, et notamment lors de l'identification des verbatims.

De plus, nous avons pris soin de ne pas laisser transparaître des détails pouvant dévoiler l'identité des participants par voie de recoupement des informations, en remplaçant les noms/prénoms par X et en désignant par leur fonction (ex : [ma fille]) ou catégorie (ex : [ville]) les données spatiales/noms de certaines personnes. Nous avons également changé les âges, les dates ou toutes données temporelles par des tranches de numérotation. La profession ou la catégorie socio-professionnelle (ou l'absence de profession) des interrogés a été remplacée par la catégorie de la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'INSEE à laquelle celle-ci correspondait.

4. Conflits d'intérêts

Aucun lien d'intérêt n'a été déclaré par l'un ou l'une des chercheurs et chercheuses concernant la présente étude.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

Le but d'une étude qualitative étant d'obtenir une diversité de réponses, notre population ne tend pas à représenter la population française masculine. Les âges des participants s'étendent de 19 ans à 76 ans, pour un âge médian de 40 ans et une moyenne de 45 ans. Leurs lieux d'habitation sont variés avec une légère prédominance de personnes urbaines. On note toutefois un niveau d'étude à tendance supérieur, avec des catégories socio-professionnelles diverses, tout comme leurs situations familiales.

Ces caractéristiques sont résumées le tableau ci-contre.

| Interrogé | Age | Lieu d'habitation | Niveau d'étude | Catégorie socio-professionnelle | Enfant à charge | En couple |
|-----------|-----------|-------------------|------------------------------|---|-----------------|-----------|
| I1 | 35-44 ans | Semi rural | Niveau 6 : Supérieur (bac+3) | 35 : Professions de l'information, des arts et des spectacles | non | oui |
| I2 | 25-34 ans | Urbain | Niveau 7 : Supérieur (bac+5) | 84 : Elèves, étudiants | non | non |
| I3 | 25-34 ans | Urbain | Niveau 8 : Supérieur (bac+8) | 34 : Professeurs, professions scientifiques | non | non |
| I4 | 55-64 ans | Rural | Niveau 6 : Supérieur (bac+4) | 7 : Retraités | oui | oui |
| I5 | +75 ans | Urbain | Niveau 3 : BEP | 7 : Retraités | oui | oui |
| I6 | 65-74 ans | Urbain | Niveau 3 : BEP | 7 : Retraités | oui | oui |
| I7 | 35-44 ans | Rural | Niveau 3 : BEP | 10 : Agriculteurs exploitants | oui | oui |
| I8 | 55-64 ans | Rural | Niveau 3 : BEP | 10 : Agriculteurs exploitants | oui | oui |
| I9 | 18-24 ans | Rural | Niveau 4 : BAC | 41 : Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique assimilés | non | oui |
| I10 | 18-24 ans | Urbain | Niveau 4 : BAC | 84 : Elèves, étudiants | non | non |
| I11 | 45-54 ans | Urbain | Niveau 3 : BEP | 48 : Contremaîtres, agents de maîtrise | oui | oui |
| I12 | 35-44 ans | Urbain | Niveau 4 : BAC | 65 : Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport | oui | oui |
| I13 | 45-54 ans | Semi rural | Niveau 6 : Supérieur (bac+4) | 82 : Inactifs divers | non | oui |

B. Analyse des résultats

1. S'inscrire dans une vision de la masculinité excluant la maladie

Un des premiers faits marquant dans notre étude s'est déroulé dès la mise en place des entretiens. En effet, **les participants étaient largement dubitatifs quant à l'intérêt que pouvait avoir leur expérience en santé pour la recherche médicale.** Ainsi, ils étaient plutôt réticents à participer à notre étude. Plusieurs refus de participation nous ont été opposés par de potentiels candidats, au motif qu'ils n'allaient « jamais chez le médecin », qu'ils n'étaient « jamais malade[s] » ou qu'ils n'avaient « pas le temps ». Nous notons un nombre plus large de refus dans des catégories socio-professionnelles défavorisées ou chez les personnes actives.

Ces justifications données par les personnes ayant décliné la participation aux entretiens corroborent le ressenti de certains de nos interrogés. C'est le cas pour **I9**, qui ne va « pas souvent non plus » chez le médecin ou pour **I10** qui se « sen[t] en bonne santé ». **I8** rajoute : « je ne pense pas, à mon rythme que j'ai, que je vais pas avoir une maladie comme ça ». Enfin, **I4** comme **I9**, ont questionné la pertinence de leur contribution après l'extinction du dictaphone, expliquant **ne pas se sentir acteurs dans le système de soins**. Nous allons, dans cette partie, rechercher les caractéristiques genrées qui pourraient découler de cette idée.

a) Être indéfectible

(1) Être invulnérable

Le thème de la **force**, qui semble définir les interrogés, était prépondérant. De l'œil critique de **I1**, celui-ci nous explique que « dans la société [...] un homme, il doit être fort », et cela semble se répercuter aussi sur sa relation aux soins. **I2** souligne qu'il « n'a pas envie de paraître aussi mal » lorsqu'il consulte un médecin pour certains sujets médicaux. Au-delà de **paraître fort** pour autrui, **I4** « se croit plus fort » qu'il n'est et **I6** va même jusqu'à ne plus vouloir « être sur Terre » s'il ne sent plus « avoir cette force-là ». Tous cependant ne soutiennent pas cette idée, comme le décrit **I13** par le

fait que « la femme, elle a robustesse naturelle » ou comme **I9** qui pense que les hommes « sont plus faibles [sous-entendu que les femmes] ».

Par cette « force », certains interrogés, comme **I6**, ne se sentent « pas concerné[s] » par certaines maladies et se persuadent alors qu'ils possèdent une **santé non détériorable** par une « confiance à [la] bonne santé naturelle » (**I13**). Ainsi, **I1** admet utiliser la même ordonnance de lentilles de contact depuis 10 ans parce que « la mauvaise raison c'est que je me dis que tout va bien, que je vais bien, que j'ai pas besoin ».

D'un autre versant, cette démarche sous-tend une certaine invulnérabilité, poussant plusieurs des interrogés à **ne pas susciter la pitié**. Ainsi, **I6** insiste plusieurs fois sur cette thématique et déclare : « Je veux pas... J'ai un peu mal à tête, j'ai peut être mal à un tel endroit, machin, je vais pas le dire [...] Parce que je déteste qu'on me plaigne déjà ».

Dans cette même démarche, on retrouve l'idée de ne pas pouvoir être atteint par la **maladie**, dont découle le **manque de motivation pour réaliser des actes de prévention**, thème récurrent lors de nos entretiens. Aussi, **I11** nous explique : « je reçois le fameux papier pour le cancer colorectal, et je m'en suis toujours pas occupé [...] je me dis que, c'est important, et en fin de compte, je me dis « oh, c'est embêtant » [...] C'est pas la peur de trouver quelque chose non plus... C'est de la fainéantise tout simplement, hein ». **I3** va même trouver la question de prévention risible quand nous lui posons directement la question et répond sans hésitation que « Non, absolument pas. (rire) [je ne fais pas d'acte de prévention] ». Nos propos sur le délaissement de la prévention sont tout de même à nuancer. En effet, d'autres phénomènes influencent la motivation à effectuer ces actes de prévention, comme la stimulation par des proches ou l'autodiscipline inculquée par une société hygiéniste. Ainsi, **I11** explique : « comme j'avais changé de compagne, ben... Elle...elle a fait un test et moi j'avais fait un test [sous-entendu à la recherche de MST] » sur une « volonté commune ». Pour **I6**, celui-ci explique être sensible à la campagne de prévention étatique : « [en parlant des consultations de dépistages] Oui, oui, dans les... dans les... pour les selles. Oui, tous les deux ans, en principe il me l'envoie, en principe, je le fais ».

Une des conséquences de cette sensation d'invulnérabilité semble être le « **dépassement de ses limites** ». En effet, **I1** intime qu'il « n'écoutait pas ses limites », tout en nuancant sur le fait qu'il sent : « que ça joue sur ma santé ». D'autre part, **I9** nous explique également « j'ai eu l'appendicite, et euh... c'était en 5e, avant l'entraînement, et je voulais aller m'entraîner. Ben... je me suis dit : “ ouais, j'ai juste mal au ventre, ça va passer ”. Mais euh... ça m'a fait trop, trop mal. Du coup, j'ai eu la... Pas la première phase, mais la deuxième phase ».

Ainsi, **le risque semble, en partie, s'inscrire au sein de la masculinité hégémonique**. Cela entraine, pour certains des interrogés, comme **I4**, un sentiment de responsabilité personnelle face aux conséquences de cette prise de risque : « Les presque accidents, c'est à dire, t'as fait un accident [au travail], t'aurais pu éviter, mais euh, voilà. Tu aurais pu être éviter donc, entre les deux. C'est le petit truc que tu vas pas signaler, parce que t'as des objectifs d'avoir le moins possible de... de congés maladie ».

(2) Être stoïque

Dans le discours de quelques interrogés, on retrouve l'importance de se définir comme une personne **stable psychologiquement**, ce qui contraste avec l'état que peut fournir la maladie. **I7** illustre ce propos : « la santé, dire que ça va pas, [...] ! J'irais pas devant mes enfants en disant... rohlàlà j'ai mal là, j'ai mal là ! Non, voilà, j'estime être la figure paternelle de la maison et que même si parfois ça va pas, je le montre pas. [...] pour moi, c'est déséquilibrant ». Quant à **I9**, celui-ci poursuit comme objectif d'être « stable mentalement ».

Cette **stabilité**, corrélée à une symbolique d'**exemplarité**, semble exiger l'omission de ses symptômes. **I3** illustre ce propos par l'expression d'une honte lors de la révélation de ses failles : « c'était une honte [...] Parce qu'il fallait toujours que je montre l'exemple [...] Mes frères, etcétera... Et puis être fort, c'était difficile de grandir tout seul ! [...] Et puis faire comme dans les films [...] dans les films, c'est des bonhommes ! ». On note que **I3** justifie ses propos à travers une exposition aux médias relayant une culture virile.

Il est à remarquer que le fait d'être un référent et ainsi de **se sentir irremplaçable**, ne reste pas confiné au sein de la famille, mais se retrouve également dans le milieu professionnel, comme l'énonce **I4** : « Non [je n'ai pas consulté de médecin], parce que le lendemain, ça allait. J'avais mal quoi. [...] pour des raisons, boh tu sais comment c'est au boulot, machin, truc, à cause des responsabilités de machin, j'y vais pas, parce que si je m'arrête, qui est ce qui va me remplacer ? ». Aussi, on observe chez quelques-uns des participants une mobilisation de leur **honneur**, et donc de leur **égo**. Cette réponse par la « fierté » entraîne une réticence de soins. C'est ainsi que certaines consultations médicales gênent **I3** à cause d'un « un problème de fierté », car celui-ci « fait rimer fierté et virilité dans ce genre de cas ».

b) Être autonome

L'**indépendance** vis-à-vis de certains aspects de la maladie et des soins que l'on peut recevoir, a été valorisée dans nos entretiens. En effet, si leur définition d'eux-mêmes à travers la masculinité est entravée par une défaillance de santé ou par un soin, alors ceux-ci préfèrent garder le contrôle sur les décisions de soin. De ce fait, ils semblent rejeter l'aide proposée, s'ils jugent qu'il existe une potentielle atteinte de leur intégrité au sein de la masculinité. **I6** déclare « Je veux pas. (silence court) Je veux pas qu'on s'occupe de moi. Si je... c'est pour ça que je ... (hésitation) que je me donnerai la mort si... si je deviens dépendant ». Ce souhait d'indépendance est particulièrement marqué lorsque le sujet est d'**ordre psychologique**, comme explicite **I8** : « [Je ne voulais pas être aidé par un médecin ou un psychologue parce que] Pour moi... Pour moi c'était que je devais m'en sortir moi-même » ou **I9**, tenant également le même discours sur les soins en santé mentale, qu'il rejette car : « C'est à moi de voir tout seul ».

On comprend, en outre, que l'autonomie est primordiale pour **I8**, afin de ne pas subir l'**ingérence médicale**. Ainsi, malgré l'indication formelle d'une prothèse de genou sur une gonarthrose évoluée, **I8** dit « [que les médecins ne souhaitent pas attendre] parce que [la gonarthrose évoluée] use quand même beaucoup. Ça peut donner des contraintes sur l'autre côté, ou sur un autre endroit, quoi [...] pour l'instant, dans ma tête... Je n'ai pas... voilà. C'est dans ma tête que ça se passe.

Que je n'ai pas envie de le faire ». En effet, l'acte médical envisagé nuisant à son activité professionnelle, et donc en la définition de sa personne à travers le **travail**, celui préfère consciemment s'abstenir dans les soins et éviter l'arrêt de travail.

Pour se conforter dans cette idée d'**autonomie**, les interrogés évoquent parfois l'**inutilité ou la défaillance de l'expertise médicale et des thérapeutiques**. Par exemple, **I6** explique qu'il lui semblerait incongru de consulter un professionnel de santé dans le cadre de troubles psychologiques car « de toute façon il peut pas ressentir ce que je ressens. Docteur, il peut pas ressentir. Moi je peux dire, moi j'ai mal là, c'est tout. Mais à quel point... et tout ça, je pense qu'il peut pas... ». Pour **I9**, cela touche également le domaine des thérapeutiques médicamenteuses : « Je trouve que les médicaments, ça résout rien. 'fin, ça résout pas grand-chose. En général, même quand t'as des maux de tête, le médicament, il va juste enlever la douleur. 'fin, ça résout pas ton mal de tête ». Cette situation conduit alors parfois à une **automédication**, comme pour **I13** « si on veut que les choses aillent mieux, il faut se débrouiller soi-même. Donc, s'auto-médicamenter ».

Du fait que les interrogés ne ressentent pas toujours la maladie, ils peuvent questionner la pertinence des traitements et semblent d'eux-mêmes **contrôler leur médication**, comme **I4** : « T'as un cardiologue, qui me prend ma tension, et qui met dans sa note, comme quoi je devais augmenter la dose pour mon hypertension. D'accord ? De passer de 5g à 10g. [...] Euh... je trouvais ça, voilà. J'avais tout le temps la tension et je continuais, je prends la moitié, je prends ma tension régulièrement, je vois pas pourquoi j'augmenterais la dose ! ».

c) Être reconnu comme un travailleur

L'appartenance au monde du **travail** est un sujet majeur pour nos interrogés. Nous le constatons, par exemple, à travers le témoignage de **I10** qui, à la question de savoir ce qu'attend la société d'un homme, répond « être travailleur ».

De fait, la plupart des interrogés semblent faire **prévaloir leur travail sur leur santé**, à l'instar de **I8** qui explique : « Normalement, je devais être opéré, mais je l'ai toujours pas fait, [...] parce que, c'est à cause de mon travail ». Il est intéressant de remarquer que **I8** ajoute : « [Je ne me fais

pas opérer car cela ne m'empêche pas] au quotidien de faire des choses [...] je fais mon travail normalement [...] le travail est la priorité. Tant que ça va, hein ! Le jour où ça va pas, on changera peut être d'avis », mettant en avant l'aspect opérationnel dans son travail pour justifier le refus de soin. On retrouve également chez **I1** une « sorte de culpabilité » s'il doit s'arrêter de travailler au profit de sa santé parce qu'il se doit « d'être présent » pour son travail. Plus tard, il ajoute dans l'entretien : « pour le coup, mon travail, c'est presque plus important que ma vie, des fois ». Cependant, il faut nuancer cette information reliant le devoir de travailler et la masculinité. En effet, **I12** affirme : « ma santé d'abord avant mon travail », celui-ci ayant grandi en dehors du monde occidental, ce qui pose ici la question de l'influence culturelle régionale (**I12** est natif du continent Africain).

Comme la plupart des interrogés font prévaloir leur travail sur leur santé, nous retrouvons spontanément l'idée de **l'inutilité de l'arrêt de travail**. Ainsi, même lorsque les pathologies des interrogés sont handicapantes, comme le décrit **I6** qui est « allé travailler avec 40° de fièvre », les participants, comme **I11**, trouvent que l'« arrêt de travail [...] ça servait à rien ». Pour **I4**, l'arrêt de travail est « typiquement féminin » et le considère majoritairement de complaisance pour « un rhume qui masque une garde d'enfant ». Selon lui, ce type d'arrêt ralentit et fait obstacle au bon fonctionnement de l'entreprise. A nouveau, seul **I12** trouve un intérêt à consulter « pour savoir ce que j'avais, et surtout, pour me faire arrêter parce que je pouvais pas continuer à travailler ».

I4 poursuit sa réflexion autour de l'arrêt de travail, et le qualifie même comme étant une **défaillance dans son rôle de travailleur**. En effet, celui-ci admet ne pas avoir consulté un médecin lorsqu'il s'est blessé au travail, en se justifiant par le fait qu'il était responsable au sein de son entreprise : « J'étais en conflit avec ... Un peu... regarde : tu dis aux autres, de respecter, de faire comme ça et de pas faire comme ça, et puis t'es pris dans le truc ». Concrétiser ici l'arrêt de travail sous-tend une **décrédibilisation** en tant que supérieur, de part, selon lui, une **faute évitable** propre à sa personne.

A contrario, le **travail** reste pour certains, la **seule motivation à consulter un médecin**, comme le formule **I1** « Ben, en fait, je suis obligé d'y aller chaque année pour faire des visites médicales à l'embauche parce que j'ai des CDD ». Par la suite **I1** déclare que, pour sa part, en dehors

du travail, il n'existe pas d'autres motifs à consulter un médecin. Il est intéressant de noter que, pour certains, comme pour **I7**, la nécessité d'un corps fonctionnel pour le au travail est une voie possible de **légitimation de recours aux soins** : « Ben, du moment où je vais voir mon médecin traitant, c'est que j'arrive plus à tenir debout [...] Quand ça m'empêche de faire mon travail » ou pour **I8** qui, comme nous venons de le voir, peut faire passer sa santé avant son travail

d) Se dissocier de l'instabilité psychique

La majorité des interrogés abordent difficilement le sujet de la **santé mentale**. En effet, ceux-ci opposent d'un côté l'**autonomie** et la **stabilité** qu'ils se doivent d'incarner et de l'autre côté, les troubles psychiques, perçus comme des perturbateurs. Aussi, **I7** se dissocie d'un « caractère » triste et préfère intérioriser ses émotions. De ce fait, il déclare qu'il ne souhaite pas aborder les troubles d'ordre psychique avec le médecin, et lorsque qu'il est confronté à cette situation, il nous répond : « Ce que je fais pas... C'est que je parle pas ».

Quand nous explorons avec les participants le tabou de l'instabilité psychique au masculin, ceux-ci supposent que cet interdit résulte d'une **exclusion de l'instabilité psychique de la norme masculine acceptable**. Pour **I10** « au niveau de la société, etcétera, ben moralement, on a l'impression que les hommes euh... que les sujets [concernant la santé mentale masculine] sont moins pris au sérieux [...] on est... mal vu et plus jugé en étant un homme qu'une femme j'ai l'impression ». On voit également apparaître ici l'idée que les pathologies mentales sont plus légitimes si elles atteignent les femmes et non les hommes. Les **troubles mentaux** semblent donc des pathologies exclusivement **légitimes au féminin**.

La sensation de **I10** fait également écho aux dires de **I6** celui-ci ne souhaitant jamais consulter de psychologues et les qualifiant de « plus fous que moi ». Par cette phrase, **I6** semble sous-entendre que le traitement des pathologies mentales, mineures ou majeures, sort de la norme.

Devant ce constat d'exclusion de la norme, plusieurs des interrogés font **prévaloir les souffrances physiques aux souffrances psychiques**. Ainsi **I3** déclare, en parlant d'une consultation imaginaire qui concernait le cadre de troubles psychiques : « Ensuite, il va me juger, oui je pense

que... je pense ça, parce qu'à mon avis, il voit beaucoup plus les gens qui souffrent de douleurs physiques que de douleurs psychologiques. Bon, donc il va peut-être s'étonner ».

I12 va plus loin dans ce raisonnement, en **nia**nt l'existence des pathologies mentales « Si je me sens pas bien psychologiquement ? Comment ça va arriver que je me sente pas bien psychologiquement ? C'est la question que moi je me pose, que tu veux me poser ? Comment ça arrivera que j'arrive à me sentir mal psychologiquement ? Parce que je suis habitué. J'ai 500 problèmes personnels que je peux régler personnellement. Je peux les régler personnellement, ces problèmes psychologiques que j'ai ». Ainsi, les paroles de **I12**, nous incitent à relativiser l'influence exclusive du genre sur la santé mentale : « la déprime ça n'existe pas... (incompréhensible) C'est en Europe, c'est une affaire européenne... Et chez nous, non la déprime... Chez nous [sous-entendu ici, en Afrique], on déprime pas ».

Pour conclure, les interrogés ressentent une **absence d'espace de discussion chez le médecin généraliste autour de la question de santé mentale**. Ainsi, **I1** confirme que « j'avais pas l'impression qu'on me laisse la place pour euh... Pour parler [sous-entendu de sa santé mentale] », en parlant des consultations chez le médecin généraliste. Cependant, ce ressenti n'est pas partagé par l'ensemble des participants, comme pour **I11**, qui se dit prêt à discuter de ses difficultés psychologiques avec le médecin généraliste.

e) Se définir par sa capacité sexuelle

Durant nos entretiens, nous notons l'embarras des participants lorsque nous abordons les questions autour de la santé sexuelle et génitale. Comme l'explique **I4**, ce sujet reste gênant pour les hommes, qui se voient, à travers ce genre de consultation, remis en doute dans leur **capacité virile** : « parce que dans l'adénome de la prostate, il y a prostate, c'est enveloppé par un truc euh... C'est sexuel, tu vois[...] Le sujet qui est complètement truc... Ah ouais, pas comme tous les... tous les mecs euh... Est-ce que je vais avoir encore l'érection ? Est-ce que ça va me perturber ma vie sexuelle ? ». Ainsi, leur capacité virile semble être maintenue par le pouvoir d' « avoir encore une érection » (**I4**) ou d' « éjaculer » (**I6**).

Le sujet de **l'intégrité des organes sexuels, et donc reproducteurs**, a été discuté avec plusieurs des interrogés, qui, comme **I10**, consulte plusieurs médecins pour « un truc euh... général des hommes [car] j'avais quand même besoin d'avoir encore d'autres avis derrière qui confirment sa confiance à lui, quoi » ou, **I3**, pour « un problème en dessous de la ceinture qui me faisait peur ». Ainsi, plusieurs des interrogés ont besoin de réassurance sur la normalité et la fonctionnalité de leur appareil génital. Cette intégrité est d'autant plus importante pour **I13** qu'elle prend le pas sur une réponse thérapeutique possible. Il évoque par exemple le sujet de la vasectomie, qu'il attribue à une mutilation de son corps d'homme : « Non [je n'ai pas pensé à la vasectomie]. Non. 'fin... j'ai un copain qui l'a fait, donc ça m'a... oui j'y ai pensé, mais j'y ai pas pensé pour moi. Ça m'a fait réfléchir, en me disant non justement pas, quoi ! J'avais l'impression d'une mutilation ».

Ces consultations, interrogeant l'intégrité de l'appareil génital, sont parfois réalisées avec appréhension, comme pour **I3** : « il m'a examiné, il m'a mis encore sur une table d'examen, donc ça a été très stressant, c'était... (silence) c'était pas humiliant... je me suis pas senti humilié, c'est un petit peu peut-être... c'est un peu... fragile ! Ah oui, c'est sûr, un peu fragilisé dans ma fierté etcétera... j'étais très stressé » et explique alors la raison de son anxiété par « le fait de pas savoir, le fait de me retrouver euh... pas nu mais disons, le pantalon baissé devant un homme, etcétera ».

Cette nécessité d'intégrité va, pour certains, avoir un impact sur **l'observance des traitements**. Ici, **I6** parle de son expérience avec un alpha bloquant prescrit pour son hypertrophie bénigne de la prostate « [...], il m'avait donné quelque chose, [...] j'ai arrêté tout de suite parce que... ça a bloqué l'éjaculation... ».

