

histórias da saúde

ESTUDOS DO SÉCULO

XX

número 12 • 2012

“La femme normale” et
“l’homme pathologique”

Nouvelles positions des genres dans le discours actuel de santé
des pays germanophones. Une révision historique?

Martin Dinges

Martin Dinges, Doutor em Filosofia. Professor. Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung Stuttgart; Alemanha. E-mail: martin.dinges@igm-bosch.de

Depuis les Lumières le discours dominant faisait de nouveau de l'homme la norme (implicite) de l'être humain: raisonnable, fort et en bonne santé; la femme, quant à elle, était considérée comme dominée par sa nature, donc faible et plutôt malade. A quelques nuances près, ce discours domina la vision des médecins, des spécialistes de l'hygiène publique et des contemporains non-spécialistes jusque dans les années 1950.¹

Depuis à peine deux décennies un nouveau discours sur la santé des hommes (mâles) dessine une tout autre image. Ce discours provient de l'Australie et des Etats Unies, mais il est actuellement répandu à travers toutes les sociétés postindustrielles à des degrés variés; dans cet article, qui vise une synthèse rapide de recherches développées ailleurs,² je prendrai l'Allemagne et les autres pays germanophones pour exemple. Les idées centrales de ce nouveau discours sont, en résumé, les suivantes: les hommes meurent en moyenne six ans avant les femmes (dans les sociétés postindustrielles); par ailleurs ils vivent plus dangereusement et font moins usage de l'offre médicale (curative ou préventive).³ Les femmes, par contre, sont décrites comme un modèle de santé: vivant plus longtemps, faisant attention à leur nourriture, patientes assidues, elles vivraient, en somme, plus sainement. Un constat s'impose donc: dans le champ de la santé, les positions des hommes et des femmes relativement au rapport entre normal et pathologique ont été purement et simplement inverties. Avec ce résultat que les hommes, qui étaient considérés comme la norme, parce que prétendument en meilleur santé, apparaissent désormais comme étant plus fragiles: la preuve, ils meurent plus tôt. A la lumière de cette découverte dramatique, ou dramatisée, leur comportement à l'égard de leur corps est considéré comme inadapté. Ainsi, l'usage qu'ils font de l'offre médicale est jugé insuffisant. Puisqu'ils n'atteignent pas la même espérance de vie élevée des femmes, c'est qu'ils resteraient en dessous de leurs possibilités. Les

¹ Voir *infra* la partie 2.2.

² Voir surtout DINGES, Martin – “Medizin - und gesundheitsgeschichtliche Paradigmen zur geschlechterspezifischen Ungleichheit in der Zeit seit ca. 1750: Von kontrastiv konzipierter Ungleichheit zu intersektional bestimmten Gesundheitsstilen?” *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* (=ÖZG). Innsbruck: Studienverlag. ISSN 1016-765X. 2 (2011) p. 8-49 par ailleurs se référer aux notes infrapaginales.

³ Informations de base se referant pour l'essentiel au cas de l'Allemagne dans STIEHLER, M.; BARDEHLE, D. (ed.) – *Erster deutscher Männergesundheitsbericht*. München: Zuckschwerdt, 2010. ISBN 978-3-88603-987-6. ROBERT KOCH INSTITUT (ed.) – *20 Jahre nach dem Fall der Mauer*. [En ligne]. Berlin, 2009 [Consult. 12 mars 2012]. Disponible en WWW: <URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=12449&p_sprache=D; BRÜNDEL, H; HURRELMANN, K. – *Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann*. Stuttgart: Kohlhammer, 1999. ISBN 3-17-015902-X. p. 135-6; HOLLSTEIN, Walter – *Männlichkeit ist eine hochriskante Lebensform. Traditionelle Männlichkeit und ihre Folgen für Krankheit und Gesundheit*. Frankfurt M.: Mabuse, 2000. p. 30-4. Sur le discours: MEUSER, Michael – *Der “kranke Mann” – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung*, et WÖLLMANN, Torsten – “Andrologie – Wie die Medizin die Männer, entdeckt”. In DINGES, Martin (ed.) – *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000*. Stuttgart: Steiner, 2007. ISBN 978-3-515-08920-3. p. 73-86 et p. 87-104; DINGES, Martin – “Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsidioten”. *Blickpunkt Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*. [En ligne]. Gablitz: Krause & Pachernegg. 7 (2009) p. 19-23 [Consult. 12 mars 2012]. Disponible en WWW: <URL:<http://www.kup.at/kup/pdf/7681.pdf>>; SCHEELE, Sebastian – *Geschlecht, Gesundheit Gouvernementalität. Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung*. Sulzbach: Helmer, 2010. ISBN 978-3-89741-305-4. p. 84-109.

hommes ne suffiraient donc pas – dans le sens de la réflexion de Canguilhem sur la norme et la normalité—à la norme.⁴

Il faut, à ce stade, introduire une nuance: il ne sera pas tant question dans cet article de la «maladie», au sens étroit du concept qui intéressait par exemple Canguilhem en tant que médecin et philosophe de la médecine, mais de la santé – comme concept normatif et normalisateur, qui englobe donc aussi les comportements à l'égard de la santé.

Notons dès le début deux glissements à l'intérieur du discours sur la santé dont il est question ici: l'anthropologie des Lumières parle de santé et attribue celle-ci aux hommes. Actuellement, on fait référence à un indicateur épidémiologique comme l'espérance de vie, mais on se réfère moins directement à un état de santé donné. On passe alors – premier glissement - de la santé comme qualité inhérente à l'espérance de vie comme résultat d'une vie saine. Le sujet n'est donc plus caractérisé par sa santé inhérente, mais tenu à des comportements de prévention pour atteindre par ce «travail» un bon état de santé qui est seulement possible sous cette condition.⁵

Le deuxième glissement notionnel est lié au premier et concerne l'importance conférée aux comportements favorables à la santé. Alors que, dans les années du triomphalisme médical – qui s'ouvrent avec l'introduction des antibiotiques, dans les années 1950 – et jusqu'aux années 1980 – lorsque se développa une critique de fond de cette médecine – les pratiques des individus étaient peu considérées, celles-ci prennent actuellement une place primordiale dans le discours:⁶ on souligne, par exemple, le comportement risqué des hommes, surtout des jeunes hommes, et leur recours limité à l'offre médicale. Ceci est toujours formulé dans le sens d'une individualisation des responsabilités, en faisant abstraction des contraintes sociales, des attentes de la société et, bien entendu également, de la genèse historique des ces comportements. Ce discours contient donc une claire attribution de «culpabilité» aux hommes: individuellement, ils ne font pas ce qu'on pourrait légitimement attendre d'eux – s'ils étaient «normaux», c'est à dire «conforme à la norme», qui est la norme féminine.

