

**MASCULINITÉS : CORPS, SANTÉ ET IDENTITÉ DANS DES SERVICES DE  
KINÉSITHÉRAPIE À BELÉM.**

**MASCULINIDADES : CORPO, SAÚDE E IDENTIDADE EM ATENDIMENTOS DE  
FISIOTERAPIA EM BELÉM.**

**Diogo LOPES DE OLIVEIRA**

**Directeur de recherche: M. Daniel WELZER-LANG**

**Co-Directrice : Mme Anita MEIDANI.**

**TOULOUSE / France**

**Juin 2016.**

**MASCULINITÉS : CORPS, SANTÉ ET IDENTITÉ DANS DES SERVICES DE  
KINÉSITHÉRAPIE À BELÉM.**

**MASCULINIDADES : CORPO, SAÚDE E IDENTIDADE EM ATENDIMENTOS DE  
FISIOTERAPIA EM BELÉM.**

**Diogo LOPES DE OLIVEIRA**

(Identifiant : 21412930).

Mémoire de fin d'études au niveau master  
professionnel en Sociologie présenté à la  
commission d'examen sous la direction de M  
Daniel WELZER-LANG et Mme Anita  
MEIDANI.

**TOULOUSE / France**

**Juin 2016**

**COMISSION D'EXAMEN / BANCA EXAMINADORA :**

**M. Daniel WELZER-LANG**

**Directeur de recherche.**

**Université Jean Jaurès – Toulouse II.**

**Mme ANITA MEIDANI**

**Co-directrice de recherche.**

**Université Jean Jaurès – Toulouse II.**

« Une éthique de responsabilité implique la prise en compte en l'homme de sa singularité souffrante, la médecine passe d'une science du corps à une science de l'homme. »

LE BRETON

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>RESUMO</b> .....	7
<b>REMERCIEMENTS / AGRADECIMENTOS</b> .....	8
<b>AVANT-PROPOS / PREFÁCIO</b> .....	10
<b>CONTEXTUALISATION / CONTEXTO DA PESQUISA</b> .....	12
<b>Parcours professionnel :</b> .....	12
<b>La construction d'un sujet :</b> .....	14
<b>Méthode:</b> .....	15
<b>Le terrain de recherche :</b> .....	16
<b>Les étapes de l'action :</b> .....	21
<b>Enjeux et atouts :</b> .....	22
<b>BELÉM : L'IDENTITÉ ET LA VILLE</b> .....	25
<b>Identité et symbolismes:</b> .....	25
<b>Identité et masculinité :</b> .....	32
<b>Masculinité et santé :</b> .....	33
<b>RESULTATS ET DISCUSSION</b> .....	35
<b>CONSIDÉRATIONS FINALES</b> .....	41
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	43
<b>SITES INTERNET VISITÉS</b> .....	46

## **RÉSUMÉ**

A partir des études féministes, le masculin émerge comme objet d'investigation pour mieux saisir les enjeux résultant du rapport des sexes. Les recherches contemporaines rapportent que les hommes sont en voie de changement, et non l'existence d'une crise du masculin. Dans la pratique en kinésithérapie, nous avons pu observer des hommes qui se posaient la question de leur masculinité. Ainsi, à l'occasion de cette recherche, nous nous sommes rendu deux mois durant dans deux cabinets de kinésithérapie pour observer si les hommes pensent à leurs façons d'être au moment où il faut faire face à des enjeux du corps, en partant du principe que les techniques corporelles changent le corps et l'image de soi. Les résultats nous montrent que le corps est un lieu de plaisir et de souffrance, un processus dialectique dans la construction d'un masculin basé sur la peur et la violence. En outre, les techniques corporelles en kinésithérapie et l'écoute compréhensive sont des outils efficaces pour la construction d'une nouvelle identité, d'un masculin moins agressif avec soi et avec les autres.

**MOTS-CLES:** Corps, Masculinité, Santé.

## **ABSTRACT**

Manhood becomes a large field on feminism researches for a better knowing of the issues between opposite genders. Contemporary researches show up that men are changing, instead of living a crisis of the masculinity. As a physical therapist practitioner, we have seen many guys inquiring about their manliness. For this study, we had been during two months at two different physical therapist clinics in Belém to observe if men think about their way of being from the moment they have to face an orthopaedic injury, assuming the principle that body techniques change the body configuration and the self-image. The results show us that the body is a place of joy and sorrow, as it reflects a dialectical process during manhood as it has bases on fear and violence. Moreover, both body techniques in a physical therapy and careful listening under a comprehensive approach are efficient instruments for building a new identity including a less aggressive manliness.

**KEY WORDS:** Body, Masculinity, and Health.

## **RESUMO**

A partir dos estudos feministas, o masculino surge como objeto de investigação para se melhor conhecer os problemas resultantes das diferenças entre os sexos. Pesquisas contemporâneas denunciam que os homens estão mudando, portanto não há uma crise do masculino. No exercício profissional como fisioterapeuta, foi possível observar homens que se questionavam sobre sua masculinidade. Assim, por ocasião desta pesquisa, durante dois meses nós estivemos em duas clínicas de fisioterapia diferentes em Belém para observar se os homens refletem sobre a sua maneira de ser a partir do momento em que eles têm de se submeter ao tratamento de uma lesão ortopédica, partindo do princípio de que as técnicas corporais alteram não só a organização corporal mas também sua autoimagem. Os resultados mostram que o corpo é um lugar de prazer e sofrimento, um processo dialético na construção do masculino baseado ainda no medo e na violência. Além disso, constatamos que as técnicas corporais em Fisioterapia e a escuta compreensiva são instrumentos eficazes para a construção de uma nova identidade, de um masculino menos agressivo consigo e com os outros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Corpo, Masculinidade, Saúde.

## REMERCIEMENTS / AGRADECIMENTOS

A mes *Orishás*. Axè !

*Aos meus Orixás. Axé ! (Associação Luz e Vida)*

A mes parents, Maria Luiza de Faria Nogueira e Protásio Lopes de Oliveira Filho, mes frères et sœur pour tout leur appui émotionnel et matériel.

*Aos meus pais, Maria Luiza de Faria Nogueira e Protásio Lopes de Oliveira Filho, aos meus irmãos e minha irmã por todo o apoio emocional e material.*

A Maria da Glória Tavares da Silva, Araceli Faial, Martha Leão, Léa Sales, Zuleide Pontes, Mônica Cruz e Thaís Noronha, pour m'avoir motivé à reprendre mes études. Voici des personnes admirables pour la construction d'une réalité plus juste et humaine.

*A Glória Tavares da Silva, Araceli Faial, Martha Leão, Léa Sales, Zuleide Pontes, Mônica Cruz e Thaís Noronha, por me motivar a retomar meus estudos. Eis aqui personalidades a serem admiradas na construção de uma realidade mais justa e humana.*

A la Paroisse Étudiante de Toulouse, représentée par P. Arnaud, P. Simon, P. Dominique (et les Jésuites), Sœur Eliana (Et la Congrégation des Béatitudes) et Emmanuelle (de la Congrégation Notre-Dame de Vie) ; et aux *Ricostruttori* pour leur accueil, leur amitié, leurs bons conseils et leurs prières.

*A Pastoral dxs Estudantes de Toulouse, representada por P. Arnaud, Pd Simon, Pd Dominique (e os Jesuítas), Irmã Eliana (e a Congregação das Beatitudes) e Emmanuelle (da Congregação Nossa Senhora da Vida) ; e aos Reconstructores pelo acolhimento, a amizade, os bons conselhos, as orações.*

Aux ami.e.s de la Pastorale, de la Frat'Trinité, du CCU Rangueil, les *Students 4 Christ*, du Maraude Saint Marc et aux Jéricho'loc pour me rappeler toujours qu'on retrouve la joie dans les gestes les plus simples.

*Aos amigxs da Pastoral, da Frat'Trinité, do CCU Rangueil, os Students 4 Christ, da Caridade São Marcos, e aos Jéricho'loc por me fazer lembrar sempre que a alegria se encontra nos gestos mais simples.*

À Valentin FAVRE et Bernard MORIN, bons amis, pour l'énorme travail de correction, mes sincères remerciements !

*A Valentin Favre e Bernardo Morin, bons amigos, pelo precioso trabalho de revisão ortográfica, meus sinceros agradecimentos !*

Aux professionnel.le.s du Cabinet *React* et du Centre de Réhabilitation Demétrio Medrado pour m'avoir permis d'y réaliser le terrain de recherche.

*Aos profissionais da Clínica React et da URES Demétrio Medrado por cederem espaço para realização desta pesquisa.*

A mes collègues de formation pour les moments de partage et d'apprentissage.

*Para xs colegas de formação, pelos momentos de troca e aprendizado.*

Aux équipes pédagogiques du Master MIS, Labex SMS et PPGSA / UFPa spécialement à Mme Anita MEIDANI et Mme Denise CARDOSO pour leurs précieuses contributions dans la recherche sur le terrain.

*As equipes pedagógicas do Master MIS, Labex SMS e PPGSA / UFPA especialmente para prof<sup>ª</sup> Anita Meidani e prof<sup>ª</sup> Denise Cardoso pelas preciosas contribuições para a pesquisa de campo.*

A Daniel WELZER- LANG, directeur de recherche et ami, qui dès le début m'a encouragé dans la redécouverte du monde sous le regard compréhensif des Sciences Humaine, mon sincère merci pour toute son attention dispensée, ses savoirs partagés et pour sa confiance.

*A Daniel Welzer-Lang, orientador da pesquisa e amigo, que desde o início me incentivou a descobrir o mundo sob o olhar compreensivo das Ciências Humanas, meus sinceros agradecimento por toda a atenção, pela troca de saberes, pela confiança.*

## AVANT-PROPOS / PREFÁCIO

Cette recherche, en sociologie, porte sur l'influence des pratiques corporelles dans la prise de conscience du soi genré. Nous nous interrogeons si les hommes s'approprient des techniques corporelles contemporaines et comment ils le font. La kinésiologie de notre temps évolue vers l'approche Globale, i.e. la compréhension de l'être humain en sa totalité, autrement dit sous influence de composants biologiques, psychiques et sociaux. A partir de l'apport théorique du Genre, nous nous intéressons à la façon dont les hommes font face aux malaises de leurs corps (spécifiquement, un trauma dans le système locomoteur) et les possibles impacts que la kinésithérapie pourrait avoir sur la construction d'une identité masculine non-violente.

Nous partons de l'hypothèse que, si la conscience du corps sexué s'inscrit et est renforcée tout au long du processus de socialisation, un changement sur les pratiques corporelles imposé par un trouble dans le système locomoteur, par exemple, pourrait être aperçu comme un moment de rupture qui amènerait à une nouvelle adaptation, une autre perception de soi.

Dans notre métier en qualité de kinésithérapeute, nous avons été confronté aux questionnements des clients sur leur image corporelle. Dans leur parcours de malade, ils ont pris conscience d'une nouvelle condition personnelle et que l'identité qu'ils avaient avant n'est plus cohérente avec leur perception de soi dans le présent. Jouer le rôle du malade a été une imposition due au regard des autres, pas nécessairement une représentation de comment ils s'apercevaient eux-mêmes.

À cette occasion, ils s'interrogeaient sur ce que c'est qu'être un homme ou de quelle façon exprimer leur masculinité après un trouble de santé. Ces doutes avaient souvent un air de souffrance, peut être la peur de ne pas correspondre au profil hétérosexuel\*<sup>1</sup> selon la norme.

Les enjeux sur la masculinité et ses représentations étaient perceptibles dans le discours et dans le langage corporel des clients. Ainsi, le soin de jeunes hommes nous a amené à réfléchir aux conséquences des pratiques corporelles dans la construction d'une image virile.