Enfin, plusieurs des participants ont rapporté **être confortés dans la nécessité de consulter des spécialistes dans le cadre de la santé sexuelle**, comme pour **I3** : « [le médecin généraliste] m'avait pas examiné [...] puis il m'a dit : “ allez hop, il faut que vous alliez voir un urologue ” ». Cet aspect souligne donc un obstacle supplémentaire pour l'accès aux soins d'ordre génitaux pour les hommes.

2. Les stratégies d'adaptation contre l'idée morbide

Pour assurer les exigences de cette idée de la masculinité, les interrogés déploient plusieurs mécanismes d'adaptation contre l'idée morbide. Nous allons, au cours de cette partie, explorer les différents thèmes mobilisés aux cours de nos entretiens.

a) Maitriser le corps

(1) Régner sur la douleur

Tout d'abord, afin de répondre aux préceptes de **force** et de **stabilité**, les interrogés vont recruter leur capacité à **endurer la souffrance**, comme l'illustre **I1** : « Et oui voilà, on a cette image que un homme doit être fort et que du coup, voilà s'il endure des souffrances, ben il doit serrer les dents ». On peut supposer que la douleur et le malaise engendrés font partie intégrante du genre masculin. Aussi, pour **I3**, partager sa douleur par **une plainte** l'éloigne de sa constitution d'homme : « Oui, c'est vrai que mon idéal, c'est de [...] supporter n'importe quelle douleur. De manière moins pathétique que ce que je juge que j'ai fait moi-même. Oui. De manière plus fort mentalement, oui. [...] parce qu'on est un homme, on se doit de supporter plus et mieux la douleur ». Ce même thème est développé par **I6**, qui rejette « le droit de se plaindre ».

Pour d'autres, comme **I9**, il faut **occulter le signal d'alarme de la douleur** pour répondre à l'impératif de **performance** : « Ben j'ai eu l'appendicite [...] et je voulais aller m'entraîner. Ben... je me suis dit : “ ouais, j'ai juste mal au ventre, ça va passer ”. Mais euh... ça m'a fait trop, trop mal. Du coup, j'ai eu la... Pas la première phase, mais la deuxième phase. [...] J'avais trop mal. Mais, en fait, le problème, si on s'écoute on fait jamais rien. Si on a un peu mal, surtout quand on fait du sport, si t'as un peu mal à la jambe, si t'arrêtes, tu t'entraînes jamais, au final ». **I9** conclut alors : « Donc finalement, c'est le curseur entre... euh... quelles sont les choses qu'on peut négliger... De se dire, là c'est un petit bobo, là c'est un truc grave », mettant en lumière sa difficulté à reconnaître le danger par la douleur.

Enfin, pour **I3**, lorsque la souffrance est insupportable, **la réponse par la violence** lui permet de se retrouver devant une douleur familière, qu'il sait déjà maîtriser. En illustration, ce dernier décrit la relation et la gestion à sa dépression : « je me suis battu plusieurs fois alors que c'est moi qui cherchait la merde. 'fin pas complètement ! (rire). Euh... Et puis des coups envers des choses face auxquelles je perds, forcément... Envers des poutres ou des choses comme ça. (rire) Beaucoup de griffures sur le visage. Euh... Et puis des violences aussi un peu symboliques, de faire exprès de... ne pas vouloir travailler, ne pas vouloir qu'il y ait... des violences presque sociales quoi ».

(2) Se désolidariser du corps

La conception du **corps comme un instrument** par les participants est assez explicite dans leurs discours, comme le réhausse **I13**, qui a « besoin d'un corps à 100% à disposition ». **I7**, dont le corps est, en partie, son outil de **travail**, utilise avec distance son enveloppe corporelle jusqu'à ce qu'elle ne fonctionne plus, tel un objet inerte : « Ben, du moment où je vais voir mon médecin traitant, c'est que j'arrive plus à tenir debout. [...] je suis pas douillet, mais... euh... c'est vrai que je vais que chez le médecin quand ça va vraiment plus [...] Quand ça m'empêche de faire mon travail ».

Plusieurs des participants ont évoqué la **séparation du corps et de l'esprit** pour expliquer leur relation aux soins. Pour **I1**, il « sépare pas mal l'esprit du corps », permettant, selon lui, de ne pas se définir dans certaines maladies. Pour **I13** : « je fais une séparation entre le corps et l'esprit, hein ! mon corps était... devait s'absenter de mon désir et de ma volonté » ce qui semble faire le lien avec un **corps utile et autonome**.

Cependant, **I2** souligne que « la maladie, c'est clairement un rapport au corps conflictuel, une prise de conscience qu'on a un corps, qu'on a des douleurs ». Dans ce souci de séparation du corps et de l'esprit, certains des interrogés **ne se définissent pas comme malades ou comme ayant des pathologies**. Par exemple, bien que **I8** présente un handicap (nous découvrons au cours de l'entretien qu'il peine à effectuer le tour du pâté de maisons à pied), celui-ci ne se reconnaît pas comme malade : « je sais pas ce que c'est une mauvaise santé, parce que c'est vrai que j'ai la chance d'avoir une bonne santé ». De même, **I12** déclare : « J'ai pas de problème de santé [...] Des choses qui me pèsent au

quotidien ? (il réfléchit). Non ». Or, nous apprenons durant notre conversation que ses proches l'encouragent dans une démarche de soins : « [ma femme] elle me dit que je devrais consulter ».

Dans cette continuité, on retrouve dans nos entretiens, l'idée d'une **autosuffisance du corps face à la maladie**, comme pour **I13**, « il faut que mon corps il s'habitue et... et... et trouve la solution lui-même ! ». Cette qualité est très rattachée au devoir d'**autonomie** des interrogés et ceux-ci préfèrent alors « **attendre que ça passe** », comme **I9** « Moi je me suis dit, euh... Déjà je pensais que c'était cassé au début, parce que c'était bleu, tout gonflé. Et j'ai regardé sur internet, et ils ont dit que ça passait au bout de deux mois. Je me suis dit que j'allais laisser ça comme ça, et que ça allait se remettre tout seul ».

Bien que l'image corporelle soit peu questionnée dans nos entretiens, on note tout de même une préoccupation de certains interrogés (surtout les interrogés de moins de 50 ans) vis-à-vis de leur santé et notamment lorsque cette image corporelle ne reflète pas les normes du corps masculin en santé. En effet, pour **I11**, sa santé semble être liée au reflet que lui renvoie son image, ce qui le ferait agir en conséquences : « je prends du poids » donc « je reprends le footing [...] pour éviter [...] des problèmes de cœur ».

On constate également une certaine norme corporelle à atteindre pour se définir en bonne santé, à travers une représentation spécifique en santé de l'homme, c'est-à-dire, par un corps mince, comme pour **I11** : « [le poids en trop] ça m'embête quand je me regarde dans la glace, [...] et puis après euh... ça peut entraîner peut être des problèmes de cœur » et une musculature visible comme pour **I10** : « je vais à la salle 4 à 5 fois par semaine » pour être « en bonne santé » et « aimer son corps dans le miroir ».

b) Faire disparaître la maladie

(1) Résister à l'existence de la maladie

Nous relevons dans nos entretiens l'impact du devoir d'**invulnérabilité** de nos interrogés. En effet, pour conscientiser la portée d'une maladie, il serait essentiel d'obtenir l'insistance d'un tiers ou d'un professionnel de santé et ainsi de **devoir être convaincu de la nécessité de se soigner**. Pour **I1** « Moi j'ai besoin que le médecin il me dise « nen, là, il faut pas déconner. » [...] Si vraiment, si c'est un truc grave, je vais pas être sensibilisé naturellement et va falloir qu'on me le répète ». D'autres, comme **I3**, requièrent la **reconnaissance de l'existence de leur pathologie par un professionnel**, et notamment lorsque cela touche le domaine de la **santé mentale** : « Alors, quelque chose [que la médecin] a bien fait, c'était reconnaître, enfin me dire avec calme, et avec les bons mots, me dire qu'elle reconnaissait, donc j'avais une reconnaissance objective [d'être légitime dans mes symptômes dépressifs] ».

Pour certains interrogés, au-delà d'une validation par un professionnel de santé, la consultation doit être motivée par une sensation palpable d'ordre nociceptive. Aussi, **la maladie doit se ressentir physiquement** pour justifier une consultation chez un professionnel de santé. Ici, pour **I3**, « la dépression » est un terme inapproprié « parce que c'est un mot fort » qu'il « manipule peut être pas très bien ». **I3** doit mobiliser d'autres sensations physiques pour décrire son état : « y'aurait d'autres plans physiologiquement.... 'fin mal de cœur... [...] Oui, ben c'est ça, oui, oui, mais qui se ressent même physiquement ». En corrélation avec cette idée, les interrogés ont pour la plupart intégré le signal d'alerte d'une **maladie comme étant source de douleur**, occultant toutes les autres situations non douloureuses mais néanmoins pathologiques. Pour **I4**, ce préconçu a abouti à un diagnostic retardé de son AVC, qu'il a négligé face à l'absence de douleur : « Nen, je pensais que t'avais une évolution, un truc comme ça, que t'aurais mal. Surtout moi... ».

Aussi, plusieurs des interrogés recherchent des **preuves à travers les examens**, qui établiraient, ou non, l'existence de la maladie, comme le pense **I11** : « quand tu tousses quand tu as mal à la gorge, ben il va regarder si t'es rouge, un truc comme ça. Donc, là il voit vraiment pourquoi tu souffres. Mais là, euh... Mis à part des examens approfondis, y'a pas ».

Nous avons également constaté une **minimisation des symptômes** récurrente par les interrogés pour éviter une médicalisation. À titre d'exemple, pour **I2**, « les informations » qu'il délivrait au médecin étaient « incomplètes » sur « la question de l'intimité [...] par pudeur », alors que pour **I4**, c'est le sentiment d'invulnérabilité qui prime « Et puis le côté un peu plus je suis un homme, hein ! je suis un dur, quoi ! [...] Mais ça peut effectivement influencer sur des choses [...] On va pas aller consulter, parce qu'on considère que c'est un truc bénin ».

Enfin, nous constatons que quelques interrogés ont **mobilisé des activités ou des substances** leur permettant de focaliser leur esprit sur d'autres événements que la maladie. C'est le cas de **I3**, qui déclare utiliser l'alcool « pour son effet inhibiteur, j'imagine, et puis c'était une bonne... c'était aussi une bonne excuse pour ne pas être chez moi, parce que j'allais au bar... et donc là j'étais entouré etcétera... et pas d'être tout seul chez moi. (silence) [...] ça diminue la douleur. Ouais, ça diminue la douleur ». **I10** lui, commente une pratique sportive : « Par virilité, par la société, etcétera [...]l'appui du regard des gens, ça peut forcément jouer sur le fait de parler de ses problèmes, etcétera, voilà, quoi... Surtout qu'aussi, y'en a beaucoup aussi qui vont au sport ben euh... pour ne pas parler de leurs problèmes et se défouler par le sport ». Ces attitudes d'automédication facilitent l'identification aux injonctions d'**autonomie** et de **dissociation d'une instabilité psychique**.

(2) Démédicaliser l'intime

Plusieurs des participants n'envisagent pas recourir au médecin généraliste pour traiter de l'intime, comme nous admet **I7** : « après je vous cache pas que c'est pas un confident entre guillemet ». Il va de soi pour **I5** que « c'est pas avec le médecin qu'on parle de ça », en faisant référence aux sujets intimes tel que les conflits familiaux ou les problèmes financiers.

Deux points ont été largement identifiés par les interrogés comme relevant de la **sphère intime : la santé mentale et la santé sexuelle**. En exemple, **I1** discute de l'intérêt de médicaliser la sexualité : « c'est aussi un domaine intime et du coup,... 'fin, bon, tout ce qui est médical, c'est un peu du domaine intime. Mais c'est très intime pour le coup. Et du coup, ouais c'est compliqué ». De même, **I13** nous révèle : « je me suis rendu compte que j'étais incapable de demander

des préservatifs au comptoir » à cause de « l'intimité ». I8, nous explique quant à lui : « Ma femme avait essayé le stérilet... avait essayé la pilule... et y'a rien qui fonctionnait. Ben alors, tout est resté normal. Ben on arrivait à se retenir. (sous-entendu méthode de retrait) », faisant supposer que l'interrogé définit comme « anormal » une contraception procurée par des voies médicales. Il est à noter que le médecin généraliste peut participer à la démedicalisation de la santé génitale, comme le signale **I10** : « Et je voulais parler de la problématique personnelle au niveau de... de.... de... de... de mes... 'fin... de mon sexe [...] Il a pas voulu regarder ».

De même, la question de médicalisation des pathologies mentales est difficilement envisageable pour **I3** : « Non. Non. J'irais pas chez un médecin pour le moral, ni pour euh... non, ça me viendrait pas à l'idée » ou pour **I1** : « ouais, je sentais que le fait de discuter de choses personnelles à un inconnu euh... c'est compliqué ». Il est intéressant de constater que même au sein d'une famille, le sujet des troubles mentaux reste difficilement abordable comme pour **I13** : « Papa fait de la déprime [...] mais ça, ma mère elle me l'a toujours caché ». Pour justifier cette attitude, plusieurs des interrogés, comme **I8**, mettent en avant un impératif d'**autonomie** « Pour moi... Pour moi c'était que je devais m'en sortir moi-même ». **I12**, lui, va plus loin dans cette démarche en déclarant « On a pas de problèmes psychologiques. Tout le monde est psychologue dans la rue. Tout le monde est psychologue dans la société, donc du coup, la déprime ça n'existe pas ».

Tous les interrogés ne partagent pas cette idée, comme **I2** : « mes souffrances ont induit une dépression je pense un peu chronique, qui m'a empêché de bien fonctionner pendant des années. Et donc oui y'a un côté médical, évidemment ». Il est à préciser que cette situation a évolué avec son expérience de santé personnelle : « c'était compliqué parce que j'avais pas mal de symptômes, par rapport à ma [névralgie], c'était compliqué dans mon existence, et je pense que c'est le moment où j'ai arrêté de me mentir et de mentir aux autres, être un petit cachotier [...] c'est ça que je voulais travailler [...] même le rapport à la vérité, à ne pas se mentir, et par voie de conséquence, parler de ma maladie plus simplement, mais c'était surtout un travail sur moi-même, en fait ».

c) Intérioriser

Nous retrouvons dans nos entretiens le **devoir de maîtriser ses émotions et essentiellement ses « émotions d'impuissance⁵ »**. Ici, **I10** le constate : « ils attendent que... que l'homme ne parle pas de ses problèmes... que il... en gros, qu'il gère le foyer, ben... qu'il gagne l'argent, il rentre chez lui et il exprime pas ses problèmes... juste euh... ben... pour contrer les problèmes qu'il a eu dans la journée, il...en gros... il trouve une activité à faire euh... en rentrant chez lui... en jouant aux jeux... en regardant la télé et se détendre et... euh... passer outre les problèmes, et... ne pas répercuter les problèmes qu'il a eus dans la journée sur les autres ».

Le thème de la **pudeur concernant la santé** a eu également une place prépondérante. Pour la plupart de nos interrogés, cette pudeur concernait le domaine de l'intime, et notamment les sujets tournant autour de la **santé mentale** et **génitale**. Ainsi, **I2** décrit ici son attitude envers son médecin lorsqu'il doit aborder sa santé sexuelle « Nen, nen, c'était juste de la pudeur, euh, ouais... vraiment, c'était juste de la pudeur. Y'a jamais eu de ... de... par rapport à ça, c'était vraiment de la pudeur. Genre, j'expliquais, mais je ne m'étais pas, voilà c'était pas par le menu, alors que normalement on explique par le menu [...] ça veut dire dans tous les détails possibles et imaginables ». Cependant, cette pudeur n'a pas lieu qu'avec le personnel médical, mais aussi avec l'entourage de certains interrogés, comme pour **I4** qui parle ici de son rapport à son AVC : « Ils peuvent être gênés de me poser des questions quoi. Ça peut être aussi de venir des... Des... des proches qui se disent : « j'ai pas à me poser des ... des... ça va l'embêter. Ça va lui rappeler euh... » Voilà, hein, je me mets dans mon cas, où je vais demander, est ce que je vais parler... C'est délicat. Par exemple, mon cousin il a un cancer, euh... Bon, on prend des nouvelles, mais... bon... C'est particulier, je l'ai pas vu depuis qu'il est en traitement. Mais, est-ce que si je le rencontre, est ce que je vais parler de ça ? Ça... On s'est pas vu depuis... Un an. Bien sûr, on va en parler, lui va m'en parler, hein. Mais je vais pas non plus euh... insister là-dessus... T'vois ? C'est toujours délicat ».

⁵ Terme emprunté à l'ouvrage de Niedenthal et al (32) qui se réfère aux émotions exprimant la docilité et la soumission telle que la tristesse, la peur ou encore la honte.

Dans nos entretiens, cette pudeur peut s'exprimer par une **autocensure**. Pour **I2**, celle-ci est nécessaire pour répondre à la demande d'une représentation **de puissance et en capacité** de l'homme « je pense que j'ai souvent éludé la question [...] Pour avoir, pour avoir une vision positive de sa personne. Que l'autre te regarde de manière plus positive que juste quelqu'un qui souffre et qui est handicapé par la situation, et qui souffre psychiquement ». Chez **I3**, c'est la nécessité de **paraître stable** qui engage sa pudeur « si il me demande juste comme ça, comment ça va, juste comme ça en première intention, je lui dirais : “ oui, oui ça va ”. Par contre, s'il me demande : “ vous êtes sur ? ” Ah, là peut être que [...] si y'a insistance, minimum ».

L'ensemble de ces données enjoint donc certains de nos interrogés à **s'isoler face à la maladie** comme pour **I9** : « les gens ils sont pas dans notre tête, donc ils peuvent pas vraiment savoir » aussi « je me renfermais sur moi-même, je parlais à plus grand monde. P'is, les gens ils m'intéressaient pas non plus, donc au final, ça sert à rien que je leur parle. Non, je sais pas... Juste, je me renfermais ». Cependant, cette caractéristique ne fait pas l'unanimité, et certains des interrogés perçoivent la maladie sous un autre angle, comme pour **I2** : « vu que j'ai une connaissance et une reconnaissance de cette partie de moi, les médecins traitent évidemment absolument pareil, et n'ont pas de prescription en plus. [...] Finalement, le fait d'avoir plus de transparence envers le corps médical, j'arrive même plus spécialement facilement à en parler aux autres aussi, parce que j'ai un rapport plus sain avec le corps médical. Et euh... voilà. Et par rapport à moi-même, évidemment ».

d) Être court-termiste

Au cours de notre étude, nous remarquons que les interrogés semblent être en **attente d'une réponse efficace et rapide** concernant leur santé et leur prise en charge thérapeutique. Ainsi, pour **I6**, prendre un médicament à vie lui semble difficilement concevable « il faut déjà que... que je prenne un médicament, pas le jour même, mais dans la semaine qui suit, y'a un... mais pas beaucoup, mais un léger mieux quand même ! Si y'a rien, non j'arrête ». Certains interrogés adaptent parfois leur comportement pour gagner en efficacité, comme **I12**, qui n'hésite pas à mentir au médecin pour aller droit au but : « Il me posait des questions : “ tu fumes à quelle fréquence ? ” et j'ai pas osé lui dire que

je fumes chaque jours, et que je bois 3 bières tous les jours [...] parce que [...] c'était pas en rapport, et que ça peut l'amener à autre chose. Parce que je voulais qu'il me prescrive [...] un test [...] ça n'avait rien à voir avec le fait que je fumais, ou que je buvais ».

Comme nous venons de le constater pour **I6**, la **longueur du traitement est un facteur d'inobservance**. Pour **I1**, la résolution de son état de santé est aussi un motif de raccourcissement du traitement : « des fois on me prescrit un traitement sur une semaine, deux semaines, un mois [...] Ouais, pour une infection. Et puis, bah en fait, je vais faire le truc pendant deux semaines et puis ça va aller mieux et du coup, je vais me dire c'est bon, alors que c'est pas forcément bon ». Cependant, pour **I2**, après une expérimentation d'arrêt de son traitement de fond, celui-ci a changé son rapport à l'observance thérapeutique : « Y'a forcément un résultat, je sais la différence. J'ai eu des périodes où j'ai dû arrêter et je vois très bien la différence. 'fin, je voyais la différence. Donc y'a pas de... Je connais le médicament, je connais les effets secondaires, je sais pourquoi il est prescrit, donc j'ai une connaissance du médicament qui fait que j'accepte aussi je pense mieux, et mmh... une compréhension qui fait que je suis dans l'acceptation totale du médicament ».

Au-delà d'une attente d'efficacité des traitements, nous observons également pour la plupart des interrogés, une recherche de médecin de proximité comme étant le premier des motifs de choix de médecin traitant, tout cela afin de **ne pas perdre de temps**. Ce rapport au temps se répercute directement sur le recours aux soins des interrogés, qui voient leur santé comme un objet secondaire. Pour **I7**, « C'est pas que j'aime pas les médecins, mais si voilà... Si j'ai pas besoin d'y aller, ça m'arrange bien (rire) [...] on en revient toujours à la même chose : le temps » privilégiant ici son **travail**.

En conséquence, les interrogés décrivent **prendre en charge leurs pathologies seulement s'il existe un impact immédiat**, comme pour **I6** « à moins qu'il me dise, voilà, si vous arrêtez de le prendre [sous-entendu le traitement], vous êtes mort dans la semaine prochaine ».

3. Les conséquences face à la santé

a) L'absence d'appartenance au domaine de la santé

(1) La santé subalterne

La place de la santé et du soin dans la sphère masculine est, elle aussi, reléguée à un rang inférieur. Pour **I7**, comme nous l'avons déjà entrevu ci-dessus, son **travail** est priorisé par rapport à sa santé : « Non, je prends déjà pour ... je prends déjà presque pas le temps de vivre, donc euh... Voilà, me soigner... C'est un tort que j'ai, c'est que voilà, me soigner c'est pas une priorité ». Pour **I9**, le sport reste un mobile plus important : « souvent, on laisse passer. Y'a eu des “ mal d'épaules ”, ben souvent, on va pas chez le médecin, on laisse passer, et c'est comme ça ». **II** développe son propos et explique que devant l'absence de sollicitude pour leur propre santé, les hommes n'ont pas d'intérêt pour celle des autres, asseyant ainsi cette position secondaire de la santé au sein de cette catégorie de genre : « quand tu parles de tes problèmes à un mec, soit c'est des réponses toutes faites, 'fin que je ressens comme des réponses toutes faites, euh... qui sont pas... on va dire très empathiques au final, soit en fait... ils s'en foutent. Et je ressens pas ça quand je parle à une femme ».

La plupart des interrogés nous confient leur **négligence** vis-à-vis de leur santé. Ici, **II** décrit sa relation avec celle-ci « c'était un peu en mode... (silence) j'y vais pas même, j'y vais pas même si j'ai un truc [...] Je crois euh... à la fois je me disais : “ oh bah tiens je vais voir si ça part tout seul ” » tout comme **III** : « Là, j'ai [45-54ans], ça fait [plusieurs années] que je reçois le fameux papier pour le cancer colorectal, et je m'en suis toujours pas occupé... [...] C'est de la fainéantise tout simplement ». Ainsi, ils **procrastinent**, même lorsque des symptômes handicapants surviennent, comme l'éprouve **I4** lors de son AVC « Le matin tu te lèves, tu te prends le pied dans le tapis, et puis tu te dis : “ oh, j'ai le pied qui est endormi ” et puis après, deux heures après tu te dis, voilà, t'avances plus, t'arrives pas à tenir debout ». Cette attitude face aux soins s'inscrit probablement dans une **vision à court terme** de l'impact d'une mauvaise santé.

On observe pareillement un certain **fatalisme** dans les conversations menées, comme avec **I4** « “ bah, oh non me parle pas du médecin ! ” parce que c'est le... : “ t'façon ça changera rien, c'est

comme ça ” » et un **relativisme**, comme pour **I9** « Par exemple, un mal de tête, je vais pas aller perdre 45 minutes chez mon médecin, et faire perdre du temps à d'autres patients qui ont... qui ont plus besoin que moi. Je vais pas... je vais pas lui faire perdre du temps, si c'est un mal de temps, ou si je vomis, ou si j'ai des trucs... Je sais que ça va passer, et je vais pas perdre du temps et faire perdre du temps aux autres ».

