



HAL
open science

Masculinity and health: why men seek medical advice less despite their higher mortality rates

Pierre Brasseur

► **To cite this version:**

Pierre Brasseur. Masculinity and health: why men seek medical advice less despite their higher mortality rates. 2025, pp.24-29. <10.1016/j.soin.2025.09.005>. <hal-05365733>

HAL Id: hal-05365733

<https://hal.science/hal-05365733v1>

Submitted on 25 Jan 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

Masculinités et santé : pourquoi les hommes consultent moins malgré leur surmortalité

PIERRE BRASSEUR
Professeur de sociologie

Université libre de Bruxelles,
avenue Franklin-Roosevelt 50,
1050 Bruxelles, Belgique

■ Les hommes présentent une surmortalité importante tout en consultant moins les professionnels de santé. ■ Ce paradoxe s'explique par des normes viriles valorisant la force et niant la vulnérabilité, ce qui freine le recours aux soins. ■ Certaines maladies vécues comme "masculines" touchent aussi à l'identité. ■ L'évolution des représentations de la masculinité et des actions de prévention adaptées ouvrent des perspectives positives.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – comportement de santé ; genre ; identité masculine ; masculinité ; prévention ; surmortalité

Masculinity and health: why men seek medical advice less despite their higher mortality rates. Men exhibit significant excess mortality while consulting healthcare professionals less frequently. This paradox is explained by masculine norms that valorize strength and deny vulnerability, which hinders healthcare-seeking behavior. Certain diseases experienced as "masculine" also affect identity. The evolution of masculinity representations and adapted prevention actions offer positive prospects.

© 2025 Elsevier Masson SAS. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Keywords – excess mortality; gender; health behavior; healthcare prevention; masculine identity; masculinity

Les statistiques de santé publique révèlent un paradoxe persistant : alors que les hommes présentent une surmortalité significative par rapport aux femmes dans la plupart des pays occidentaux, ils consultent moins souvent les professionnels de santé et s'engagent moins dans les démarches préventives [1]. Ce phénomène, loin d'être uniquement explicable par des facteurs biologiques, trouve ses racines dans des constructions sociales et culturelles liées aux représentations de la masculinité [2]. En France, l'écart d'espérance de vie de six ans entre hommes et femmes peut être en grande partie attribué à ces comportements de santé différenciés selon le genre [3].

INTRODUCTION

Les représentations traditionnelles de la masculinité, valorisant la force, l'invulnérabilité et l'autonomie, influencent profondément le rapport des hommes à leur santé [4]. Ces normes leur imposent l'idée qu'un "vrai homme" ne se plaint pas, supporte la douleur sans faiblir et doit rester maître de lui en toutes circonstances. Dans ce cadre, reconnaître un problème de santé ou

consulter un professionnel peut être vécu comme un aveu de faiblesse ou une perte de contrôle. Cela conduit à des comportements typiques : minimisation des symptômes, recours tardif aux soins, tendance à l'automédication, voire refus des démarches de prévention.

■ **Ce rapport au soin n'est pas inné : il se construit dès l'enfance, à travers une socialisation genrée différenciée.** Les garçons, plus que les filles, apprennent à taire leurs douleurs, à "serrer les dents" et à ne pas montrer leurs émotions. Des injonctions comme « *Sois fort* » ou « *Un garçon, ça ne pleure pas* » forment un rapport au corps fondé sur la résistance et la négation des signaux de souffrance. Ce modèle éducatif produit une distance à soi et au corps, empêchant parfois la reconnaissance de signes avant-coureurs de maladies. Il façonne ainsi une relation au soin marquée par le déni, l'attente et l'évitement, qui peut avoir des conséquences graves sur la santé à long terme.

■ **Le lien des hommes à leur corps s'inscrit souvent dans une logique instrumentale :** le corps est perçu comme un outil de performance, au service de l'action, plutôt qu'un espace à entretenir

Adresse e-mail :
pierre.brasseur@ulb.be
(P. Brasseur).