Alors, quelles sont les pratiques corporelles qu'ils mettent en place et comment s'aperçoivent-ils de leur corps et de leur santé ? Est-ce que la souffrance les appelle à faire

---

<sup>1</sup> Je garde ici le mot utilisé par la plus par des usagers, encore que dans le langage scientifique au Brésil les formes Hétéro\*, Homo\* et Trans\* (suivi d'un astérisque) soient les plus recommandés.

attention à leur corps ? Celui qui a survécu à la « bataille » contre son corps est-il un vrai mec ? Qu'est-ce qui a changé dans sa perception si changement il y a ? Et ce changement a-t-il un impact sur la violence coutumière envers soi et l'autre ? La séance de kinésithérapie serait-elle le moment favorable pour questionner les pratiques corporelles viriles ? Le but ici est d'observer si par les moyens d'application des techniques corporelles il serait possible de faire appel à un modèle de masculin plus compatissant.

Notre étude a l'intention d'être centrée sur la personne, carrément sur les hommes qui se déclarent être masculins, hétérosexuels et virils. Nous comprenons le masculin comme une expression plurielle, comme un caractère changeable. Pour nous, l'identité doit être affirmée continuellement et a besoin d'être toujours contextualisée dans un temps et un espace social précis, i.e. dans un moment spécifique de l'existence de l'individu.

Enfin, cette recherche est un travail descriptif à partir d'une méthode qualitative d'observation ethnographique. Nous voulons comprendre si des techniques corporelles ont un effet dans la construction d'une identité masculine non violente.

Nos objectifs viennent à la rencontre des politiques publiques actuelles confrontées à la violence entre les jeunes, à l'exposition aux risques, à un haut taux de mortalité et à la chronicité de maladies attribuées au sexe masculin. En prenant comme point de départ un moment de rupture biographique des hommes, nous voulons étudier le panorama en arrière-fond les pratiques corporelles associées au masculin et, en addition, les rapports sociaux des sexes en matière de santé. Notre étude envisage de contribuer à une réflexion sur les pratiques corporelles et le soin des hommes en situation de souffrance ou de vulnérabilité.

## CONTEXTUALISATION / CONTEXTO DA PESQUISA

Les hommes sont en voie de changement, voici une affirmation très répandue dans les dernières décennies encore qu'il ne soit pas clair dans quelle direction les changements nous amènent. Toutefois, chacun de nous serait capable de reconnaître autour de soi des exemples pour donner un sens à ces changements apparemment évidents. Ainsi, pour le cadre de cette recherche il devient impératif, pour mieux situer la démarche d'un master en Sociologie, d'explicitier les motivations personnelles et aussi les vécus professionnels qui nous amènent au besoin d'acquérir un savoir plus solide.

Nous allons rappeler notre parcours en kinésithérapie pour situer le contexte dans lequel la triade « corps, santé et masculinité » surgit dans notre formation et pratique du métier comme sujet de recherche en sciences humaines. L'élaboration du sujet de recherche est le résultat d'une somme de lectures et réflexions dans le domaine de la sociologie du genre, mais aussi de nos lectures préalables en kinésiologie et en psychologie.

Ensuite, nous parlerons du choix de la méthode, sans demeurer trop longtemps dans la problématique car le cadre théorique sera plus approfondi par la suite, dans la discussion. Par contre, nous prendrons du temps pour décrire le terrain de la recherche, i.e. les deux cabinets de kinésithérapie et leurs routines. Enfin, nous décrirons le terrain de recherche, les étapes de l'action, les atouts et enjeux auxquels on a dû faire face dans le travail de recherche.

En guise de conclusion nous présentons quelques pensées sur le métier qu'on exerce ainsi que les bénéfices que cette recherche peut nous apporter à l'avenir dans l'exercice du métier en tant que kinésithérapeute.

### **Parcours professionnel :**

Au Brésil, nous faisons le choix de notre carrière professionnelle après le lycée, au moment du baccalauréat. J'avais encore dix-sept ans et à cette époque je voulais suivre un cursus pour devenir diplomate : le droit international était alors la voie la plus simple. Pendant mes cours en sciences juridiques, j'ai eu la chance de suivre un stage dans le Ministère Public – institution chargée de s'assurer que les lois sont respectées, surtout par le pouvoir exécutif – auprès d'association de malades ou de personnes en situation de précarité.

À cette occasion, j'ai moi-même eu besoin d'un accompagnement psychologique motivé par une recherche de développement personnel, en choisissant les thérapies douces par

exemple l'homéopathie. Le corps, ou mieux l'image que j'ai de mon corps, a été toujours un thème en thérapie. La voix grave d'un homme grand en comparaison avec la taille moyenne locale, n'allait pas avec des gestes et une posture perçus pour les autres comme féminins. Rien à voir avec la sexualité car je me suis toujours reconnu comme hétéro\*.

Les expériences vécues dans les séances thérapeutiques ont éveillé en moi l'envie d'aller encore plus loin et devenir soignant. À la dernière année de ma formation en droit j'ai eu l'occasion de passer un nouveau bac, maintenant pour le parcours paramédical, spécifiquement la kinésithérapie.

Dès le début, j'ai eu un rejet pour l'aspect rigide basé sur le savoir médical. Le fait que l'aspect social doive toujours être pris en compte m'a poussé à faire toujours attention à la manière dont chaque malade réagissait à son état de santé ou à son discours sur la maladie. Pour le travail de fin d'étude, nous avons choisi d'accompagner le traitement de femmes d'âge moyen (40 à 60 ans) avec un diagnostic de lumbago. La commission d'examen s'est interrogée sur le choix du public cible en disant que dans la littérature médicale le groupe le plus affecté par le lumbago était celui des hommes. Notre argument de réponse a été justement l'absence de données sur les femmes, ce qui justifiait d'abord la recherche avec ce groupe. Nous avons aussi utilisé un questionnaire pour comprendre le contexte de leur vie, les limitations sociales causées par la maladie et leurs envies ou espérances avec le traitement.

Après la formation académique, je suis parti pour faire une spécialisation dans le domaine de l'orthopédie sous l'approche de la Rééducation Posturale Globale (RPG® – la méthode idéalisée par Philippe SOUCHARD). La pratique du métier m'a fait comprendre que le geste (ou l'expression corporelle) et la douleur sont des limites pour l'évolution par un travail corporel. La solution est venue à travers l'étude en conscience somatique (Méthode FELDENKRAIS). Les expériences acquises par l'exploration ou l'élaboration d'un mouvement aident l'individu à trouver par soi-même une façon de ne pas être figé dans la posture qui provoque la douleur ou l'incapacité.

À ce point-là, bien que les questions autour de la perception de soi et les limites imposées par le geste et la douleur soient bien réglées, nous sommes toujours dans un rapport avec la maladie et pas avec l'être humain. Les outils offerts par la formation en Antigymnastique® – approche structurée par Mme Thérèse BERTHERAT au long des années 70 – ont beaucoup contribué pour développer un regard plus respectueux sur l'individu, un sujet entouré par son environnement, mais surtout immergé dans ses émotions résultat de ses relations et interactions. Nous nous sommes rendu compte qu'avant tout l'individu porte en soi

les enjeux du social. Nous osons même supposer que les maladies trouvent leur origine dans l'ordre social.

Dans la pratique professionnelle, nous avons eu la chance de travailler au sein d'un groupe de psychologues et psychanalystes dédiés à l'accompagnement thérapeutique de garçons porteurs de troubles émotionnels ou psychiques graves. Pour ma part, j'étais invité à faire la médiation entre les jeunes et les intervenant.e.s en mettant en place des techniques corporelles (de jeux ou d'autres dynamiques). Cette expérience a été un premier contact avec le processus de construction d'une identité masculine et ses enjeux.

Apparemment, la Sociologie pouvait nous offrir plus d'outils nécessaires pour la compréhension des liens entre corps, santé et rapports sociaux que les autres disciplines. Reprendre nos études au niveau d'un master professionnel semblait le choix le plus efficace pour établir un lien solide entre théorie et pratique professionnelle en santé. La motivation est venue de la possibilité d'élargir le terrain d'intervention en tant que kinésithérapeute à des personnes qui ne sont pas malades, mais qui ont l'envie (ou même le besoin) de se remettre en question ou d'aller plus loin dans leur développement personnel – comme je l'ai moi-même fait, d'abord.

Le master-pro « Médiation, Intervention Sociale, Solidarité » a rendu possible la construction d'un sujet original, vu que les recherches en sociologie qui ont la kinésithérapie comme objet d'étude sont rares (encore que la kinésithérapie a eu à l'origine un but social : celui de réintégrer les soldats victimes de blessures de guerre à la vie productive et à leur milieu social d'origine). Nous envisageons avec cette recherche de mettre en évidence que l'objectif central de la kinésithérapie est la réhabilitation (ou réadaptation, dans le jargon médical contemporain) de l'individu pour la vie en communauté sans qu'il soit impératif de vivre un trouble de santé - même si parfois il faut un moment de rupture pour que l'individu soit motivé à changer sa façon de vivre, à renier le comportement construit sur la peur et la violence.

### **La construction du sujet de recherche :**

C'est à partir de notre pratique comme kinésithérapeute que nous avons pu identifier quatre groupes d'hommes sur lesquels nous souhaitons nous attarder dans le cadre de ce travail. Les adolescents (de moins de 20 ans) qui prennent des stéroïdes pour développer leur musculature et devenir aussi « robustes » que les adultes ; les jeunes adultes (entre 20 et 40 ans) qui ont déjà subi une intervention chirurgicale et présentent leur maladie comme un

trophée ; des enfants et des adultes qui ont mal au dos ou souffrent de problèmes de posture après être restés assis dans la même position un très grand nombre d'heures ; et plus rarement ceux qui cherchent de l'aide suite à un événement marquant dans leur vie, fréquemment lié à la paternité ou à un divorce.

Ces groupes ont en commun une tension qui sous-tend leur rapport au corps et la santé et se situe quelque part entre masculinité et souffrance. Comme si pour être viril, ou mieux, pour être reconnu comme un homme et *a fortiori* comme un homme viril, il fallait supporter et gérer une large souffrance.

Initialement, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un trouble de l'ordre du psychique, peut-être lié à des vécus ou des émotions qui n'ont pas été encore bien acceptés par les individus. Cependant, le fait que la mise en question de l'identité masculine émerge au fur et à mesure de l'évolution du traitement thérapeutique montre que la cause n'avait pas son origine dans une rupture au niveau du mental, mais plutôt du côté social. Encore que l'élaboration de ce que signifie être un homme, viril et masculin ne vienne pas sans le vécu un conflit intime.

Le corps semble être le médiateur du conflit par excellence. C'est à travers son corps et en parlant de son corps que l'individu pourrait signifier le malaise qui l'affecte. Il semble qu'il soit plus facile de parler du corps (caractéristiques physiques) que des émotions. Peut-être que la souffrance vient justement du fait que les individus ne sont pas capables de mettre en mots ce qu'ils vivent, et alors le corps s'exprime en gestes et sensations.

Nous entendons souvent parler dans le discours en psychologie de la « crise du masculin », et pourtant quelle crise ? Le mot « crise » se réfère à une phase grave, un moment pénible, une dépression. Apparemment, la quête de chacun semble être un affrontement avec le social ou bien avec la charge d'être homme. Le masculin serait toujours dans le processus de lutte pour l'affirmation d'une identité mieux adaptée à la réalité du moment présent.

### **La méthode:**

La construction de l'identité masculine est au cerne de cette recherche. La démarche qualitative nous a permis de recueillir le récit de vie des hommes pour mieux comprendre les enjeux portés par un trouble physique et la valeur qu'ils donnent à cet événement dans la construction de leur identité masculine.

Nous avons choisi l'observation participative au modèle ethnographique parmi les différents outils de l'approche compréhensive en Sociologie. Nous croyions que l'observation participante permettrait au chercheur de voir le fait social dans le réel, d'expérimenter en soi

les relations et les conflits à l'intérieur du groupe. De plus, le fait que le chercheur soit lui-même kinésithérapeute a servi d'atout pour légitimer la présence d'un observateur dans le cabinet paramédical.

Nous avons dû nous servir d'un cadre méthodologique plutôt fonctionnaliste comme base à la compréhension du terrain. Nous partions de l'hypothèse que les hommes (sujets de cette recherche) donnent au traitement de kinésithérapie (apparemment affaiblissant du masculin) un sens différent, de façon à soutenir leur image d'hommes virils.