Cette situation peut engendrer une **relation impersonnelle au soin** comme pour **I12** : « Non, j'ai pas de médecin traitant parce que... Parce que depuis que j'ai eu ma carte vitale, euh... je me rappelle que le médecin qui a rempli.... un médecin m'a demandé si j'avais un médecin traitant, je lui ai dit non et il m'a dit « bah voilà, je peux être ton médecin traitant. » et... je sais pas comment ça se passe avec le médecin traitant, mais j'ai jamais eu de médecin traitant. Ben je me dis que tous les médecins... Tous les médecins, c'est des médecins traitants... ».

Enfin, la **charge administrative est un réel frein** pour certains de nos interrogés, comme pour **I6**, qui ne possède pas de relation de confiance avec son médecin traitant, mais qui ne trouve pas la motivation d'en changer : « Pff... Parce que j'aime pas le... J'aime pas, parce que c'est compliqué pour changer. Faut que j'aille en voir un autre ... Et p'is faut que je prenne le dossier chez l'ancien... J'aime pas les choses compliquées, j'aime bien les choses simples : toc, toc ».

(2) Le manque d'éducation en santé

Plusieurs des interrogés pointent une carence d'apprentissage au sujet de la santé en globalité, et déplorent une certaine **ignorance**. Ainsi, pour **I1** déclare : « J'ai l'impression que comme pas mal d'hommes, j'ai été assez peu responsabilisé par rapport à des choses comme ça, comme la santé. Comme euh... Bien s'occuper de la maison, tu vois ce genre de choses ». De ce fait, on relève dans nos entretiens une **insensibilité face au domaine du care**⁶ comme le constate **I1** : « Encore une fois, on en revient au fait que pendant des années j'ai pas pris soin de ma santé, j'ai pas l'habitude [...] je me pose

⁶ Ce terme, sans équivalent en Français, englobe plusieurs notions à la fois : celle du soin et celle de la sollicitude. Ainsi, le care est à la fois le souci de l'autre et de son bien-être, dans un aspect quotidien (par exemple prendre rendez-vous pour une personne, veiller à ses besoins) mais est aussi l'acte de soin en lui-même (33). Il faut noter que le care peut s'étendre également au souci de soi (34).

pas la question en fait. » ou le conceptualise **I13** : « Un garçon peut rester euh... Très... à l'écart de son corps, comme si euh... c'est l'étranger son corps ».

Ainsi, on observe chez certains de nos interrogés l'**absence d'interrogation vis-à-vis de leur santé** comme pour **I1** : « Nen, nen, je n'en j'ai pas posé de questions. Je pose assez peu de questions au médecin de manière euh de manière générale. [sous-entendu au médecin] » ou pour **I5** : « Ben écoutez j'en sais rien [de ce que j'attends du déroulement de la consultation, quand je vais chez le médecin]. (rire) ». On observe également pour plusieurs de nos interrogés, une difficulté à définir la santé, comme pour **I10** : « c'est difficile à expliquer [la bonne santé], parce que c'est quelque chose qu'on a tous les jours ».

Il existe également une certaine **désorganisation dans leur suivi médical** comme pour **I3** : « j'ai attendu dans la salle d'attente, j'avais pas de rendez-vous je savais pas qu'il fallait en prendre ».

Cependant, cette conduite est à relativiser avec d'autres facteurs que le genre, et nous voyons aussi différentes consciences du corps et de la santé comme chez **I11**, qui en prend soin à travers le sport : « [Je fais du sport] pour éviter de.. euh... d'être obèse et puis après euh... ça peut entraîner peut être des problèmes de cœur... ».

b) L'illégitimité de recours aux soins

La majorité des interrogés aborde le sentiment **d'illégitimité de recours aux soins**, comme le décrit **I9** : « si tu vas chez le médecin, c'est que t'as une vraie raison valable. Par exemple, un mal de tête, je vais pas aller perdre 45 minutes chez mon médecin, et faire perdre du temps à d'autres patients qui ont... qui ont plus besoin que moi [...] Si j'y vais, ça veut dire que je prends la place de quelqu'un d'autre. Et ça, c'est un problème aussi » ou **I3** : « j'irais pas chez un médecin pour le moral, ni pour euh... non, ça me viendrait pas à l'idée. [...] Parce que je juge... alors peut-être à mauvais escient, mais je juge que c'est pas le... c'est pas l'endroit, c'est peut-être pas leur métier, et puis que j'encombrerais plus qu'autre chose. Ils ont beaucoup de travail, et puis y'a des gens qui attendent... C'est pas là que j'irais, clairement ».

Cet état est auto-entretenu par une **résistance face à la maladie**, et **I3** explique alors : « Y'a un espèce de cercle vicieux euh... c'était douloureux de me savoir douloureux. Donc du coup, on en sort plus. Et puis aussi, parce que ça détourne le mal. Parce que, effectivement, quand on se fait très, très mal à la main, en tapant dans une poutre, du coup, on est des animaux et on pense quand même en priorité vu qu'on a très mal à la main, donc c'est un peu pour dévier la douleur ». On peut supposer aussi que **I3** doit se légitimer pour lui-même dans sa maladie.

Aussi, de par ce devoir de résistance et d'autonomie, on observe aussi une **honte dans le fait de réaliser des actes de prévention**, comme pour (**I13**) : « (rire gêné) ouais je pense... pas... pas très... je l'assume pas complètement [de faire des activités pour me maintenir en santé]. Je serais capable de dire non alors que... Je fais un peu de gymnastique ».

On imagine que cette situation est **alimentée par une attitude de certains soignants**, comme le signal **I2** : « y'a des fois il [sous-entendu le médecin] minimisait bien sur des choses et moi j'étais, bon ben on va pas tout dire non plus et on va se dire que c'est bon. » ou encore « il “dismiss” [traduit comme “ ignore ”] mes symptômes, qui étaient présents, existants, par le fait que si ça, ça allait bien. [...] Il ignore activement mes symptômes. S'il produit les examens escomptés et qu'il n'y a pas de réponse, il n'y a pas de problème. » ou bien **I3**, qui ne conçoit pas l'intérêt d'une consultation pour motif de prévention sexuelle « Alors spontanément, non. Non, là j'avais... j'avais peur d'avoir un problème, donc j'y suis allé. Euh... mais sinon... Et qu'un médecin me l'ai fait spontanément non plus (marmonnement) ».

Au-delà des soignants, **I1** souligne également que **l'espace public est étranger à la santé du genre masculin** « Mais pour les hommes, je connais pas grand-chose. 'fin, vous vous avez le cancer du sein, le papillomavirus, je sais plus, mais y'a pleins de petites choses comme ça et en fait je sais pas ». Celui-ci explique par la suite qu'il n'a jamais discuté avec son médecin ou aperçu de campagne de prévention.

Aussi, nous notons une **utilisation de l'humour** lors du recours aux soins par plusieurs des interrogés pour répondre à cette illégitimité. Cette forme d'esprit peut justifier plusieurs injonctions, mais les participants n'ont pas été formels sur cette utilisation. Pour **I4**, celui-ci utilise « deux ou trois

vannes, comme ça », visiblement lors d'un moment de gêne, **I4** voulant faire « passer un truc quoi ». **I6** et **I2** justifient leur utilisation de l'humour « pour détendre l'atmosphère », suggérant une illégitimité de recours aux soins.

Enfin, certains sollicitent des **bénéfices secondaires à la consultation** pour justifier leurs recours aux soins comme pour **I13** : « En général, [je choisis les professionnels de santé] parce qu'elles me plaisent. Physiquement.[...] 'fin, disons que ça me ferait peut-être y retourner ! ».

c) Accorder le pouvoir aux professionnels sur sa santé

Paradoxalement à la volonté d'être **autonome dans le maintien d'une bonne santé**, nous notons également une alternance de pouvoir par une délégation **des décisions médicales** au corps médical.

Ainsi, plusieurs des interrogés peuvent **s'abandonner à l'expertise du sachant** comme le soutient **I12** : « Je fais mon rôle. Je fais mon rôle de malade. Et j'obéis à tout ce que le médecin il me dit. » jusqu'à parfois développer un sentiment de **devoir** comme pour **I1** : « Ben c'est un professionnel, ouais. A priori, à priori je dois lui faire confiance. » et de **confiance** comme **I2** qui ne refuserait « absolument pas » les examens complémentaires qu'on pourrait lui prescrire, car celui-ci fait « évidemment » confiance en ce que les médecins lui prescrivent. Parfois, on note même une identification divine de la profession médicale par leur regard omniscient sur la situation médicale des interrogés, comme pour **I3** qui déclare : « je peux essayer de le cacher [au médecin] [...] ça se voit quand ça va pas très bien » ou encore **I9** affirmant : « Avec les médecins, [...] Tu vas leur mentir, t'as mal au poignet, ils vont voir que t'a pas vraiment mal, ils vont te le dire ».

On constate alors que quelques interrogés sont **pilotés dans leurs soins par les soignants**, comme par exemple **I7** : « c'est un peu bizarre comme situation on va dire, parce que j'aurais l'occasion de le croiser dans le village pour une raison X ou Y et puis on va en reparler [...] Et il va me dire : « t'as fait ta prise de sang ? » ou... ou voilà, il va un peu me sermonner ».

Pour un de nos interrogés, ici **I6**, l'**absence de consultation de son propre consentement avant les soins** ne semble pas être questionnée : « j'avais été le faire à l'[hôpital], donc ils me mettent

dans les fesses, et puis tac, tac, tac. Je trouvais que c'était un peu sauvage, et puis pas justifié à l'époque [...] Ils ont décidé, et puis j'étais à l'[hôpital], et ils me l'ont fait. [...] et puis comme je vous disais, moi vous me dites, allongez-vous là, je m'allonge, faites ce que vous voulez ».

Cependant, tous ne se soumettent pas à cette autorité, comme **I13**, qui souhaite davantage de **contrôle dans ses soins** : « je lui ai dit : “ Vous me dites ce que vous me faites. ” Je le vois me faire la piqûre mais je lui ai dit : “ - Vous êtes en train d'en faire une autre, qu'est-ce que vous me faites ? - Mais je vous la dévitalise... - Mais je vous avais dit de me dire ce que vous faites ! ”. Je suis parti. Je lui ai écarté le bras, et je lui ai dit : “ Je ne supporte pas ça ! ”. Il me dévitalisait une dent. Dévitaliser une dent, c'est pas anodin, c'est ma dent, et il doit m'expliquer ».

Enfin, il est intéressant de noter que près de l'ensemble des participants ne ressentaient pas les stéréotypes genrés comme pouvant être source d'inégalités dans le soin. Aussi, ce sentiment peut conforter une pratique médicale paternaliste, du fait d'une potentielle invisibilisation d'injustices. En effet, près de la totalité des participants considéraient **les soignants comme étant non discriminants** vis-à-vis du genre comme **I1** : « j'ai déjà eu, avec différentes personnes que... qu'il peut y avoir une différence entre les hommes et les femmes, de la part des médecins. C'est vrai que du coup, moi en tant qu'homme, je les ai pas ressenti. » ou **I3**, en parlant de son opinion sur la différence potentielle de prise en charge médicale induite par le genre : « je suis à peu près convaincu que non. C'est ma conviction... Je pense que non. Encore une fois, je fais une confiance aveugle au médecin, à leur formation... » ou encore **I9**, qui répond « Ça m'étonnerait [que le fait d'être un homme influence le médecin sur les soins prodigués] ». De même, **I13** indique : « je me dis finalement, ce qui l'intéresse c'est quand même la santé du patient. Normalement, pour lui, dans son métier, il a dû... il a pas à faire de différence... il va écouter le problème de la personne donc il va traiter le problème de la personne. Donc il doit pas y avoir de différence a priori. » Ce sentiment de neutralité, presque machinal, qu'auraient les soignants, pourrait conforter les interrogés dans la confiance aveugle qu'ils ont développée dans les soins.

Bien que **I2** se soit contredit à ce sujet durant l'entretien, on note tout de même sa parole dissonante par rapport au reste des interrogés, « je pense qu'on est plus pris au sérieux, plus par rapport

au corps de la femme qui a certaines problématiques. Tout ce qui est médicament, c'est évidemment 'fin basé sur... beaucoup de tests faits sur les hommes mais pas sur les femmes, et je pense que je suis mieux pris en charge parce que je suis un homme ».

d) Déléguer le care

Au cours de nos entretiens, on observe une **délégation du care** à autrui dans le discours de nos interrogés. C'est la cas pour **I1** : « Oh bah [ma mère] me rappelait tout. Tout ce qu'il fallait que je fasse [...] j'ai des lunettes, j'ai des corrections optiques. Elle me disait qu'il fallait ce que je fasse, que j'aille chez l'ophtalmo ou que voilà », mais également pour **I5** : « [c'est] souvent mon épouse » qui « prend [...] rendez-vous » ou encore pour **I9** : « Moi souvent, c'est quand on me dit qu'il faut que j'y aille [...] ouais, on m'a dit que ça devenait un peu grave [...] j'avais reçu des messages de ma... de ma copine. Y'a mes parents aussi [...] Parce que sinon, je serais pas trop allé, je pense ». Cette délégation du care est parfois elle-même entretenue par le médecin lui-même s'occupant des interrogés, comme pour **I7** lors de sa découverte de diabète : « [le médecin] avait dit à ma femme : “ Bon voilà il faut qu'il change son alimentation ” [...] Elle a [donc] changé sa façon de cuisiner ».

Certains expliquent cette attitude par le fait de vouloir **éviter la souffrance d'autrui**, comme **I6** nous l'intime : « mon frère qu'était... qu'avait 3 ans de plus que moi, il avait failli y passer. J'étais chez une tante, et j'avais un mal fou à rentrer chez moi. Parce que j'allais me confronter... à une personne que j'adorais, et j'allais me confronter à le voir euh... et ça... et ça j'ai encore du mal aujourd'hui. Si je... la souffrance de mes proches, me font très mal. Mais je suis assez... assez lâche là-dessus. Ouais. Je sais pas pourquoi, mais... la souffrance de mes proches me fait très mal ».

Aussi, la plupart des interrogés ne se **définissent pas dans le rôle d'aidant**, comme l'affirme **I2** : « c'est pas mon rôle [de prendre rendez-vous pour ses proches] » ou l'explicite **I7** : « C'est ma femme qui gère. Ça me dérange pas d'accompagner les enfants si ils ont un rendez-vous chez le médecin, enfin on y va même ma femme et moi. Ça, ça me dérange absolument pas, hein ! Mais voilà, non, moi prendre le rendez-vous, ça non » De ces faits, la grande majorité des interrogés conjuguent **le care au féminin**. Cependant, plusieurs ont fait exception à la règle, comme **I11**, depuis qu'il a la garde

exclusive de ses enfants : « Ouais, [j'ai déjà emmené] mes enfants [chez le médecin [...]] C'est moi qui gère le suivi de mes enfants], plus maintenant que je suis tout seul, mais bon... euh... Avant c'est ma femme qui gérait, qui les emmenait. » Ou pour **I8** : « Ben mon père s'est retrouvé alité, et pendant un an et demi, on a gérait ça, mon frère, ma belle-sœur, ma femme et moi [...] Et c'est moi qui lui donnait à manger tous les jours ».

Cette délégation du care se situe en partie au sein de la sphère privée. En exemple **I6**, déclare au sujet de la **contraception** : « on en a jamais parlé non plus [de la contraception]. Peut-être que c'était... que c'était... que c'était normal que ça soit la femme ». Cependant, cette notion est à contrebalancer avec deux jeunes interrogés, **I9** et **I2**, qui citent spontanément le préservatif comme un moyen de contraception : « une contraception ? [...] je mets des préservatifs ». Enfin pour **I10** explique : « je pense que si jamais un homme ouvrait la parole, se serait plus du coup avec sa compagne qu'avec quelqu'un qui vit et qui sait que y'aura pas de problème derrière, y'aura pas de jugement, pas de.. pas de téléphone arabe... en gros, la personne à qui elle va le dire, elle va pas le dire à d'autres personnes, etcétera... et j'ai l'impression... 'fin moi dans l'idéal, parce que forcément, je vis seul... Dans l'idéal, j'aimerais bien en gros tomber sur une compagne qui euh... m'aime à 100% et m'écouterait à 100% et euh... qui me chercherait pas à me nuire avec les informations qu'elle récupérerait de mes problèmes ».

Mais on observe également **une délégation du care aux femmes au sein de la sphère publique** Ainsi, **I13**, que nous questionnons sur la cause de l'aspect « rédhibitoire d'avoir un professionnel de santé homme », nous répond qu'il recherche « Une maman... une... et éventuellement une femme ».

IV. Discussion

A. Synthèse des résultats : Le paradoxe de la morbidité au sein de la masculinité hégémonique

En synthèse de nos résultats, nous retenons que, dans des processus partiellement intériorisés, l'état maladif, pour nos interrogés, ne permet pas de performer la masculinité. On retrouve ainsi dans le discours de ceux-ci l'incarnation de la **force** (mentale ou physique) voire l'**invincibilité**, l'**autonomie**, le **stoïcisme**⁷, l'**intégrité sexuelle** ou encore, d'être le **pourvoyeur de ressources au sein de la famille**. Ces qualificatifs se révèlent comme étant les **caractéristiques genrées socialement attendues d'un homme**. En effet, ces thèmes sont largement étudiés comme structure de la masculinité hégémonique. (31,35–41).

Or, certains de ces thèmes se confrontent voire s'opposent à l'état morbide, comme à la **vulnérabilité** ou encore à la **dépendance**. On comprend donc que nos interrogés vont user de **stratégies d'adaptation lorsqu'ils expérimentent un état morbide**, entraînant alors des conséquences sur leurs comportements de santé. Nous proposons en figure 1, une schématisation des interactions entre ces catégories de concepts, relevées dans nos résultats.

⁷ Au sens de l'attitude morale, caractérisée par une grande fermeté d'âme dans la douleur ou le malheur.

Légende

Les caractéristiques genrées socialement attendues d'un homme

Les stratégies d'adaptation contre l'état morbide

Les conséquences liées à la santé

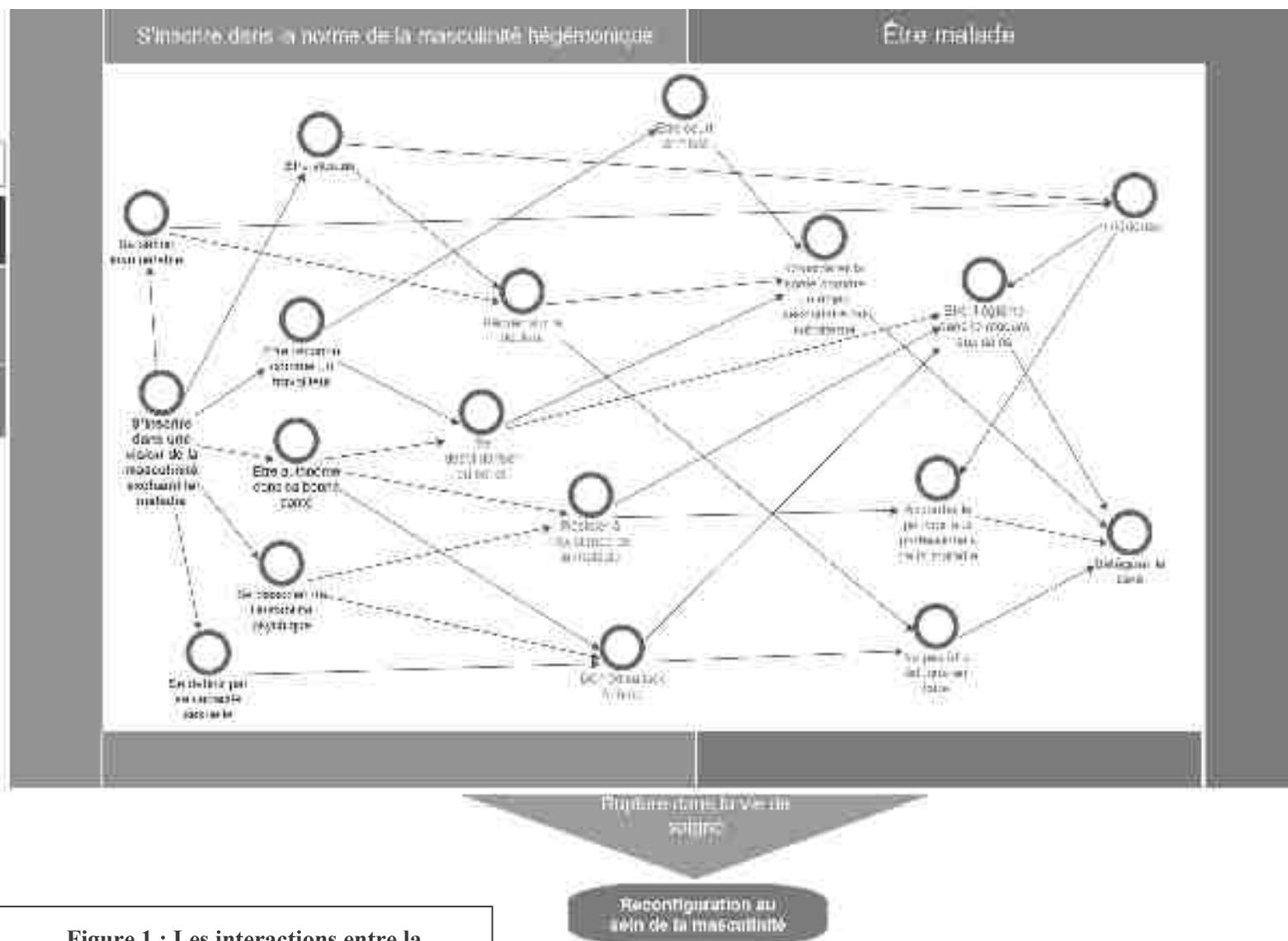


Figure 1 : Les interactions entre la masculinité hégémonique et l'état morbide

B. La doxa⁸ masculine

1. Un corps opérationnel

On observe chez nos interrogés une réflexion autour de la **séparation du corps et de l'esprit**, que Robertson (46) associe notamment au genre masculin. En effet, l'auteur suggère que cette vision permet une certaine **mise à distance** des sensations ressenties. Ainsi, comme nous l'avons constaté chez nos interrogés qui ont « besoin d'un corps à 100% à disposition » (I13), le fait de faire « une séparation entre le corps et l'esprit » (I13) permet d'atteindre l'objectif d'un « corps qui répond » (I13) au « désir » (I13) et à la « volonté » (I13) de l'individu. On constate donc une assimilation du corps à celui d'un outil, permise par la **désolidarisation du corps**.

Au contraire, quand le corps empêche de faire une activité (« empêche de faire mon travail » (I7)), il y aura « une prise de conscience qu'on a un corps » (I2). On envisage **cette reconnaissance du corps comme permettant l'accès à l'idée de la maladie**, donc à la possibilité d'être malade. A l'inverse, un corps non palpable est un corps en « bonne santé ». En effet, un corps qui se « ressent », et donc pour lequel on reconnaît les symptômes, semble être assimilé par certains de nos interrogés à un aveu de vulnérabilité.

Aussi, corrélativement, cette **mise à distance du corps va amplifier les difficultés de reconnaissances des signaux corporels**, notamment ceux n'entravant pas la fonctionnalité du corps. Chez nos interrogés, « c'est le curseur entre [...] se dire, là c'est un petit bobo, là c'est un truc grave » (I9).

Cette vision fonctionnelle du corps masculin est à rapprocher du concept de « **pragmatic embodiment** ⁹ » du corps masculin, définie par Watson. Celui-ci suggère que le « **pragmatic embodiment** » permet l'oubli du corps, voire la sortie du corps, car « quand on oublie son corps, on est en bonne santé » (I2). Cela rejoint également les travaux de Boltanski (47) concernant son postulat

⁸ Ensemble des idées reçues sans discussion, comme évidentes, dans une civilisation donnée. Les prénotions appartiennent donc à une *doxa* (42–45).

⁹ La fonction utilitaire et ordinaire d'un corps remplissant des rôles spécifiques (père, conjoint, travailleur) nécessaire dans la société (46) (traduction libre).

d'une culture somatique¹⁰ différentielle et socialement construite entre les femmes et les hommes. En effet, l'auteur constate qu'il existe une consommation de soins moins importante chez les hommes que chez les femmes, du fait d'une moindre écoute du corps chez ces derniers.