Dans ces deux discours – traditionnel et actuel – une relation reste cependant stable: c'est le lien prétendument existant entre santé et genre. Même si un glissement s'est opéré d'une conception de la santé comme qualité inhérente à une conception de la santé comme résultat d'une vie saine, ces deux conceptions sont toutes deux associées à un des deux genres. Ce rapport est construit comme quasiment intangible. Avec Canguilhem, je suis tenté de caractériser ce discours comme «ontologique». Dans cette vision du monde, il n'existe plus d'«états intermédiaires», mais seulement un comportement en accord avec la norme de santé et un autre comportement déviant. Les hommes devraient

⁴ Cf. CANGUILHEM, Georges - *Das Normale und das Pathologische*. Frankfurt: Ullstein, 1974. p. 81-5, 100, 105, surtout 107-9.

⁵ Cf un essai récent d'analyser ce glissement LENGWILER, M.; MADARASZ, J. (ed.) – *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: Transcript, 2010. ISBN 978-3-8376-1454-1.

⁶ BRÜNDEL, H. – *Konkurrenz*; HURRELMANN, K.; KOLIP, P. (ed) – *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Huber, 2002. ISBN 3-456-83691-0.

se comporter comme des femmes. D'un côté, on proclame des différences ontologiques, de l'autre, on suggère aux hommes de s'appropriier les vertus féminines.⁷

Dans les discours actuels, tant populaire que médical et – jusqu'à un certain point – dans celui des sciences de la santé, il paraît plus facile de prétendre à l'existence d'une différence ontologique. Parfois, on glisse même vers des argumentaires pseudo-historiques en prétendant que les hommes seraient peu soucieux de leur santé depuis le néolithique (!), je reviendrai à ce point.

A partir de ces constats initiaux, deux problématiques principales se dessinent. Je vais d'abord très rapidement esquisser quelques réponses aux questions: pourquoi ce changement de discours a-t-il eu lieu et pourquoi depuis une vingtaine d'années? Puis, je m'interrogerai sur les effets du positionnement des deux genres par le discours traditionnel. Ma thèse est qu'il a eu des effets profonds sur la constitution des savoirs à l'intérieur de la médecine, ainsi que sur la constitution des savoirs à l'intérieur de l'épidémiologie. Cela a eu des effets négatifs sur le comportement des hommes autant que des femmes à l'égard du corps et sur l'appropriation différentielle de l'offre médicale par les hommes et les femmes, en distribuant les personnes de deux genres sur des positions opposées du champ, limitant ainsi leur libre choix. Tout cela a également influencé la politique de santé, qui a distribué les ressources disponibles d'une manière très inégale et peu appropriée aux besoins des personnes concernées.

En somme, la dichotomie inhérente du discours traditionnel oriente les acteurs de manière systématique vers des savoirs et comportements genrés, qui ne sont pas nécessairement bons pour leur santé ni pour la santé publique.

1. Pourquoi le changement de discours – et pourquoi depuis les années 1990?

Le discours actuel sur la santé défaillante des hommes souligne une anomalie nouvelle: elle trouve sa formulation la plus extrême quand on apostrophe les hommes comme des «Idiots de la santé».⁸ Bien entendu, cette idée apparaît plutôt dans les écrits de vulgarisation; cependant une publication fondatrice du champ de recherche «masculinités et santé», issue des sciences de la santé, formulait plus finement un concept analogue: «compétition, carrière, collapsus»,⁹ l'argument sous-jacent étant que la biographie masculine normale mène obligatoirement à la mort précoce. Faire du comportement normal des hommes une anomalie constitue une opération intellectuelle remarquable.

Il y a plusieurs raisons à ce changement majeur du discours sur la santé. Les professionnels de différents milieux ont des intérêts spécifiques – et partiellement communs – dans ce champ: les représentants de différentes disciplines de la médecine, en particulier des urologues, andrologues et endocrinologues se font des soucis pour leurs patients, de même que les psychologues et psychologues de la santé. Les entreprises pharmaceutiques y voient une chance d'élargir leur marché. Quelques spécialistes de

⁷ Voir aussi SCHEELE, Sebastian – *Geschlecht*, p. 84-109.

⁸ Cf. DINGES, Martin – *Gesundheitsidioten*.

⁹ BRÜNDEL, H – *Konkurrenz*.

santé publique découvrent un nouveau champ d'activité. Des chercheurs s'intéressant des masculinités et des activistes du «mouvement des hommes» voient dans le discours sur la santé une chance de développer le débat public sur des modèles alternatives de masculinités. Des gens d'église responsables de la pastorale répondent à une demande de conseil de leurs clientèles. Les assurances maladie y voient en premier lieu un problème d'économie de la santé. Je laisse de côté le refus de la politique allemande de discuter de ce thème: la raison de ce silence tient simplement à ce que l'on craint des dépenses supplémentaires, dans un système de santé publique déjà en déficit chronique.¹⁰

Ces «faiseurs de discours» ont des intérêts variés et émettent des appels différents: on peut distinguer un agenda professionnel (hommes, venez chez le médecin!)¹¹, commercial (hommes, achetez des produits de santé !), sportif (hommes, faites du sport pour avoir la forme et un ventre plat!) et, plus rarement, un agenda émancipateur (hommes, réfléchissez sur votre concept de vie et changez-le!)