Sans oublier que le Genre, donc le rapport de sexes, est central dans l'étude du masculin. Nous partagions une approche différentialiste justifiée par le terrain. Les sciences paramédicales, à l'exemple des théories développées en kinésiologie, sont encore basées sur les différences entre les sexes.

Parallèlement, le rapport entre genre et violence est fortement présent partout au Brésil. Un groupe à Salvador (*Grupo gay da Bahia*<sup>2</sup>) dénonce qu'il y a chaque jour au moins une victime décédée de l'intolérance envers l'identité de genre dans le pays. Là-bas, plusieurs laboratoires de recherche en sciences humaines et sociales s'intéressent à l'étude du masculin, spécialement le domaine dédié aux hommes violents.

Ainsi, notre recherche s'inscrit dans le contexte de changements du panorama social. Nos réflexions pourraient contribuer à une nouvelle compréhension du masculin et de ses enjeux, surtout dans le domaine du soin et de la santé à l'échelle territoriale. En vrai, cette étude réalisée dans des cabinets paramédicaux porte en elle la réflexion quotidienne et les conflits d'hommes en changement. Les remarques obtenues par l'étude d'un univers microsocial pourraient servir d'exemple pour une analyse plus large à la sphère du macro social.

### **Le terrain de recherche :**

Le terrain de recherche a été choisi à Belém (au nord du Brésil) en fonction des données préalables recueillies là-bas. Notre pratique professionnelle comme kinésithérapeute nous a suggéré quatre profils d'hommes qui cherchent la kinésithérapie dans un parcours personnel. A partir de cette information, nous nous sommes demandé si les techniques du corps pourraient contribuer pour la construction d'identité masculine.

---

<sup>2</sup> Grupo Gay da Bahia (GGB): <https://grupogaydabahia.com.br/>

Notre recherche vient rencontrer une réalité locale où les études sur le masculin occupent peu à peu le devant de la scène. Il y a un effort du Secrétariat de Santé Publique locale pour améliorer les services de santé des hommes. Dans le plan d'action sur la ville, l'agence de santé porte des réflexions sur l'identité masculine des hommes dans la région.

Notamment, des mesures sont prises pour combattre les stigmates comme « tout homme est un agresseur potentiel » et « le vrai homme n'est jamais malade » enracinés dans le sens commun mais aussi à l'intérieur des services de santé. D'un côté, les hommes ne trouvent pas leur place dans les spécialités médicales modernes vouées aux groupes minoritaires (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, personnes handicapées), associées au fait qu'une grande partie des aides-soignants sont des femmes. Il n'est pas rare d'entendre un refus explicite à s'occuper des hommes au nom d'un discours 'pro-féministe'.

D'un autre côté, il y a des groupes thématiques du style « les amis du foie » ou les « genoux de fer » pensés à l'origine pour donner un aspect moins lourd au traitement médical ou paramédical, mais qui arrivent à naturaliser la maladie en la tenant comme un fait attendu pour un homme après un certain âge. Le virilisme est fatalement renforcé.

Actuellement, le Secrétariat investit dans des conférences et des cahiers explicatifs pour informer les professionnels de santé et la population sur l'action publique pour des services spécifiques à la santé de hommes. L'intention est de faire que le service soit accessible aux hommes de tout âge. Un autre défi est de convaincre les hommes de se prévenir ou d'aller chercher l'aide d'un spécialiste en matière de santé qui ne brise pas son image d'homme.

En accord à la nouvelle politique locale, notre recherche propose d'entendre les hommes dans leurs demandes personnelles, une fois qu'ils arrivent à un service de kinésithérapie.

La classe sociale est un biais qui traverse notre recherche puisque le profil de ceux qui utilisent un service de kinésithérapie change selon le pouvoir d'achat. Par conséquent, nous avons choisi de fixer le terrain à deux établissements différents dans leur nature, *i.e.* l'un privé et l'autre publique, tous deux étant distingués par leur bonne réputation locale.

Notre réseau professionnel a rendu possible l'accès au terrain dans des cabinets de kinésithérapie. Nous n'avons eu qu'à envoyer une lettre de présentation du projet de recherche à chaque cabinet.

Au début, un troisième lieu était envisagé. Il s'agissait d'un cabinet privé cependant fréquenté par la classe la plus populaire. Il pourrait être considéré comme un intermédiaire

entre les deux autres. Toutefois, l'institution responsable de l'administration n'a pas répondu à notre sollicitation jusqu'à ce jour.

Le cabinet privé est situé dans un quartier noble de la ville, où habitait la classe moyenne et riche des années 80. Il appartient à cinq kinésithérapeutes, âgés de vingt-cinq à trente ans. Les trois partenaires fondateurs sont spécialisés en cardiologie et pneumologie, les deux autres partenaires en traumatologie, orthopédie et sport.

Le bâtiment n'était qu'une salle de musculation il y a plus de vingt ans. L'offre de services s'est élargie à partir la demande du public qui le fréquente. Actuellement, au rez-de-chaussée il y a le cabinet de kinésithérapie, une piscine semi olympique (pour la natation et l'hydrogymnastique), une salle d'esthétique (pour massages, drainage lymphatique, etc.), un salon coiffeur et un café. Au premier étage on trouve un grand salon divisé en trois ambiances pour la musculation, une salle pour pratiquer le *vélo spinning*, et une salle pour la pratique des sports de combat (Muay Thai, Boxe Française, Jiu-Jitsu et autres). Le bâtiment a une surface de presque 2.500m<sup>2</sup>, dont environ 200m<sup>2</sup> sont occupés par le cabinet de kinésithérapie.

Le cabinet de kinésithérapie a six ans et il a déjà eu plusieurs formats. À l'entrée il y a la réception avec des chaises et le bureau pour la réceptionniste. Juste après en tournant à gauche, il y a trois vélos *spinning* et trois tapis roulant. Ensuite, le salon s'ouvre et on peut voir disposées cinq machines de musculation (leg extension, leg press, extension machine fessiers, abducteurs et adducteurs machine, poulie réglable), suivies par six tables de massage fixes. D'un côté, on voit la porte de la salle d'esthétique, de l'autre une porte qui amène au hall où se trouve le café, le salon coiffeur et les accès à la piscine, aux toilettes, à l'ascenseur et aux escaliers pour monter au premier étage. Au fond à droite, il y a une salle pour l'anamnèse et une table de massage électrique.

Les appareils de kinésithérapie sont rangés sur des tables roulantes. Beaucoup d'appareils classiques sont utilisés (l'électrothérapie et la photothérapie, par exemple les ultrasons, l'électrostimulation, les ondes courtes et l'infra rouge) associés à d'autres techniques comme l'acupuncture et ostéopathie. Une variété de boules, *thera-band*, cônes, barres de rééducation, *tape bande* et autres accessoires thérapeutiques sont disposés dans un placard.

Le partenaire principal a choisi de se dédier exclusivement à la gestion du cabinet, encore qu'il soit aussi kinésithérapeute. Les autres ont tous un deuxième lieu de travail en parallèle, mais ils gardent au moins trois demi-journée par semaine au cabinet. Les réceptionnistes font la médiation entre les clients et les praticiens mais, chacun des kinésithérapeutes est responsable d'organiser son agenda.

Quand la salle d'anamnèse est disponible d'autres professionnels louent l'espace par heure de travail, ainsi donc aucun professionnel n'est embauché. Souvent, ils sont deux acupuncteurs et un nutritionniste. Plus rarement, une spécialiste en esthétique s'y rend également. Il faut remarquer la minorité des femmes parmi les professionnels qui sont au cabinet. Elles sont limitées aux deux réceptionnistes, à l'esthéticienne et une stagiaire sur trois.

Le cabinet fonctionne du lundi au vendredi, de 7h00 à 20h30, sauf les jours fériés. La pause entre 13h00 et 14h30 était prévue pour le déjeuner des fonctionnaires. Dans la routine chaque kinésithérapeute s'occupe d'un.e client.e par heure. Les stagiaires sont là pour le cas où il faudrait surveiller plusieurs client.e.s simultanément. La prescription du traitement est toujours élaborée par le kinésithérapeute, mais souvent exécutée par le stagiaire.

Le prix de chaque séance varie entre R\$50,00 et R\$200,00 (entre 15€ et 40€, à peu près)<sup>3</sup>, selon de service ou le forfait choisi par les client.e.s. Par exemple, une personne inscrite dans un programme de sport ou pour la musculation, peut profiter d'un abaissement du prix de la kinésithérapie. Aussi, pas mal d'athlètes font le traitement gratuitement car le cabinet est soit partenaire, soit même investisseur de l'équipe.

En outre, quelques client.e.s disposent d'un contrat privé d'assurance santé. Dans ce cas, un certain montant de procédures plus simples est couvert, mais la quantité de séances est limitée. L'administration n'a pas été claire avec nous sur ce type de contrat ni sur le possible remboursement effectué par la sécurité social.

Le cabinet public de kinésithérapie est implanté dans une des plus violentes banlieues de la ville où la population vit en situation de précarité et sous la menace constante des bandits. La terreur est constante dans les alentours.

Il a été créé à la fin des années 70, dans un plan de santé publique d'assistance aux victimes de la lèpre. Dans une première phase, une fabrique de prothèses et d'orthèses a été construite, et le service de kinésithérapie a été mis en marche. De nos jours, parallèlement à l'activité médicale, plusieurs services pour les enfants et les adultes fonctionnent de façon plus ou moins intégrée, notamment d'infirmierie, d'ergonomie, d'orthophonie, d'accompagnement psychologique et d'assistance sociale.

Ce complexe paramédical est le centre de référence pour le traitement des handicapés, mais il s'occupe aussi du soin de personnes affectées par des troubles neurologiques ou d'autres types de traumatismes du système locomoteur. Le cabinet de kinésithérapie a ouvert ses

---

<sup>3</sup> Pour avoir de référence, le Décret 8.618/2015 a fixé le salaire minimum (le correspondant au SMIC mensuel en France) à R\$880,00 (à peu près 220€), l'équivalent à 1€/h. Disponible en : [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8618.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8618.htm)

portes il y a un ans, après être demeuré fermé pendant trois années pour la restauration et le réaménagement du bâtiment.

Le cabinet de kinésithérapie est installé au fond du bâtiment, dans un salon en forme de « L » d'à peu près 170m<sup>2</sup>. L'entrée donne sur une salle d'attente délimitée par une paroi. Cinq chaises sont disponibles pour ceux qui y arrivent. Les secrétaires sont assises à l'arrière d'une table, coincée entre deux armoires (une archive pour les clients en traitement et l'autre pour les fournitures de bureau).

Après la paroi, s'ouvre le premier salon appelé département d'orthopédie. Il y a un vélo ergomètre, un espalier de physiothérapie et deux étagères pour des appareils thérapeutiques. En face de l'entrée, la salle est divisée en cinq autres cabines de 4m<sup>2</sup>, chacune munie d'une table de massage fixe. À droite, il y en a six autres, mais seulement deux sont utilisées pour faire l'anamnèse car dans les autres il n'y a pas de table de massage ; ainsi donc y sont entreposés les appareils cassés.

Le département de neurologie adulte est un salon situé après les cabines. Il comporte deux larges tables de massage fixes, un vélo ergomètre, un espalier de physiothérapie et des barres parallèles pour la rééducation à la marche.

Les secrétaires (deux à chaque demi journée) s'occupent d'appeler les patients<sup>4</sup> et d'organiser les agendas des praticien.ne.s. Il y a une liste d'attente d'une centaine de personnes car la demande est trop importante par rapport à ce que le service peut prendre en charge. Parfois, quelques patients vont chercher un service dans un autre établissement, par exemple à la faculté publique de kinésithérapie et d'ergonomie à cause du temps d'attente trop long, mais le type de traitement offert n'est pas de la même spécialité.

Chaque patient a droit à une série de dix ou quinze séances, renouvelable une fois si le kinésithérapeute traitant croit encore qu'il a besoin d'accompagnement. Si le patient est absent à deux séances consécutives ou trois séances intercalées, le traitement est interrompu tout de suite et son nom retourne dans la liste d'attente. Une fois le traitement terminé, les patients sont invités à consulter leur médecin traitant pour avoir une séance de contrôle. Certains porteurs de maladies graves reprennent leur place dans la liste d'attente, pour être appelés à nouveau quelques mois ou même un an plus tard.