Toujours selon Robertson (46), c'est à partir du moment où le corps se fait ressentir, par un « *experiential embodiment*¹¹ », c'est-à-dire lors d'une rupture dans son « *pragmatic embodiment* », que la personne se définissant en tant qu'homme sera amenée à demander de l'aide. Ainsi, c'est lorsque que le corps n'a plus la capacité de réaliser ses **performances sociales** qu'une nécessité de consultation médicale se fera **ressentir**. Par exemple, lorsqu'une situation n'empêche pas de se mouvoir, « tu te prends le pied dans le tapis, et puis tu te dis, "oh, j'ai le pied qui est endormi" » (I4), cela ne requiert pas une consultation chez le médecin car le corps peut encore effectuer son rôle. Au contraire, après une évolution de cet état, « deux heures après tu te dis, voilà, t'avances plus, t'arrives pas à tenir debout » (I4), on observe une justification possible à la demande d'aide car il y a une disparition de la ressource interne permettant le déplacement du corps.

L'auteur souligne aussi, qu'à travers l' « *experiential embodiment* », la mise à distance du corps (et donc l'aspect instrumental du corps) disparaît, pour laisser place aux sensations corporelles. Par exemple, quand le sujet « [n'arrive] même pas à s'habiller » (I3), donc quand la « machinerie corporelle » se bloque, l'individu reconnaît alors sa corporalité par l'identification de sa « tendinite » (I3). Ainsi, selon l'auteur, c'est par l'« *experiential embodiment* » que l'on peut comprendre la modification des processus physiologiques et adapter son comportement pour vivre avec ces changements biologiques (49).

Lors de nos entretiens, certains interrogés semblent souligner **l'importance de ressentir corporellement la maladie** et particulièrement lorsque celle-ci n'est pas visible. Il faudrait donc, pour nos interrogés, des manifestations de signes externes à la maladie pour qu'elle

¹⁰ Attitude face à la consommation de soins qu'entretien un individu, intimement lié à sa classe sociale. On observe paradoxalement une consommation de soin moindre pour les catégories socio-professionnelles où « le risque sanitaire reste élevé », soit les classes populaires. Cette notion est étendue au genre, Boltanski approchant la culture somatique des hommes à celles des classes populaires (47).

¹¹ Point de rencontre des frontières sociales et corporelles, le premier lieu d'expérience des émotions et du corps (48) (traduction libre).

« se ressent[e] même physiquement » (I3). En effet, lors d'une rupture dans le quotidien, par exemple lors de l'apparition « d'idées noires » (I3), un « le cœur lourd » sans « énergie, et [...] inhibition de la volonté » (I3), certains interrogés ont exprimé le besoin de donner « des coups envers des choses [...] envers des poutres ou des choses comme ça » (I3). Bien qu'il soit envisageable que cette violence soit l'expression d'un refus de paraître faible, il est également licite de considérer que l'expérience corporelle soit indissociable l'état morbide pour nos interrogés.

Comme nous le disions plus haut, la santé au masculin s'enchevêtre dans une action, et ce, d'autant plus dans le cadre d'un travail rémunéré (50). Aussi, il faut agir en étant « travailleur » (I10), et il faut prendre des mesures contre cette inaction en allant « voir [le] médecin traitant, [...] quand [cela] empêche de faire [son] travail » (I7). Pour faire le lien avec ce qui a été précédemment développé, c'est lorsqu'ils sont confrontés à l'incapacité de réaliser leurs tâches professionnelles, donc à travers l'« experiential embodiment », que les interrogés recherchent un **soutien médical, dans le but d'assumer le rôle social qui leur est dévolu : le travail.**

Cela révèle un lien intime entre la santé et le travail, et notamment à travers le **souci de l'efficacité professionnelle**. De fait, lorsque cette efficacité n'est plus atteignable par l'individu, on observe un phénomène de conscientisation des défauts de sa santé. Comme le souligne Saltonstall dans son étude (51), si la capacité d'agir subsiste, si le corps reste fonctionnel pour les tâches incombées au genre masculin, alors l'individu de ce genre va considérer sa santé comme acquise et intacte. Cela ne va pas sans rappeler les propos de I8 qui se définit en bonne santé, n'ayant « pas de problèmes de santé » par son aptitude au travail, en dépit d'un périmètre de marche largement limité par l'usure corporelle.

Cet impératif de **rendement**, semble pouvoir se transposer dans le domaine des soins. En effet, nous retrouvons également dans le discours des interrogés une attente de rentabilité dans la mise en place et l'effet thérapeutique. Ainsi, pour que les soins soient acceptables par les hommes et suscitent leur adhérence, le rapport temps/efficacité semble devoir être réduit

De fait, **l'efficacité doit leur sembler mesurable, soit par l'expérience corporelle directe (pathologies aiguës, soins par sutures....), soit par une objectivation visuelle de résultats concrets.**

Par exemple, être « à la limite [du seuil biologique normal] » pour le « cholestérol » fait considérer que « c'est pas du cholestérol » et motive l'arrêt du « médicament » (I4, antécédant d'AVC). A ce titre, les examens complémentaires permettent de matérialiser des mécanismes s'opérant dans le corps qui deviennent alors chiffrables (52).

De cette vision utilitaire du corps, on observe « son corps » comme étant « l'étranger » (I13) soit une **transformation du corps en un autre sujet autonome** (51). En effet, Saltonstall analyse dans son étude la conception genrée du corps sain. On y retrouve une représentation de l'homme en santé à travers le corps en action, et notamment par un corps en tant que sujet autre que lui-même soit un étranger. Le corps masculin deviendrait donc autonome de son hôte, ce qui pourrait permettre aux hommes de se défaire du devoir envers leurs corps. L'auteur semble donc développer l'idée que le corps masculin serait fonctionnel par lui-même et pour lui-même. Au contraire, le corps de la femme serait le *corps-objet* à examiner, c'est-à-dire qu'on observerait une réification du corps féminin par les professionnels de santé dans le but d'une surveillance de leur état de santé. Cela suggère une certaine solidarité entre la femme et son corps, et notamment à l'enveloppe corporelle, celle-ci faisant apparaître ou non la maladie. Le corps féminin ne se ressentirait donc pas dans l'action, mais dans l'observation. Ainsi, par cet ancrage dans un corps autonome pour son propre parti, les hommes peuvent entretenir le fantasme d'un corps responsable de lui-même, « il faut que mon corps il s'habitue » (I13), et de ses propres réparations, « [que le corps] trouve la solution lui-même » (I13). Il est à noter que Le Breton (53) associe plutôt ce phénomène de détachement du corps, qu'il décrit comme un « corps surnuméraire », à une **vision « moderne » et « occidentale »**.

Il est intéressant de remarquer qu'à travers cette réflexion, le **modèle biopsychosocial** de la santé proposé par l'OMS ¹² ne résonne que partiellement dans le discours de nos interrogés, et ce

¹² Modèle développé par Engel proposant d'évaluer et de comprendre la maladie et la santé à travers différents points de vue d'organisation, permettant par là le recueil de subjectivité du patient. Ce modèle global permet d'améliorer l'état de santé par la reconnaissance des besoins réels (54).

préférentiellement par un prisme de performances sociales. Or, selon Watson (48), à la différence de l'expérience profane, le corps médical examine le « visceral embodiment ¹³ », que l'on peut rapprocher à la notion de **vision biomédicale** de la maladie. En effet, les différences de perceptions du corps et de la santé entre les professionnels de santé et les soignés sont largement décrites dans la littérature (55–59), pouvant alors engendrer une difficulté de compréhension mutuelle lors de la relation de soin, dans l'établissement d'un diagnostic et dans la prise en charge de la maladie.

Depuis quelques décennies, l'image corporelle masculine évolue. En effet, on observe actuellement une certaine **exigence sociétale vis-à-vis de l'ensemble des corps**, liée possiblement à une attitude « d'autosurveillance ¹⁴ » des individus sur leur propre corps (60,61). Bien que cette question de surveillance corporelle fut peu soulevée dans nos entretiens, ces préoccupations semblent plutôt toucher les jeunes générations (chez les moins de 50 ans cours de notre recherche).

On observe donc une tendance **au contrôle de l'image corporelle**, les hommes se surveillant et se modifiant souvent à travers le sport, « je prends du poids » donc « je reprends le footing [...] pour éviter [...] des problèmes de cœur » (I11), et les femmes surtout grâce à la surveillance alimentaire (51).

On constate alors que, pour les interrogés, **l'état de bonne santé se constate visuellement**. C'est ainsi que certains sujets vont aborder « [le poids en trop qui] embête quand [on se] regarde dans la glace » (I11). Cette constatation est partagée par plusieurs autres auteurs (46,51). De fait, dans la *doxa masculine*, un corps en bonne santé est un corps avec des muscles saillants, il faut donc aller « à la salle [sous-entendu] » pour être « en bonne santé » et « aimer son corps dans le miroir » (I10) (46,57,62).

¹³ Ensemble des processus biologiques souvent vécus de manière inconsciente, qui maintiennent une intégrité et une forme corporelle (48) (*traduction libre*).

¹⁴ Ici nous prendrons comme exemple l'autosurveillance dans le domaine de la santé. Celle-ci consiste en une attitude de contrôle de soi, des suites de pressions sociales qui s'exercent à travers de politiques sanitaires et qui stigmatisent le corps anormal ou pouvant nuire à la communauté. Ce présent phénomène de stigmatisation engendrera une dénonciation possible de ce corps anormal car considéré comme indésirable. Pour ne pas subir de réprobation sociale, il existera en retour une attitude « d'autosurveillance » de l'individu. (60,61)

2. Un homme autonome à travers et pour le travail productif

Le **fort engagement professionnel**, ou le fait de se définir comme étant « travailleur » pour être un homme (**I10**) ainsi que son corolaire, soit la fragilisation du statut d'homme lors de la privation de travail, sont déjà étudiés dans la littérature (24,40,63–65). Comme le souligne Rivoal, Docteur en sociologie : « le travail constitue un fondement essentiel des légitimités masculines, puisqu'il est le terrain d'accès privilégié à une forme de reconnaissance sociale. [...]. Et l'on a parfois l'impression que l'identité des hommes tient tout entière dans le fait de travailler, et de travailler beaucoup » (40).

En outre, le travail résonne dans plusieurs facettes de l'identité masculine. Tout d'abord, l'**autonomie financière** procurée par un travail rémunéré constitue un pilier dans cette identité (24). C'est aussi un lieu de reconnaissance par des pairs de ses performances, d'où découlent des **responsabilités impliquant une non-défaillance**, comme le souligne (**I4**) ou Cyril dans « la fabrique des masculinités au travail » qui reconnaît « une collègue comme un mec » à travers sa résistance à l'effort (66).

Cette identification à travers des corps et des comportements performants est entretenue par une **stigmatisation voire un rejet des employés faisant preuve de défaillance** (67). Ainsi, certains sujets estiment qu'il faut se sentir « coupable » (**I1**) de prendre « un arrêt de travail » (**I1**) car sinon « c'est les autres qui vont subir les conséquences des arrêts multiples des autres » (**I4**). L'état défectueux est alors ressenti comme un manquement à ses obligations, parce que l'on « **doi[t]** être présent » (**I1**). Dans la même idée, on peut supposer que l'arrêt de travail acte la reconnaissance officielle de cette défaillance. Celui-ci peut alors être considéré comme une honte, car exposant publiquement cette incapacité. Ce phénomène explique donc le découragement des patients à consulter pour demander un arrêt de travail.

Comme nous l'avons aperçu dans les résultats, ces obligations d'activité engendrent également la manipulation de la notion de « presque accidents » (**I4**), entraînant la **responsabilisation de l'individu** face au « corps incapable au travail ». Ainsi, si l'individu se blesse, cela serait par manque de robustesse du corps, de concentration et de contrôle de soi. Il devient alors illégitime de s'identifier

blessé ou malade à travers la reconnaissance médicale et nécessaire d'endosser dans le silence les conséquences de cet accident de travail.

En effet, cette pression sociale fait considérer **les failles comme des erreurs qui doivent être assumées** en endurant la souffrance, même s'il existe des répercussions sur sa santé. Aussi, il est intéressant de remarquer que la normalisation des blessures au travail (et donc des accidents de travail) permet de démontrer le contrôle de son propre corps (68). Par exemple, les séquelles corporelles produites par un accident de travail peuvent être très bien intégrées quand elles ne sont pas valorisées par *le métier qui rentre*.

On peut faire un parallèle avec nos résultats et l'épidémiologie française concernant les accidents de travail masculins. En effet, en 2019, 62,7% des accidents de travail concernaient les hommes (69) alors que 51% des actifs sont des hommes (70). Il existe donc une surreprésentation des accidents de travail chez les hommes, possiblement reliée aux prises de risques/secteurs d'activités des hommes. Cependant, on constate que ces **arrêts de travail sont en moyenne plus courts chez les hommes que chez les femmes** (67,9 journées perdues par accident pour les hommes contre 73,8 pour les femmes (69)). Il est possible de considérer que les accidents de travail prolongés des femmes seraient le reflet d'une plus grande gravité des accidents pour les femmes du fait d'un environnement de travail inadapté à leurs besoins. Cependant, 90% des accidents de travail mortels sont masculins. Il est donc également envisageable de répondre à cette différence par une **volonté masculine de réduire au maximum le temps d'accident de travail, afin de revenir au plus tôt sur leur lieu d'exercice**.

3. Le care inscrit dans l'espace intime : un domaine réservé aux femmes

Le domaine du care¹⁵, et par extension la **gestion de la santé, reste consigné dans la sphère privée**, sphère historiquement féminine et donc n'appartenant pas à la sphère masculine (71). Cette désinscription de l'intimité se construit donc du fait que l'homme, dans une certaine optique

¹⁵ Voir III.B.3.a)(2) *Le manque d'éducation en santé*

identitaire, pour être un « vrai homme », ne s'approprie pas l'intimité, considérée comme féminine, sous peine d' « humiliation » (I1) et de rejet du groupe. En effet, il faut « se distancier de tout ce qui évoque socialement le féminin » (72,73).

De même que dans la thèse de Pace (19), nous retrouvons dans notre enquête une **délégation du care** (34) à autrui et notamment aux femmes. Cette conjugaison du care au féminin s'effectue aussi bien dans l'aspect professionnel du soin (75,76), par l'apparence « rédhibitoire d'avoir un professionnel de santé homme » (I13), que dans le cadre personnel, avec la participation des « mère » (I1), « épouse » (I5), « sœur » (I7) ou encore « copine » (I9) dans la supervision de la santé de nos interrogés.

Cependant, nos propos sont à nuancer par la valorisation de la place d'aidant de plusieurs de nos interrogés. Nous en exposerons les détails dans la partie C.3 Masculinité hégémonique et responsabilisation de sa santé : de la confrontation à la cohabitation.

Nous remarquons que, lorsque la santé s'introduit en tant que sujet dans des groupes humains, on observe des expressions différentielles de symptômes en fonction de la prédominance de genre. Dans la thèse de Weber-Baghdiguian (77), on observe une plus grande proportion de problèmes de santé au travail dans les groupes féminisés. La chercheuse interprète cette donnée comme étant une **plus grande acceptabilité d'ouverture sur des problèmes reliés à la santé, dans une atmosphère de travail féminine plutôt que masculine**. Cela renforce donc l'idée que la sphère de la santé demeure cantonnée au domaine féminin.

De plus, par leur rôle de « gardienne du care », les **femmes influencent positivement la santé de leur entourage masculin**. A la fois à travers la préparation et la surveillance des repas, par exemple « elle change sa façon de cuisiner » (I7) pour s'adapter aux pathologies de leur proches, mais aussi en tant qu'aidant psychologique qui « écouterait à 100% » (I10), les femmes améliorent la santé de leur proche masculin et notamment leur conjoint, mais également la santé de leurs enfants (78,79).

Deux thèmes ont eu une résonance particulière dans l'intimité des interrogés : la santé sexuelle et la santé psychique avec un devoir prégnant de « pudeur » (I2).

Mentionnons en premier lieu que la **santé génitale masculine** semble elle-même un sujet **intime** à part entière. Bien que la ménopause et l'andropause ne soient biologiquement pas le miroir l'une de l'autre et donc ne sous-tendent pas le même enjeu de santé publique, on observe une quasi-absence de connaissance du terme andropause (ou des mots apparentés, comme andrologue) chez nos interrogés.

Le **faible discours de nos interrogés autour de la santé sexuelle**¹⁶, au contraire des femmes interrogées dans la thèse de Pace (22), nourrit l'argumentaire autour d'une santé sexuelle partiellement genrée (80–82). Cela est d'autant plus flagrant pour les sujets concernant la régulation des naissances (contraception, avortement,...), celle-ci étant perçue « comme un domaine féminin » (II) (83). Il est à noter que le genre de la contraception reste dépendant du stade de la relation, et peut être fonction de la génération (84).

Un exemple parlant est l'absence presque totale de la mention de recours au planning familial dans nos entretiens au sujet de la régulation des naissances (un seul des interrogés a discuté le sujet, un membre de sa famille prenant part professionnellement aux activités de la structure). Cette structure semble mal connue, malgré une vocation à s'adresser aux familles et donc par cela, s'adresser également aux hommes. Bien que la santé sexuelle fasse partie intégrante de la santé des hommes, par leur sentiment de non-appartenance à la sphère intime, on observe une occultation d'une partie de leur santé.

En second lieu, on note également une difficulté pour les interrogés d'aborder le sujet des troubles psychologiques. En effet, comme nous l'avons vu dans les résultats avec (II0) que nous recoupons avec l'essai de Daniel Lang (85), les **troubles mentaux sont surtout légitimes au féminin**. En conséquence, il semblerait que les hommes ne se reconnaissent pas dans ces troubles (86). On suppose que c'est pour cette raison qu'il n'existe pas, ou peu, de confidents masculins, ce rôle incombant aux femmes. En effet, selon Niedenthal (32), les proches de genre féminin feraient preuve d'écoute active, au contraire des amis de genre masculin qui seraient, en comparaison, « pas très empathiques » (II), ce

¹⁶ Il est à noter que nous avons eu exclusivement des hommes s'étant déclarés hétérosexuels : cette notion semble s'inverser pour les hommes ayant des pratiques sexuelles avec des hommes, probablement due à une socialisation différenciée à travers l'histoire du VIH (76).

qui pousserait la confiance vers les personnes de genre féminin. Ainsi, de par leur « travail émotionnel ¹⁷ » (88), seules les femmes semblent être en mesure de gérer les émotions et jusqu'à même devoir les représenter à elles seules dans la sphère sociale.

Nous discuterons du rôle féminin de care professionnalisé dans la partie *D.3 La délégation entretenue des soins des hommes*.

C. Les stratégies d'adaptation pour répondre à l'état morbide : une négociation de son identité masculine ?

1. Une régulation des émotions sollicitant l'assistance

Dans notre société occidentale, on observe une **identification genrée des émotions**¹⁸. Ainsi, les « émotions de pouvoir » (par exemple la colère et le mépris) sont inculquées aux hommes, leur permettant de se positionner comme « chef » (**I4**), comme « fort » (**I1**) et d'être perçus comme n'étant pas à « plaindre » (**I6**). A contrario, les individus masculins apprennent à se distancer au maximum des « émotions d'impuissance ¹⁹ » que sont la peur, la tristesse ou la honte (32). En effet, la dichotomie entre la « femme émotionnelle » et « l'homme rationnel » est toujours très ancrée dans les représentations actuelles.

A travers les discours des interrogés et la littérature (32,89-91), nous comprenons que les hommes se sont établis dans un devoir de **régulation des émotions**²⁰ pour performer le genre.

¹⁷ « Acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment. "Effectuer un travail sur " une émotion ou un sentiment c'est, dans le cadre de nos objectifs, la même chose que " gérer " une émotion ou que jouer un " jeu en profondeur ". Il faut bien noter que le travail émotionnel désigne l'effort -l'acte qui consiste à essayer - et non pas le résultat, qui peut être réussi ou non. Les ratés de la gestion des émotions donnent accès aux formulations idéales qui guident l'effort et, pour cette raison, ne sont pas moins intéressants qu'une gestion émotionnelle réussie ou efficace » (87).

¹⁸ Plusieurs élaborations conceptuelles existent autour des émotions, nous nous basons sur celle décrite dans l'ouvrage de Niedenthal (89).

¹⁹ Voir partie analyse des résultats III.B.2.c)

²⁰ Nous choisissons ici la définition d'émotion comme étant « des patrons biologiquement fondés de perception, d'expérience, de physiologie, d'action et de communication, caractérisés par leur aspect épisodique, de courte durée, et qui se produisent en réponse à des défis et opportunités physiques et sociaux spécifiques » (92).

Ainsi, malgré le fait que **les hommes et les femmes vivent autant d'émotions** (91), les personnes se définissant dans le genre masculin se doivent de répondre aux normes de genre en ne divulguant pas leurs ressentis, afin que « ça se retourne pas contre toi » (I9). En effet, les « émotions d'impuissance » sont perçues comme un signal de faiblesse ou de féminité, états prohibés au sein de la masculinité.

En parallèle, **les femmes, assignées au rang de gérantes émotionnelles** à travers leur participation majoritaire dans le « travail émotionnel ²¹ », apprennent à reconnaître leurs ressentis (88–90). Cet apprentissage, socialement construit, confère aux femmes l'avantage de comprendre et de démêler leurs tensions internes. Par ces deux phénomènes, celles-ci auront donc la possibilité de communiquer pour solliciter de l'aide.

En résumé, on découvre donc que les hommes sont **socialement construits pour supprimer ces émotions**, ce qui ne les rend pas à même de comprendre et de reconnaître leurs états émotifs, ce que corrobore d'ailleurs la surreprésentation de l'alexithymie²² dans la communauté masculine (91).

Au sein du genre masculin, on observe différentes stratégies de transformation de cet état émotionnel. Chez certains hommes, il existe un **surinvestissement dans une activité** comme aller au « sport [...] pour ne pas parler de leur problème et se défouler par le sport » (I10) ou bien dans une consommation de substance toxique comme l'alcool, « dans la période où j'étais pas très bien » (I3), quand d'autres vont **intérioriser** leurs émotions afin de rester autonome et garder le contrôle de la situation (32). Il est à noter que certains auteurs mettent en lien cette répression des émotions avec le surplus de comportements à risque et de consommation de substances des hommes par rapport aux femmes (91).

Comme nous l'avons vu à travers les discours de nos interrogés, il n'existe pas ou **peu de place pour l'expression des ressentis** par les patients hommes auprès de leur médecin parce qu'on attend d'un homme qu'il n'« exprime pas ses problèmes » (I10). En effet, comme le relève Niedenthal

²¹ Voir IV.B.3

²² « Consiste en une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent » (93).

(32), le sentiment d'être « jugé » (I3) accroît la réalité des normes de genre. Aussi, même si ceux-ci souhaitent communiquer sur les questions de santé, ils ont du mal à exprimer leurs craintes (94). On comprend donc qu'à travers cette exigence d'intériorisation, il existe une expression amoindrie de leurs ressentis par rapport aux femmes, avec un renforcement de la difficulté engendrée par la non-reconnaissance de leurs émotions, et donc de leurs symptômes.

Cependant, il existe des points de rupture qui redéfinissent la relation aux soins des hommes. On observe pour (I11) un **changement de regard sur la santé mentale et notamment, dans le recours aux soins primaires, des suites d'un changement de vie personnelle majeure**. En effet, un évènement de vie provoquant une reconfiguration de sa structure familiale, ici le fait de devenir la personne ayant la garde de ses enfants, motive une redéfinition de soi au sein de la relation de soin (78) : « Avant c'est ma femme qui gérait » mais « plus maintenant que je suis tout seul [...] j'avais fait suivre le petit, [...] ça a fait un peu la transition. C'est à dire que... la dame elle s'est occupée de lui, et puis après [...] moi j'étais inclus dans le... comment dire... dans le processus [...] donc, ça m'a permis de... de (soupir de soulagement) de... de... lâcher des choses [sous-entendu que lui aussi a pu être suivi par une psychologue] ».