En ce qui concerne l'origine de ce discours, il suffit ici de rappeler qu'il existe depuis à peine vingt ans et nous provient du monde anglo-saxon, particulièrement des Etats Unis et de l'Australie. Il est né dans le champ des sciences de la santé pendant les années 1980 et fut popularisé pendant les années 1990 par des magazines grand public comme *Men's Health*. Des congrès de médecins spécialisés dans la santé des hommes sont organisés régulièrement depuis les années 1990.¹² La critique menée par le mouvement féministe à toute forme de masculinité et au *machisme* a certainement aussi contribué à l'émergence de ce discours.¹³ Le féminisme était par ailleurs aussi dans d'autres domaines très critique à l'égard de la médecine. Ce mouvement s'est développé en partie au moins en réaction au mouvement féministe – et en particulier à sa critique des formes de masculinité et du machisme – dont il reproduit, en miroir, certaines positions: les féministes étaient elles-mêmes très critiques à l'égard de la médecine.

¹⁰ ÖSTERREICHISCHES BUNDESAMT FÜR GESUNDHEITSWESEN ÖBIG (ed.) - *Österreichischer Männergesundheitsbericht*. [En ligne]. Wien, 2004. [Consult. 12 mars 2012]. Disponible en WWW: <URL: http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/1/6/0/CH0184/CMS1229354807138/publikation_mg_2.4.04.pdf>; BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT, GENERATIONEN UND KONSUMENTENSCHUTZ (ed.) - *Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit*. Wien o.D. [2004?]; en Allemagne, après dix ans de lobbyisme, un rapport sur la santé des hommes a enfin été commandé par le gouvernement en 2010. La Suisse présentait déjà en 2006 un rapport sur les deux genres – certainement le modèle pour l'avenir après un premier inventaire nécessaire qui analyse les besoins respectifs des femmes et des hommes de manière indépendante: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT – *Gender-Gesundheitsbericht*. Bern 2006. [En ligne]. [Consult. 12 mars 2012]. Disponible en WWW: <URL: http://www.gendercampus.ch/d/Platform/05/Biblio/Gender_Gesundheitsbericht_06.pdf>; voir aussi: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT – *Fokusbericht Gender und Gesundheit*. Basel 2008. La présentation du premier rapport allemand sur la santé des hommes fin octobre 2010 par la ministre de la famille – mais pas par celui de la santé (!) – laisse la position de la politique toujours en suspens. Le rapport était commandé et préparé par une fondation privée. Cf. STIEHLER, M.; BARDEHLE, D. – *Männergesundheitsbericht*.

¹¹ Repris récemment par l'hebdomadaire "Der Stern", qui titrait dans son numéro 37 du 9.9.2010: Geh zum Arzt, Mann!, tutoyant toute la population masculine du pays.

¹² MEUSER, Michael - *Mann*; WÖLLMANN, Torsten - *Andrologie*.

¹³ Cf. ELLERBROCK, Dagmar – "Geschlecht, Gesundheit und Krankheit in historischer Perspektive". In HURRELMANN, K; KOLIP, P. (ed.) – *Geschlecht*, p. 118-41.

Au fond, ce discours est un indicateur particulièrement fort de la mise en question des rôles des genres traditionnels qui peut aussi être observé par exemple dans le champ du visuel. Ainsi, dans la publicité peut-on depuis quelque temps présenter le corps d'hommes nu, ce qui constitue une inversion sûre du privilège masculin traditionnel de regarder le corps nu de la femme dans l'espace public. On peut donc supposer que la mise en discours de la santé des hommes est aussi l'expression des tendances profondes de la marchandisation de la santé et de la croissance du marché de santé, poussée en grande partie par les compétitions entre professions médicales.

2. Effets du positionnement des deux genres par le discours traditionnel

Après ce rapide survol sur le discours actuel, ses composantes et ses conditions d'émergence, il faut considérer les effets à long terme du discours traditionnel et donc revenir sur son histoire.

2.1. La constitution des savoirs à l'intérieur de la médecine

Si l'on reprend l'argumentation de Thomas Laqueur¹⁴, on peut constater que, depuis les années 1770, la médecine privilégie les connaissances venant souligner la différence des deux corps biologiques. Certes, la perception des différences corporelles entre homme et femme était déjà depuis longtemps un sujet important du savoir médical, notamment à partir de la Renaissance et Laqueur sous-estime ces antécédents historiques, sa thèse pouvant être discutée tant en ce qui concerne le moment de la prise en compte des différences entre les genres, que du caractère exclusif de cet intérêt de recherche après 1770. Il n'en reste pas moins qu'une fois la différence entre hommes et femmes fondée par la physiologie, les médecins accentuèrent de plus en plus la différence psychologique et sociale des genres. Le point culminant de cette tendance prétendument scientifique dans les pays germanophones fut l'ouvrage influent du médecin Paul J. Moebius (1853-1907)¹⁵, au titre révélateur: *L'idiotie physiologique de la femme*. Paru en 1900, il affirmait l'infériorité intellectuelle de la femme, la présentant comme profondément incorporée. C'est là un discours sur la différence ontologique comparable à l'actuel: Möbius ne considère que la femme comme être généré! De fait, la médecine de l'époque tendait à généraliser ses résultats sur l'homme en tant qu'espèce à partir d'observations faites exclusivement sur les mâles, qui n'étaient donc pas considérés comme des êtres générés, mais comme la norme générale.

La production de savoirs dichotomiques est par ailleurs perpétuée par les routines de recherche. Depuis longtemps, l'opération la plus facile pour organiser des résultats d'une

¹⁴ LAQUEUR, Thomas – *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard UP, 1990. ISBN 0-674-54349-1; cf. STOLBERG, Michael – “A Woman Down to her Bones. The Anatomy of Sexual Differences in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries”. *ISIS*. Chicago: University Press. ISSN 0021-1753. 94 (2003) p. 274-299.

¹⁵ MÖBIUS, Paul J. – *Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes*. 12. Édition. Halle: Marhold, 1900-1922 (Le livre s'agrandit d'édition en édition parce que l'auteur y ajoute les commentaires sortis de sa correspondance).

recherche médicale est de considérer la différence homme/femme, parce qu'elle est souvent la plus facile à constater dans une population donnée. Ceci reproduit systématiquement la différence homme/femme avant qu'on ait songé à d'autres différences.