Sensibilisation et enjeux de la santé masculine

et à écouter [5]. Cette vision utilitaire favorise une forme de distanciation corporelle, qui rend plus difficile l'attention aux signaux de souffrance ou de dysfonctionnement. Elle s'accompagne d'un rapport ambivalent au système de soins, perçu comme un univers peu accueillant pour les hommes, car historiquement orienté vers les besoins des femmes – notamment à travers la place centrale de la gynécologie dans la prévention [6]. Ce désajustement structurel alimente un sentiment de décalage, voire d'inconfort, chez certains hommes, renforcé par la peur du diagnostic et l'anxiété d'apparaître vulnérable face aux soignants [7]. En conséquence, nombreux sont ceux qui adoptent des stratégies d'évitement : report de consultation, banalisation des symptômes, recours à l'automédication.

I Tout cela a des effets concrets sur la santé : retard dans le dépistage des maladies, prise en charge tardive des pathologies chroniques, plus grande exposition à des comportements à risque (tabac, alcool, vitesse) et moindre adhésion aux traitements prescrits. Ces facteurs contribuent de façon significative à la surmortalité masculine observée dans les données épidémiologiques. Cependant, des évolutions récentes sont perceptibles. Les nouvelles générations, surtout les plus jeunes, développent des formes de masculinité plus ouvertes au soin et au bien-être. Cette transformation, bien qu'encore partielle, offre des perspectives intéressantes pour la santé masculine. Les politiques publiques commencent à intégrer cette dimension genrée dans leurs approches, mais les dispositifs spécifiquement conçus pour les hommes restent rares en France, surtout en comparaison avec certains pays où des programmes dédiés ont été mis en place.

I Cette problématique constitue un exemple éclairant de la manière dont les comportements de santé ne peuvent être réduits à des choix individuels ou à des facteurs biologiques. Elle illustre combien les normes sociales et culturelles – ici les représentations de la masculinité – influencent en profondeur les attitudes face au corps, à la maladie et aux soins. En ce sens, une approche sociologique se révèle précieuse pour mieux comprendre la mortalité différentielle entre hommes et femmes. En analysant

les effets de la socialisation masculine, les mécanismes d'évitement des soins et les mutations contemporaines des modèles de masculinité, cet article propose de saisir la complexité du rapport des hommes à la santé et les leviers possibles pour en améliorer les enjeux.

CONSTRUCTION DES MASCULINITÉS ET RAPPORT AU CORPS

Les masculinités ne sont pas des données biologiques ou naturelles : elles sont construites socialement, selon des contextes historiques, culturels et sociaux spécifiques. Cette idée, centrale dans les travaux de Raewyn Connell, repose sur le concept de "masculinité hégémonique" : un modèle dominant de virilité valorisant la force, le contrôle de soi, l'endurance et l'invulnérabilité, auquel les hommes sont constamment incités à se conformer [8]. Dès l'enfance, les garçons sont socialisés à minimiser l'expression de la douleur – « *un garçon ne pleure pas* » –, ce qui façonne un rapport au corps fondé sur la résistance et le silence [9]. Cette éducation genrée les amène à ignorer ou à sous-estimer les signaux corporels, développant ainsi une forme de distanciation vis-à-vis de leur santé physique [10].

I Cette perspective constructiviste a été largement approfondie. Will H. Courtenay souligne que les hommes ne se contentent pas de reproduire des normes de genre ; ils participent activement à leur construction en adoptant certains comportements pour prouver leur virilité [2]. Dans ce cadre, les pratiques de santé deviennent elles-mêmes des pratiques de genre : éviter le médecin, ignorer un symptôme ou refuser les gestes de prévention peuvent ainsi être interprétés comme une façon de réaffirmer sa masculinité. Michael Kimmel a montré que cette masculinité s'exerce souvent dans un cadre de validation homosociale, c'est-à-dire que les hommes agissent de manière virile non pour plaire aux femmes, mais pour être reconnus par leurs pairs masculins [11]. Cette pression entre hommes contribue à maintenir des comportements à risque (alcool, vitesse, surmenage) qui, bien que nocifs, restent socialement valorisés comme des preuves de virilité.