Dans le cabinet, il y a douze kinésithérapeutes dont trois hommes. Il faut avoir été admis dans un concours d'État pour être embauché et pouvoir exercer le métier. Tous et

---

<sup>4</sup> Nous reproduisons ici le langage entre les kinésithérapeutes de chaque cabinet. Nous avons remarqué que dans le cabinet privé on parle de « client » alors que dans le cabinet public on parle de « patient ». Le mot traduit le rapport hiérarchique entre le professionnel et l'utilisateur du service.

toutes ont un autre lieu de travail, mais sont censés être au cabinet cinq heures par jour, du lundi au vendredi.

Traditionnellement, l'administrateur du centre médical est soit un médecin, soit un kinésithérapeute, en raison de la spécificité des services. Néanmoins, la responsable actuelle est une comptable spécialisée en administration de services publics. L'emploi a un côté politique et est soumis aux indications directes du Secrétariat de Santé.

### **Les étapes de l'action :**

La recherche sur le terrain a été faite au long de deux mois consécutifs. Au mois de mars, nous sommes resté pendant toute la journée au cabinet privé. Nous accompagnions l'équipe de professionnels dans sa routine. La 'prise de note' était faite dans les intervalles prévus selon le planning établi par le kinésithérapeute responsable. Les clients en observation venaient deux ou trois fois par semaine, donc au bout de deux semaines nous connaissions déjà la totalité des clients en traitement. Une douzaine de clients, hommes et femmes de tous âges, est reçue chaque demi-journée.

Ensuite, au mois d'avril, nous sommes allés à l'établissement de kinésithérapie du service public. Le fait que la salle où se sont déroulées les séances soit large et qu'il y ait une grande quantité de clients en traitement simultanément nous a obligé à couper en deux le temps d'observation. Dans les quinze premiers jours nous avons accompagné l'équipe de travail pendant la matinée et dans la dernière semaine nous avons observé l'équipe l'après-midi. Nous avons été informé qu'il était prévu une semaine de congés, sans aucune perte pour la recherche. Chaque kinésithérapeute s'occupait d'au moins trois client.e.s d'un seul coup, ce qui fait la somme de quinze personnes par heure, la plupart adultes ou jeunes de plus de seize ans. La vitesse à laquelle les séances se déroulaient nous a obligé à enregistrer immédiatement sur place ce qu'on observait et à le transcrire ultérieurement.

A la fin de chaque mois, un rapport d'observation a été envoyé au responsable administratif de chaque établissement. C'était une façon de contribuer à l'amélioration du service et de remercier l'accueil fait à notre équipe de recherche.

La construction d'une base théorique s'est déroulée au long de la récolte sur le terrain, suivie de la phase d'analyse des données. Finalement, la synthèse des résultats et l'écriture d'un mémoire ont été effectués au mois de juin.

Notre démarche a constitué à être capable de décrire et d'analyser au moins un cas parmi ceux que nous avons décrits au moment de la construction du sujet de recherche. Au

bout de deux mois de recherche, nous n'avons rencontré aucune occurrence d'un adolescent à présenter comme exemple dans la recherche.

Entre praticiens, nous ne savons pas expliquer pourquoi l'arrivée de clients est saisonnière. Par exemple, dès qu'il arrivait une personne affectée par une rupture d'un ligament quelconque, d'autres cas semblables arrivaient ensuite. De façon que, au bout de quelque mois, nous n'accompagnions plus que des personnes souffrant du même type de malaise. Au fur et à mesure que ces gens étaient guéris, le groupe bougeait et d'autres personnes porteuses d'une affection semblable arrivaient.

Au moment où nous avons commencé la recherche sur le terrain, des jeunes de moins de vingt ans étaient sur la sortie. Nous avons accompagné à leur tour des hommes d'âges variés avec des douleurs dans la cuisse droite ou au pied. Une exception est le groupe de ceux qui subissent plusieurs chirurgies, notamment des athlètes. Deux personnes ont mentionné un questionnement lié à un moment de changement dans leur biographie, comme le décès de l'épouse, associé à une lourde souffrance, encore que souvent une peur diffuse était présente en arrière-fond pour tous.

### **Enjeux et atouts :**

La démarche méthodologique en ethnographie s'est montrée être l'enjeu le plus difficile à transposer. Jouer le double rôle de kinésithérapeute et d'ethnologue nous a fait éprouver un stress physique et mental. La solution a consisté à faire deux ou trois repos programmés au long d'une journée d'observation participante. Toutes les deux heures d'activité, nous avons fait quinze ou vingt minutes de pause.

La méthode ethnographique exige l'immersion pendant d'une large période pour incorporer la culture du groupe, objet de la recherche. Un mois dans chaque cabinet risque d'avoir été un peu court pour vivre leur réalité et former des bases solides pour l'analyse concrète. En définitive, nous sommes satisfait d'avoir eu au moins un exemple pour chacun des quatre groupes d'hommes initialement décrits.

En outre, la plupart des clients étaient des femmes ou des hommes d'âge assez avancé, i.e. un public en dehors de l'univers que nous nous sommes proposé d'étudier, et pourtant cela n'a pas empêché pour autant le déroulement de notre recherche. En tout cas, nous nous sommes lancé aussi comme kinésithérapeute de l'équipe pour pouvoir accéder à des informants privilégiés.

Le fait d'être kinésithérapeute nous a facilité l'accès aux clients, à leur histoire de vie, leur parcours en tant que malade. De plus, avoir une bonne réputation auprès de nos collègues de métier nous a fortement légitimé en tant que chercheur.

D'autre part, nous avons pris le risque d'avoir mis davantage en évidence nos savoirs médicaux que le rôle du chercheur. Par une question d'éthique, nous avons choisi d'intervenir dans la pratique professionnelle de nos collègues quand leur conduite pouvait mettre en danger l'intégrité physique du client ou du praticien. Toutefois, nous croyons que nos interventions n'ont pas modifié les résultats de la recherche.

L'observation participante a rendu possible un regard critique sur la façon dont nous exerçons le métier et l'impact que nos actions ont sur la vie des gens qui viennent à nous en demandant de l'aide. Les études en kinésiologie sont carrément vouées à la biomécanique, à la diminution de la douleur et à la rééducation physique, à la quête d'une normalité qui devient inexistante à partir du moment où l'humain est réduit à son aspect biologique. La façon mécanique avec laquelle beaucoup de nos collègues travaillent nous a surpris.

Le fait d'avoir un professionnel qui donne attention à la personne, qui l'écoute et fait un effort pour la comprendre dans ses angoisses a contribué au bon résultat du traitement. Sans s'en apercevoir, nous avons joué le rôle d'aide-soignant, i.e. d'un spécialiste disponible pour s'occuper de l'individu et non seulement d'une maladie ou d'un malade, quelqu'un qui s'intéresse à la personne. Nous osons dire qu'il existe peut-être un manque d'attention dans l'exercice de la kinésithérapie.

Par ailleurs, le niveau social de l'utilisateur du service détermine la posture du kinésithérapeute. L'attitude du professionnel devient plus émotionnelle et moins technique à mesure que le « client » devient un « patient ». Nous ne saurions pas dire s'il en est ainsi à cause du rapport de classe ou si véritablement les plus vulnérables demandent une approche plus ouverte, presque familière ou intime. Dans tous les cas, il fallait que le kinésithérapeute se dépouille absolument de lui-même (de ses envies, ses inquiétudes, ses préjugés, etc.), pour mieux accueillir les gens et leurs demandes.

Nous croyons que les pratiques du corps seraient un moyen d'éveiller les hommes à une plus grande perception de soi. Le Conseil Régional des Kinésithérapeutes et Ergothérapeutes déclare qu'il y a sept institutions pour la formation en Kinésithérapie dans l'état du Pará, soit cinq privées et deux publiques. En 2016, il y a 6 246 professionnels en activité éparpillés dans les cinq états de la région nord du pays, dont 2 454 appartiennent à

l'état du Pará. En tant qu'agents de santé, les kinésithérapeutes peuvent contribuer à la construction d'une société plus égalitaire.

La base théorique de la Sociologie, et par la suite les sciences humaines, contribuent énormément à la consolidation d'une pensée humanitaire. Le kinésithérapeute pourrait aider l'individu moins vulnérable à gérer ses faiblesses avec peu de souffrance, au fur et à mesure qu'il réussirait à faire attention à la structure du rapport de genre, d'origine (classe sociale et « race »). À partir de cette recherche, nous avons envie de mettre en place dans notre cabinet une approche compréhensive de l'autre.

## **BELÉM : L'IDENTITÉ ET LA VILLE**

L'identité locale est fortement attachée au territoire mais plus encore à la ville. Historiquement, Belém, dans son mythe fondateur, est dite la capitale de l'Amazonie, encore que Manaus ait aussi une importance énorme dans le développement de la région. Les belenenses<sup>5</sup> se revendiquent un caractère révolutionnaire, innovateur et unique dans leur façon d'être. On parle d'un peuple fier de ses origines indigène, portugaise et noire, un métissage qui a créé le « paraense<sup>6</sup> de souche ».

Le peuple trouve ses racines dans la révolution contre la monarchie impérialiste, dans la religion chrétienne et dans le rapport avec la nature, un mélange apparemment incohérent d'un premier regard, mais qui est plein de signification pour la population locale. A partir de ces trois aspects de l'identité, nous introduirons le thème corps, santé et masculinité sans être exhaustif dans notre explication car nous risquerions de trop nous écarter de l'objectif de cette recherche dès lors que d'autres éléments comme la nourriture, la musique, le langage pourraient être évoqués.

Pour faire simple, nous décrivons la ville à partir de quelques chiffres démographiques. Nous sommes intrigué par le mot « marron » qui est utilisé pour faire référence à une « peau ou race » dans la grille d'analyse de ces données statistiques. Par la suite, nous profiterons de cette référence pour établir un rapport entre les trois thèmes qui font appel à l'identité locale.

A la fin, nous nous efforcerons à décrire le système de santé local et les enjeux autour du soin des hommes. Un double défi se présente pour les agents de santé engagés dans le domaine de la santé des hommes. D'abord, lutter contre la mentalité du sens commun, qui est aussi enracinée dans l'attitude du cadre de santé, selon laquelle tout homme est a priori violent, et qu'il doit alors être puni et ne pas être soigné. Ensuite, travailler à rendre les hommes soucieux de leur corps, de leur santé, et de prendre les mesures de prévention sans se sentir blessés dans leur virilité.

### **Identité et symbolismes:**

Belém se situe dans le delta du fleuve Amazone au nord du Brésil, et est la capitale de l'état du Pará. Fondée pendant la colonisation portugaise il y a 400 ans, elle a vécu des années

---

<sup>5</sup> « **Belenense** » : relatif à une personne née dans la ville de Belém, capitale de l'état du Pará au Brésil. (N.A.)

<sup>6</sup> « **Paraense** » : se dit de ceux qui sont nés dans le territoire de l'état du Pará, au nord du Brésil. (N.A.)

de développement économique et social entre les années 1870 et 1911 grâce à l'exportation de caoutchouc.

Le dernier recensement démographique<sup>7</sup>, effectué en 2010, montre que la population urbaine à Belém est de 1 393 399 habitants (le chiffre monte à 2 101 883 hab. dans la grande métropole, i.e. zones urbaines plus zones rurales), ce qui fait une densité de 1,3 hab./m<sup>2</sup> dans la ville.

Sur les catégories de sexe, l'estimation est de 659 008 individus de sexe masculin et 737 391 de sexe féminin. La majorité (65,5%) de la population se déclare « marron » quand elle est interrogée sur sa 'peau ou race'. Par ailleurs, 25,8% des individus se disent blancs alors que 7,5% se reconnaissent noirs (moins de 1% se déclarent « indigènes », « jaunes », ou n'ont rien déclaré).