Dans l'ouvrage de Burnay (90), à l'aide de la lecture réflexive de Hochschild (88), on comprend que **le fait de porter assistance à ses proches nécessite d'apprendre des techniques de « travail émotionnel »** en vue d'assumer sa responsabilité d'aidant. Or ce même « travail émotionnel » permet également de reconnaître ses propres émotions et d'en avoir une gestion plus appropriée pour mieux les supporter. Cette propre reconnaissance va alors amener l'individu à prendre en charge ses propres besoins, voire, va même lui permettre de recourir aux soins.

Nous souhaitons nuancer nos propos sur le rôle du genre dans l'expression différentielle des émotions, en traitant aussi de l'importance de l'origine géographique. Comme le souligne I12, originaire du continent Africain, « la déprime ça n'existe pas [...] C'est en Europe, c'est une affaire européenne ». Il existe donc, entre les régions du monde, une différence culturelle de l'intégration, de l'expression et de la gestion des émotions, en dehors d'aspects genrés (95). Une hypothèse suggère

que les « cultures collectivistes ²³ » n'exigent pas les mêmes modes d'expression des émotions, avec un impératif d'intériorisation prégnant pour l'ensemble des sexes, laissant place à l'idée d'une « **dichotomie occidentale** » de la « **femme émotionnelle** » et de « **l'homme impassible** » (32).

2. La démonstration de force par le règne sur la douleur

Dans le discours de nos interrogés, on retrouve un devoir prégnant de **résistance silencieuse face à la douleur**, comme le souligne Lebreton (97) : « dans les sociétés occidentales [...]. l'éducation familiale et scolaire privilégie pour le garçon la fermeté devant la douleur [...] le petit garçon est sommé de “ montrer qu'il est un homme ” [...] Il est de règle que l'homme serre davantage les dents devant la douleur pour éviter de passer pour une “ femmelette ” ». Cette idée est notamment reprise dans une émission tirée du podcast de « Mise à mâle » créé par Florian D'Inca, lequel explore les aspects du concept de masculinité : montrer sa souffrance lors d'une performance dite à connotation masculine (faire de la musculation par exemple) c'est, pour un homme, consentir à se couvrir de honte (98).

Ainsi, plusieurs études pointent un moindre recours aux antalgiques des hommes (du moins déclarés) (99,99) ainsi qu'une utilisation limitée des services spécialisés dans la douleur (100–102) car « un homme, une fois qu'il a un souci de santé, il va résister longtemps avant d'y aller » (113). De plus, certaines études suggèrent que les femmes auraient une sensibilité accrue au stimuli de la douleur (103,104). Cette résistance varierait en fonction du contexte, comme le soulève Keogh (105) avec des seuils de douleurs plus élevés lorsque la personne s'identifie dans une forte masculinité hégémonique.

Il est également constaté qu'il existe **des différences genrées d'adaptation à la douleur**, avec une utilisation accrue de la distraction, de la consommation d'alcool et de l'analyse²⁴ de la douleur pour les hommes, ces stratégies demeurant toutefois moins variées que celles des femmes

²³ Société où le collectif prévaut face à l'individu entraînant une adaptation comportementale sur les impératifs de groupe (comme une partie du continent Africain, le Japon ou encore la Chine) (96).

²⁴ Ici, l'analyse de la douleur correspond à la compréhension de la localisation de la douleur ainsi que la connaissance dans l'adaptation posturale à effectuer afin de diminuer cette douleur.

(105–107). Par l'analyse de la douleur, certains refusent « les médicaments » car « ça résout rien. [...] ça cache juste la douleur, et final c'est même pire ». On peut supposer que cette sensation douloureuse permet d'obtenir des réminiscences de l' « *experiential body* », et donc de poursuivre une attitude de soins, à contrario d'une prise d'antalgique, qui masquerait cette douleur et ferait donc reprendre une activité ne prenant pas en compte la blessure.

A contrario, on observe un certain **mésusage des antalgiques en cas de douleur chronique** par excès d'utilisation et par sous déclaration de prise (108), et ce d'autant plus si la personne s'identifie à une masculinité hégémonique (109). Il est intéressant de constater que le fait de souffrir de douleurs chroniques donne l'image d'un homme plus féminisé qu'un homme ne souffrant pas de cette pathologie (110).

Cependant, on observe que la douleur **chronique** peut remettre en question sa position au sein de la masculinité et créer une rupture dans son regard sur la maladie et sa prise en charge. D'un comportement conforme aux standard de la masculinité « le fait que la maladie ait pu s'accroître, plus ça a d'impact dans l'existence, plus on va à la fois tendance à garder pour soi » (I2), il existe un changement de paradigme afin de parvenir à la prise en charge de la maladie : « mais aussi au fur à mesure de dire que oui il faut tout dire parce que le médecin ne peut pas en fait bien évaluer la situation si les informations sont incomplètes [...] je pense que je suis beaucoup plus sincère pour une meilleure prise en charge » (I2).

3. Masculinité hégémonique et responsabilisation de sa santé : de la confrontation à la cohabitation

Comme nous l'avons précédemment vu, le soin se confronte à la notion de masculinité et se transforme en préoccupation secondaire. En effet, par l'utilisation d'une « virilité de façade » pour gagner l'approbation des autres hommes (111), il est nécessaire de se dissocier du soin, essentialisé au féminin. On constate alors une **argumentation contre la priorisation** de la santé face à d'autres injonctions, comme celle d'être le pourvoyeur de ressources (prendre soin de sa santé ne vaut pas le

coût (112)), de force (repousser la consultation chez le médecin comme démonstration de force et d'endurance), ou celle de virilité (préférer refuser les soins aussi longtemps que possible plutôt que de perdre leur virilité à travers des traitements *émasculants* (113)). Cette dévaluation du care semble parfois engendrer **la recherche de bénéfices secondaires**, la consultation médicale se devant alors d'être le support d'un autre motif que le soin pour motiver son accès (lieu de séduction, aptitude au travail...).

Ce peu d'intérêt pour la santé s'accompagne d'une **délégation du pouvoir de décision** aux professionnels de santé du fait de leur supposée omniscience concernant les besoins de santé des consommateurs de soins. Ce type de consommation est caractérisé par une plus grande propension à privilégier l'expertise médicale face au savoir du patient, ce qui génère en quelque sorte une relation paternaliste²⁵ entre le médecin et le patient (115).

De plus, le discours des interrogés semble suggérer que le médecin pourrait deviner l'existence d'une maladie (on peut « leur mentir » mais « [les médecins] vont voir que t'a » (I9)), ce qui conforte certains interrogés dans leur passivité face aux soins. Aussi, du fait de cette position de pleine connaissance, seul le soignant posséderait le pouvoir de discerner la maladie, d'en évaluer sa légitimité et donc, par cela, d'en déterminer son existence ou non. Ce ne serait donc pas au patient de savoir ce qui le fait souffrir mais au médecin, par ce *don* de reconnaissance, et ce d'autant plus au cours de pathologies psychiatriques, l'essence du médecin étant de percevoir l'invisible. Ainsi, comme le dit Canguilhem (116): « mon médecin c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur ».

Par ailleurs, on constate un **sentiment d'illégitimité** de la part des interrogés, qui les pousse à user de stratagèmes pour évacuer ce ressenti. L'utilisation de l'**humour** pour « détendre l'atmosphère » (I2), souligne l'idée de malaise inculqué dans la relation de soins, à l'instar d'un échange incongru

²⁵ Au niveau médical, la relation paternaliste, ou verticale, est une conception de supervision totale du médecin envers son patient. Cette forme de relation est basée sur le fait que le soignant possède, lui seul, le savoir, ce qui lui confère la sagesse de « ce qui est bon » pour le malade. La problématique de cette relation réside dans l'infantilisation, l'absence de consentement et surtout la privation des connaissances pour le patient qui restera dépendant du soignant dans la maîtrise de sa pathologie. En miroir, la relation médecin-malade horizontale, basée sur la décision partagée et l'alliance thérapeutique, sous-tend un partage des connaissances dans le but d'une autonomisation et d'une liberté de choix du concerné par l'affection (114).

entre le soignant et le patient s'identifiant à la masculinité hégémonique. On peut alors relier cette idée aux propos développés par Le Breton (117) : le rire « jette des ponts entre les interlocuteurs et dissipe le malaise » et permet d' « accéder à des territoires autrement interdits » car « il met en corrélation deux situations impossibles à concilier ». Aussi, l'utilisation de l'humour semble être un facteur facilitant dans les programmes de soins chez les hommes (118). On peut également imaginer que l'humour, pour les patients hommes, peut avoir une fonction de moquerie et donc placer le soin comme un sujet non sérieux.

On comprend également la nécessité pour certains des interrogés d'attendre la validation par les autres de leur réels besoins de soins. En effet, ceux-ci semblent se sentir **légitimes uniquement à travers le regard d'autrui** : il faudrait donc qu' « on [leur] di[se] qu'il faut [aller consulter un médecin] » (I9) car seul autrui (« ma copine [...] mes parents » (I9)) posséderait la lucidité de reconnaître ce qui est « un peu grave » (I9). Ce sont donc les proches qui valident ou non l'état de défaillance (115).

Enfin, quand aucun stratagème ne semble déployable, on peut observer l'installation d'une **attitude fataliste**. En effet, le fatalisme est un moyen pour l'individu de négocier avec la masculinité hégémonique à travers l'intervention du destin, entraînant alors une dépossession du pouvoir sur sa santé (78). D'autres auteurs décrivent cependant que cette attitude fataliste (ou du moins la procrastination des patients dans leur démarche de soin), n'est pas une démission de l'individu, mais plutôt un temps nécessaire d'adaptation pour permettre un passage d'une masculinité hégémonique à une masculinité subordonnée²⁶ (119).

Cette délégation de pouvoir possède une limite lorsque l'identité masculine est menacée. En effet, lorsque les soins ou les thérapeutiques engendrent des effets secondaires non souhaités (« il m'avait donné quelque chose, [...] j'ai arrêté tout de suite parce que... ça a bloqué l'éjaculation... »), ou lorsque le traitement s'installe durablement, avec ou sans efficacité clinique à court terme (« je vais faire le

²⁶ Se référer au préambule.

truc pendant deux semaines [...] je vais me dire c'est bon, alors que c'est pas forcément bon » (I1)), cela peut être une **cause d'inobservance du traitement** à appréhender par les médecins.

Cependant, comme nous l'avons vu ci-dessus, la responsabilité est une qualité valorisée au sein de la masculinité hégémonique. Bien que cette idée puisse être contre-intuitive face à la lecture de nos résultats et des présupposés des soignants (120), on constate que plusieurs de nos interrogés se reconnaissent **comme étant responsables de leur santé**. En effet, la citoyenneté semble exiger une responsabilité sur sa propre santé, devant les répercussions communautaires potentielles d'un état morbide individuel (sur l'incapacité au travail, sur les coûts directs des soins,...) (121).

Ainsi, on suppose qu'il **existe une ambivalence entre le devoir de préoccupé de sa santé par civisme et celui de ne pas s'en soucier par séparation de la masculinité hégémonique et du care** (121). Ainsi, lorsque le patient s'identifiant à la norme de la masculinité hégémonique consulte, alors « [le médecin] sait que c'est pas pour rien » (I7). Ces patients sont donc considérés, et se considèrent, comme des consommateurs de soins *sérieux*, et estiment, en d'autres termes, que leurs motifs de consultation ne sont pas futiles (76,122).

D. Impact de la perpétuation des stéréotypes de genre par le corps soignant et les promoteurs de santé sur la santé des hommes

Comme le discute également la thèse de Levoir et Levoir (21), l'étude de Seymour Smith et al. (120) met en lumière l'assise des préjugés de genre masculin des professionnels de santé sur leurs patients identifiés comme hommes. En effet, l'intégration par les soignants des stéréotypes de genre engendre une adaptation de leur activité, notamment en les entretenant (exemple : infantilisation de l'homme dans le recours aux soins, sous la direction de leur conjointe). Nous allons donc en examiner les potentiels répercussions dans cette partie.

1. La santé mentale masculine stigmatisée

À travers le discours de nos interrogés, nous constatons que « le rôle du médecin généraliste » tend seulement à « réparer les problèmes de santé physique » (I10). **Bien que la médecine générale possède la vocation de subvenir à l'ensemble des soins de premier recours, nos interrogés ne la considèrent pas comme un lieu adéquat à la détection et la prise en charge de maladies autres que somatiques.** Plusieurs aspects expliquent cette démarche.

Tout d'abord, on constate dans notre recherche **une hiérarchisation des symptômes** avec une valorisation des symptômes somatiques face aux symptômes non visibles. En effet, il existe une minoration de l'importance des problématiques non somatiques (86). Cette hiérarchisation des symptômes est entretenue par certains soignants qui « ignore[nt] activement [les] symptômes » (I2) lorsqu'ils ne peuvent pas les objectiver par la clinique ou les examens paracliniques. Aussi, la tension psychologique semble donc dévalorisée par rapports aux symptômes somatiques, et ce d'autant plus que cette tension est codée comme étant féminine (123).

En lien avec l'idée explorée dans B.1 Un corps opérationnel, la priorisation des symptômes palpables face aux symptômes psychiques, entraîne parfois une **expression somatique du mal psychique** par des actes externes (violences, conduites à risques). Cela peut également s'exprimer par une automédication et notamment par une prise d' « alcool » (I3) et autres substances toxiques, ou par des actes de distractions, avec notamment des prises de risques (124).

Dans nos résultats, les interrogés décrivent la **dépression masculine comme étant stigmatisée au sein de la société**. En effet, consulter un professionnel de santé au sujet d'un problème mental va générer de la honte chez le patient « puisque socialement c'est pas toujours bien vu de se dire [...] qu'on est allé voir et parler de ces problèmes-là » (I10). Ainsi, certains de nos interrogés arguent que « c'est pas la médecine qui doit faire quoi que ce soit, c'est moi qui doit » (I6). De par ces faits, il est possible qu'il existe un sous diagnostic de la dépression chez l'homme du fait d'un non-recours aux soins. Certains patients se tourneraient alors plus facilement vers des comportements d'automédication par le biais de substances toxiques (drogues, alcool) ou de comportements à risques (124). Et même

lors d'un recours aux soins, les comportements des patients, induits par les stéréotypes de genre masculin (l'autonomie, l'invulnérabilité, l'intériorisation des émotions, la résistance,...), peuvent entraver la détection de la dépression par les professionnels de santé (86,125–130). On suppose également qu'il existe une relation causale entre ces stéréotypes et le taux plus important de suicide chez les hommes (131,132), et notamment par le sentiment de déviance de la norme de la masculinité hégémonique (133).

Ces développements supposent donc **une expression différentielle des symptômes de dépression en fonction du genre** (134). Nous n'avons pas identifié de recommandations françaises officielles à ce sujet mais nous avons cependant découvert une proposition de prise en charge spécifique au genre masculin dans la Revue Médicale Suisse (135). Cet article décrit notamment un diagnostic basé sur les critères majeurs déjà reconnus, mais aussi sur d'autres critères comme :

l'abus de substances, les comportements compulsifs, baisse de tolérance au stress inhabituelle, baisse de la résistance à l'effort, baisse du contrôle des pulsions, impulsivité augmentée, agressivité inhabituelle, hyperactivité (sexe, sport, travail et autres), transgression des règles, prise de risques exagérée, irritabilité et dysphorie, attaques de colère/de rage, (équivalent dépressif), avec le sentiment d'avoir sur-réagi, conscience de la perte de contrôle, ± accompagnées de manifestations physiques (tachycardie, hyperventilation, bouffées de chaleur) (135).

Il est alors intéressant d'envisager que les **structures de prise en charge de la dépression ne sont pas toujours adaptées aux hommes qui s'astreignent aux normes de la masculinité hégémonique.**

Au-delà d'une grille diagnostique potentiellement incomplète, le traitement et la prise en charge pourraient ne pas être adaptés à leurs besoins (75). Par exemple, l'incitation à demander de l'aide à un professionnel de santé par une campagne de prévention ne semble pas répondre à leurs attentes (136). Par contre, dans le cadre d'une demande de soin déjà effectuée par le patient, une prise en charge psychologique courte et participative par thérapie de groupe plutôt qu'individuelle pourrait être plus appropriée (129,137).

2. La sous-représentation de l'homme en médecine préventive

Comme nous avons pu le constater au cours des entretiens, il y a parfois une absence de questionnement autour du risque de maladie. On retrouve, par exemple, une différence significative entre les hommes et les femmes, avec 3 fois plus d'homme considérant l'absence de maladie comme un état immuable(121) : être malade pourrait donc être incompatible avec leur statut d'homme²⁷. L'état morbide est, aussi, moins souvent considéré comme un risque nécessitant une modification des comportements pour l'éviter et semble donc moins entretenu par des soins de prévention. Être un *vrai homme* consisterait aussi, à ne pas se préoccuper de son état de santé, et ce d'autant plus si l'on s'estime en bonne santé.

De plus, de part un héritage de la culture gréco-romaine caractérisant la femme comme un homme imparfait (72), on suppose que le concept de prévention est relié au féminin. Au contraire, l'homme ne se « sent pas concerné » (18) par la surveillance de sa santé (72,138). Ainsi, certains hommes ne ressentent pas le besoin de vérification et donc effectuent moins de consultations de dépistages que les femmes (139).

La moindre part de la prévention chez l'homme semble toutefois encouragée par l'ensemble de la société, et notamment par le corps soignant. Il ressort du discours de nos interrogés qu'il existerait **moins de pédagogie préventive par le corps médical envers les patients hommes, qu'envers leurs homonymes féminins**. Aussi, moins d'un tiers des médecins donnent systématiquement des instructions adaptées à l'âge sur l'auto-examen des testicules, contre près de 90% sur l'autopalpation mammaire chez les femmes (94). Bien que l'incidence et la mortalité de ces cancers ne soient, de loin, pas la même, cela reste un examen simple et non invasif de surveillance.

Une autre constatation est la représentation virile de l'homme dans les supports d'information de l'espace public. En effet, selon une enquête qualitative menée par Robertson, on retrouve **dans les publicités les stéréotypes de genre de l'homme viril à travers des comportements à risque vis-à-**

²⁷ Homme étant ici dans le sens de personne masculine

vis de sa santé (78). Il cite notamment un des interrogés qui décrit la masculinité dans l'espace publicitaire comme étant la représentation d'un homme macho et alcoolique.

De plus, comme certains interrogés l'ont soulevé, il existe **peu de références visuelles permettant de s'identifier comme un homme responsable de sa santé**. En effet, on observe peu de campagne de promotion de la santé spécifiquement masculine. Une enquête, réalisée en Ile de France, établit ce même constat de « mise à l'écart de l'homme dans les politiques publiques de promotion de la santé » (140). Par exemple, une étude retrouve une moindre citation des cancers masculins par rapport aux cancers féminins dans le journal télévisé français (TF1 et France 2) lors de reportages mentionnant un cancer en particulier (9% des citations pour les cancers de la prostate contre 46% pour le cancer du sein)(141). Plusieurs études illustrent cette hypothèse, en présentant les **hommes en bonne santé comme non prioritaires** dans les plans de santé gouvernementaux (76).

Aussi, on observe des connaissances plus faibles chez les hommes sur les raisons de survenue des pathologies à prévenir en corrélation à une plus faible implication dans les dépistages (142). On peut supposer que, le fait de moins voir de représentations (comme des manifestations type *octobre rose*, publicités, campagnes de prévention,...) mettant en scène des hommes prenant soins de leur santé dans l'espace public, contribuent à limiter leurs places dans l'imaginaire individuel de prévention. De plus, le fait par exemple d'apercevoir des campagnes de prévention autour de sujets féminins (comme la prévention autour du cancer du sein) peut questionner les femmes sur leur propre conditions physiques et au contraire, la moindre représentation de campagne de publicité autour de problématiques masculines (par exemple le cancer de la prostate) conforte dans l'idée que, la prévention n'est pas une question masculine ²⁸. Pourtant, il est remarqué que les hommes restent désireux de voir se développer des campagnes de la santé spécifique aux hommes (143).

Au contraire, le genre féminin possède une **place prépondérante dans la promotion de la santé**. En effet, on constate une plus grande prépondérance des femmes dans les représentations publicitaires

²⁸ En illustration de cette différence de représentation, Lorette (141) démontre une plus large médiatisation des campagnes de prévention comme « octobre rose », contrairement à celles étant spécifiquement masculine comme « novembre ».

de santé par rapport aux hommes (144) avec une insistance sur la nécessité de bonne santé de la femme (145,146).

On peut donc supposer qu'il existe une pérennisation des stéréotypes de genre dans les campagnes publicitaires/ de prévention, celles-ci se nourrissant de ces stéréotypes²⁹. En effet, on soupçonne que la construction de l'identité passe également par des représentations auxquelles nous attachons notre genre, présentes dans l'espace collectif, celles-ci influençant donc nos comportements en général. Autrement dit, il est possible que l'on intègre une norme à travers des images extérieures, permettant l'élaboration d'un schéma mental interne de ce que nous devons performer. Ainsi, par exemple, comme le signale Loretta (141) « la hiérarchie des cancers et l'inégale visibilité des malades constituent donc à la fois un révélateur des inégalités sociales en oncologie, mais également un vecteur de renforcement de ces mêmes inégalités ».

3. La délégation entretenue des soins des hommes

Comme nous en avons discuté dans les précédents paragraphes, on constate une assignation féminine au rôle de **gestionnaire de la santé** (147), entraînant un confinement partiel du savoir médical dans le cercle féminin des interrogés. En effet, le corps médical semble s'adresser principalement à ces dernières, devant un préjugé d'irresponsabilité des hommes face à leur propre santé (120). De ce fait, le corps soignant ne s'adresse plus directement au patient masculin, mais à une proche référente qui supervisera sa santé. Ce mode de fonctionnement conduit possiblement à une **perte d'information pour les hommes et peut potentiellement les désavantager dans leur prise en charge médicale** (120).

Ce manque de transmission de l'information peut engendrer par exemple **une différence dans la connaissance et donc dans la pratique alimentaire**. Bien que ces savoirs puissent être de sources

²⁹ Exemple de stéréotypes véhiculés : les femmes responsables du care à travers une interpellation préférentiellement féminine lors des publicités concernant le soin des enfants, les femmes nécessitant plus de prévention que les hommes devant un investissement de l'espace public plus important des campagnes de prévention spécifiquement féminines, les hommes virilisés à travers une consommation d'alcool dans la publicités,...)

multiples (école, publicité, cercle familial, etcétera), on constate, à travers nos résultats, peu d'explications médicales donnée à nos interrogés sur l'alimentation, malgré parfois une indication au changement de régime alimentaire. De plus, certains médecins s'adressent directement à la « femme » des interrogés afin de superviser leur « alimentation » (17). On constate alors une plus grande *malbouffe* chez les hommes, à âge et niveau de vie équivalents (moins de légumes consommés, plus de plats cuisinés, plus d'alcool) (148). Cette méconnaissance se répercute sur des facteurs de risques modifiables de multiples pathologies, comme par exemple le surpoids (54% des hommes sont en surpoids ou obèse dans les années 2014-2016 contre 44% des femmes) (149).

Les hommes semblent donc mis à l'écart de certains sujets de santé par les soignants et plus largement, le système de soins. Or, nous émettons l'éventualité que ces sujets pourraient être une porte d'entrée au sein du système de soins.

Par exemple, en France, la **contraception est codifiée au féminin**, et ce, même chez les soignants. En effet, la prescription de celle-ci est principalement proposée par des gynécologues ou les sages femmes (150). Il existe cependant d'autres modèles de santé, comme par exemple la Grande Bretagne, où cette question de la contraception est traitée plus largement par le médecin traitant (82). Un accès à ce type de traitement par le médecin traitant, qui a une patientèle mixte, pourrait faciliter une réflexion partagée dans le choix de la méthode de contraception du couple. De part cette voie d'accès, cela pourrait ainsi permettre **une participation active de l'homme dans la médecine reproductive**.

La **mise à l'écart de l'homme face à la médecine reproductive** ne s'arrête pas seulement à la contraception, mais touche également le domaine de la procréation médicalement assistée. Une étude qualitative menée sur le vécu des hommes dans le parcours d'infertilité (151) a mis en évidence le statut passif des interrogés dans cette prise en charge médicale. En effet, ils s'auto-identifient en tant qu' « aidants impuissants » malgré leur volonté d'être considérés tout autant que l'autre membre du couple, comme acteurs au sein de cette démarche. Il existe donc une demande d'inclusion de certains hommes dans la médecine reproductive.