Dès l'enfance, les garçons sont socialisés à minimiser l'expression de la douleur, d'où un rapport au corps fondé sur la résistance et le silence

RÉFÉRENCES

[1] Nathanson CA. Sex, illness, and medical care. A review of data, theory, and method. *Soc Sci Med* (1967) 1977;11(1):13-25.
 [2] Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000;50(4):1385-401.
 [3] Cambois E, Robine JM, Hayward MD. Social inequalities in disability-free life expectancy in the french male population, 1980-1991. *Demography* 2001;38(4):513-24.
 [4] Creighton G, Oliffe JL. Theorising masculinities and men's health: a brief history with a view to practice. *Health Social Rev* 2010;19(4):409-18.
 [5] Gough B, Conner MT. Barriers to healthy eating amongst men: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 2006;62(2):387-95.
 [6] Rosenfeld D, Faircloth CA. Medicalized masculinities. Philadelphie (États-Unis): Temple University Press; 2006.
 [7] Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003;58(1):5-14.
 [8] Connell RW. Masculinities. Berkeley (États-Unis): University of California Press; 1995.
 [9] 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. *Soc Sci Med* 2005;61(3):503-16.
 [10] Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt K. Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Soc Sci Med* 2006;62(9):2246-57.
 [11] Kimmel MS. Masculinity as homophobia. Fear, shame, and silence in the construction of gender identity. In: Murphy PF, editor. *Feminism and Masculinities*. Oxford (Royaume-Uni): Oxford University Press; 2004.
 [12] De Visser RO, Smith JA, McDonnell EJ. That's not masculine": masculine capital and health-related behaviour. *J Health Psychol* 2009;14(7):1047-58.
 [13] Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005;49(6):616-23.

Les travaux de James R. Mahalik mettent en avant les normes masculines les plus susceptibles d'interférer avec la santé : l'autosuffisance, le refus de la dépendance, la prise de risque et le stoïcisme émotionnel [7]. Ces normes freinent le recours aux soins et alimentent l'idée que consulter, se faire aider ou même simplement reconnaître sa souffrance constitue une forme d'échec.

■ **Pour expliquer les comportements ambigus de certains hommes**, Richard O. De Visser et Elizabeth J. McDonnell ont introduit la notion de "capital masculin" : un homme peut s'autoriser certains gestes de soins (perçus comme peu virils) s'il les compense par d'autres signes de virilité plus classiques (pratique de sport extrême, domination en milieu professionnel, etc.) [12]. Cette dynamique de compensation permet de comprendre pourquoi certains adoptent à la fois des comportements protecteurs et risqués.

L'injonction à être un "homme fort" ne reste pas théorique : elle se traduit concrètement dans les pratiques de santé [13]. Elle alimente une vision du soin comme une affaire "féminine", voire comme une faiblesse. Dans ce contexte, prendre rendez-vous avec un médecin peut être vécu comme une atteinte à l'autonomie ou une menace pour l'image de soi [14]. Cela explique en partie pourquoi les hommes consultent plus tardivement, tendent à sous-évaluer des symptômes sérieux, et privilégient généralement des solutions de court terme plutôt qu'une prise en charge préventive [15].

PRATIQUES DE SANTÉ MASCULINES : ENTRE ÉVITEMENT ET DÉNI

Les données épidémiologiques confirment la réalité d'un moindre recours des hommes au système de soins [16]. En France, ils vont voir leur médecin généraliste environ 20 % moins souvent que les femmes, et ce différentiel se retrouve dans toutes les tranches d'âge. Cette moindre fréquentation du corps médical a des effets directs : les diagnostics sont la plupart du temps posés plus tardivement, en particulier pour des pathologies chroniques comme l'hypertension, le diabète ou certains cancers, dont la prise en charge précoce est pourtant déterminante.

■ **Les enquêtes qualitatives apportent un éclairage précieux sur les ressorts de cette sous-consommation de soins**. Elles indiquent que de nombreux hommes minimisent leurs symptômes (« *Ce n'est rien* »), ont recours à l'automédication, ou repoussent la consultation jusqu'à ce que la situation devienne critique [17]. Ce n'est

pas seulement le symptôme qui est ignoré, mais ce qu'il représente : un signe de vulnérabilité, voire une menace à l'identité masculine.