2.2. La constitution de savoirs à l'intérieur de l'épidémiologie

Voyons de suite comment la croyance des médecins que les femmes seraient physiologiquement plus faibles a déformé leur regard. Regardons à ce titre d'abord comment la différence de l'espérance de vie entre hommes et femmes s'est développée en Allemagne entre 1850 et 2006.¹⁶

Tab. 1: Espérance de vie à la naissance: Hommes et femmes en Allemagne (1850-2006)¹⁷

Année	Hommes	Femmes	Espérance de vie plus longue des femmes
1850	39,6	40	0,4 ans de plus: peu de différence
1881/1890	37,2	40,3	3,1 ans de plus
1901/1910	44,8	48,3	3,5 ans de plus
1924/26	56,0	58,8	2,8 ans de plus
1949/51	64,6	68,5	4,1 ans de plus
1960/62	66,9	72,4	5,5 ans de plus
1970/72	67,4	73,8	6,4 ans de plus
1980/82	70,2	76,9	6,7 ans de plus
1990/92	72,9	79,3	6,4 ans de plus
2004/06	76,6	82,1	5,5 ans de plus

Le tableau 1 montre que l'espérance de vie est à peu près la même pour les hommes et les femmes autour de 1850. Déjà, dans la décennie 1880-1890, celle des femmes devançait celle des hommes de trois ans; avec quelques gains supplémentaires jusqu'à la fin du XIXe siècle, l'écart se creuse à trois ans et demi. Même si il y a en général des gains importants de l'espérance de vie pour hommes et femmes pendant la première moitié du XXe siècle, l'écart de trois ans à trois ans et demi reste assez stable. C'est seulement après la Deuxième Guerre mondiale que les hommes perdent presque trois autres années par rapport aux femmes.¹⁸

¹⁶ Le rythme de ces développements est différent selon les pays industrialisés considérés, mais la direction est surtout depuis 1900 au fond la même, voir TABUTIN, Dominique – “La surmortalité féminine en Europe avant 1940”. *Population*. Paris: INED. 33 (1978) p 121-148.

¹⁷ Source: STATISTISCHES BUNDESAMT - *Periodensterbetafeln für Deutschland. Allgemeine und abgekürzte Sterbetafeln 1871/1881 bis 2007/2009*. [En ligne]. Erschienen am 11.1.2011. Wiesbaden, 2011. p. 456-463 pour les données après 1870. [Consult. 12 mars 2012]. Disponible en WWW: <URL:http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/Periodensterbetafeln5126202099004,property=file.pdf> Pour la période précédente IMHOF, Arthur E. – *Lebenserwartungen in Deutschland vom 17. bis 19. Jahrhundert*. Weinheim: VCH, Acta humaniora, 1990. ISBN 3-527-17708-6. p. 462 et suivantes.

¹⁸ Il y a plusieurs systèmes pour mesurer les années de vie sans problèmes. Ce calcul rend le «gender gap» moins grand selon les méthodes. Néanmoins il reste toujours une différence en faveur des femmes. Voir pour le détail technique de ces calculs et une critique DINGES, M.; WEIGL, A. – “Das Thema

On ne peut entrer dans le détail des raisons de ce phénomène, qui est en partie lié aux rôles traditionnels des hommes et à la distribution genrée du marché du travail moderne, reléguant en principe les femmes à la maison et obligeant les hommes à se dépenser physiquement dans leur travail, ainsi qu'aux conséquences de la surconsommation de tabac et d'alcool dans la population masculine (une asymétrie de genre désormais inversée ; nous y reviendrons en conclusion). Plus important pour notre propos est la réaction des médecins à ces chiffres. Entre la fin du XIX^e siècle et bien après la Deuxième Guerre, des médecins hygiénistes publient bel et bien, dans leurs manuels de santé publique, ces tableaux chiffrés – parfois même à la première page. Il s'agit donc de données qu'ils considèrent comme importantes, pour ne pas dire fondatrices, pour leur discipline. Mais leurs commentaires ignorent simplement les différences entre les genres. Ils ne font que souligner – en 1925, 1927 ou encore 1953 que les gains de longévités seraient dus aux exploits de la médecine moderne.¹⁹ La différence patente et grandissante d'espérance de vie entre les genres ne les intéresse point; il semble qu'ils ne la perçoivent même pas. Au contraire, au lieu de prendre au sérieux leurs propres chiffres, ils dissertent d'emblée sur la faiblesse du genre féminin. Et à l'appui de ce point, ils insistent volontiers dans leurs manuels sur le problème de la mortalité périnatale des femmes. Les médecins sont donc à ce point aveuglés par leur paradigme des «femmes faibles et malades et des hommes forts et en bonne santé» qu'ils ne voient pas l'évidence dans les statistiques épidémiologiques, qui est devant leurs yeux. Les faits les plus évidents sont ainsi ignorés au profit d'idées normatives sans rapport avec le monde réel, et cet aveuglement perdurera bien au-delà du milieu du XX^e siècle.²⁰ Le pouvoir d'un discours fondant la norme ne pourrait être mieux illustré.

Cet exemple devrait suffire pour qu'on puisse affirmer que le discours genré sur la normalité de l'homme sain aboutit à une constitution de savoirs déformées à l'intérieur de l'épidémiologie.

2.3. Effets sur le comportement des hommes et femmes historiques à l'égard de leur corps

Des discours n'orientent pas seulement la production de savoirs, mais également les comportements individuels.

Dans les sociétés modernes, l'intérêt des femmes pour leur corps a ainsi été renforcé par la médicalisation des «moments de passage» du corps féminin, la menstruation, l'accouchement et la ménopause. Cette médicalisation leur a parfois permis de s'exonérer légitimement de certaines exigences sociales en se référant à leur faiblesse

“Männergesundheit” in den Sozial- und Kulturwissenschaften”. *ÖZG*. Innsbruck: Studienverlag. ISSN 1016-765X 2. 2 (2011) p. 191-199, 198, note 20.

¹⁹ Ce qui est par ailleurs faux, comme on le sait. Voir pour le détail de ce discours des médecins DINGES, Martin – “Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? Deutschland 1850-2006”. *L'Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft*. Köln: Böhlau. ISSN 1016-362X. 19 (2008) p. 107-23; FISCHER, Alfons - *Grundriß der sozialen Hygiene*. Karlsruhe: Müller, 1925. p. 58; HEYMANN, B.; FLÜGGE, C. - *Grundriß der Hygiene*. 10. ed. Berlin: Springer, 1927. p. 1.