On constate également qu'à travers l'exclusion des hommes des consultations de médecine reproductive, ceux-ci accèdent **moins souvent et moins facilement aux consultations ou informations de prévention en santé sexuelle** (152). Ainsi, il existe une double barrière : d'une part, une réticence masculine intrinsèque au genre à consulter dans le cadre de la médecine reproductive, et d'autre part, l'exclusion des hommes intégrée par le système de soins lui-même. Bien qu'il existe des structures dédiées pour le dépistage des MST, on note également une préférence des jeunes hommes à réaliser des dépistages chez leur médecin traitant (153). Cela enjoint donc à introduire les consultations de médecine sexuelle pour les hommes au sein de cabinets de médecine générale. Malgré un remboursement tardif de la première consultation pour parler de leur santé sexuelle, de la contraception et de la prévention des IST pour les jeunes hommes (janvier 2022), on constate une volonté d'évolution en ce sens des politiques françaises en santé.

Le soin des proches est aussi un moyen d'accès pour prendre en considération ses propres besoins en santé. Dans notre recherche, les interrogés ne ressentaient pas d'obstacle émis par le personnel soignant concernant leur compétence de soin envers leurs proches, ici les enfants, et se sentaient plutôt en confiance lors de ce type de consultation. Par la valorisation de leur rôle de père, les professionnels de santé peuvent également promouvoir la santé des hommes (154). En effet, le fait de devenir père améliore l'implication des hommes dans leur santé (155). Une des conséquences directe de l'implication du père dans le parcours de soin de l'enfant est la mise au contact avec les professionnels de santé, permettant une détection des pathologies paternelles lors des consultations prodiguées à l'enfant (156).

E. Ouvertures

1. Les perspectives de recherches futures

La présente étude a étudié des hommes à travers leur masculinité dans leurs recours aux soins. Cette étude est bien sûr imparfaite du fait de l'impossibilité d'une représentation exhaustive du vécu des hommes. Ici, l'essentiel des interrogés correspondaient à un profil particulier : des hommes vivant en France et hétérosexuels. Il serait intéressant d'interroger des hommes dans des milieux socio-culturels différents et d'orientation sexuelle différente (qui est déjà étudié en partie étudiée (78,157,158)). En effet, il serait intéressant de questionner des contextes plus défavorisés au niveau socio-économiques, les personnes non francophones ou migrantes, ceux-ci subissant une *double peine* dans la difficulté de recours aux soins. De manière générale, une lecture intersectionnelle³⁰ de la santé nous semble indispensable pour comprendre la construction des inégalités en santé et pouvoir y remédier.

Notre étude s'intéressait à l'histoire du vécu des soins médicaux que se racontent les interrogés, soit ce qu'ils veulent bien partager. La mise en perspective de nos conclusions avec une étude se basant sur des observations de patient *in vivo* lors des consultations médicales pourraient les faire évoluer.

Nous avons constaté un rapport singulier à la prévention et à l'observance thérapeutique chez les individus se conformant à la masculinité hégémonique. Des recherches sur les stratégies de prise en charge médicale à adopter seraient alors profitables à ce sous groupe, afin de répondre au mieux à leurs besoins.

Au cours de notre étude, nous avons remarqué des événements de vie pouvant modifier la relation aux soins des hommes. Il serait alors intéressant d'analyser en profondeur chacun de ces événements et plus particulièrement :

- l'impact de l'implication des pères dans le parcours de soins des enfants sur leur propre santé

³⁰ La notion d'intersectionnalité renvoie aux multiples mesures de stratification sociales que subissent des individus. Cela peut engendrer de multiples discriminations qui s'accroissent entre être (genre, classe, sexe,...) (159).

- la reconstruction de la masculinité autour de la maladie chronique.

Comme nous l'avons entraperçu, les professionnels de santé possèdent des difficultés à réinterroger leurs pratiques au prisme des stéréotypes de genre et donc les inégalités qui en découlent. L'identification et l'implication des stéréotypes de genre féminin dans la relation de soin et notamment son impact sur les violences médicales a déjà été étudié dans une thèse antérieure (22). Il reste cependant à explorer plus en profondeur les potentielles inégalités dans la prise en charge médicale des patients masculins. Plus globalement, le regard stéréotypé des soignants sur l'ensemble des minorités (autres genres, porteurs de handicap, migrants,...) reste à explorer.

2. Les leviers pour optimiser les recours aux soins

La réflexion autour de la santé des hommes a émergé depuis une vingtaine d'année, et certains auteurs proposent des stratégies afin de l'optimiser. On note l'apparition d'une **organisation Européenne depuis juin 2013, *the European Men's Health Forum***, ayant pour vocation l'étude et l'amélioration de la santé des hommes (160).

Pour ne citer que certains auteurs, Tremblay et al. (161) proposent d'établir le diagnostic de **dépression sur des critères spécifiques au genre masculin** en mettant notamment l'accent sur la susceptibilité à l'irritabilité. Il faut cependant rester malléable et vigilant quant à l'évolution des injonctions mais aussi en fonction de la catégorie socio-économique des patients. En effet, comme nous l'avons entrevue, l'expression de la dépression n'est pas seulement influencée par le genre, mais aussi par le niveau de revenu économique, le lieu de vie, l'origine ethnique, ce qui là aussi enjoint les praticiens à une grille de lecture intersectionnelle des symptômes.

Il est également envisageable d'utiliser **d'autres moyens de transmission du savoir médical, comme l'utilisation de médias** permettant l'obtention d'informations, dédiées aux hommes, lesquels présentent notamment l'avantage pour le patient de ne pas craindre le jugement du personnel soignant (162). En effet, il y aurait une attente de supports plus conviviaux, anonymes et pratiques pour les hommes (94).

Il est possible de proposer une approche aux soins par la **salutogénèse**³¹ et donc par une valorisation des qualités auxquelles se rattache le genre du patient dans un but pédagogique (133,161,164). A titre d'exemple, on peut citer la valorisation de l'autonomie au sein de son parcours de soin à travers l'autogestion des hommes se conformant à la masculinité hégémonique. Cela sous-tend aussi de **proposer des activités connotées masculines** pour favoriser l'adhérence aux soins, comme faire des activités sportives intenses plutôt que du yoga (49). Pour mieux répondre au besoin du patient, le soignant pourrait alors aussi adopter une démarche alternative consistant à s'appuyer sur une vision utilitaire du corps, c'est à dire le « *pragmatic embodiment* » du patient, dans sa démarche de soin.

Bien évidemment, il faut, en tant que professionnel de soin, s'interroger sur les **propres stéréotypes que nous projetons sur nos patients** : une étude démontre que par exemple, les soignants sont plus susceptibles d'encourager l'activité sportive malgré la douleur chez les hommes après une blessure, au contraire de la valorisation d'un repos plus long chez les femmes (165). Une sensibilisation au genre dans la profession médicale serait souhaitable en intégrant une formation dans de cursus universitaire. Celle-ci pourrait dans un premier temps s'intégrer dans les cours du tutorat³² des étudiants en médecine, sous forme de mise en situation.

³¹ « *Approche axée sur les ressources qui se concentre sur le renforcement des ressources individuelles, [...] afin de prévenir les maladies ou de promouvoir la santé* » (163).

³² Le tutorat est dispensé sous forme de rencontre à but éducative s'inscrivant dans la formation des internes en médecine générale (3^e cycle des études de médecine en France). Les échanges au sein de cette structure se déroulent entre des médecins généralistes diplômés et les internes en médecine générale. Ils y discutent les apprentissages nécessaires aux pratiques de soins de premiers recours ambulatoires.

V. Forces et limites

A. Forces

Nous n'avons pas, à ce jour, connaissance d'études traitant du rapport des hommes aux soins, en France et sous le prisme du genre. En règle générale, **la question de la santé masculine est peu traitée, et ce d'autant plus en France.**

Il transparaît une **originalité par l'intersection du sujet (la santé des hommes) et de la méthode utilisée (ici qualitative).** En effet, dans les recherches en la santé, il existe peu de volontaires masculins pour la participation aux études qualitatives. Une approche par la narration permet d'explorer un espace peu connu chez ce sous-groupe (166).

Les résultats de notre étude **corroborent** les recherches déjà effectuées dans les pays anglo-saxons, celles-ci étant détaillées dans la discussion.

Notre étude est également un point de départ sur la réflexion de la prise en charge de la moitié de la patientèle, à travers une remise en question de nos propres préjugés et de la manière dont ceux-ci s'opèrent au cours de nos consultations. Cette **approche remet en question l'idée d'une certaine neutralité des soins.**

L'étude s'est soumise **aux critères de qualités** de la grille COREQ, requise à une étude qualitative (annexe 1). Nous avons notamment élaboré notre grille d'entretien à la lumière de celle-ci, en veillant bien à répondre à l'ensemble des items.

B. Limites

Du côté de l'enquêtrice, il se détache un **biais d'investigation**, celle-ci n'étant pas une enquêtrice de métier dans la recherche qualitative. Nous avons tenté de contrôler ce biais grâce à une recherche bibliographique approfondie de la théorie d'une étude qualitative et par la supervision active de plusieurs chercheurs ayant déjà effectué ce type d'étude. La discussion entre les différents chercheurs s'est poursuivie tout au long de la recherche.

Nous retrouvons également **un biais de suggestion**, inhérent au questionnaire semi dirigé. Pour minimiser son impact, nous avons utilisé un maximum de questions ouvertes. Nous avons également écouté les enregistrements audio des premiers entretiens à plusieurs afin de corriger l'investigatrice sur des formulations spontanées (c'est-à-dire, qui ne figuraient pas dans le questionnaire préétabli) trop suggestives.

Du point de vue des interrogés, il existe un **biais de recrutement**, avec l'exclusion des personnes ne souhaitant pas se joindre à l'étude. Ce biais a été partiellement neutralisé, car les interrogés n'ont pas été recrutés sur la base du volontariat, mais ont été sollicités directement par l'investigatrice puis par effet « boule de neige ».

Il est à noter un **biais de désirabilité sociale**, du fait de la position de soignante de l'investigatrice, mais aussi de la recherche en elle-même, celle-ci questionnant la place des interrogés au sein de la société. Nous avons pris en compte ce biais en explicitant oralement la liberté d'opinion à l'introduction de chaque entretien, en appuyant la recherche de la subjectivité du vécu et non le consensus.

Il existe encore, chez les interrogés, un **biais d'inhibition**, celui-ci est inhérent au domaine de recherche en santé. Ce biais était d'autant plus présent dans ce sous-groupe, du fait d'une plus grande difficulté pour les hommes s'identifiant à la masculinité hégémonique, de livrer leurs ressentis. Ici, le fait que l'investigatrice fut une femme a pu conduire à des réponses plus rationnelles, mais a cependant pu constituer un atout dans la recherche, car les hommes pouvaient notamment avoir tendance à se confier davantage, ce qui a permis de limiter l'impact de ce biais (166). Nous avons eu recours également au tutoiement et nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'anonymisation des entretiens pour engager la confiance des interrogés.

Enfin, nous constatons un **biais de mémorisation et d'information** du fait de la mobilisation des souvenirs des interrogés. Cependant, cet aspect présente un aspect positif car résultant de l'histoire narrative de l'interrogé, et donc, de son vécu des événements.

VI. Conclusions

Au cours de la formation de soignant, la neutralité des soins est relayée comme principe indispensable à la pratique médicale. Cette supposée neutralité engendre une perte de la singularité des consommateurs de soins, et notamment dans le prisme du genre. Cependant, omettre le poids de la socialisation dans l'activité humaine qu'est la médecine occasionne des inégalités de soins pour l'ensemble des genres, et notamment sur le recours et le besoin en santé des hommes.

Nous nous sommes donc penchés sur le vécu de 13 personnes se définissant comme homme dans le but d'entrevoir les mécanismes qui s'actionnent dans la décision de consultation médicale masculine.

Grâce à l'analyse de nos résultats, nous constatons une performance de la masculinité représentée par la force, l'autonomie, la reconnaissance dans le travail, la stabilité notamment psychique et l'intégrité sexuelle. Cette performance entrave en partie le déroulement des soins, notamment par des injonctions contradictoires (autonomie versus demande d'aide...). Il existerait alors une mise en place de stratégies d'adaptation masculine en regard de l'état de malade par la maîtrise du corps, l'intériorisation des problèmes, la vision à court terme de la santé, la démedicalisation de l'intime et ce, jusqu'à la résistance à l'existence de la maladie. Ces stratégies pousseraient les patients étudiés à déléguer le *care* aux femmes et plus globalement à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de santé. Ont été, dans le même temps, observés, chez ces patients, un sentiment d'illégitimité à recourir aux soins médicaux, une dévaluation de l'importance accordée à leur santé et un manque d'éducation à ce sujet.

À travers le discours des interrogés, plusieurs phénomènes ont pu expliquer les rouages de ces interactions.

Tout d'abord, on constate une vision utilitariste du corps permise par la séparation du corps et de l'esprit et par là, la mise à distance du corps. De fait, c'est par la perte de la fonctionnalité corporelle et notamment dans sa performance sociale que la nécessité de consultation médicale se fera ressentir.

En second lieu, on identifie trois phénomènes liés au travail qui entravent le recours aux soins des hommes : la conscience professionnelle, en vertu de laquelle le patient accorde une priorisation envers son assiduité de présence professionnelle ; la primauté du groupe, à travers le jugement des autres sur sa potentielle défaillance ; la place de *chef* et de *pilier* par le rôle d'homme pourvoyeur de ressources pour subvenir aux besoins de sa famille.

De plus, le fait que le soin soit cantonné à la sphère de l'intime, celle-ci étant assimilée à la féminité, engendre une réaction d'auto-censure des patients masculins. Ces derniers, se construisant en opposition à l'identité féminine, subissent alors un manque d'éducation, de sensibilisation et d'appropriation des savoirs en santé.

De surcroît, le devoir de régulation des émotions apprend à interioriser ou à éviter les émotions dites d'impuissance. Il devient alors difficile de reconnaître et encore plus de divulguer son besoin d'aide.

Par ailleurs, la présente étude suggère qu'il existe une normalisation du vécu dans la douleur, laquelle est liée à la construction d'une *doxa masculine* chez les sujets étudiés : exprimer une douleur ou le souhait de la faire disparaître constitue, chez ces patients, un aveu de faiblesse, voire un manque de maîtrise de soi. Plutôt que de consulter un praticien de la médecine, ils préféreront alors avoir recours à l'automédication. On note alors une augmentation de mésusage de substances médicamenteuses ou toxiques afin de se maintenir au sein de cette norme sociale.

En dernier lieu, il est remarqué que l'injonction masculine à l'autonomie et à la responsabilité crée une ambivalence chez les patients interrogés sur leur relation et leur recours aux soins. En effet, ceux-ci sont tiraillés entre la charge de « s'en sortir seul », tout en se devant d'être responsable des potentielles répercussions d'une santé défaillante sur le reste de la société.

Au demeurant, on observe une perpétuation des stéréotypes de genre par les soignants eux-mêmes, entretenant la mise à l'écart partielle des hommes du système de soin actuel. Ainsi, à travers la méconnaissance des professionnels de santé sur l'expression et les besoins spécifiques des pathologies mentales que peuvent présenter les sujets masculins (notamment la dépression), il existe une sous-estimation et une gestion inadaptée de ce type de pathologies masculines. Également, la faible

représentation masculine dans les campagnes de prévention et l'association de comportements à risque au sujet masculin dans l'espace publicitaire, ont pour conséquence d'entretenir cette exclusion. Cette mise à l'écart est d'autant plus marquée qu'il existe une disparition de la place du patient masculin dans certains domaines de santé, comme la médecine reproductive ou la santé sexuelle.

En parallèle toutefois, on décèle l'existence de ruptures dans leur prise en charge médicale, qui permettent aux hommes une reconfiguration de leur identité masculine. Ainsi, par exemple, en devenant aidant d'un proche malade, le patient passera davantage de temps aux côtés des soignants et aura, par la suite, plus d'inclination à la reconnaissance de ses propres troubles émotionnels. De même, chez le patient qui se trouve confronté à une perte de fonctionnalité importante (par exemple, dans le cas d'une maladie chronique), on observera un changement de paradigme : le sujet accordera davantage d'importance aux soins, notamment s'ils lui permettent d'atteindre à nouveau un état 100 % fonctionnel.

En conséquence, la présente étude pointe la nécessité d'intégrer une sensibilisation plus grande aux stéréotypes de genre dans la formation et la construction de la santé afin d'améliorer le recours aux soins des hommes et d'adapter le système de santé à leurs besoins spécifiques.

VU et approuvé
Strasbourg, le **16 JAN. 2023**
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIEMLA



VU
Strasbourg, le *16 décembre 2022*
Le président du jury de thèse
Pr Jean-Christophe WEBER



VII. Annexes

Annexe 1 – Grille d’analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ

| Grille d'analyse méthodique selon les lignes directrices COREQ | | | |
|---|--|---|---|
| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion | | | |
| Caractéristiques personnelles : | | | |
| 1 | Enquêteur | Quel auteur a mené l'entretien individuel ? | CHENOT Emilie |
| 2 | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? | DES en médecine générale |
| 3 | Activité | Quelle était son activité au moment de l'étude ? | Médecin généraliste remplaçante |
| 4 | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? | Une femme |
| 5 | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? | Première expérience en étude qualitative |
| Relations avec les participants : | | | |
| 6 | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? | Oui pour les 3 entretiens test et 3 autres connaissances. Non pour les suivants. |
| 7 | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet de chercheur | Présentation de l'enquêteur au début de l'entretien : nom, prénom, profession, recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale |
| 8 | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ? | Absence de conflit d'intérêt |

| Domaine 2 : Conception de l'étude | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Cadre théorique : | | | |
| 9 | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude | Mise à l'épreuve de l'idéaltype de la masculinité hégémonique par la méthode de la théorie ancrée |
| Sélection des participants : | | | |
| 10 | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? | Échantillonnage raisonné |
| 11 | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? | Par téléphone |
| 12 | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude | 13 participants |
| 13 | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? | 5 refus |
| Contexte : | | | |
| 14 | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? | Au domicile des participants ou du chercheur ou dans un endroit neutre (parc). |
| 15 | Présence de non-participants | Y-avait-t 'il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Non |
| 16 | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? | Elles sont présentées dans le tableau "Caractéristiques de la population" dans le chapitre "Résultats" |
| Recueil des données : | | | |
| 17 | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guides, étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Guide d'entretien en annexe, testé lors des 3 premiers entretiens test. |
| 18 | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? | Non. Un seul entretien par participant. |
| 19 | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? | Enregistrement audio par dictaphone avec accord des participants |
| 20 | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ? | Prise de notes après certains des entretiens. |
| 21 | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ? | Entre 31 et 168 minutes. Durée moyenne de 75 minutes. |
| 22 | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? | Seuil de saturation atteint au 11ème entretien. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation. |
| 23 | Retour de retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non |

| Domaine 3 : Analyse et résultats | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| Analyse des données : | | | |
| 24 | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codées les données ? | L'enquêtrice et les directeurs de thèses |
| 25 | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fournis une description de l'arbre de codage | Oui |
| 26 | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? | Une partie des thèmes ont été déterminés à l'avance pour l'élaboration de la grille d'entretien. Le reste a été déterminé à partir des données. |
| 27 | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? | NVivo |
| 28 | Vérification par les participants | Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ? | Non |
| Rédaction : | | | |
| 29 | Citations présentées | Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? | Oui, présentation des verbatims |
| 30 | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? | Oui |
| 31 | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? | Oui |
| 32 | Clarté des thèmes secondaires | Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion de thèmes secondaires ? | Oui |

Annexe 2 – Grille d’entretien finale

| Relance si besoin à adapter en fonction de chaque interrogé | | But de la question |
|--|---|--|
| Nous sommes le « tel jour », je suis CHENOT Emilie, médecin généraliste, et j’effectue un travail de thèse sur la perception de la santé. Je suis actuellement avec « un tel ». Donc pour commencer, pourriez-vous vous présenter ? | | |
| Description | Nom, prénom, âge, sexe, genre, situation familiale (enfants, mariage, concubinage,...), parcours scolaire (combien d’années d’études ou quel type d’étude) lieu de vie (rural, urbain, péri urbain), profession, origine culturelle. | Description de l’interrogé au sein d’une population dans le but de comprendre la spécificité de son profil. |
| Racontez-moi la dernière fois que vous avez vu un médecin ou un professionnel de santé. | | |
| Introduction | Pour quelles raisons avez-vous consulté un médecin pour la dernière fois ? A quelle fréquence consultez-vous votre médecin ? Qu’est-ce qui vous pousse à consulter un médecin généralement ? | Question avec réponse simple pour mettre en confiance l’interrogé. Introduction sur l’histoire médicale du patient |
| Donc vous avez des maladies (reprendre le motif de la consultation d’au-dessus) ou du moins vous êtes déjà allé chez un médecin, peut être chez votre médecin traitant. Décrivez la relation que vous avez avec votre ou vos médecin(s). | | |
| Relationnel avec le personnel médical | Sur quels critères choisissez-vous un professionnel de santé ? A quoi vous vous attendez lorsque vous vous rendez chez le médecin ? (Décrivez une consultation type/ Attendez-vous que ce soit le médecin qui vous pose des questions, ou vous préférez décrire vos symptômes, vos ressentis ?) Pouvez-vous me raconter une ou des situations, où vous ne vous êtes pas senti pris en charge comme vous l’auriez souhaité par un médecin ? Dans quelles situations, êtes vous déjà sorti d’une consultation médicale en vous disant que vous n’avez pas tout dit ce que vous vouliez dire, que vous n’avez pas osé poser certaines questions, ou autre ? | Auprès de qui le patient a-t-il confiance ? Quelle figure du soin recherche-t-il ? Le patient consulte-t-il par habitude son/ses médecin(s) ? Étude de l’activité passive ou active du patient dans la conversation avec son médecin. Recherche de l’impact du jugement médical (imaginé ou réel), exercé sur l’interrogé. |

| | | |
|--|---|---|
| Possiblement, vous avez un suivi médical pour des maladies particulières, pouvez-vous m'en dire plus ? | | |
| Perception de santé | <p>Est-ce que vous avez des problèmes de santé ? Avez-vous un suivi médical ? Est-ce lié à vo(tre)(s) problème(s) de santé ?</p> <p>Est-ce que vos problèmes pèsent sur votre quotidien ?</p> <p>Est-ce que vos proches savent que vous avez des problèmes de santé ? Qu'est-ce qu'ils connaissent de vos problèmes de santé ?</p> <p>C'est quoi être en bonne santé ? C'est quoi être malade ?</p> | <p>Comment le patient reconnaît-il son état de santé ? Comment l'exprime-t-il ?</p> <p>Est-il capable de le communiquer facilement avec son entourage ?</p> <p>Perception du corps en état de santé et perception du corps malade.</p> |
| Du coup, vous avez des maladies chroniques, comment gérez-vous la charge médicale et charge quotidienne de votre santé ? | | |
| Préoccupation autour de la santé | <p>Qui prend vos rendez-vous médicaux ?</p> <p>Qu'est ce qui selon vous pourrait vous faire manquer un rendez-vous, oublier un traitement ou consulter (trop) tardivement un médecin lors d'un problème de santé ?</p> <p>Quels sont les comportements que vous avez qui nuisent à votre santé ? Qu'est-ce que vous faites pour vous maintenir en santé ? Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous n'avez pas envie de faire mais que vous pourriez faire pour vous maintenir en santé ?</p> <p>Pour quelles raisons vous n'osez pas consulter un médecin ?</p> <p>Pourquoi renoncer à réaliser des soins qui semblent nécessaires ?</p> <p>Pour quels dépistages consultez-vous votre médecin ?</p> <p>Parlez-vous de vos soucis de santé à vos proches ?</p> <p>Que disent vos proches sur votre santé ? Expriment ils des inquiétudes vis-à-vis de certaines pathologies ou caractéristiques physique ou mental que vous possédez ?</p> | <p>Recherche de l'initiative du patient et donc de la préoccupation pour sa santé/son anticipation. Recherche de la construction sociale de la personne garante de la santé des enfants.</p> <p>Evaluation de l'importance de la santé dans la vie du patient.</p> <p>Evaluation du suivi, de la discipline, de la rigueur et donc de la nécessité de prendre soin de soi ou non.</p> <p>Conscience ou non de la possibilité de fiabilité du corps.</p> <p>Recherche d'une prise de risque dans les habitudes de vie, en signe de virilité.</p> <p>Evaluation du rapport à la prise alimentaire et notamment au niveau de la qualité nutritionnelle.</p> <p>Consommation de soins «traditionnels» vs alternatifs.</p> <p>Surveillance de son état de santé (autopal-pation...).</p> <p>Comment partage le patient avec son entourage la charge mentale concernant sa santé ? Existe-t-il une part de déni/ de dédain sur ses problèmes de santé ?</p> |