Les travaux de Paul M. Galdas *et al.* montrent que cette réticence varie selon la nature des troubles : plus un symptôme est associé à une forme de faiblesse (troubles psychiques, fatigue, douleurs diffuses), plus les hommes tendent à l'ignorer ou à le dissimuler. À l'inverse, les blessures visibles et aiguës (fractures, plaies) donnent lieu à des consultations plus spontanées. Cela révèle une hiérarchisation genrée des symptômes : les hommes acceptent plus volontiers de soigner ce qui n'altère pas leur image de force ou de contrôle [13].

■ **Ce phénomène d'évitement touche aussi les démarches préventives**. Par exemple, malgré une incidence plus élevée du cancer colorectal chez les hommes, leur participation aux campagnes de dépistage est significativement plus faible que celle des femmes [7]. Or, pour ce type de pathologie, la précocité du diagnostic est essentielle pour améliorer les chances de guérison.

La perception même des risques est influencée par le genre. Beaucoup d'hommes ont tendance à sous-estimer la gravité potentielle de leurs symptômes et à surestimer leur capacité à "encaisser" ou "faire face" à la douleur [18]. Cette posture s'inscrit dans une temporalité masculine spécifique, tournée vers l'action immédiate plutôt que vers l'anticipation. Les logiques de prévention, qui supposent de se projeter dans l'avenir et d'investir du temps dans le soin de soi, entrent en contradiction avec un idéal viril valorisant la spontanéité, la résistance et la réactivité.

■ **Les conséquences de ces comportements sont loin d'être négligeables**. Une analyse des causes de mortalité évitable en France estime qu'environ 30 % de la surmortalité masculine pourrait être imputée à un retard dans la prise en charge médicale [19]. Ce chiffre est particulièrement alarmant pour certaines pathologies cardiovasculaires, où une intervention précoce peut faire toute la différence entre un simple traitement et une issue fatale. Ces données rappellent avec force l'enjeu crucial d'un changement de regard sur la santé masculine, à la fois au niveau des pratiques individuelles et des politiques de prévention.

MALADIES "MASCULINES" ET MENACE IDENTITAIRE

Certaines pathologies touchant spécifiquement les hommes, comme le cancer de la prostate, soulèvent des enjeux identitaires particuliers. Ces maladies, affectant des organes symboliquement liés à la

Sensibilisation et enjeux de la santé masculine



©presmaster/stock.adobe.com

Les clubs sportifs fonctionnent comme des contextes légitimes où les messages de santé peuvent être reçus sans menacer l'identité masculine traditionnelle.

virilité, représentent une double menace : à la fois vitale et identitaire [20]. Les effets secondaires des traitements (dysfonctions érectiles, incontinence, modifications corporelles) viennent directement mettre en péril les attributs socialement valorisés de la masculinité [21].

■ **La sexualité masculine, construite autour de la performance et de la puissance**, devient un enjeu central dans l'expérience de nombreuses maladies. L'impact psychosocial des troubles de l'érection est ainsi considérable, touchant à l'image de soi et à l'identité masculine [22]. La peur de cette perte fonctionnelle peut constituer un obstacle majeur à la consultation et au suivi des traitements [23]. Les soignants se trouvent ainsi confrontés au défi d'aborder ces questions intimes sans heurter les sensibilités masculines structurées autour de la pudeur et de la dissimulation des faiblesses [24].

■ **Cette dimension identitaire des pathologies spécifiquement masculines** est approfondie par les travaux de Rosanne Cecil *et al.*, qui montrent comment le cancer de la prostate transforme

Les pathologies affectant des organes symboliquement liés à la virilité représentent une double menace : à la fois vitale et identitaire

radicalement le rapport au corps et à l'identité sociale des hommes atteints [25]. L'étude ethnographique de Clare Moynihan révèle que les hommes développent diverses stratégies pour préserver leur identité masculine face à cette maladie, allant du déni à la réappropriation de nouveaux critères de valorisation [26].