Le choix d'une catégorisation en sexes, races ou couleurs de peau pourrait être questionné, mais ce n'est pas l'objectif de notre recherche. En tout cas, le biotype « marron » comme identité locale est une donnée importante à analyser. Nous supposons que la couleur « marron » évoque des représentations d'un imaginaire. Par exemple, l'image ci-dessous (Photo 01), parue sur la première page d'un magazine local, montre un pêcheur en train de sortir du fleuve en portant un gros poisson (le *Pirarucu*) sur son dos – un travail journalier dans les villes du bord du fleuve.



Photo 01: «A pesca do Pirarucu no Amazonas» de Ricardo Oliveira.

---

<sup>7</sup> ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO MUNICÍPIO DE BELÉM, v.16, 2011, p.411 – Belém : Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão, 2012.

L'image est riche en nuances de « marron », qui vont du plus foncé présent sur la peau du pêcheur à l'aspect de thé de l'eau du fleuve, en contraste avec le bois au fond. De plus, son corps dénudé, ses bras allongés au dessus de la tête pour supporter la charge, le mouvement de la marche, tout en lui fait référence au mythe de l'homme qui domine par sa force physique la nature. Enfin, le « marron », ne fait-il pas appel à quelque identité ?

MAUÉS (2001) remarque que l'identité du peuple dans l'Amazonie occidentale est composée de trois éléments : d'une part, par la mémoire de la révolte populaire « *Cabanagem* » (moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle) encore vivement présente dans le sentiment des gens originaires des villages les plus touchés ; deuxièmement, par les célébrations catholiques des saints populaires, spécialement le « *Círio*<sup>8</sup> de Nossa Senhora de Nazaré » ; et finalement par les personnages mythiques présents dans les rituels de guérison encore pratiqués par les caboclos<sup>9</sup>, en particulier dans la figure du « boto » (dauphin d'eau douce). Dans le même sens, RIBEIRO (2015) affirme que cette identité régionale porte en elle la somme des caractéristiques des riverains, du caboclo et du paraense dans un mélange complexe des faits historiques et symboliques.

Il y a un fort rapport historique lié à la « *Cabanagem* », révolution sociale déclenchée à Belém contre le pouvoir autoritaire exercé par les portugais et cariocas<sup>10</sup> au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Le mouvement s'inscrit dans le panorama politique de l'époque précédant la Proclamation de la République. RICCI (2006) explique que l'intérêt commun de la libération a réuni plusieurs ethnies (indigènes, noirs, métissés) autour d'une même identité, un sentiment « patriote ». L'auteur remarque que, à ce moment de l'histoire du Brésil, il n'y avait pas encore la notion de nation ou de patrie, aucun mythe ou roman national (les symboles de la patrie viendront après la proclamation de la république, au cours du XX<sup>ème</sup> siècle). Le sentiment qui a motivé le mouvement de la « *Cabanagem* » est celui d'une appartenance locale, soit au territoire soit à une culture régionale.

Le mouvement trouve ses racines dans l'Illuminisme et les révolutions qui ont agité l'Europe quelques siècles auparavant. D'influence anarchiste, la « *Cabanagem* » a provoqué un moment de grande incertitude à Belém et dans d'autres villes d'égale importance de la région. Les révolutionnaires prêchaient une vraie absence de gouvernement. Tous ceux qui ont voulu tirer parti du bouleversement social pour obtenir des profits économiques ou

---

<sup>8</sup> « **Círio** » veut dire « cierge », en français. Le nom de l'événement vient de l'acte d'apporter au long de la procession, des bougies ou une sculpture d'une partie du corps faite en cire, en référence à de grâces obtenues par l'intercession de la Vierge Marie. (N.A.)

<sup>9</sup> **CABOCLO** n.m. (mot brésil.) À l'origine, métis d'Indien et de Portugais ou au XVIII<sup>e</sup> s., sang-mêlé brésilien, par opposition aux Portugais de la métropole. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/caboclo/11899?q=caboclo#11745>.

<sup>10</sup> « **Carioca** » se dit de ceux qui sont nés à Rio de Janeiro, ville au sud-est du Brésil. Elle a été la capitale du Brésil de 1763 à 1960. (N.A.)

politiques, ont été tués ou obligés à fuir. Il en fut de même pour les chefs du mouvement ! (RICCI, 2006)

Les études historiques les plus récentes démontrent que la « Cabanagem » est plus proche de l'idéologie indépendantiste forgée dans l'Amérique de colonisation espagnole et dans les Caraïbes que des mouvements politiques anti-esclavagistes ou républicains du nord-est et du sud du pays. RICCI (2012) défend une théorie selon laquelle l'Amazonie occidentale a été aussi l'un des lieux de la construction d'un savoir contre le système colonialiste, du côté disons idéologique, mais surtout un lieu fertile pour la mise en place des techniques de la lutte armée, de la guerre pour être juste, d'une action engagée pour la résistance contre un pouvoir dominant quelconque.

La quête de cette identité révolutionnaire peut être encore vue dans l'imaginaire local. Souvent, quand il y a des manifestations contre les abus commis par des politicien.ne.s, la « Cabanagem » est évoquée comme racine idéologique de la lutte contre la domination institutionnalisée. La création d'un musée en mémoire à la révolte de la « Cabanagem » permet de garder encore vivant ce sentiment révolutionnaire dans les mentalités. Ici, le « marron » est un anarchiste qui porte en soi la libre pensée et n'a aucune peur de donner sa vie pour ce qu'il croit être juste.

Le mouvement s'est fini après plus de trente mille morts, entre Francs-maçons, hommes politiques, et révolutionnaires. L'armée s'est servie de ses moyens pour essayer d'étouffer le mouvement. Toutefois, L'Église catholique, engagée pour la cause révolutionnaire au début, a dû intervenir pour rétablir la paix et aider au retour de l'ordre dans la vie quotidienne de la ville, déstructuré par la terreur utilisée stratégiquement par les révolutionnaires. (RICCI, 2012)

Il faut dire que les Jésuites ont été les premiers colonisateurs de l'Amazonie. Cette présence catholique, héritage des Portugais, est aperçue dans le nom de la ville « Belém » (jadis « *Santa Maria de Belém do Grão-Pará* ») et dans le calendrier, plein de célébrations religieuses qui mobilisent la région tout au long de l'année. Peut-être que la célébration la plus importante est le « *Círio de Nazaré* », en hommage à la mère de Jésus. Plusieurs versions d'un mythe peuvent être racontées selon la tradition locale, toutefois elles ont en commun la figure du bon et pieux sauvage.

Il s'agit d'un chasseur qui a trouvé une statue de la Vierge de Nazareth dans la forêt au bord d'un ruisseau. Il apporte la statue chez lui comme souvenir mais, à l'aube, elle a mystérieusement disparu pour être retrouvée à nouveau à la même place qu'auparavant, au

bord de l'eau. La scène s'est répétée plusieurs fois jusqu'au moment où il a décidé de bâtir un autel à Notre Dame de Nazareth à la limite de la ville où il a trouvé la statue.

Dans ce conte, le « marron » est un homme bon, croyant et disponible à l'œuvre de Dieu. À l'intérieur de la forêt (sa nature), il trouve les nourritures pour le corps (la chasse, l'eau, des poissons) mais aussi pour l'esprit (soit Dieu manifesté dans la statue miraculeuse de la Vierge). Symboliquement, l'homme trouve son chemin de salut au sein de l'Église catholique.

En quelques mots, le « *Círio de Nazaré* » consiste à répéter l'acte d'aller chercher la statue dans le lieu où elle a été trouvée initialement. Il s'agit plutôt d'une procession qui conduit la statue en partant de la Cathédrale - au centre ville - jusqu'à la Basilique - des l'autre côté de la ville. La première procession officielle date de 1793 (ALMEIDA, 2013). Le culte à la Vierge et ce pèlerinage à l'autel ont été les embryons de la célébration. De nos jours, elle réunit plus de deux millions de personnes à Belém. Pour les catholiques de la ville, le « *Círio de Nazaré* » est aussi voire plus important que le jour de Noël. (MAUÉS, 2008)

Même si la dévotion à Notre Dame a été introduite par les Jésuites, les cultes et les manifestations de foi ont toujours connu une façon populaire d'être vécus. Pour ne pas dire qu'ils sont contraires à ce que prêche l'Église, on dirait qu'ils sont souvent bien marqués par des actes non orthodoxes. Ainsi, l'histoire du « *Círio de Nazaré* » a été traversée (et continue à l'être !) par des dissonances entre l'envie du peuple et celles de l'institution ecclésiastique (ALMEIDA, 2013). Les polémiques autour de la « *corda do Círio* » et la « *Festa das filhas da Chiquitas* » sont deux exemples d'une identité locale non institutionnalisée.

La corde est un élément incorporé à la procession plus récemment, à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle. Une fois, un orage a fait s'enfoncer dans la boue la sellette qui portait la statue de la Vierge Marie, à mi-chemin entre les églises (site internet : *Portal do Círio*). Le peuple a dû amarrer une grosse corde au chariot pour le pousser jusqu'à l'arrivée (Photo 02). Prendre la corde pour porter la statue de la Vierge Marie est devenu une démonstration de force et de dévotion, vivement condamnée par les organisateurs la fête à partir du moment où ce ne sont plus eux qui portaient l'image, mais la foule.

Les « marron » sont ici des gens costauds, habitués aux travaux lourds et prêts à affronter n'importe quel obstacle. Il est possible de voir dans l'image (photo 2)<sup>11</sup> la foule qui tient la corde pour faire avancer le chariot petit en apparence au fond de l'image.

---

<sup>11</sup> Capturé le 17/06/2016. Accessible en <http://extra.globo.com/noticias/rio/imagem-peregrina-de-nossa-senhora-de-nazare-chega-ao-rio-escortada-por-uma-guarda-pra-la-de-especial-17050377.html>



Photo 02 : « Círio de Nazaré. ». Les fidèles, la corde et la sellette au fond. (Auteur non identifié).

Plus récemment, dans les années 70, les travestis et transsexuels attendaient que le cortège qui suit la statue de la Vierge Marie arrive à la Basilique pour lui rendre leurs hommages : c'est « *a Festa das filhas da Chiquita* »<sup>12</sup>, naguère appelée « Festa da Maria Chiquita »<sup>13</sup>. Le nom fait une comparaison entre « Marie », la sainte mère de Jésus, et « Chiquita », une femme noire martiniquaise personnage du carnaval au Brésil. Pour eux, le sacré est important mais n'impose aucun obstacle à leur Genre ou à leur origine ('race' et classe). (ALMEIDA, 2013) Les fêtards soutiennent que bien avant qu'apparaissent les « *gay pride parade* », les artistes, les folkloristes, les gays et lesbiennes de Belém défilaient déjà dans la rue pour se faire voir et entendre. Ils / elles montraient leur dévotion à Notre Dame de Nazareth à leur façon, disons créative et débauchée. (RIBEIRO, 2015)

La fête, en plein air sur la place de la République, commence aussitôt après le passage de la procession et dure jusqu'à l'aurore, peu avant la première messe du dimanche. Tous et toutes sont bienvenus pour s'amuser !

Dans l'image<sup>14</sup> ci-dessous (Photo 03), on voit un *go-go boy* et deux travesties dans leurs performances sur scène. Au fond, on distingue la foule et un café appelé « *Bar do Parque* », point de rencontre traditionnel des artistes. Les « marron » ici sont surtout des gays et lesbiennes qui sont présents dans la vie de la ville.

<sup>12</sup> La fête des filles de la Chiquita

<sup>13</sup> Fête de la Marie Chiquita (T.A.)

<sup>14</sup> Capturé le 17/06/2016. Disponible à l'adresse ; <http://n.i.uol.com.br/ultnot/0910/11chiquita.jpg>



Photo 03 : « Festa das Chiquitas ». (Auteur non identifié.e).