| Vous devez gérer vos propres problèmes de santé, qu'en est-il de votre entourage ? | | |
|--|---|--|
| « care » | <p>Vous est-il arrivé de prendre vos proches en charge pour aller chez le médecin ? Est-ce pour un suivi régulier ou ponctuel ? Que retenir de ces rendez-vous ? Pourquoi est-ce vous qui avez amené vos proches chez le médecin ?</p> <p>(Si l'interrogé a des enfants) Qui s'occupe du suivi médical de vos enfants ? A quelle fréquence emmenez-vous vos enfants chez le médecin ? Si vous supervisez le suivi des enfants/ si ce n'est pas vous qui supervisez le suivi de vos enfants, êtes-vous en accord avec cette situation ou avez-vous des regrets ? Si oui lesquels ? Qu'est ce qui empêche cette situation ?</p> | <p>Rapports à l'entourage vis-à-vis de la santé Rapport au «care» de l'homme vis-à-vis de sa famille, de ses proches (enfants, personnes âgées..).</p> <p>Par rapport à la paternité, l'homme cherche-t-il/possède-t-il une place dans la surveillance de la santé de l'enfant ? Si le père est impliqué dans la santé de ses enfants : Evaluation de la confiance sur le père vis-à-vis de santé de ses enfants, doit-il montrer ses capacités de surveillance, est-il remis en question dans son rôle de père dans la santé des enfants ?</p> |
| Nous allons changer un peu de sujet. Pouvons-nous développer ensemble votre parcours de santé sexuelle ? | | |
| Sexualité/ régulation des naissances | <p>Avez-vous déjà consulté un médecin en matière de prévention sexuelle ? Est-ce à votre demande ? Qu'attendez-vous de genre de consultation ?</p> <p>Comment gérez-vous la contraception ? Si vous ne gérez pas la contraception, souhaiteriez-vous pouvoir avoir un contrôle dans cette contraception ?</p> <p>Avez-vous déjà été confronté à l'avortement d'une partenaire ? Si oui, avez-vous consulté ensemble ou séparément pour des informations pour une méthode abortive ? Pourquoi ?</p> <p>Avez-vous consulté un médecin pour des troubles sexuels, pathologies des organes génitaux ? Si oui, comment s'est déroulé la consultation ? Y'a-t-il eu des non-dits ? Pourquoi (honte, gêne,...) ? Développez.</p> <p>Est-ce que vous avez déjà consulté un andrologue/urologue ? Pour quelles raisons ?</p> | <p>Si la santé sexuelle n'est pas une préoccupation masculine : pourquoi ?</p> <p>Désinvestissement vis-à-vis de la contraception : pourquoi ?</p> <p>Si vécu de l'avortement, quel rapport à la contraception existe-t-il ?</p> <p>Quelle est la connaissance sur les maladies génitales masculines ?</p> |

| | | |
|--|---|---|
| Parlons maintenant de la santé au travail. Il est possible que vous ayez déjà eu un accident de travail ou été en arrêt de travail. Parlez-moi de ceux qui vous ont le plus marqués. | | |
| Prise de risque et travail | <p>Que s'est-il passé ? (Avez-vous fait quelque chose que vous n'auriez pas dû faire ?) Avez-vous des conséquences sur votre santé/votre physique de cet accident de travail?</p> <p>Pourquoi avez-vous eu un arrêt de travail ? Que vous a recommandé le médecin vis-à-vis de cet arrêt de travail ? Avez-vous suivi les conseils de votre médecin ? Pourquoi ?</p> <p>Qu'est-ce que ça signifie pour vous être en arrêt de travail ?</p> <p>Plus largement, quelles sont les conséquences de votre travail sur votre santé ?</p> <p>Quand est ce que votre santé peut passer après votre travail ?</p> <p>Quels sont les aspects/dimensions de votre travail qui le rend plus important que votre santé ?</p> | <p>Quel est le rapport au risque, en général et lors d'une activité professionnelle ?</p> <p>Nécessité du travail pour exister dans la société et aux yeux de la famille ?</p> |
| Nous avons beaucoup parlé de la santé du « corps ». Comment cela se passe-t-il pour votre santé psychique/morale ? | | |
| Santé psychique et Dépression | <p>Avez-vous déjà souffert de problèmes de moral/de burn-out/ d'un syndrome dépressif ?</p> <p>Quels étaient vos sentiments (tristesse, colère, apathie, violence)?</p> <p>Avez-vous demandé de l'aide à vos proches ? Avez-vous caché votre malaise ? (idées noires ?)</p> <p>Comment avez-vous été pris en charge ? Quelle a été l'attitude du corps médical vis-à-vis de la situation ? Cela a-t-il nécessité un arrêt de travail ?</p> <p>Avez-vous stoppé une prise en charge ou simplement avez-vous renoncé à consulter ? Si oui pourquoi ?</p> <p>Pourquoi consulter exclusivement psychologue/psychiatre ?</p> | <p>Expression de la dépression : existe-t-il une perception différente-des symptômes de la dépression chez l'homme ?</p> <p>Quelle part le patient laisse-t-il à l'entourage quand celui-ci est en difficulté morale ?</p> <p>Existe-t-il une sensation de jugement de la part du corps médical qui empêche le patient d'exprimer son mal être ? La honte de la faiblesse fera-t-elle stopper la prise en charge du patient ? Quel recours aux professionnels de santé et notamment au psychologues ?</p> |

Pour finir, j'aimerais vous poser quelques questions sur le fait d'être un homme en matière de santé.

Stéréotypes de genre

Pour vous, est-ce qu'être un homme influence sur votre représentation de la santé en générale et plus particulièrement sur votre santé ?

Est-ce que le fait d'être un homme change les soins prodigués par un médecin ? Si oui, pourquoi ?

C'est quoi la vision/les stéréotypes de l'homme/ de la virilité dans la société ? (comment ça doit être un homme dans la société ?)

Etes-vous influencés par ces critères ? Comment ces attentes de la société impactent sur votre vie, vos comportements, votre rapport aux corps et à la santé ?

Parler des différents stéréotypes : autonomie, vivre seul, prise de risque au travail car rémunération/ statut plus important que la sécurité, mépris de la santé = dévouement pour le métier, privilégier la productivité de l'entreprise face à la sécurité et la santé, force, rationalité, contrôle de soi, adaptabilité, se fier à soi-même, se soigner soi-même (force physique et intellectuelle), productif, image instrumentale du corps, responsabilité matériel de la famille, réussite sociale, violence, courage, performant, énergique, pouvoir, pulsions sexuelles, autorité, stoïcisme.

Questions de fin : mise en lumière des idées concrètes du patient sur le genre masculin et sur leur prise en charge médicale en confrontant l'influence et les conséquences des stéréotypes de genre au sein de leur propre santé.

Souhaitez-vous rajouter autre chose ?

Comment vous sentez vous ?

Annexe 3 – Exemple de reformulation des verbatims sur le logiciel Nvivo

17. *Fuh... [à ce là, voir]... en plus j'aime bien plaisanter aussi, il me dit "so vous le fait à droite" "à gauche"
"je dit" "si vous voulez, bah... vous pouvez me le faire pas, faites à l'J... l'événement bonjour !!!" et
ça n'a pas trop plus, mais bon bah...*

18. *Alors vous ?*

19. *C'est en pluriel tout ? C'est en pluriel tout...*

20. *Oh... C'est une forme... l'usage plurimulier... surtout avec les médecins ?*

21. *Oui, oui, oui, oui.*

22. *Oui... Pourquoi vous plaisantez avec les médecins ?*

23. *Bon, c'est parce que... Je suis pas, j'aime bien, y'en a qui le prend bien, qui dit... il est bien que c'est
pas rigoler que je dit ça... Pour détendre l'atmosphère.*

24. *C'est pour détendre l'atmosphère.*

25. *Mais là aussi, quand j'ai été faire le vaccin, on passe déjà dans un endroit, après il faut remplir un
truc, après y'a une personne qui vous reçoit, il vous dit "mettez-vous assis", et alors je me mets assis,
et je commence à me déshabiller (rire), et non ? (c'était pour prendre l'autre, et après il fallait resser...
(rire))*

26. *Oui, je vois. Finalement, c'est un mode de communication que vous avez en règle générale, pas
seulement avec les médecins.*

27. *Oui, non c'est en général. Alors, y'en a d'autres qui... des personnes qui aiment pas... et puis, d'autres
qui le prennent bien tout.*

Annotations

Déroulé : 23-24-25

25. → passage de l'entretien avec un médecin même si je n'ai pu le pas voir complètement parce que la charge administrative est trop importante

26. → fait de simplicité / ou de problèmes de santé générale avec le médecin était un sujet rebond plus facile

27. → utilisation pour détendre l'atmosphère

Annexe 5 – Exemple de mise en propriété sur le logiciel Nvivo

| <input checked="" type="radio"/> Détailler la maladie | 6 | 0 |
|--|---|----|
| <input type="radio"/> Minimiser les symptômes par le patient | 9 | 13 |
| <input type="radio"/> Devoir défendre l'atmosphère | 1 | 1 |
| <input type="radio"/> Utiliser l'humour l'ironie la rime | 4 | 4 |

Annexe 7 – Accord du Comité d’Ethique de l’université de Strasbourg



M. BOUGERIE Fabien
3 rue des Seigneurs
67000 STRASBOURG

Eric FLAHER
Président du comité d'éthique
pour la recherche

strasbourg, le 05 janvier 2021
Objet : Demande de comité d'éthique pour la recherche CERF
n°2021-34

Monsieur BOUGERIE, Cher Collègue,

Membre du CERF
David HANSSON
Coordonnateur du Comité
d'éthique pour la recherche
Université de Strasbourg
Campus de
dépôt : 03 88 38 50 00
03 88 38 50 17

Vous avez depuis le projet intitulé l'impact des constructions agricoles de la municipalité sur le paysage et la préservation de notre patrimoine et son évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'université de Strasbourg.

Le comité d'éthique pour la recherche de l'université de Strasbourg

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pouvez rampliquer à toute unité avec le département :

unistra/CERF/2021-34.

Si une unité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CERF, veuillez vous entretenir avec cette unité afin que notre CERF reçoive une copie du dit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CERF juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'unité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Le président du comité d'éthique pour la recherche,



Eric FLAHER

Université de Strasbourg
1 rue du Foyer
CS 90007
67037 STRASBOURG cedex
Tél. : +33 (0)3 88 38 50 00
www.unistra.fr

Annexe 8 – Fiche d’information

Je suis médecin généraliste remplaçante, et, dans le cadre de ma Thèse d’Exercice en Médecine Générale, je réalise une recherche sur la santé des hommes et leur prise en charge par les médecins. L’objectif de ce travail de recherche est d’étudier le recours aux soins des hommes.

Cette recherche sera dirigée par le Dr ROUGERIE Fabien et le Dr PACE Angéline, avec le soutien et l’accord du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Pour mener à bien cette recherche, j’ai besoin de recueillir des données par le biais d’entretiens individuels. Si vous acceptez de participer, nous nous rencontrerons, dans un lieu convenu ensemble, pour nous entretenir sur le sujet pendant une durée d’une heure environ. Pour faciliter le recueil de données, je souhaite réaliser, avec votre accord, un enregistrement audio de notre entretien à l’aide d’un dictaphone.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- que votre participation n’est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat.
- que votre participation sera anonyme (un numéro vous sera attribué) et que les informations recueillies seront confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Toutes ces données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls les responsables scientifiques et les chercheurs adjoints y auront accès.
- que vous avez le droit de vous retirer de l’étude à tout moment si vous le souhaitez, sans avoir à donner de justification et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice.
- que vous avez le droit de ne pas répondre à certaines questions de l’entretien, sans avoir à donner de justification.
- que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil de données effectué.
- que les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande.
- que les enregistrements audios seront détruits dès la fin de la retranscription écrite des audios.

Pour toute question ou si vous voulez participer à ce travail, vous pouvez me contacter à l’adresse :
Emilie.chenot@etu.unistra.fr

CHENOT Emilie

Protection des données personnelles :

Nous vous garantissons que votre participation sera totalement anonyme et que ce projet de recherche a été évalué par une commission « informatique et libertés », ainsi que par le Comité d’Ethique pour la Recherche de l’Université de Strasbourg.

Le strict anonymat rend impossible la rectification ou la suppression des informations après la fin de votre participation. Ces informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l’Université de Strasbourg. Les données enregistrées seront traitées et conservées par Mme CHENOT Emilie jusqu’à la soutenance de la Thèse. Ce traitement a pour base légale l’exécution d’une mission de service public assurée par l’Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD).

Pour toute questions relatives à la protection de vos données personnelles, vous pouvez adresser vos demandes à Mme CHENOT Emilie à l’adresse : emilie.chenot@etu.unistra.fr

L’Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l’adresse suivante : dpo@unistra.fr. Vous pouvez également contacter le Comité d’Ethique pour la Recherche de l’Université de Strasbourg à l’adresse suivante: cer@unistra.fr (accord du CER en date du ...)

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n’ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Annexe 9 – Formulaire de consentement

DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Il m'a été proposé de participer à une recherche sur la santé des hommes et leur prise en charge par les médecins. Cette recherche scientifique est réalisée dans le cadre d'une thèse soutenue par Mme CHENOT Emilie, étudiante à l'Université de Strasbourg.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

L'investigatrice, Mme CHENOT Emilie, m'a informé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai compris que je pourrai arrêter à tout moment sans justification ou décider de ne pas répondre à certaines questions de l'entretien si je ne le souhaite pas, et que je pourrai prendre connaissance des résultats lorsque l'étude sera terminée.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone. Celui-ci sera uniquement accessible par Mme CHENOT Emilie et sera détruit après retranscription.

Je donne mon accord pour que les données soient utilisées à des fins scientifiques et pédagogiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité.

Après en avoir discuté avec Mme CHENOT Emilie et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, je soussigné(e) Accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le, en double exemplaire.

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

VIII. Bibliographie

1. Rivoal H. Virilité ou masculinité ? L'usage des concepts et leur portée théorique dans les analyses scientifiques des mondes masculins. *Travailler*. 26 oct 2017;38(2):141-59.
2. Connell RW, Messerschmidt JW. Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique ? *Terrains travaux*. ENS Paris-Saclay; 18 déc 2015;27(2):151-92.
3. Vuattoux A. Penser les masculinités. *Les Cahiers Dynamiques*. janv 2013;58(1):84-8.
4. HAS-santé [En ligne]. Haute autorité de santé. Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte; 15 févr 2018 [cité le 4 nov 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/prise_en_charge_des_dysthyroidies_chez_ladulte_-_note_de_cadrage.pdf
5. Maréchal M, Maille M, Froussart-Maille F. Physiologie, examen clinique et pathologie de la vision des couleurs [Article 21-030-B-10]. *EMC - Ophtalmologie* 2021. 38(2):1-24.
6. Gaussoit L, Palièrne N. Privilèges et coûts de la masculinité en matière de consommation d'alcool. Dans: Guionnet C, Neveu E, Dulong D, rédacteurs. *Boys don't cry! : Les coûts de la domination masculine*. Edition numérique. [En ligne]. Presses universitaires de Rennes; 2019 [cité le 27 sept 2022]. p. 253-74. (Le sens social). Disponible: <http://books.openedition.org/pur/67155>
7. Tinat K. Le Poids du féminin et du masculin dans le corps anorexique. *Corps*. 1 déc 2008;4(1):41-8.
8. Lacroix X. À propos de la « gender theory ». *Laennec*. 8 juill 2014;62(3):31-42.
9. La science pour la santé [En ligne]. Inserm. Genre et santé; 14 août 2017 [cité le 28 févr 2021]. Disponible: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante>
10. Éléonore Lépinard, Marylène Lieber. Les théories en études du genre. *La découverte*. [En ligne]. [cité le 7 mars 2021]. 128 p. (Repères). Disponible: <http://www.cairn.info/les-theories-en-etudes-du-genre--9782348059162.htm>
11. Andersson J, Salander P, Hamberg K. Using Patients' Narratives to Reveal Gender Stereotypes Among Medical Students. *Academic Medicine*. juill 2013;88(7):1015-21.
12. Chang AM, Mumma B, Sease KL, Robey JL, Shofer FS, Hollander JE. Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. *Acad Emerg Med*. juill 2007;14(7):599-605.
13. Loikas D, Karlsson L, von Euler M, Hallgren K, Schenck-Gustafsson K, Bastholm Rahmner P. Does patient's sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians : a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 13 oct 2015;16(137):9 p.
14. Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J, Wurie H, et al. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*. 22 juin 2019;393(10190):2535-49.

15. Revue Médicale Suisse [En ligne]. Fussinger Catherine. Genre, médecine et santé : quelques repères; 2010 [cité le 1 mars 2021]. Disponible: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-257/Genre-medecine-et-sante-quelques-reperes>
16. INSEE [En ligne]. Espérance de vie à la naissance selon le sexe; janv 2022 [cité le 2 nov 2022]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
17. Infosuicide [En ligne]. Centre de Prévention du Suicide Paris. Épidémiologie France Suicides; 2020 [cité le 3 oct 2022]. Disponible: <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/>
18. Buckley J, Tuama SÓ. 'I send the wife to the doctor'– Men's behaviour as health consumers. *International Journal of Consumer Studies*. 2010;34(5):587-95.
19. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;49(6):616-23.
20. Loretti A. Faire exister sa maladie : les conditions sociales du diagnostic. Dans: *La fabrique des inégalités sociales de santé* [En ligne]. Rennes : Presses de l'EHESP; 2021 [cité le 20 nov 2022]. p. 43-68. (Recherche, santé, social). Disponible: <https://www.cairn.info/la-fabrique-des-inegalites-sociales-de-sante--9782810909391-p-43.htm>
21. Levoir T, Levoir C. Genre et santé : enquête qualitative auprès de médecins généralistes sur leurs représentations des disparités en santé entre les hommes et les femmes réalisée en 2019 dans les Pyrénées Atlantiques [Thèse de Médecine, en ligne]. France : Université de Bordeaux; 2019 [cité le 10 mars 2021]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498459>
22. Pace A. Regard des soignant-es sur leurs patient-es femmes: du stéréotype de genre à la violence médicale : étude qualitative du vécu de vingt patient-es perçu-es comme femmes [Thèse de Médecine, en ligne]. France : Université de Strasbourg; 2021 [cité le 3 oct 2022]. Disponible: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_PACE_Angelina.pdf
23. Salle M. C'est compliqué pour les soignants de s'entendre dire qu'ils sont discriminants sur la santé des femmes [En ligne]. 2022 [cité le 18 oct 2022]. Disponible: <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/72437-c-est-complique-pour-les-soignants-de-s-entendre-dire-qu-ils-sont>
24. Roy J, Tremblay G, Guilmette D, Bizot D, Dupéré S. Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services. Québec : Université de Laval; janv 2016 p. 44p. Rapport no 2013-BH-170788.
25. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
26. Kookie Learning. Introduction à la sociologie de la santé [En ligne]. 2022 [cité le 18 oct 2022]. (Le corps social). 83min. Disponible: <https://open.spotify.com/episode/3bR9VvqzSyAXVXNuKVd1AJ>
27. Gauthier CA. Compte rendu de [Anne-Marie Devreux, *Les sciences et le genre : déjouer l'androcentrisme*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, 290 p.]. *Recherches féministes*. 2017;30(2):291-4.

28. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. Dans: Les recherches qualitatives en santé [En ligne]. Paris : Armand Colin; 2016 [cité le 20 oct 2022]. p. 167-85. (Collection U). Disponible: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm>
29. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, De la Londe G. Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux. Paris : Wolters Kluwer Health France; 2021. 192 p.
30. Paillé P. Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée. Dans: Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé [En ligne]. Paris : Dunod; 2017 [cité le 20 oct 2022]. p. 61-83. (Psycho Sup). Disponible: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301-p-61.htm>
31. Camussi E. La masculinité et la féminité dans les professions spécifiques à chaque genre : perspectives et représentations sociales. Dans: Gaborit P, rédacteur. Les stéréotypes de genre : Identités, rôles sociaux et politiques publiques. Editions L'Harmattan; 2009. p. 129-45.
32. Niedenthal P, Krauth-Gruber S, Ric F. Chapitre 8. Émotion et différences de genre. Dans: Comprendre les émotions [En ligne]. Wavre : Mardaga; 2009 [cité le 23 sept 2022]. p. 275-309. (PSY-Individus, groupes, culture). Disponible: <https://www.cairn.info/comprendre-les-emotions--9782870099971-p-275.htm>
33. Noël-Hureaux E. Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? Recherche en soins infirmiers. Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2015;122(3):7-17.
34. Tronto JC. Du care. Revue du MAUSS. Paris : La Découverte; 2008;32(2):243-65.
35. Levant RF, Hall RJ, Rankin TJ. Male Role Norms Inventory–Short Form (MRNI-SF): Development, confirmatory factor analytic investigation of structure, and measurement invariance across gender. Journal of Counseling Psychology. avr 2013;60(2):228-38.
36. Fournier M. La construction du masculin. Dans: Masculin-Féminin [En ligne]. Auxerre : Éditions Sciences Humaines; 2014 [cité le 28 sept 2022]. p. 104-8. (Essais). Disponible: <https://www.cairn.info/masculin-feminin--9782361062248-p-104.htm>
37. Gazalé O. Le Mythe de la virilité. Paris : Robert Laffont; 2017. 416 p.
38. Lefaucheur N, Mulo S. La construction et les coûts de l'injonction à la virilité en martinique. Dans: Guionnet C, Neveu E, Dulong D, rédacteurs. Boys don't cry! : Les coûts de la domination masculine [En ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes; 2019 [cité le 27 sept 2022]. p. 207-29. (Le sens social). Disponible: <http://books.openedition.org/pur/67140>
39. Roy J. Regards sur l'évolution des hommes au Québec et tendances sociétales. Dans: Deslauriers JM, Lafrance M, Tremblay G, rédacteurs. Réalités masculines oubliées. Hermann; 2019. p. 21-42.
40. Rivoal H. Introduction. Dans: La fabrique des masculinités au travail. Paris : La Dispute; 2021. p. 7-22.
41. Guionnet C, Neveu É. Féminins / Masculins. Sociologie du genre. 3e éd. [En ligne]. Paris : Armand Colin; 2021. 416 p. (Collection U). Disponible: <https://www.cairn.info/feminins-masculins--9782200626846.htm>

42. Dollo C, Alpe Y, Lambert JR, Parayre S. *Lexique de sociologie*. 6e édition. Paris : Dalloz; 2020. 532 p.
43. Larousse [En ligne]. Définitions : doxa - Dictionnaire de français Larousse; [date inconnue] [cité le 10 oct 2022]. Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/doxa/26675>
44. Dico en ligne Le Robert [En ligne]. Doxa - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples; [date inconnue] [cité le 12 oct 2022]. Disponible: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/doxa>
45. Tardif M. Le chercheur et les contraintes doxologiques. *RSE*. 26 nov 2009;14(2):149-63.
46. Robertson S. Embodied masculinities and health. Dans: *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*. Open University Press; 2007. p. 66-93.
47. Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Annales. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS*; 1971;26(1):205-33.
48. Watson. *Male Bodies: Health, Culture, and Identity*. Buckingham ; Philadelphia, Pa : Open University Press; 2000. 176 p.
49. Robertson S, Sheikh K, Moore A. Embodied masculinities in the context of cardiac rehabilitation. *Sociol Health Illn*. juill 2010;32(5):695-710.
50. Robertson S. The current context of men's health and the role of masculinities. Dans: *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*. Open University Press; 2007. p. 30-52.
51. Saltonstall R. Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science & Medicine*. 1 janv 1993;36(1):7-14.
52. Braverman L. La mesure du PSA dans l'expérience du cancer de la prostate. Dans: *Le cancer : un regard sociologique* [En ligne]. Paris : La Découverte; 2018 [cité le 5 oct 2022]. p. 13-27. (Recherches). Disponible: <https://www.cairn.info/le-cancer-un-regard-sociologique--9782707195784-p-13.htm>
53. Le Breton D. *Anthropologie du corps et de la modernité*. 6e éd. [En ligne]. Paris : Presses Universitaires de France; 2013. 336 p. (Quadrige). Disponible: <https://www.cairn.info/anthropologie-du-corps-et-de-la-modernite--9782130585442.htm>
54. Guéné V. Le modèle biopsychosocial : de quoi parle-t-on ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 avr 2018;79(2):161-7.
55. Discry A. La diversité culturelle autour du vécu de la maladie. Dans: *Éclairage sociologique pour professionnels de la santé*. Liège : Edipro; 2019. p. 67-96.
56. Wykretowicz H. *Revue Médicale Suisse : Pluralité des corps*. Stiefel F, rédacteur. *Revue Médicale Suisse. Médecine & Hygiène*; 2015;11(461):385-97.
57. Laberge Y. *Sociologie du corps en bonne santé : sur quelques théories américaines émergentes en sociologie médicale*. *Recherches sociologiques et anthropologiques*. Université catholique de Louvain (Unité d'anthropologie et de sociologie); 1 déc 2014;45(2):185-93.

58. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros ». *Anthropologie & Santé*. 15 mai 2017;(14):22p.
59. Gey M. Au-delà du corps-machine : l'expérience extrême du sujet hospitalisé. *Champ psychosomatique*. Le Bouscat : L'Esprit du temps; 2006;44(4):61-75.
60. Arold. Foucault annonce la société disciplinaire dans Surveiller et Punir [En ligne]. 2021 [cité le 11 janv 2022]. 1h25. Disponible: <https://www.youtube.com/watch?v=CWowYemjGKU>
61. Foucault M. *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris : Gallimard; 1993. 360 p.
62. Boni-Le Goff I. Corps légitime. Dans: Rennes J, Achin C, rédacteurs. *Encyclopédie critique du genre: corps, sexualité, rapports sociaux*. Paris : La Découverte; 2016. p. 178-208.
63. Dupéré S, De Koninck M, O'Neill M. Rouge, jaune, vert... noir: l'expérience de la pauvreté d'hommes du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal1. *Recherches sociographiques*. 24 août 2011;52(2):255-83.
64. Willott S, Griffin C. `Wham Bam, am I a Man?': Unemployed Men Talk about Masculinities. *Feminism & Psychology*. 1 févr 1997;7(1):107-28.
65. Cole BP, Baglieri M, Ploharz S, Brennan M, Ternes M, Patterson T, et al. What's Right With Men? Gender Role Socialization and Men's Positive Functioning. *Am J Mens Health*. 12 oct 2018;13(1):1-12.
66. Rivoal H. Les performances du masculin. Dans: *La fabrique des masculinités au travail*. Paris : La Dispute; 2021. p. 65-96.
67. Rivoal H. Au nom du flux : la fabrique organisationnelle de la masculinité. Dans: *La fabrique des masculinités au travail*. Paris : La Dispute; 2021. p. 29-64.
68. Curtis Breslin F, Polzer J, MacEachen E, Morrongiello B, Shannon H. Workplace injury or « part of the job »? : towards a gendered understanding of injuries and complaints among young workers. *Social Science & Medicine*. févr 2007;64(4):782-93.
69. ANACT [En ligne]. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Sinistralité au travail en France : une évolution différenciée entre les femmes et les hommes entre 2001 et 2019; 2022 [cité le 31 oct 2022]. Disponible: <https://www.anact.fr/sinistralite-au-travail-en-france-une-evolution-differenciee-entre-les-femmes-et-les-hommes-entre>
70. Insee : enquêtes Emploi, séries longues sur le marché du travail [En ligne]. Institut national de la statistique et des études économiques. *Activité selon le sexe et l'âge*; 2021 [cité le 31 oct 2022]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489758#graphique-figure1_radio1
71. Guionnet C, Neveu É. Aux sources des identités masculines et féminines. Dans: *Féminins/Masculins* . 3e éd. [En ligne]. Paris : Armand Colin; 2021. p. 35-92. (Collection U). Disponible: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/feminins-masculins--9782200626846-page-35.htm>
72. Ferrand M. Introduction. Dans: *Féminin Masculin* [En ligne]. Paris : La Découverte; 2004 [cité le 15 oct 2022]. p. 3-7. (Repères). Disponible: <https://www.cairn.info/feminin-masculin--9782707131690-p-3.htm>

73. Guionnet C, Neveu É. Recompositions et inerties des identités et rapports de genre. Dans: *Féminins/Masculins*. 3e éd. [En ligne]. Paris : Armand Colin; 2021. p. 308-51. (Collection U). Disponible: <https://www.cairn.info/feminins-masculins--9782200626846-p-308.htm>
74. Cresson G. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes. Dans: *Femmes et hommes dans le champ de la santé* [En ligne]. Rennes : Presses de l'EHESP; 2001 [cité le 14 oct 2022]. p. 303-28. (Recherche, santé, social). Disponible: <https://www.cairn.info/femmes-et-hommes-dans-le-champ-de-la-sante--9782859526498-p-303.htm>
75. Liddon L, Kingerlee R, Barry JA. Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(1):42-58.
76. Robertson S. Men engaging with health care. Dans: *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*. Open University Press; 2007. p. 120-49.
77. Weber-Baghdiguan L. Santé, genre et qualité de l'emploi : une analyse sur données microéconomiques [Thèse de sciences éco, en ligne]. Université de Paris Dauphine; 2017 [cité le 24 sept 2022]. Disponible: <http://www.theses.fr/2017PSLED014/document>
78. Robertson S. *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*. Maidenhead, Berkshire : Open University Press; 2007. 178 p.
79. Roos E, Lahelma E, Virtanen M, Prättälä R, Pietinen P. Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour. *Social Science & Medicine*. 15 juin 1998;46(12):1519-29.
80. Le Guen M, Rouzard-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cahiers du Genre*. 2021;70(1):157-84.
81. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. *Sociétés contemporaines*. 2016;104(4):67-94.
82. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité et société*. 1 déc 2014;12(Automne 2014):18.
83. Le problème du pantalon [En ligne]. Levil G. *La boîte à songes*; 2020 [cité le 3 oct 2022]. Disponible: http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/60680_0
84. Brown S. Young men, sexual health and responsibility for contraception: a qualitative pilot study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. janv 2012;38(1):44-7.
85. Welzer-lang D. *Nous, les mecs*. Paris : Payot; 2013. 192 p.
86. Robertson S. Men, relationships, emotions and health. Dans: *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*. Open University Press; 2007. p. 94-119.
87. Hochschild AR. Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*. 2003;9(1):19-49.

88. Hochschild AR. Genre statut et sentiments. Dans: Le prix des sentiments : au cœur du travail émotionnel. Paris : La Découverte; 2017. p. 182-205.
89. Niedenthal P, Krauth-Gruber S, Ric F. Comprendre les émotions. Perspectives cognitives et psycho-sociales [En ligne]. Wavre : Mardaga; 2009. 416 p. (PSY-Individus, groupes, culture). Disponible: <https://www.cairn.info/comprendre-les-emotions--9782870099971.htm>
90. Burnay N. Sociologie des émotions. De Boeck Supérieur; 2022. 279 p.
91. Tremblay G, Audet S. Les hommes et leur rapport aux émotions : un état des connaissances. Dans: Deslauriers JM, Lafrance M, rédacteurs. Réalités masculines oubliées. Hermann; 2019. p. 401-32.
92. Keltner D, Gross JJ. Functional Accounts of Emotions. Cognition and Emotion. Routledge; 1 sept 1999;13(5):467-80.
93. Jouanne C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. Psychotropes. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur; 2006;12(3-4):193-209.
94. Banks I. No man's land: men, illness, and the NHS. BMJ. 3 nov 2001;323(7320):1058-60.
95. Womersley G, Kloetzer L. « En Afrique, aller voir le psychologue, je n'ai jamais entendu ça » : interprétations croisées du psycho-traumatisme entre médiateurs culturels, professionnels de santé et réfugiés victimes de torture à Athènes. Revue européenne des migrations internationales. 1 oct 2018;34(2-3):29-54.
96. Nann S. Les Cambodgiens en France, entre l'image et la réalité. Migrations Société. Paris : Centre d'Information et d'Etudes sur les Migrations Internationales; 2007;109(1):147-62.
97. Le Breton D. La construction sociale de la douleur. Dans: Anthropologie de la douleur . Édition numérique. [En ligne]. Paris : Éditions Métailié; 2012 [cité le 23 sept 2022]. p. 107-60. (Traversées). Disponible: <https://www.cairn.info/anthropologie-de-la-douleur--9782864241911-p-107.htm>
98. D'Inca F. Mâle Alpha [En ligne]. [cité le 11 oct 2021]. (Mise à Mâle). 60 min. Disponible: <https://podcasts-francais.fr/podcast/mise-a-male/s03e01-male-alpha-avec-eric-flag>
99. Antonov KI, Isacson DG. Prescription and nonprescription analgesic use in Sweden. Ann Pharmacother. avr 1998;32(4):485-94.
100. Cornally N, McCarthy G. Chronic pain: the help-seeking behavior, attitudes, and beliefs of older adults living in the community. Pain Manag Nurs. déc 2011;12(4):206-17.
101. Eriksen J, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Health care utilisation among individuals reporting long-term pain: an epidemiological study based on Danish National Health Surveys. Eur J Pain. déc 2004;8(6):517-23.
102. Kaur S, Stechuchak KM, Coffman CJ, Allen KD, Bastian LA. Gender differences in health care utilization among veterans with chronic pain. J Gen Intern Med. févr 2007;22(2):228-33.
103. Leresche L. Defining gender disparities in pain management. Clin Orthop Relat Res. juill 2011;469(7):1871-7.

104. Niesters M, Dahan A, Kest B, Zacny J, Stijnen T, Aarts L, et al. Do sex differences exist in opioid analgesia? A systematic review and meta-analysis of human experimental and clinical studies. *Pain*. oct 2010;151(1):61-8.
105. Keogh E. Men, masculinity, and pain. *Pain*. déc 2015;156(12):2408-12.
106. Keogh E, Eccleston C. Sex differences in adolescent chronic pain and pain-related coping. *Pain*. août 2006;123(3):275-84.
107. Keogh E, Herdenfeldt M. Gender, coping and the perception of pain. *Pain*. juin 2002;97(3):195-201.
108. Hughes A, Williams MR, Lipari RN, Bose J, Copello EAP, Kroutil LA. Prescription Drug Use and Misuse in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. United States : SAMSHA; sept 2016 p. 29.
109. Daheim J, Kim SY, Neduvélil A, Nguyen NP. Men, Chronic Pain, and Prescription Pain Medication Use: The Role of Gender Role Beliefs in a Longitudinal Moderated Mediation Model. *Pain Medicine*. 25 déc 2020;21(12):3603-14.
110. Bernardes SF, Lima ML. Being less of a man or less of a woman: perceptions of chronic pain patients' gender identities. *Eur J Pain*. févr 2010;14(2):194-9.
111. Rey-Robert V. *Le sexisme : une affaire d'hommes*. Libertalia. Montreuil; 2020. 256 p.
112. Prsima Média. Qu'est-ce que le syndrome du mâle irritable ? [En ligne]. 2021 [cité le 18 oct 2022]. (Sexposé-Gentside). Disponible: <https://open.spotify.com/episode/7266mDI24ySPadUVs8OhXY>
113. Evans J, Butler L, Etowa J, Crawley I, Rayson D, Bell DG. Gendered and cultured relations: exploring African Nova Scotians' perceptions and experiences of breast and prostate cancer. *Res Theory Nurs Pract*. 2005;19(3):257-73.
114. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*. Paris : Presses de Sciences Po; 2003;11(3):59-79.
115. Wills J, Sykes S, Hardy S, Kelly M, Moorley C, Ocho O. Gender and health literacy: men's health beliefs and behaviour in Trinidad. *Health Promot Int*. 1 août 2020;35(4):804-11.
116. Canguilhem G. *La santé : concept vulgaire & question philosophique*. Pin-Balma : Sables; 1998. 36 p.
117. Le Breton D. *Rire. Une anthropologie du rieur*. Paris : Éditions Métailié; 2018. 256 p. (Traversées).
118. Gavarkovs AG, Burke SM, Petrella RJ. Engaging Men in Chronic Disease Prevention and Management Programs: A Scoping Review. *Am J Mens Health*. 1 nov 2016;10(6):145-54.
119. McVittie C, Willock J. « You can't fight windmills »: how older men do health, ill health, and masculinities. *Qual Health Res*. juill 2006;16(6):788-801.

120. 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.* 1 mai 2002;7(3):253-67.
121. Robertson S. Conceptualizing health and well-being. Dans: *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being.* Open University Press; 2007. p. 37-64.
122. Noone JH, Stephens C. Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociol Health Illn.* juill 2008;30(5):711-25.
123. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord.* sept 2002;71(1-3):1-9.
124. Chatmon BN. Males and Mental Health Stigma. *Am J Mens Health.* 19 août 2020;14(4):1-3.
125. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* janv 2003;58(1):5-14.
126. Clark LH, Hudson JL, Rapee RM, Grasby KL. Investigating the impact of masculinity on the relationship between anxiety specific mental health literacy and mental health help-seeking in adolescent males. *J Anxiety Disord.* déc 2020;76(102292):8.
127. Good G. Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of Counseling Psychology.* 1 janv 1989;36(3):295-300.
128. McNess A. Happy to Talk...To a Point: Bereaved Young Men and Emotional Disclosure. *Youth Studies Australia.* Australian Clearinghouse for Youth Studies; déc 2008;27(4):25-34.
129. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review.* 1 nov 2016;49:106-18.
130. Thompson N. Masculinity and loss. Dans: Field D, Hockey J, Small N, rédacteurs. *Death, Gender and Ethnicity.* London : Routledge; 2002. p. 76-88.
131. Cleary A. Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine.* 1 févr 2012;74(4):498-505.
132. Garcia F. Coping and Suicide amongst the Lads: Expectations of Masculinity in Post-Traditional Ireland [Thèse de philosophie, en ligne]. Irlande : Université de Maynooth; 2013. Disponible: <https://mural.maynoothuniversity.ie/4762/1/COPING%20AND%20SUICIDE%20AMONGST%20THE%20LADS.pdf>
133. Roy P, Des Rivières-Pigeon C. « Je n'ai pas de honte à avoir besoin d'aide » : la négociation des normes masculines chez les hommes suicidaires. *Intervention.* févr 2011;(135):50-60.
134. Alvarez CL. Impact du genre sur le diagnostic psychiatrique: une revue de la littérature [Thèse de médecine, en ligne]. France : Université de Bordeaux; 2019 [cité le 5 mars 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418286>
135. Gerber A, Nguyen KHN, Fischberg S. Dépression masculine. *Revue Médicale Suisse.* 2016;12(532):1614-9.

136. Chandler A. Masculinities and suicide: unsettling 'talk' as a response to suicide in men. *Critical Public Health*. 8 août 2022;32(4):499-508.
137. O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*. 1 août 2005;61(3):503-16.
138. Laqueur T. *La fabrique du sexe*. Edition numérique. [En ligne]. Gallimard; 2013 [cité le 29 sept 2022]. 561 p. Disponible: <http://www.numeriquepremium.com/content/books/9782070450787>
139. Schlichthorst M, Sancu LA, Pirkis J, Spittal MJ, Hocking JS. Why do men go to the doctor? Socio-demographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. *BMC Public Health*. 31 oct 2016;16(3):82-90.
140. Faure E, Rican S. Genre, inégalités et promotion de la santé à l'échelle locale. L'exemple genevois. *Sante Publique*. 26 sept 2018;30(5):617-21.
141. Loretti A. Les oubliés du cancer. Dans: *La fabrique des inégalités sociales de santé* [En ligne]. Rennes : Presses de l'EHESS; 2021 [cité le 20 nov 2022]. p. 147-72. (Recherche, santé, social). Disponible: <https://www.cairn.info/la-fabrique-des-inegalites-sociales-de-sante--9782810909391-p-147.htm>
142. Sach TH, Whynes DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health*. 24 nov 2009;9(431):10.
143. Coles R, Watkins F, Swami V, Jones S, Woolf S, Stanistreet D. What men really want: A qualitative investigation of men's health needs from the Halton and St Helens Primary Care Trust men's health promotion project. *British Journal of Health Psychology*. 2010;15(4):921-39.
144. Charfadi K, Cristofari C. Les stéréotypes de genre dans la publicité en France. Dans: *Genre et marketing* [En ligne]. Caen : EMS Editions; 2020 [cité le 17 oct 2022]. p. 55-78. (Societing). Disponible: <https://www.cairn.info/genre-et-marketing--9782376873693-p-55.htm>
145. Boisson-Pineau AC. Le message sanitaire par l'image : quand la publicité construit l'image de la publicité. Dans: Routier C, d'Arripe A, rédacteurs. *Communication et santé : enjeux contemporains*. Presses Univ. Septentrion; 2010. p. 97-107.
146. Remaury B. Les images du corps féminin. Dans: *Le beau sexe faible*. Paris : Grasset; 2000. p. 20-80.
147. Faure E. Entre effets de genre et effets de lieux. Géographies du dépistage du cancer colorectal à Boulogne-Billancourt et Gennevilliers (92). [These de Géographie, en ligne]. France : Université Paris Nanterre; 2016 [cité le 27 oct 2022]. Disponible: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01842443>
148. INSEE [En ligne]. Institut national de la statistique et des études économiques. Alimentation et genre – Femmes et hommes, l'égalité en question; 3 mars 2022 [cité le 3 oct 2022]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047765?sommaire=6047805#figure3_radio2

149. Santé Publique France [En ligne]. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte; [cité le 3 oct 2022]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
150. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sciences sociales et santé*. 2017;35(3):41-70.
151. Gason M. 15e Congrès médecine générale France : Ressenti des hommes engagés dans une démarche d'Assistance Médicale à la Procréation. Paris; 03/22.
152. Biddulph M, Blake S. Moving goalposts: setting a training agenda for sexual health work with boys and young men. London : Family Planning Association; 2001. 92 p.
153. Balfe M, Brughla R, O'Connell E, Vaughan D, O'Donovan D. Men's attitudes towards chlamydia screening: a narrative review. *Sexual Health*. 2012;9(2):120-30.
154. Plantin L, Olykoya A, Ny P. Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support : A Scope Study Literature Review. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*. Men's studies press; 2011;9(1):87-102.
155. Devault A, Devault-Tussignant C. Contexte et enjeux de la paternité au Québec. Dans: Deslauriers JM, Desgagnés JY, Tremblay G, Genest Dufault S, Blanchette D, rédacteurs. *Regards sur les hommes et les masculinités* . 2^e éd. Laval : Hermann; 2022. p. 329-50.
156. Allport BS, Johnson S, Aqil A, Labrique AB, Nelson T, Kc A, et al. Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Academic Pediatrics*. Elsevier; 1 sept 2018;18(7):746-53.
157. Leonardi M, Frecker H, Scheim AI, Kives S. Reproductive Health Considerations in Sexual and/or Gender Minority Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. févr 2019;32(1):15-20.
158. Hsieh N, Shuster SM. Health and Health Care of Sexual and Gender Minorities. *J Health Soc Behav*. sept 2021;62(3):318-33.
159. Jaunait A, Chauvin S. Intersectionnalité. Dans: *Dictionnaire Genre et science politique* [En ligne]. Paris : Presses de Sciences Po; 2013 [cité le 9 nov 2022]. p. 286-97. (Références). Disponible: <https://www.cairn.info/dictionnaire-genre-et-science-politique--9782724613810-p-286.htm>
160. Banks I, Baker P. Men and primary care: improving access and outcomes. *Trends in Urology & Men's Health*. sept 2013;4(5):39-41.
161. Deslauriers JM, Baron M, Negura LN. Les hommes souffrant de dépression : un problème méconnu. Dans: *Réalités masculines oubliées*. Hermann; 2019. p. 183-214.
162. King K, Schlichthorst M, Reifels L, Keogh L, Spittal MJ, Phelps A, et al. Impacts of a Documentary about Masculinity and Men's Health. *Am J Mens Health*. sept 2018;12(5):1604-14.
163. Infodrog [En ligne]. [auteur inconnu]. Salutogenèse – Lexique «Prévention et santé»; [cité le 1 nov 2022]. Disponible: <https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/salutogenese.html>

164. Oliffe JL, Han CSE, Ogradniczuk JS, Phillips JC, Roy P. Suicide From the Perspectives of Older Men Who Experience Depression: A Gender Analysis. *American Journal of Men's Health*. 1 sept 2011;5(5):444-54.
165. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. « Brave Men » and « Emotional Women »: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research & Management*. 2018;2018:14.
166. Deslauriers JM, Desgagnés JY, Tremblay G, Genest Dufault S, Blanchette D. Recherche avec les hommes : défis et enjeux. Dans: *Regards sur les hommes et les masculinités* . 2^e éd. Laval : Hermann; 2022. p. 203-26.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CHEMOI Prénom : Emilie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L. 335-1 et suivants du Code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitué d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1997 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

Emilie Chemoi
A Strasbourg, le 14/11/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Masculinité hégémonique et état morbide : une cohabitation possible ?

L'influence du genre dans la prévention et le diagnostic de pathologies modulent l'égalité des patients, avec, en France, une espérance de vie à la naissance amputée de 6 ans pour un homme par rapport à une femme. Nous partons du postulat que la sociabilisation masculine explique en partie un recours aux soins moins important des hommes.

Nous analysons à l'aide d'une étude qualitative 13 entretiens semi-dirigés de personnes masculines vivant dans le grand Est de la France, afin d'entrevoir les mécanismes qui s'actionnent dans la décision de consultation médicale.

Dans nos résultats, nous retrouvons une performance de la masculinité représentée par la force, l'autonomie, la reconnaissance dans le travail, la stabilité psychique et l'intégrité sexuelle. Cette performance entrave en partie le déroulement des soins, notamment par des injonctions contradictoires (autonomie versus demande d'aide...). Il existerait alors des stratégies d'adaptation masculine afin de faire face à l'état morbide par la maîtrise du corps, l'intériorisation des problèmes, la vision à court terme de la santé, la démedicalisation de l'intime et ce, jusqu'à la résistance à l'existence de la maladie. Ces stratégies poussent les patients étudiés à déléguer le care. Ont été, dans le même temps, observés, chez ces patients, un sentiment d'illégitimité à recourir aux soins médicaux, une dévaluation de l'importance accordée à leur santé et un manque d'éducation à ce sujet.

Nous discutons par la suite la démonstration de la force par le règne sur la douleur, l'intériorisation des émotions sollicitant l'assistance et l'ambivalence autour de la responsabilité en santé. Si ces mécanismes ne suffisaient plus pour négocier avec l'état morbide, il existait alors une rupture au sein de l'identité masculine qui permettait le recours aux soins. Nous analysons par la suite comment l'impact des stéréotypes de genre masculin persistaient comme barrière de soin à travers la stigmatisation de la santé mentale masculine, la sous-représentation visuelle de l'homme en médecine préventive et la délégation entretenue des soins.

Une réelle prise de conscience de l'influence des stéréotypes de genre, ici masculin, dans la relation de soin permettrait d'améliorer le recours aux soins des hommes et d'adapter le système de santé à leurs besoins spécifiques.

Rubrique de classement : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés :

Médecine générale, Santé des hommes, Santé masculine, Stéréotypes de genre, Recours aux soins.

Président : Professeur WEBER Jean-Christophe

Assesseurs (si non HU, préciser la qualité) : Docteur FRAIH Elise

Docteur PACE Angéline (co-directrice)

Docteur ROUGERIE Fabien (co-directeur)

Adresse de l'autrice : emilie.chenot@live.fr