David Wall et Linda Kristjanson ont conceptualisé cette expérience comme une forme de "masculinité menacée", où les hommes doivent négocier une reconstruction identitaire dans un contexte de vulnérabilité imposée par la maladie [27]. Cette reconstruction passe souvent par l'adoption de ce que Kathy Charmaz appelle des « *identités pré-féérées* » permettant de maintenir une cohérence biographique malgré les ruptures induites par la maladie [28].

■ **Les recherches de John Oliffe sur les groupes de soutien pour hommes atteints de cancer de la prostate** expliquent comment ces espaces deviennent des lieux de redéfinition collective des normes de masculinité, invitant les participants à légitimer leurs expériences de vulnérabilité

RÉFÉRENCES

- [14] Noone JH, Stephens C. Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociol Health Illn* 2008;30(5):711–25.
- [15] Banks I. No man's land: Men, illness, and the NHS. *BMJ* 2001;323(7320):1058–60.
- [16] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. *Premiers résultats de l'enquête handicap-santé 2008. Etud Résult* 2010;(717).
- [17] Smith LK, Pope C, Botha JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 2005;366(9488):825–31.
- [18] Robertson S. Not living life in too much of an excess": lay men understanding health and well-being. *Health (NY)* 2006;10(2):175–89.
- [19] Lefèvre H, Jouglà E, Pavillon G, Le Toulec A. Disparités de mortalité "prématurée" selon le sexe et causes de décès "évitables". *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004;52(4):317–28.
- [20] Chapple A, Ziebland S. Prostate cancer: Embodied experience and perceptions of masculinity. *Sociol Health Illn* 2002;24(6):820–41.
- [21] Oliffe J. Embodied masculinity and androgen deprivation therapy. *Sociol Health Illn* 2006;28(4):410–32.
- [22] Potts A. "The essence of the hard on": hegemonic masculinity and the cultural construction of "erectile dysfunction". *Men Masculinities* 2000;3(1):85–103.
- [23] Demetriou DZ. Connell's concept of hegemonic masculinity: a critique. *Theory Soc* 2001;30(3):337–61.
- [24] Tiefer L. The medicalization of sexuality: conceptual, normative, and professional issues. *Annu Rev Sex Res* 1996;7(1):252–82.
- [25] Cecil R, Mc Caughan E, Parahoo K. It's hard to take because I am a man's man": an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2010;19(4):501–9.
- [26] Moynihan C. Men, women, gender and cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2002;11(3):166–72.
- [27] Wall D, Kristjanson L. Men, culture and hegemonic masculinity: understanding the experience of prostate cancer. *Nurs Inq* 2005;12(2):87–97.



Les nouvelles générations, surtout les plus jeunes, développent des formes de masculinité plus ouvertes au soin et au bien-être.

RÉFÉRENCES

- [28] Charmaz K. Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociol Q* 1994;35(2):269–88.
- [29] Meidani A, Alessandrin A. Quand le cancer rencontre le genre. *Rev Fr Sociol* 2019;60(2):201–24.
- [30] Kelly D. Changed men: The embodied impact of prostate cancer. *Qual Health Res* 2009;19(2):151–63.
- [31] De Visser RO, Smith JA. Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychol Health* 2007;22(5):595–614.
- [32] Sloan C, Gough B, Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2010;25(7):783–803.
- [33] Anderson E. Inclusive masculinity: The changing nature of masculinities. New York (États-Unis): Routledge; 2010.
- [34] Crawshaw P. Governing the healthy male citizen: men, masculinity and popular health in Men's Health magazine. *Soc Sci Med* 2007;65(8):1606–18.
- [35] Gough B. Try to be healthy, but don't forgo your masculinity: deconstructing men's health discourse in the media. *Soc Sci Med* 2006;63(9):2476–88.

sans renoncer à leur identité d'homme [21]. Ces communautés jouent un rôle crucial dans l'adaptation psychosociale à la maladie. L'étude française de Anastasia Meidani et Arnaud Alessandrin sur les parcours de soins des hommes atteints de cancer a mis en évidence l'importance de la relation médecin-patient dans l'acceptation des traitements aux effets secondaires affectant la virilité [11,29]. Lorsque les médecins abordent explicitement ces questions, les patients adhèrent significativement mieux aux protocoles thérapeutiques proposés. Les travaux de Daniel Kelly sur les hommes souffrant d'incontinence à la suite d'un cancer de la prostate montrent comment cette condition, particulièrement stigmatisante dans le contexte des normes masculines de contrôle corporel, engendre des stratégies complexes de gestion du stigmate [30]. La peur de cette incontinence constitue d'ailleurs un motif fréquent de refus ou de report des biopsies prostatiques.