²⁰ BEYER, A.; WINTER, K. – *Lehrbuch der Sozialhygiene*. Berlin (Ost): Volk und Gesundheit, 1953. p. 351, p. 344; FISCHER, A.; POPPER, L. – *Sozialmedizinische Praxis*. Wien/Düsseldorf: Maudrich, 1953. p. 53.

– un exemple désormais littéraire étant la prétendue «migraine». Un certain idéal esthétique du corps féminin, qui souligne la minceur, crée une attention particulière à la nourriture «saine», à vrai dire fonctionnelle à cet idéal.²¹ Cet intérêt se diffuse à partir des classes supérieures dès le début du XXe siècle et est devenu de nos jours une véritable obsession, si on considère, par exemple, que presque la moitié des jeunes Suissesses (15 à 18 ans) déclare «avoir des problèmes avec la nourriture».²² Comme résultat de ces deux développements des XIXe et XXe siècles, les thèmes de la santé et de la nourriture ont de plus en plus été marquées comme exclusivement «féminines».

La socialisation des hommes, au contraire, a valorisé la capacité fonctionnelle, la force, l'effort et finalement l'héroïsme.²³ Leur image du corps était orientée vers ces buts; en conséquence, ils devaient apprendre à supprimer les résistances de leur corps, ou plutôt à ne pas les percevoir. En tout cas, on ne les incitait guère à scruter les signes de leur corps²⁴: l'idéal de masculinité traditionnel leur suggérait en fait de ne lui porter attention que lorsqu'il ne fonctionnait manifestement pas.

Certes, c'est là une manière un peu schématique de présenter le discours genré sur le corps. Depuis le XIXe, siècle des mouvements en faveur de la gymnastique et des sports suggéraient d'autres pratiques du corps – également genrés – sans forcément faire explicitement référence à la santé.²⁵ Les grandes lignes du discours mériteraient aussi d'être différencié selon les milieux sociaux et à l'intérieur de la période considérée. Par exemple, l'idéal du héros dur et pur a certainement atteint sa plus grande diffusion après 1900 et décliné après 1945, avec la défaite du soldat modelé selon les préceptes national-socialistes.²⁶ Néanmoins, l'entraînement à une certaine insouciance à l'égard du corps a perduré bien au-delà de 1945. Une deuxième précision concerne les classes sociales: le lien entre masculinité et corporéité était certainement plus étroit dans les milieux ouvriers

²¹ MERTA, Sabine - *Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult. Diätik und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensstilformen 1880-1930*. Stuttgart: Steiner, 2003. ISBN 3-515-08109-7. p. 488-511; cf. pour les antécédents historiques PULZ, Waltraud – *Nüchternes Kalkül - Verzehrende Leidenschaft: Nahrungsabstinenz im 16. Jahrhundert*. Köln: Böhlau, 2007. ISBN 3-412-18406-3. p. 137-53.

²² BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT – *Gender-Gesundheitsbericht, Bern 2006*. p. 196; pas de données comparables pour l'Allemagne dans BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND – *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer, 2001. ISBN 3-17-017155-0.

²³ DINGES, Martin – “Die Gesundheit von Jungen und männlichen Jugendlichen in historischer Perspektive (1780-2010)”. *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 29, 2011. Stuttgart: Steiner. ISSN 0939-351X. p. 97-121.

²⁴ Une autre question est s'ils ont réellement vécu selon ces préceptes – ce qui n'est pas forcément le cas, quand on considère les sources autobiographiques et les correspondances: HOFFMANN, Susanne – *Gesunder Alltag im 20. Jahrhundert? Geschlechterspezifische Diskurse und gesundheitsrelevante Verhaltensstile in deutschsprachigen Ländern*. Stuttgart: Steiner, 2009. ISBN 978-3-515-09681-2; SCHWEIG, Nicole - *Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen 1800 - 1950*. Stuttgart: Steiner, 2009. ISBN 978-3-515-09362-0; DINGES, Martin – “Männergesundheit in Deutschland: Historische Aspekte”. In JACOBI, Günther (ed.) - *Praxis der Männergesundheit*. Stuttgart: Thieme, 2003. ISBN 3-13-132231-4. p. 24-33.

²⁵ Voir par exemple MÖHRING, Maren - *Marmorleiber. Körperbildung in der deutschen Nacktkultur (1890-1930)*. Köln-Wien: Böhlau, 2004. ISBN 3-412-14904-7.

²⁶ WERNER, Frank – “‘Hart müssen wir hier draußen sein’. Soldatische Männlichkeit im Vernichtungskrieg 1941-1944”. *Geschichte und Gesellschaft*. ISSN 0340-613-X. 34 (2008) p. 5-40.

qu'intellectuels. En somme il reste que les attitudes à l'égard du corps ont été façonnées de manières très différentes en ce qui concerne les hommes – un corps-machine qu'il faut éventuellement réparer – et les femmes – un corps objet d'attention constante.

2.4. Effets sur l'appropriation différentielle de l'offre médicale par les hommes et les femmes

Il n'est pas facile de trouver un indicateur sûr permettant de mesurer l'appropriation différentielle de l'offre médicale par les hommes et les femmes dans la longue durée. Pourtant, pour établir des constats plausibles sur le développement historique, un tel indicateur quantitatif est nécessaire. La visite au médecin me paraît le mieux remplir cette exigence.

Certes, la visite au médecin signifie autre chose sur un marché médical du XIX^e siècle – encore en partie peuplé de soignants dépourvus de qualification universitaire – et dans la seconde moitié du XX^e siècle, avec des populations bénéficiant d'assurance-maladie et entourées de médecins dans une proportion incomparable à celle du siècle précédent. Cela est d'autant plus vrai, quand on se tourne vers de siècles antérieures. Néanmoins la visite au médecin est une pratique active du patient, qui cherche de l'aide. Ainsi elle nous donne au moins une indication de la tendance générale.