RIBEIRO (2015) affirme que le public qui fréquente la fête a changé depuis les années 90. Chaque année, la violence augmente au fur et à mesure qu'augmente le nombre de jeunes noirs, pauvres et originaires des quartiers sensibles. Au début, la célébration était un point de rencontre pour ceux qui vivaient à la marge, surtout des artistes et des militant.e.s engagé.e.s dans les mouvements sociaux, des personnes qui contestaient les structures rigides de la société. Néanmoins, la fête « *Filhas da Chiquita* » garde en soi l'expression de la dualité. On peut y trouver le sacré et le profane, le bien et le mal, le noir et le blanc, le pur et l'impur. « Marron » est le caboclo, i.e. le bon chrétien mais aussi l'anarchiste, le travesti. Souvent « caboclo » est l'autre, un individu d'une origine et d'un statut social différent de celui dans lequel je me reconnais.

MAUÉS (2006) explique que le dualisme fait partie de l'identité du peuple local. Selon l'auteur, la culture et l'environnement sont indissociables de l'être humain quand on parle du caboclo. L'individu est attaché au fleuve, à la forêt. C'est dans ce mélange qu'on retrouve la figure du « boto ». Ce dauphin d'eau douce est un poisson mais aussi un mammifère, un double aspect qui lui confère une certaine humanité.

La légende parle de ce personnage, le « boto », qui assume la forme d'homme pour pouvoir sortir du fleuve et séduire les filles. Un autre conte parle d'une femme tellement belle qu'elle pourrait faire tourner la tête d'un homme au point de le rendre complètement fou. On dit même qu'il y en a qui fait l'amour avec le « boto ». Les gens de la ville se moquent de ce type de légendes avec la prétention d'être plus intellectualisés que les riverains. Pour eux, ce

sont des histoires pour expliquer des maladies graves, ou l'homosexualité, ou encore pour justifier une grossesse sans dénoncer le vrai responsable, et garder la pureté de la fille. Il y a même ceux qui disent avoir joué le rôle du « boto » pour parler de leurs aventures sexuelles ! (MAUÉS, 2008)

Le « marron » ici a une double identité, d'homme et d'animal. MAUÉS (2008) compare le « boto » et d'autres personnages de la forêt aux mythes du loup-garou et des sorcières présents dans l'imaginaire des pays du nord. Le fait que ces mythes aient été créés après la colonisation portugaise est frappant, encore que le lien ne soit pas clair et que d'autres contes similaires existent au sein de la mythologie indigène. L'auteur suggère l'existence d'un mythe universel, un imaginaire commun à l'esprit humain.

L'idée d'un modèle universel apparaît dans la construction de la masculinité. CONNELL (1992) développe cette pensée en prenant pour base des données historiques, linguistiques et sociales. En quelques mots, l'auteur défend la thèse que la masculinité est hégémonique dans toutes les cultures.

### **Identité et masculinité :**

CONNELL<sup>15</sup> explique encore que la définition de la virilité et de la masculinité n'est pas évidente, tout comme la relation entre ces termes. Ces concepts sont une construction sociale donc ils ont des caractéristiques contextuelles et changeantes dans le temps. Il convient alors de parler de masculinités (au pluriel) qui s'articulent pour la formation de modèles susceptibles d'orienter efficacement les enjeux des rapports de sexe au quotidien. Parfois, l'aspect idéal-typique de ces modèles ne correspond pas à la réalité de ces hommes observés au quotidien dans le cabinet de kinésithérapie.

Les études sur le rapport entre corps et masculinités au Brésil datent de la fin des années 80. GOLDENBERG (2005) remarque la montée d'études académiques s'intéressant à « l'importance du corps et de la construction du genre dans notre culture », notamment au long des années 90 quand la « culture du corps » est devenue une obsession.

GIFFIN (2005) remarque qu'au tout début des années 60 les femmes engagées n'ont pas encore permis la participation des hommes dans le militantisme et la recherche sur les

---

<sup>15</sup> CONNELL, Robert W. *et all* Masculinidades Hegemônicas: repensando o conceito. Revista Estudos Feministas 21(1) 424. Florianópolis: 2013.

thématiques dites féministes : sexualité, droit de reproduction, avortement. Cet empêchement était un acte contre la domination masculine.

PIMENTEL (2011) montre dans ses recherches que le modèle de masculinité à Belém traverse un moment de rupture par rapport aux théories actuelles sur la masculinité. Le modèle hégémonique n'est plus le dominant. Le symbole du pénis érectile et de la pénétration sexuelle perdent peu à peu leur signification de virilité et de puissance, au bénéfice d'autres caractéristiques comme le lien affectif avec des amis et amies, la capacité à écouter et à dialoguer, et le développement personnel ou la construction d'un sens critique à travers la littérature, l'art, le sport. L'auteur ne généralise pas ses résultats en reconnaissant que plusieurs expressions de masculinité coexistent dans ce moment de transition et que ses données ne peuvent être comprises que sous un regard historique. En outre, elle insiste sur l'importance du travail coordonné entre les institutions de l'État et la famille pour la construction d'un masculin plus sensible aux autres, et donc d'une identité non-violente.

### **Masculinité et santé :**

Sensible aux enjeux liés au masculin, le Ministère de la Santé a institutionnalisé la Politique Nationale d'Attention Intégrale à la Santé de l'homme – PNAISH (Brasil, 2008). Le but est de diminuer les taux de morbidité et de mortalité des hommes, considérés comme élevés en comparaison à ceux des femmes. De plus, ces mesures envisagent la création d'espaces dans le service de santé (hôpitaux, cliniques spécialisées, services en général) où les hommes pourraient être mieux accueillis dans leurs besoins en tant qu'hommes. À la suite de cette loi, un département stratégique a été créé depuis 2008 dans chaque état de la fédération pour s'occuper de l'attention en termes de santé et prise de conscience des hommes pour le soin personnel.

A Belém, les actions de santé auprès des hommes se limitent au niveau primaire d'intervention, i.e. le dépistage pour diabète, hépatite, hypertension et cancer de prostate (la campagne « novembre bleu » promue par l'Organisation Mondiale de Santé), bien que les études en sciences humaines et sociales sur les questions entre masculin, corps et santé remontent aux années 80. Le Secrétariat investit aussi dans des conférences auprès des usagers pour les rendre plus soucieux de leur santé, ainsi qu'à des cours de formation pour améliorer la capacité des équipes d'agents de santé. En arrière-plan, il y a une lutte contre la violence des hommes vers eux-mêmes et les autres ainsi qu'un effort pour défaire l'idée que l'action en santé auprès des hommes est restreinte à l'appareil reproducteur.

Néanmoins, SEPARAVICH & CANESQUI (2013) attirent l'attention sur le risque de mettre les hommes en condition de victimes, sans prendre en compte le rapport de pouvoir et domination qu'il y a dans le processus de socialisation entre les sexes. Les auteurs mentionnent que la question du genre devient encore plus évidente quand les données statistiques montrent que des facteurs externes (exposition à une situation de risque, accident automobile, violence) sont les causes les plus fréquentes de décès pour les hommes entre 20 et 59 ans. Pour ces auteurs, il est important d'avoir toujours une approche relationnelle de façon à penser le genre dans la construction de l'identité des hommes et du corps masculin. Une posture qui n'est pas toujours acquise quand on parle de politique publique en santé.

La tendance est souvent de médicaliser le corps en le réduisant à son aspect biologique, autrement dit de s'occuper des difficultés d'érection et non de la relation affective, ou encore des fonctions reproductives en détriment de la perception du soi. Le pénis revient sur scène comme le symbole du masculin viril, le sexe fort. Parfois, le corps masculin n'est même pas sujet dans l'intervention mais apparaît secondaire par rapport à d'autres aspects comme le rôle du sexe, ce qui renforce l'idée d'une masculinité hégémonique (GOMES et al., 2014).

KOHN et al (2010) ajoutent que le manque d'un regard sur le genre à l'intérieur du système de santé au Brésil fait que les hommes ont encore plus de difficulté à avoir accès aux services de santé, à prendre des mesures préventives et à apprendre à se soigner. La caricature d'un homme viril incompatible avec une faiblesse associée aux traitements de santé prédomine encore. En résumé, l'imaginaire de ce que doit être un vrai homme est nocif aux hommes. Au résultat, les hommes ne sont pas accueillis dans le service de santé public, i.e. il n'y a pas de place pour eux.

L'intervention en santé publique ne peut pas être détachée du contexte de sa mise en application. Nous avons vu que la construction de l'identité locale a des racines dans l'histoire avec la révolution de la « *Cabanagem* », dans la religion et ses symboles, et dans les mythes comme une affirmation d'appartenance à un territoire ou à environnement particuliers.

La construction du masculin garde les traces d'une pensée hégémonique identifiée dans la relation de l'homme avec son corps et la santé, mais aussi dans la façon dont le système de santé idéalise l'approche aux hommes. Corps, santé et identité (identité masculine, dans le cadre de cette recherche) sont des facettes d'une même structure biaisée par le genre.

## RESULTATS ET DISCUSSION

L'observation participante nous a permis le recul nécessaire pour jeter un regard critique sur la pratique de la kinésithérapie ainsi que sur la construction du masculin à partir du traitement en kinésithérapie.

Le corps émerge comme sujet d'étude entre l'univers biomédical et l'univers sociologique pour donner un sens aux pratiques corporelles entretenues par des hommes dans la quête ou dans l'affirmation de leurs masculinités.

Dans ce processus de reconnaissance de soi, la souffrance et la peur sont deux composants auxquels il faut faire face. Le masculin n'a pas un sens en soi, il se construit dans la relation avec l'autre dans un conflit où le genre, ou encore la négation du genre féminin et tout ce que lui ressemble, balise ce qui doit être attendu comme viril. Alors, il faut nier en soi la présence de l'autre, une violence aperçue dans les registres corporels.

Le travail en kinésithérapie intervient justement sur le registre corporel, les blessures, la douleur. Dans cette partie nous proposons un bilan par rapport au cadre théorique et ce que nous avons vu sur le terrain.

LE BRETON (2010) annonce que l'existence de l'homme est corporelle. C'est à travers la construction sur le corps que chaque société se structure, dès lors le corps appartient de plein droit à la recherche identitaire de l'homme. C'est là la légitimité des études Anthropologique sur le corps et les pratiques corporelles.

En Kinésithérapie, le corps est en même temps un instrument de travail et un objet d'étude dans les pratiques professionnelles. Couramment pris à travers le prisme de la biomécanique, le corps porte en soi l'expression de l'individu ainsi que ses représentations sociales. L'expérience professionnelle nous a montré que les gestes, ici synonymes aussi de « pratiques corporelles », sont les limites de toute technique de soin en kinésiologie.

Dans nos périodes d'observation participative, nous avons noté que l'individu n'a pas forcément un nom mais il a toujours une impossibilité qui le définit. Entre praticiens, nous nous faisons référence au « monsieur qui claudique sur la jambe droite » pour rappeler de M. J.P., par exemple. Peut-être que cette pratique est un héritage de l'approche médicale.

Souvent les traitements sous le regard de la kinésithérapie finissent par une réflexion du type : « quand on parle du corps, est-ce que ce ne serait pas le corps lui-même qui parle ? Ou encore, est-ce qu'on parle de ce corps qui parle ? ». Ces questionnements nous montrent que

le corps est conçu et s'inscrit dans un monde social qui l'organise, avant même d'être composé par de structures biologiques (d'os, muscles, articulations, etc.). Les kinés dissent que le corps parle, ou encore, pour aller plus loin, que « le corps a ses raisons », titre de l'œuvre majeure de Thérèse BERTHERAT.

MEIDANI (2001) affirme que ce n'est pas l'individu qui s'inscrit dans un groupe social, mais d'abord les normes et les valeurs qui sont inscrites dans son corps. Les marques du social propres à l'individu sont incorporées de façon à lui permettre de rendre possible ses pratiques corporelles.

C'est le cas des stagiaires encore en apprentissage du métier de kinésithérapeute. Nous avons remarqué l'insistance de l'encadrant du cabinet privé sur la posture du praticien, sur sa façon de toucher l'autre, la manualité etc. Il faut que le futur professionnel incorpore les gestes pour pouvoir pratiquer les techniques.

Néanmoins, le fait que les kinésithérapeutes ne pratiquent pas sur eux les techniques qu'ils recommandent aux gens nous a surpris. Pour les kinésithérapeutes hommes, il était encore plus difficile de reconnaître qu'eux-mêmes avaient le besoin d'être soignés. A un moment donné, nous avons dû intervenir auprès d'eux pour qu'ils puissent être disponibles pour se traiter les uns les autres.