TRANSFORMATIONS CONTEMPORAINES ET NOUVELLES APPROCHES DU SOIN

Les modèles de masculinité connaissent aujourd'hui d'importantes transformations. L'émergence de "nouvelles masculinités" plus attentives au bien-être et moins définies par l'opposition au féminin ouvre des perspectives intéressantes pour la santé des hommes [31]. Des études récentes indiquent que les jeunes générations masculines développent un rapport plus décomplexé aux pratiques de soins et de

prévention, acceptant davantage la prévention, l'écoute de soi et la vulnérabilité [32].

■ Cette évolution, encore fragile, nécessite d'être soutenue par des approches adaptées.

Cette transformation s'inscrit dans un mouvement plus large de redéfinition des rapports de genre, où les frontières entre masculin et féminin deviennent plus souples. Dans ce contexte, Eric Anderson a forgé le concept de « masculinités inclusives » pour décrire des formes de masculinité moins régies par la peur de l'homosexualité et plus ouvertes à des attitudes autrefois considérées comme féminines, telles l'expression des émotions, la sollicitude ou le soin de soi [33]. Les recherches de Paul Crawshaw sur des magazines masculins de santé ont mis en évidence l'émergence d'un discours légitimant le souci de soi chez les hommes, tout en le recadrant dans une perspective de performance et d'optimisation [34]. Cette évolution ambivalente témoigne des négociations identitaires en cours dans la définition contemporaine des masculinités.

■ L'adaptation des messages de prévention aux publics masculins représente un enjeu majeur.

Les campagnes traditionnelles, souvent perçues comme infantilisantes ou culpabilisantes, s'avèrent peu efficaces auprès des hommes [35]. Des expérimentations récentes démontrent qu'une communication en santé qui valorise la maîtrise de soi, l'autonomie dans les choix et la responsabilité personnelle est bien mieux reçue par ceux-ci. Ces messages, en résonance avec certaines valeurs masculines, permettent de contourner la méfiance envers les discours perçus comme moralisateurs ou infantilisants, tout en encourageant un rapport plus actif et positif à la santé.

■ Les approches de prévention "sur mesure" pour les hommes, étudiées par Steve Robertson et ses collègues [36], constituent une innovation significative dans le domaine de la santé publique. Ces travaux révèlent que l'efficacité des interventions préventives auprès des populations masculines repose sur leur intégration dans des espaces déjà valorisés socialement par les hommes. Les clubs sportifs et les lieux de travail fonctionnent comme des contextes légitimes où les messages de santé peuvent être reçus sans menacer l'identité masculine traditionnelle, souvent caractérisée par une résistance à l'expression de vulnérabilités ou de préoccupations liées à la santé.

■ Le succès de ces initiatives s'explique par plusieurs facteurs sociologiques. On observe d'abord une réduction du sentiment d'altérité généralement ressenti par les hommes dans les environnements médicaux traditionnels.

Sensibilisation et enjeux de la santé masculine

Ces approches utilisent également des codes et des langages adaptés aux sociabilités masculines présentes dans ces espaces. Enfin, elles favorisent la diminution des barrières symboliques liées à la construction sociale de la masculinité, qui valorise l'autonomie et la force plutôt que le soin.

Cette approche s'inscrit dans une perspective plus large qui reconnaît l'influence des déterminants sociaux et culturels sur les comportements de santé. En adaptant les interventions aux contextes socioculturels spécifiques, on parvient à dépasser les résistances structurelles qui limitent l'efficacité des messages de santé publique universalistes. Les résultats de ces travaux suggèrent l'intérêt de développer des politiques de prévention différenciées en fonction des groupes sociaux, prenant en compte leurs spécificités culturelles et les espaces qu'ils investissent.