Tab 2: Hommes et femmes chez le médecin à partir d' environ 800 consultations (XVII^e au XX^e s., en %)²⁷

cabinet	hommes	femmes	consult.	différence
Napier, Buckinghamsh. (1594–1634) désord. ment.	36,8	63,2	2034	+ 26,4
Forman, London (1596–1598) méd./astrologue	40,0	60,0	2265	+ 20,0
Kortum, Bochum (1805)	42,8	57,2	1162	+ 14,4
Hahnemann, Eilenburg (1801–1803)	46,0	54,0	867	+ 8,0
Hahnemann, Leipzig (1811–1821)	56,5	43,5	1914	- 13,0
Schrauth, Neumarkt/Oberpfalz (1854)	53,5	46,5	865	- 7,0
8 cabinets urbains en Basse Bavière (1861–1862)	50,7	49,3	7760	- 1,4
Langstaff, Richmond Hill, Toronto 1849–54	48,4	51,6	3930	+ 3,2
Langstaff, Richmond Hill, Toronto 1882–83	36,8	63,2	4656	+ 26,4
Bönninghausen jr., Münster (1864–5)	41,0	59,0	793	+ 18,0
Bönninghausen jr., Münster (1873–5)	34,5	65,5	840	+ 31,0
Van den Berghe, Gent (1869/1881–2, 1898–1901)	42,9	57,1	2403	+ 14,2
Anonymus, Basel-Land (?) 1878–81	29,1	70,9	1379	+ 41,8
Vannier, Paris (1928/1941/1948)	45,4	54,6	1914	+ 9,2
Freihofer, Villingen (1922–1937)	34,3	65,7	989	+ 31,4
P. Schmidt, Genève (surtout 1930–1950)	39,2	60,8	1982	+ 21,6
République Fédérale d'Allemagne (1981)	39,7	60,3	11730	+ 20,6

²⁷ Pour le détail des sources voir DINGES, Martin – “Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600-2000)”. In DINGES, Martin (ed.) – *Männlichkeit und Gesundheit*, p. 295-322, 303.

Le tableau 2 est construit sur la base de «journaux de malades», registres tenus par des praticiens. Il ne s'agit donc point des collections de traitements exemplaires publiées et imprimées sous le lemma des «exempla» ou «observations». Ces recueils ne représentent toujours qu'un choix très limité des cas (réussis devant servir à l'enseignement). Ils ne sont donc point représentatif d'un point de vue du genre. Les journaux des malades par contre sont une documentation tenue de jour en jour est donc beaucoup plus fiables pour notre propos.²⁸ Sans doute, les rôles des médecins et des chirurgiens, des praticiens «empiriques» (sans diplômes) et d'autres personnels soignants sur le marché de la santé changent-ils considérablement selon les époques et varient selon les contextes. Néanmoins ces chiffres constituent une des rares possibilités d'obtenir au moins une idée du développement du comportement de consultation. Or, le tableau montre un changement majeur dans l'histoire de la médecine considérée du point de vue des patients. Dans la première moitié du XIXe siècle et jusqu'à 1860, hommes et femmes se retrouvent en nombre à peu près égal dans la plupart des cabinets médicaux. Il y parfois un peu plus d'hommes, parfois un peu plus de femmes. Après 1860 et jusqu'à nos jours, les femmes y sont toujours nettement surreprésentées par rapport à leur poids démographique dans la population totale. On trouve presque toujours autour de 60% de femmes, ou même davantage, et seulement 40% d'hommes, voire moins.

Laissons ici de côté les données relatives aux XVIème et XVIIème siècles – elles ne concernent que deux médecins, traitant en outre de maladies psychiques, pour l'un, et proposant des traitements astrologiques, pour l'autre – même si l'on peut se demander si ces deux offres thérapeutiques ont pu être plus attractives pour une clientèle féminine, sans être représentatif pour l'ensemble de la période. A cette époque, dès qu'on sort de ces spécialités, les patientes femmes sont encore largement minoritaires, surtout chez les chirurgiens.²⁹

Le changement fondamental matérialisé par l'augmentation, autour de 1860, d'une demande médicale féminine spécifique, s'est produite autant en Belgique qu'en Allemagne, en Suisse qu'au Canada. Ce tournant s'expliquerait, selon la spécialiste canadienne Jacalyn Duffin et d'autres historiennes, par la demande féminine de conseil médical autour de la naissance, qui se serait diffusée depuis les classes supérieures.³⁰

²⁸ Pour une typologie de la documentation des médecins à l'époque moderne voir DINGES, Martin – "Arztpraxen 1500-1900. Zum Stand der Forschung". In DIETRICH-DAUM, E.; DINGES, M. [et al.] (ed.) – *Arztpraxen im Vergleich: 18.-20. Jahrhundert*. Innsbruck: Studien Verlag, 2008. ISBN 978-3-7065-4541-9. p. 23-61.

²⁹ DINGES, M. – *Arztpraxen*, p. 303 avec des cabinets visités par moins de 800 patients ici exclus du tableau.

³⁰ DUFFIN, Jacalin – *Langstaff. A nineteenth-century medical life*. Toronto: University of Toronto Press, 1999. ISBN 0-8020-7414-6. p. 95; M. METZ-BECKER, Marita – *Der verwaltete Körper: Die Medikalisation schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts*. Frankfurt am Main 1997. ISBN 3-593-35747-X reprend le mythe de la fonctionnalisation des femmes à la reproduction par la médicalisation; PAWLOWSKY, Verena – *Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebär- und Findelhaus in Wien 1784-1910*. Innsbruck: Studienverlag, 2001. ISBN 3-7065-1548-2; cet approche est critiqué par SEIDEL, Hans-Christoph – *Eine neue "Kultur des Gebärens". Die Medikalisation von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland*. Stuttgart: Steiner, 1998. ISBN 3-515-07075-3; voir aussi SCHLUMBOHM, J.; WIESEMANN, Cl. (ed.) – *Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751-1850: Göttingen, Kassel, Braunschweig*. Göttingen: Wallstein, 2004. ISBN 3-89244-711-X.