Nous avons remarqué que dans le cabinet privé, trois des cinq kinésithérapeutes cumulaient des chirurgies ou des malaises d'ordre orthopédique, avec un comportement vraiment viril. Tous avaient du mal à accepter l'aide d'un collègue, sauf quand ils ne pouvaient plus travailler ou surtout quand ils ne pouvaient plus pratiquer du sport.

Dans le cabinet public, les kinésithérapeutes s'entraidaient plus facilement. Les femmes, parlaient plus librement de leurs douleurs et demandaient alors souvent l'intervention d'une collègue de travail pendant une pause. Un des kinésithérapeutes hommes nous a demandé, avec les indications d'une collègue, d'appliquer la technique de rééducation posturale globale car il avait mal au dos.

Nous avons constaté que les hommes ne trouvent pas la place pour faire attention à leur corps. Ils cherchent plutôt le sport comme affirmation de soi et n'ont pas de mots pour décrire leur souffrance. De plus, ne pas reconnaître qu'ils ont besoin d'aide et de trouver une façon et le lieu pour être soigné sans se sentir aussitôt blessés dans leur virilité rend encore plus difficile le traitement.

Parallèlement au rapport de sexe à la question du genre, BOLTANSKI (1971) parle de la différence dans la relation soignant – soigné.e selon la classe sociale. Nous avons déjà mentionné la différence entre « client » et « patient » selon le point de vue des praticiens de

chaque cabinet. Du point de vue des usagers, dans le cabinet public le kinésithérapeute était vu comme celui qui possède le savoir spécifique pour rendre « meilleure » la santé, le « docteur » (i.e. celui qui peut guérir). Le fait d'avoir fait des études confère un statut plus important aux kinés par rapport aux usagers dont la plupart n'a pas eu la chance d'achever voire de commencer des études.

Par ailleurs, dans le cabinet privé, les kinésithérapeutes entretenaient un rapport d'amitié avec les usagers. Ils ne provenaient pas forcément du même milieu social, mais le fait d'avoir une formation supérieure leur conférait le même statut, celui d'un professionnel.

Nous avons aperçu que la formation professionnelle a donné accès à une couche sociale plus aisée pour deux kinésithérapeutes qui sont entrés plus tard comme partenaires dans le cabinet privé.

Nous avons senti que, au sein des équipes de travail dans les deux cabinets, nos collègues nous ont pris pour un personnage important, soit pour avoir suivi une formation en France, soit pour être le fils d'une kinésithérapeute renommée à Belém. Pour eux, il y avait un décalage de classe. Un collègue m'a dit : « tu es le premier kinésithérapeute fils d'une kinésithérapeute dans l'état du Pará. » Un fait qui pour lui semblait important.

Souvent, dans le cabinet public, la provenance était un motif de moquerie, une attitude que n'est jamais apparue dans le cabinet privé. Dans les deux cas, la référence au lieu de socialisation servait pour affirmer l'identité et le statut social.

Par exemple, Humberto s'est cassé le talon droit. Il a vécu pendant son enfance dans un quartier sensible. Au début de chaque séance, quand la kinésithérapeute l'interrogeait s'il avait encore une douleur dans la cheville pendant la marche, il répondait : « Pas beaucoup, mais je peux déjà échapper au bandit ! » Et là, tous autour se moquaient de lui.

De même, M. J.P. ressentait une douleur dans la cuisse droite, précisément à la hanche. Dès qu'il a commencé la kinésithérapie il nous a dit qu'il allait beaucoup mieux, mais qu'il ne se sentait pas encore assez fier de lui pour monter à cheval comme d'habitude. Portugais d'origine, il a vécu son enfance dans la ferme de ses parents sur l'île du Marajó, région connue pour l'élevage de bétail, buffles et chevaux.

Leurs cas nous font penser à ce que MAUÉS (2001) a dit sur les racines du caboclo de la région. Si nous pouvons établir un lien de comparaison entre les deux, M. J.P. parlait plus de la souche paraense, de son amour pour les traditions locales et de son plaisir à manger la nourriture typique de la région, tandis que Humberto mettait plutôt en évidence la lutte pour vaincre dans la vie et ne pas se laisser affaiblir par les difficultés de la vie. En outre, les deux portaient en soi une souffrance directement ou indirectement liée au malaise physique.

M. J.P. a 63 ans, dont 40 consacrés à la profession de chirurgien esthétique. Encore en activité, il lui arrive parfois de faire trois chirurgies de 2h30 par jour, celles les plus compliquées. Il raconte que, il y a deux ans à peu près, une crise de neuropathie diabétique lui a affecté la jambe gauche. Symptôme exagéré, selon lui, parce que le taux de glucose n'était pas si élevé. Il ne boit pas d'alcool, mais déclare manger volontairement et avoir fumé pendant 20 ans. Après son rétablissement, craignant le vieillissement, il a commencé à pratiquer des exercices (méthode Pilates), mais avec une charge au-delà de ce que recommandait le praticien : à la place de faire dix répétitions d'un mouvement donné, il en faisait trente. Au bout de trois mois, il a ressenti une douleur dans la hanche qui l'empêchait de se tenir debout. Actuellement, il a peur d'avoir une arthrose et de devoir se soumettre à la chirurgie.

WELZER-LANG (2010) parle de la construction du masculin et de la peur de l'autre en soi. Être homme n'a pas une signification en soi mais seulement à partir du moment où je nie tous les caractères associés aux « autres » (femmes, gays, enfants, vieux) en moi. Le récit de M. J.P. nous donne un exemple concret de son apprentissage de ce que c'est qu'être un homme et être viril, dans son cas être fort et toujours actif (du côté professionnel du moins), mais non sans aucune souffrance. Il a peur de s'exposer à ce qui le rend fragile et similaire aux autres.

De son côté, Humberto est un jeune de 36 ans, robuste, qui pratiquait la musculation et la course cinq jours sur sept, toutes les semaines depuis ses vingt ans et jusqu'au décès de son père, il y a six ans. Cette perte lui a fait beaucoup du mal, et il a vraiment perdu le plaisir de vivre. Il ne boit plus d'alcool non plus et fait rarement des exercices physiques. Sa vie émotionnelle est devenue encore plus difficile après une querelle juridique avec sa sœur à cause de l'héritage. Récemment, il a été opéré au pied après une fracture au talon, ce qui l'empêche encore de travailler.

A la façon dont il raconte son histoire, les yeux bas, le ton nostalgique de sa voix, nous avons pu apercevoir la profondeur de la blessure laissée par la perte de son père. La maturité en tant qu'homme est venue à partir d'une rupture chargée de tristesse. PIMENTEL (2011) cite le père et le grand-père comme les modèles de masculinité les plus mentionnés par les hommes à Belém. Ainsi, le décès du père pourrait être vécu comme la perte d'un modèle, ce qui justifie le manque de sens dans la vie par suite.

Nous avons retrouvé un ressenti semblable dans le récit de C.A. Il a 44 ans, et a travaillé pendant 27 ans comme gendarme. Il y a onze mois, sa femme est morte dans le même accident de moto qui lui a coûté sa jambe droite, amputée. Du jour au lendemain, il a

perdu son épouse, son travail et il devait en parallèle s'occuper de sa fille de six ans. Il raconte que l'épisode a déclenché les symptômes d'une dépression émotionnelle dont il ne se sent pas encore complètement guéri. Il s'engage dans une relation avec une autre femme, pense recommencer sa vie et trouver un autre emploi.

C.A. a cherché le cabinet de kinésithérapie du service public pour suivre le traitement recommandé avant d'acheter la prothèse. Tout au long des séances, son discours revenait souvent sur le souvenir de son épouse. Il nous a fait voir les dernières photos d'eux ensemble et aussi les images de l'accident et il nous racontait combien son absence le rendait vulnérable. Il devient ému quand il pense à l'approche de la date de décès de son épouse.

La posture de C.A. après la perte de sa femme dans l'accident nous a fait penser à la définition de WELZER-LANG (2001) de ce que c'est qu'être viril. L'auteur affirme que la virilité est la puissance physique sous la forme érectile du pénis. Le sexe qui pénètre établit une différence entre le partenaire actif et les autres sont réduits à un rôle passif dans la relation. Puissance et membre érectile montrent que, pour le modèle dominant, la masculinité signifie être toujours actif. Nous supposons que C.A. pense que sa masculinité est associée au fait de posséder une femme et une famille.

Nous avons pu noter que dans le discours de ces trois hommes la kinésithérapie a pu intervenir positivement. Par ailleurs, dans le cas plus grave où toucher n'est pas possible, la kinésithérapie n'a pas grand-chose à faire. L'investissement de l'individu dans son parcours de malade est important.

Par exemple, Nazareno a perdu sa femme il y a 4 ans. Au moment de son arrivée pour la première fois dans le cabinet de kinésithérapie du service public il nous a raconté qu'il a mal au dos depuis que son épouse est morte. Par son visage fixe, nous avons pu constater qu'il souffrait d'une douleur importante et il était tellement sensibilisé qu'il n'a pas supporté être touché au dos dans l'anamnèse physique. Il nous a déclaré son énorme désespoir car il risquait de perdre son emploi. Les professionnelles responsables ont décidé de lui recommander de chercher une aide psychologique avant de revenir à la kinésithérapie car elles ont cru que la douleur avait un arrière-fond dans le trauma émotionnel.

Cette attitude de la kinésithérapeute traitante est un exemple qui illustre combien les services en santé ne sont pas encore assez attentifs aux hommes dans leurs besoins. Malheureusement, ce n'est pas un cas isolé dans le cabinet du service public.

Dans le cabinet de kinésithérapie privé, nous avons accompagné l'histoire de Michel, un jeune musicien de 24 ans. Il raconte ses pérégrinations auprès de six médecins de spécialités différentes pour arriver au diagnostic de bursite dans les talons. Il a dû abandonner

sa carrière de batteur et changer de profession par manque d'un traitement adéquat. Avant cet épisode, il n'avait jamais eu besoin d'aucun service de santé, i.e. il n'était pas soucieux de son corps. Actuellement, il fréquente le cabinet de kinésithérapie et la salle de musculation trois fois par semaine, parallèlement au traitement recommandé par le médecin.

WELZER-LANG (2001) mentionne que dans les travaux domestiques, les femmes sont plutôt préventives tandis que les hommes sont plutôt curatifs. Nous osons dire que dans le rapport au corps et à la santé, les hommes conservent une posture identique. Ils s'approprient un discours médical pour justifier leurs pratiques du sport et perpétuer ainsi la violence contre eux-mêmes à la base de la construction de leur masculin, comme le dénonce cet auteur.

Jorginho est commerçant, il a 30 ans. Il fréquente la salle de musculation et a cherché le cabinet de kinésithérapie de ses collègues pour guérir d'une douleur dans la hanche gauche, proche à la région inguinale. Nous l'avons reçu pour trois séances de rééducation posturale globale. Malgré la douleur et les problèmes de posture, son objectif était de reprendre la pratique du tennis et football car son médecin lui a recommandé de ne jamais arrêter un sport. Il tient aussi le sport comme un loisir.

L'histoire d'Alan est un autre exemple. Il a 36 ans et joue au football depuis l'adolescence. Quand il avait 20 ans, il a poursuivi afin de devenir joueur professionnel dans une équipe au nord-est du pays. Venant d'une famille riche, il a été chassé du club au bénéfice d'autres jeunes qui venaient d'un milieu social défavorisé. Depuis, il n'a jamais arrêté de pratiquer ce sport même après deux opérations chirurgicales au genou. Seulement une fois, après cinq mois de traitement, il a senti qu'il n'allait pas bien et il a perdu un peu l'envie de continuer à être actif. Il nous a dit que c'est normal à un moment de la vie de se soumettre à une intervention chirurgicale et que beaucoup de ses amis en ont déjà subies plusieurs. Il insiste à dire que le sport c'est la santé.