■ **La prise en considération de la dimension genrée des comportements de santé** apparaît ainsi comme une condition essentielle pour réduire les inégalités face à la maladie. L'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs récemment intégré cette perspective dans ses recommandations, soulignant l'importance d'une approche différenciée selon le genre dans les politiques de santé publique [37]. Elle met en avant l'importance d'élaborer des politiques publiques différenciées, capables de répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes, afin de réduire les inégalités d'accès, de prévention et de prise en charge [38]. Les recherches de Toni Schofield *et al.* suggèrent que les interventions les plus efficaces sont celles qui reconnaissent la légitimité des préoccupations identitaires masculines tout en proposant des voies de conciliation entre celles-ci et les attitudes favorables à la santé [39]. Il ne s'agit donc pas de culpabiliser les hommes pour leur rapport au soin, mais de construire des ponts entre les valeurs associées à la masculinité et les pratiques de santé.

CONCLUSION

L'analyse sociologique des masculinités permet de mieux comprendre pourquoi de nombreux hommes entretiennent un rapport distant, voire

conflictuel, avec la santé et le système de soins. Ces comportements ne relèvent pas simplement de choix individuels, mais s'inscrivent dans des logiques sociales puissantes, liées à des normes de genre intériorisées dès l'enfance. Ces normes, en valorisant l'endurance, l'autonomie et la maîtrise de soi, peuvent à la fois construire une identité valorisée et constituer un frein majeur à la prise en charge précoce des problèmes de santé [40].

Dans ce contexte, les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer. Il ne s'agit pas de figer

les hommes dans une catégorie, mais de reconnaître les spécificités de leur rapport au soin, pour mieux les accompagner. La pratique infirmière en particulier, par son approche centrée sur la relation, l'écoute et la globalité de la personne, est bien placée pour initier ce changement. En inté-

grant les dimensions socioculturelles du genre dans leur pratique, les soignants peuvent aider à déconstruire les stéréotypes virils néfastes et encourager des formes plus équilibrées et bienveillantes de rapport au corps et à la santé. Cette prise en compte ouvre la voie à des politiques de santé publique plus justes, plus efficaces et plus inclusives, capables de répondre à la diversité des masculinités contemporaines et de réduire durablement la surmortalité masculine évitable [41]. ■

Points à retenir

- Les hommes ont une espérance de vie plus courte que les femmes mais consultent moins les professionnels de santé. Ce décalage s'explique moins par la biologie que par des normes sociales liées à la masculinité.
- La valorisation de la force, de l'autonomie et du refus de la douleur pousse les hommes à éviter les soins, à retarder les consultations et à minimiser leurs symptômes.
- Certaines maladies comme le cancer de la prostate affectent des dimensions centrales de l'identité masculine, ce qui peut freiner l'accès au diagnostic et au traitement.
- L'émergence de nouvelles masculinités, plus ouvertes aux soins et à la prévention, offre des pistes prometteuses. Mais les dispositifs de santé doivent encore mieux intégrer cette perspective genrée.

RÉFÉRENCES

- [36] Robertson S, Zwolinsky S, Pringle A, et al. It is fun, fitness and football really": a process evaluation of a football-based health intervention for men. *Qual Res Sport Exerc Health* 2013;5(3):419-39.
- [37] [37] Organisation mondiale de la santé. Mainstreaming gender in WHO's programmes and actions. www.who.int/activities/mainstreaming-gender-in-who-s-programmes-and-actions.
- [38] Hale S, Grogan S, Willott S. Male GPs' views on men seeking medical help: a qualitative study. *Br J Health Psychol* 2010;15(4):697-713.
- [39] Schofield T, Connell RW, Walker L, et al. Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. *J Am Coll Health* 2000;48(6):247-56.
- [40] Sabo D, Gordon DF. Men's health and illness. Gender, power, and the body. New York (États-Unis): SAGE Publications; 1995.
- [41] Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005;49(6):616-23.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.