J'ajouterai que la forte représentation des femmes constatée par les historiens dans les échanges épistolaires avec des médecins durant le XVIII^e siècle a pu contribuer à créer une relation de confiance particulière entre médecins et femmes: les médecins étaient souvent les seuls confidents masculins relativement neutres hors de la famille – le prêtre, le pasteur ou le rabbin jouant un autre rôle³¹. Je suppose par ailleurs que ce rapport de confiance a aussi contribué à la création du discours de Lumières sur la femme comme personne malade.

Pour notre propos, il est plus important de noter que la demande médicale autour de la naissance a dû ouvrir les portes des cabinets médicaux. Cette constellation très particulière de consultations donné aux femmes l'habitude de se rendre chez le médecin, qui a suffi par la suite à maintenir leur surreprésentation systématique et durable jusqu'à nos jours. Cette évolution est d'autant plus remarquable que la médicalisation des jeunes femmes autour de la contraception avec la «pilule» ne se fait sentir qu'à partir des années 1960.

On peut également ajouter que la consommation de médicaments fait ressortir un développement analogue et encore plus accentué: trois fois plus de prescriptions pour les hommes au XVIII^e siècle, inversion des rôles autour de 1860 avec une consommation plus grande des femmes, qui perdure jusqu'à nos jours.³²

Il faut donc se tourner vers un dernier acteur, qui renforce et stabilise l'inégalité des genres à l'égard de la médecine: la politique. Ici, discours et pratiques façonnent ensemble l'idée d'une normalité du lien entre femme et santé.

2.5. Politique de santé: l'exemple de la prévention

On peut souligner, avec quelque raison, que depuis deux siècles quasi toute l'éducation à la santé et presque toutes les campagnes de prévention s'adressent aux femmes. C'est le cas de toutes les activités de propagande autour de la naissance et du nouveau-né, liées aux intérêts natalistes des États durant la fin du XIX^e siècle et la première moitié du XX^e. C'est aussi le cas des campagnes pour l'hygiène au foyer ou contre la tuberculose. Et cela continue avec les grands programmes de prévention menés depuis les années 1970, concernant par exemple la détection des cancers du sein, qui renforcent encore la prépondérance féminine dans le public visé.³³ Pour ces mesures préventives, de gros moyens ont été mis à la disposition des assurées. Par ailleurs la publicité des organisations qui proposent, à différents titres, des cours de prévention

³¹ DINGES, M.; BARRAS, V. (ed.) – *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum. 17.-21. Jahrhundert*. Stuttgart: Steiner, 2007. ISBN 978-3-515-08949-4 (édition électronique française en préparation).

³² BLESSING, Bettina – “Geschlechtsspezifische Arzneimitteltherapien im 18. Jahrhundert”. In *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften (=ÖZG)*. Innsbruck: Studienverlag. ISSN 1016-765X. 2 (2011) p. 75-93; un projet de recherche en cours à l'Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung sur la consommation de médicaments au XIX et XX^e siècle confirme ce résultat.

³³ MOSES, Simone – *Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland (1945-2010)*. Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Stuttgart: Franz Steiner Verlag. ISSN 0939-351X. 30 (2011) p. 129-170.

est systématiquement adressée aux femmes – explicitement ou implicitement.³⁴ Partout le message est: «Soyez constamment prévoyante: en tant que femme, mère, épouse ou femme au foyer, vous êtes également responsable de votre santé vis-à-vis de tiers!»

Les seules exceptions à cette priorité politique sont les campagnes contre les maladies vénériennes, surtout menées auprès des armées. Les campagnes contre l'alcoolisme depuis les années 1920 étaient aussi quasi-exclusivement orientées vers les hommes, ignorant l'alcoolisme des femmes, pourtant bien réel.³⁵ On peut, enfin, rappeler les quelques efforts déployés pour prévenir les accidents du travail dans l'industrie, qui concernent davantage les hommes.³⁶ Mais en matière de prévention – par exemple du cancer de la prostate ou du cancer des testicules – rien de comparable à ce qui a été réalisé pour les femmes depuis les années 1970 n'a été fait.

Ces politiques renforcent par conséquent le lien déjà fort existant entre les femmes et la responsabilité de santé, et ne créent qu'un lien faible entre hommes et santé, qui s'exprime essentiellement à travers leurs pratiques sexuelles (essentiellement des jeunes soldats) et leur activité professionnelle. Le message adressé aux hommes pourrait se résumer dans la formule suivante: «Évitez un accident pour vous-même!» (et entre parenthèse: «pour ne pas nuire à votre – future – famille»).

Il est évident qu'une telle politique de prévention, aussi déséquilibrée, ne peut mener qu'à des résultats très insuffisants. Elle perd presque la moitié de l'humanité, les hommes, de vue. À quel point ces campagnes de prévention ont eu un impact direct sur l'espérance de vie reste à étudier: C'est bien documenté pour les risques liés à la parturition – moins bien pour d'autres mesures comme le montre les débats autour le cancer du sein. Mais l'essentiel est ici l'effet discursif de la plupart de ces campagnes: Elles constituent la santé comme un champ genré au féminin. Des champs marqué par le genre dans l'une ou l'autre direction rendent plus difficile l'accès aux personnes de l'autre genre.

Bilan et perspectives

Ce regard sur le passé montre à quel point le discours genré sur le normal et le pathologique en matière de santé a pu contribuer à désorienter les acteurs historiques, individus et collectivités. Faire intérioriser aux femmes qu'elles sont plutôt du côté de la maladie et de médicaliser le corps féminin a des aspects aussi dysfonctionnels que de faire croire aux hommes qu'ils sont du côté de la santé et n'ont pas tant de soucis à se faire. Et de ce précédent, on peut facilement déduire que le discours actuel positionnant les personnes – exclusivement ou de préférence – selon leur genre du côté des «exemples de vie saine» (les femmes) ou des «idiots de la santé» (les hommes), ne

³⁴ MOSES – *Prévention*.

³⁵ HAUSCHILDT, Elke – *“Auf den richtigen Weg zwingen”*: *Trinkerfürsorge von 1922 bis 1945*. Freiburg: Lambertus, 1995. ISBN 3-7841-0815-6. CLEMENT, S.; MEMBRADO, M. – “Des alcooliques pas comme des autres. La construction d'une catégorie sexuée”. In AÏACH, Pierre (ed.) – *Femmes et hommes dans le champ de la santé: approches sociologiques*. Rennes: Ed ENSP, 2001. ISBN 2-85952-649-8. p. 51-74.