Dans un traitement de kinésithérapie, les usagers sont mis en contact avec leurs faiblesses. Se soumettre à la kinésithérapie peut faire bouger les structures de l'individu et parfois émerger une quête à l'identité.

Souvent les usagers du service font appel à une racine, dans le cas des hommes, à l'affirmation de leur genre, de leur virilité. Ainsi peut surgir une mémoire qui se réfère à l'identité locale, à l'histoire personnelle, à un passé encore présent et qui, par la suite, éclaire ce que c'est qu'être un homme, masculin et viril.

Une autre stratégie serait de faire que la thérapie de rééducation physique devienne aussi une pratique virilisante. C'est un artifice longtemps pratiqué dans les cas où les chirurgies sont incontournable, et alors elles sont vécues comme des trophées ou d'autres symboles du masculin. Ainsi, achever un traitement acquiert la même signification de vaincre un championnat, ou franchir un gros obstacle, par exemple.

Le corps est vu comme un champ de bataille. En arrière-fond, il y a toujours une souffrance, soit une douleur physique soit une origine émotionnelle. Depuis longtemps les sociologues dénoncent qu'exposer la puissance de son corps fasse partie du masculin.

Nous avons aperçu dans notre passage sur le terrain que les outils thérapeutiques en kinésiologie sont favorables pour aider les hommes en voie de changement. Néanmoins, la structure sociale autour d'eux n'est pas favorable pour les accueillir dans leurs besoins et impose encore d'autres limites en plus de celles déjà existantes du fait du rapport au corps et à la maladie.

## CONSIDÉRATIONS FINALES

« Les hommes en changement », tel est le titre du colloque dirigé pour WELZER-LANG<sup>16</sup> déjà en 2004 sur la résistance masculine aux changements. Cette conclusion résume le panorama post-féminisme où l'on observe l'intention des hommes de repenser leur masculinité. Les questions liées à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle et à la représentation du masculin arrivent aussi aux cabinets de spécialistes paramédicaux.

Le corps, la santé et l'identité des hommes sont les trois axes centraux de notre recherche. Nous sommes parti de l'hypothèse qu'un trouble de santé pourrait être un moment de rupture dans la construction de l'identité masculine. Ainsi, nous croyons que, face à des enjeux liés au corps, les hommes pourraient s'éveiller à une nouvelle conscience de soi, i.e., une expression d'une masculinité moins agressive.

L'originalité de notre recherche repose sur le fait qu'il y a peu de travaux en Sciences Humaines sur la kinésithérapie et l'influence de ce métier dans la construction social du corps à ce jour.

Nous avons choisi la méthode d'observation ethnographique, dans une approche sociologique compréhensive. Nous avons suivi la routine dans deux cabinets de

---

<sup>16</sup> WELZER-LANG Daniel (dir.) *Les hommes en changement - Acts du séminaire européen sur les résistances masculines aux changements*. Toulouse, 2014.

kinésithérapie, un privé et l'autre public. Le but était d'accompagner les séances de kinésithérapie des hommes adultes pour connaître leur discours sur leur maladie et sur leur corps.

Le développement de la pensée féministe nous a apporté la compréhension de la façon dont le pouvoir dominant s'approprié le corps par des actes de violence, réels ou symboliques. La violence est une tactique pour troubler l'autre et ainsi garantir le contrôle, la maintenance du pouvoir patriarcale.

D'ailleurs, pour un homme, le trouble dans son corps est vu comme une menace à sa condition d'homme viril. Le malaise ou la maladie lui fait repenser son identité, sa condition sociale d'homme. Les recherches sur la thématique du corps des hommes ouvrent le terrain pour une compréhension plus profonde de l'homme, non seulement comme outil du virilisme, instrument de l'ordre social, mais également dans sa condition existentielle d'être humain.

A partir de cette recherche, nous nous sommes intéressé à la question éthique dans le soin des hommes. Est-il possible d'entendre le trouble qui se cache derrière la souffrance d'un homme ? Est-il possible d'aider un homme à saisir sa propre identité de manière respectueuse ou moins violente avec les autres et lui ? Nous proposons que la kinésithérapie devienne un outil de prise de conscience et de transformation pour les hommes en changement, pour la société contemporaine.

Le résultat de l'observation sur le terrain nous montre que l'ambiance créée par l'approche thérapeutique en kinésithérapie est favorable pour accueillir les hommes dans leurs besoins. Toutefois, les impositions du social, la socialisation, les gestes confèrent encore d'autres difficultés qui limitent ou même empêchent que les hommes puissent avancer dans leurs parcours de changement.

Par ailleurs, le système de santé n'offre pas les moyens suffisants pour que les hommes trouvent une place pour parler de leurs soucis. Souvent ils sont chassés des centres de santé par les soignantes. Parfois, l'argument présenté est tout simplement l'affirmation d'un sens commun que les hommes ne tombent jamais malades. D'autre fois, une attitude consiste à prendre tous les hommes pour des violeurs et ils ne sont alors pas dignes d'être soignés.

Pour une meilleure compréhension des hommes et de leurs particularités par rapport à leur santé, il faudra prendre conscience que le corps et par suite l'identité masculine sont des aspects genrés. Entre le corps, l'identité masculine et la santé des hommes, il y a la culture.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALMEIDA, Ivone « É dia de festa : reflexão sobre os movimentos de transformação do Círio de Nazaré e sua relação com o espaço da cidade de Belém/PA » Revista Conexão – Comunicação e Cultura, v.12, nº24, Caxias do Sul : 2013.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO MUNICÍPIO DE BELÉM, v.16, 2011, p.411 – Belém : Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão, 2012.

BERGER Peter et LUCKMANN Thomas. « La construction sociale de la réalité » Paris : ARMAND COLIN ÉDITEUR, 2012.

BOLTANSKI, Luc. « Les usages sociaux du corps » In : Annales. Economies, Société, Civilisations. 26<sup>e</sup> année, N.1, 1971. Pp 205-233.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas « Política nacional de atenção integral à saúde do homem ». Brasília, DF, 2008.

CASTELLS Manuel. « Le pouvoir de l'identité. » Paris : FAYARD, 1999.

CONNELL, Robert W. et all Masculinidades Hegemônicas: repensando o conceito. Revista Estudos Feministas 21(1) 424. Florianópolis: 2013.

\_\_\_\_\_ « A very straight gay: masculinity, homosexual experience, and the dynamic of gender. » American Sociological Review, Vol. 57 N°6 , 1992.

CUCHE, Denys « A noção de cultura nas ciências sociais » Bauru : EDUSC, 1999.

Dossiê « Círio de Nazaré » Rio de Janeiro : IPHAN, 2006.

DUBAR Claude. « La crise des identités – l'interprétation d'une mutation. » Paris : PUF, 2000.

GOMES, Romeu *et al* « Corps masculinos no campo da saúde : ancoragem na literatura »  
Ciência & Saúde Coletiva, 19(1) : 2014. p 165-172.

GOMES, Romeu « sexualidade masculina e saúde do homem : proposta para uma discussão »  
Revista Ciência & Saúde Coletiva, 8(3) : 2003. p 825-829.

KOHN, Kelly Cristina *et al* « A invisibilidade do homem: olhar de gênero para as práticas em  
saúde » 2011. Disponible en : [http://www.cime2011.org/home/panel5/cime2011\\_P5\\_KellyCristinaKohn.pdf](http://www.cime2011.org/home/panel5/cime2011_P5_KellyCristinaKohn.pdf)

LE BRETON David. « Anthropologie du corps et modernité » PUF, Paris, 2010.

\_\_\_\_\_ « Mauss et la naissance de la sociologie du corps », Revue du MAUSS : 2010/2  
N° 36.

\_\_\_\_\_ « Sociabilité Masculine des quartiers de grands ensembles : mépris et lutte pour  
la reconnaissance », La pensée de midi : 2008/2 N 24-25.

\_\_\_\_\_ « Vers la fin du corps : cyberculture et identité », Revue Internationale de  
philosophie : 2002/4 N°222.

\_\_\_\_\_ « La sociologie du corps » Paris : PUF, 2012.

MAUES, Raymundo Heraldo « Um aspecto da diversidade cultural do caboclo amazônico »  
*in* VIEIRA, Célia Guimarães *et al.* (org.) « Diversidade biológica da Amazônia » Belém :  
Museu Paraense Emílio Gøeldi, 2001.

\_\_\_\_\_ « O simbolismo e o boto na Amazônia : religiosidade, religião, identidade. » VIII  
Encontro Nacional de História Oral, Rio Branco : 2006.

\_\_\_\_\_ « O Círio de Nazaré identidade regional amazônica » Revista Espaço e Cultura  
N° 24, Rio de Janeiro : UERJ, 2008.

MEIDANI, Anastasia « Les fabriques du corps » Toulouse : Presses Universitaire du Mirail : 2007.

QUIVY Raymond et CAMPENHOUDT Luc Van. « Manuel de recherche en sciences sociales. » 3<sup>e</sup> édition Paris : DUNOD, 2006.

PIMENTEL, Adelma. Interrogando Masculinidades em Belém do Pará. Revista Contextos Clínicos vol.4 n.1. Unisinos, 2011.

RIBEIRO, Milton « “E a Quadrilha Toda Grita... Viva a Filha Da Chiquita!” » Disponible en : <http://pontourbe.revues.org/2646> ; DOI : 10.4000/pontourbe.2646

RICCI, Magda « Cabanagem, cidadania e identidade revolucionária : o problema do patriotismo na Amazônia entre 1835 e 1840 » Tempo Revista do Departamento de História da UFF, vol. 11, Rio de Janeiro : 2006.

\_\_\_\_\_ « Llagas de guerra y actos de fe política : la « Cabanagem » en la narrativa historiográfica y antropológica » Boletín Americanista, Año LXII 1, nº64, Barcelona : 2012. pp 33 - 57.

SEPARAVICH, Marco Antônio et CANESQUI, Ana Maria « Saúde do homem e masculinidades na política nacional de atenção integral à saúde do homem : uma revisão bibliográfica » Revista Saúde e Sociedade, v. 22, nº2, São Paulo : 2013. p 415-428.

VIGARELLO *et al* Histoire de la virilité, Paris, Le Seuil, 2011.

WELZER-LANG Daniel. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. Revista Estudos Feministas Caderno Pagu: 2001.

\_\_\_\_\_ « Violence et masculinité », Montpellier, éditions Scrupules, 1998.

\_\_\_\_\_ « La mixité non ségrégative confrontée aux construction du masculin », Revue française de pédagogie [En ligne], 2010.

WELZER-LANG Daniel (dir.) « *Les hommes en changement - Acts du séminaire européen sur les résistances masculines aux changements.* » Toulouse: 2014.

## SITES INTERNET VISITÉS

BRASIL, Priscilla « As filhas da Chiquita » Documentaire, 52 min., production indépendante: 2011. Disponible en: [www.youtube.com/watch?v=7Cu\\_mt2SXBC](http://www.youtube.com/watch?v=7Cu_mt2SXBC)

DICK, Kirby « Outrage » produced by Chain Camera Pictures, financed by Sundance Institute. EUA: 2009. Disponible en: [www.youtube.com/watch?v=vYwH0MVHMJI](http://www.youtube.com/watch?v=vYwH0MVHMJI) .

FENDER, Brian « Dick: the documentary »: 2008. Trailer disponible en: [www.youtube.com/watch?v=Huwgh Cmd0eg](http://www.youtube.com/watch?v=Huwgh Cmd0eg) .

Grupo Gay da Bahia (GGB): <https://grupogaydabahia.com.br/>

ONU Brésil. Disponible en : <http://www.onu.org.br/>

Põe na Roda : <https://www.youtube.com/channel/UC1cpNboD3WmXMq4wFt6C2eA>

Portal do Círio. [www.ciriodenazare.com.br](http://www.ciriodenazare.com.br)

Secrétariat de Santé de l'état du Pará. Sur les action en matière de politiques publiques et santé des hommes : <http://www.saude.pa.gov.br>

« What's a g0y »: 2011. Disponible en : [www.youtube.com/watch?v=vH0XD3 T1CWY](http://www.youtube.com/watch?v=vH0XD3 T1CWY)