³⁶ Sur le retard historique dans la reconnaissance des risques de travail des femmes voir LENGWILER, Martin – “Männliches Risikoverhalten und sozialstaatliche Risikoprofile: Berufskrankheiten des Bergbaus in der schweizerischen Unfallversicherung (1930–1970)”. In DINGES, Martin - *Männlichkeit und Gesundheit*, p. 259-76.

produira certainement pas de meilleurs résultats. En premier lieu, on peut remarquer que ce type de discours ontologique est contradictoire: si un comportement de santé est «ontologiquement» genré, les hommes auront des difficultés à évoluer vers le pôle «ontologiquement» féminin. Ensuite, on ne peut également manquer de noter que ce type de discours ontologique ne prend pas en compte de manière suffisante d'autres facteurs, telle la classe sociale, l'appartenance à une classe d'âge, l'état civil et – variable importante, au moins jusqu'aux années 1960 - le lieu d'habitation (campagne ou ville). Ce type de discours ontologique présentant comme anormale le comportement moyen masculin pêche par son individualisation malvenue du problème de la santé. La responsabilité d'une espérance de vie diminuée est ainsi attribuée à l'individu et rares sont les considérations sur les conditions de vie, de travail et les effets d'éducation masculine en matière de santé. Ce discours n'aborde souvent les comportements de l'individu que pour mieux se taire sur les conditionnements sociaux. Il est donc, à tout le moins, insuffisant si l'objectif est d'améliorer les conditions de santé d'une partie de la population. Enfin, on peut légitimement se demander si un discours qui contient essentiellement des reproches ne risque pas d'être rejeté, assez normalement, par les sujets auxquels il est adressé et, partant, de rester sans effet.

Seul un discours beaucoup plus différencié permettrait de saisir le rapport au corps et à la santé et de changer les comportements et les politiques. Il faudrait sortir de la dichotomie du normal et du pathologique.

Le discours ontologique n'est par ailleurs même plus à l'hauteur des comportements des hommes, tels qui sont en train d'évoluer aujourd'hui assez rapidement. En effet, la tendance séculaire que voyait l'espérance de vie des femmes croître toujours plus rapidement que celle des hommes s'est invertie depuis 1985: les espérances de vie des deux genres se rapprochent lentement depuis 25 ans (voir Tab. 1). De surcroît, si on le regarde de près, le comportement de prévention des hommes n'est pas si mauvais, surtout si on ne se focalise plus sur le seul champ de prévention du cancer, à propos duquel ils ne sont guère soutenus dans leurs efforts, ni par les assurances médicales, ni par la politique.³⁷

Tab. 3 : Utilisation d'examen médicaux préventifs par catégorie d'âge (en %) ³⁸

catégorie d'âge	femmes (en %)	hommes (en %)
35 à 39	11,2	9,5
40 à 44	14,3	12,1
45 à 49	16,1	15,6
50 à 54	17,8	18,0
55 à 59	18,4	19,0
60 à 64	20,7	20,7
65 à 69	21,2	22,9

³⁷ Cf. BEIER, Stefan – "Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern". In STIEHLER, M.; KLOTZ, T. (ed.) - *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*. Weinheim: Juventa, 2007. ISBN 978-3-7799-1149-4. p. 75-89.

³⁸ ROBERT KOCH INSTITUT – *Gesundheitsbericht 2006*, chapitre. 3.3.2, p. 138.

A partir de la cinquième décennie de leur vie ils participent autant sinon davantage aux examens de préventions que les femmes.

Il convient enfin de souligner que, selon des enquêtes récentes, depuis une dizaine d'années, les hommes acceptent en plus grand nombre des diagnostics de maladies psychiques. Ces diagnostics sont donc considérés comme acceptables autant par les médecins (hommes et femmes) que par les patients masculins et posent maintenant moins problème pour leur image de soi masculine.

Notons également que, depuis une décennie, le nombre des personnes commençant à fumer est plus élevé chez les jeunes filles que les garçons: un marqueur de masculinité a donc perdu cette signification.³⁹

Ces quatre indicateurs de tendance devraient suffire pour illustrer le fait que les réalités ont déjà beaucoup changé dans la dernière génération. Cela rend un discours sur l'anormalité masculine de moins en moins apte à nous orienter dans le monde actuel. Je n'irai pourtant pas jusqu'à considérer ceci comme une des «résistances» aux caractérisations d'anormalité mises en lumière dans des populations très diverses par des sociologues, historiens et anthropologues: le lien entre ces comportements et ce discours serait difficile à établir. Le nouveau discours sur l'anormalité des comportements de santé des hommes est donc bien une révision historique, qui pourrait nous inciter de reconsidérer les coûts de santé que la modernisation des derniers 150 ans a exigé de manière différentielle selon les genres.⁴⁰

³⁹ Le changement de comportement est déjà statistiquement significatif dans la population entière: les femmes - fumant davantage - perdaient entre 1980 et 2002 0,14 années d'espérance de vie à cause des cancers de poumons, les hommes gagnaient 0,18 ans, fumant moins: WEILAND, S.; RAPP, K. [et al.] – "Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven". In *Deutsches Ärzteblatt*. ISSN 0176-3989. 103: 16 (21.4.2006) p. 874-7. Pour la longue durée voir DINGES, Martin – "Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch "männlich"? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen". In *Rauchen: gesundheitsgefährdend – und typisch "männlich"? Zum historischen Wandel geschlechtsspezifischer Zuschreibungen*. In BAADER, M.; BILSTEIN, J. (ed.) – *Erziehung, Bildung und Geschlecht: Männlichkeiten im Focus der Gender-Studies*. Wiesbaden: Springer, 2012. ISBN 978-3-531-18552-1. p. 129-145.

⁴⁰ Inspirant est: AÏACH, Pierre – "Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales". In AÏACH, Pierre (ed.) – *Femmes et hommes dans le champ de la santé: approches sociologiques*. Rennes: Ed ENSP, 2001. ISBN 2-85952-649-8. p. 117-147.