



la **Santé** *en action*

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Dossier

Genre et santé

Soins aux nourrissons

Les femmes assument
l'essentiel

Prostitution

Les médiatrices de Grisélidis

Activité physique

Nouvelles recommandations

Petite enfance

Santé et statut migratoire
des parents

LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

Une revue de référence et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yvèlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Fnes), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health – LIH), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Laetitia Haroutunian** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Santé publique France), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Couverture : **ANTES Horst, Figure masquée sur fond jaune** © Adagp, Paris, 2017
Photographies : **ordre selon l'apparition Bernard Plossu / Signatures, Laura Montaudoin / Grisélidis, Jean-Luc Maby / RMN, Sandrine Expilly / RMN, Michel Vialle / RMN, Thérèse Le Prat / RMN, Dietrich Graf / RMN, Thierry Le Mage / RMN, VILLERS André / RMN / © Adagp, Paris, 2017, Raphaël Helle / Signatures, Bernard Le Bars / Signatures**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 3^e trimestre 2017
Tirage : 10.000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Petite enfance

4 _ « *Les femmes continuent d'assumer l'essentiel des soins au nourrisson parce qu'elles n'ont pas le choix* »

Entretien avec Olivia Samuel

Santé communautaire

6 _ « *Les prostituées remplissent une fonction essentielle dans notre équipe d'intervention* »

Entretien avec Krystel Odobet



© BPK, Berlin, Dist. RMN-Grand Palais / ElleWaldorf © ADAGP, Paris, 2017

3

Dossier

GENRE ET SANTÉ

Coordination :

Yaëlle Amsellem-Mainguy, Maud Gelly, Arthur Vuattoux

Introduction

8 _ Yaëlle Amsellem-Mainguy, Maud Gelly, Arthur Vuattoux

« *Appréhender la santé comme un révélateur social des rapports de pouvoir* »

10 _ Entretien avec Nathalie Bajos

Mobilisations pour la santé des femmes aux États-Unis : approche socio-historique

13 _ Marie Ménoiret

Accompagnement des mères pendant la grossesse : des discours différenciés

16 _ Jérôme Camus, Nathalie Oria

Hommes en formation de sage-femme : des étudiants singuliers, des profils pluriels

18 _ Alice Olivier

Femmes et hommes face au renoncement aux soins

20 _ Héléna Revil

Santé et travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention

22 _ Florence Chappert, Pascale Mercieca

« *Questionner les rapports de pouvoir entre masculin et féminin* »

24 _ Entretien avec Carine Favier

Éducation à la sexualité dans les collèges en France : la place du genre

26 _ Laurence Communal

Travailler le genre à l'école : « une approche transversale, au-delà de l'éducation sexuelle »

28 _ Entretien avec Amélie Delanoy

Figures et écarts de genre dans la clinique de l'exil

30 _ Laure Wolmark

Travailler auprès de femmes précaires en Guyane : enjeux locaux et questions de genre

32 _ Lesley Porte

La médecine face aux violences de genre

34 _ Patrick Chariot

Agir auprès des hommes pour lutter contre les violences : l'exemple du Québec

36 _ Rémi Bilodeau

Un dispositif de santé communautaire à destination des personnes trans

38 _ Collectif

Boire et fumer restent marqués par le genre

40 _ Margot Annequin, Christine Hamelin, France Lert et l'équipe 11 du CESP

Pour en savoir plus

42 _ Laetitia Haroutunian

Activité physique et santé

46 _ **Activité physique et sédentarité : une synthèse vulgarisée des nouvelles recommandations**

Hélène Escalon et le groupe de travail « Vulgarisation des recommandations activité physique – Sédentarité »

Parents immigrés et santé des enfants

49 _ **Statut migratoire des parents et inégalités de santé dans la petite enfance**

Bárbara Castillo Rico, Lidia Panico

Lectures

51 _ Laetitia Haroutunian, Sandie Boya

Sommaire

La Santé en action N° 441

« Les femmes continuent d'assumer l'essentiel des soins au nourrisson, parce qu'elles n'ont pas le choix »

Entretien avec Olivia Samuel,

maîtresse de conférences à l'université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, laboratoire Professions, institutions, temporalités (Printemps), chercheuse associée à l'Institut national d'études démographiques (INED).

La Santé en action : Comment les modèles d'organisation de la vie familiale se sont-ils transformés au cours des dernières années ?

Olivia Samuel : Les mutations qui ont marqué les dernières décennies sont bien connues. La diversification des formes d'union et la multiplication des naissances hors mariage, l'augmentation des divorces et des séparations, la maîtrise de la procréation avec la contraception, le développement de l'emploi des femmes ont conduit aux recompositions de l'organisation familiale que nous connaissons aujourd'hui et qui ont un impact sur la parentalité.

Désormais, la majorité des couples sont biactifs, les femmes travaillent souvent à temps plein, ce qui produit des changements dans la prise en charge des enfants. Jusqu'aux années 1970, les femmes qui travaillaient abandonnaient souvent leur activité professionnelle pour se consacrer à leurs enfants et, après un certain temps, la reprenaient éventuellement. Depuis, la donne a changé et les femmes cumulent leur activité professionnelle et leurs responsabilités familiales, même si une partie d'entre elles arrêtent temporairement de travailler dans les premiers temps après une naissance.

Si la division du travail domestique ou ménager reste très mal partagée entre les hommes et les femmes, l'implication des pères dans le travail parental a incontestablement progressé. Ils s'occupent davantage des enfants à mesure qu'ils grandissent, à la fois dans l'éducation et les loisirs.

S. A. : Vous décryptez les modalités et ressorts de la répartition du travail parental lors des premiers mois de la vie de l'enfant, quels sont les principaux résultats de vos recherches ?

O. S. : Nos sources reposent sur deux enquêtes. L'Enquête longitudinale française depuis l'enfance¹ (ELFE) est une étude longitudinale consacrée au suivi de 20 000 enfants, de leur naissance à l'âge adulte, afin de comprendre comment l'environnement, l'entourage familial et les conditions de vie influencent leur développement et leur santé. L'autre enquête est qualitative, fondée sur des entretiens menés auprès d'une vingtaine de familles suivies pendant trois ans à partir de la grossesse². Dès la naissance, les mères vivent un face à face avec leur bébé. Le congé paternel n'est que de onze jours et il n'est pas toujours pris en totalité ; le congé maternité dure deux mois et demi, souvent avec une prolongation. Pendant cette première période, les femmes effectuent la plupart des tâches du soin, même si les hommes participent plus ponctuellement à coucher le bébé, donner le bain ou le biberon et plus rarement à changer les couches. S'il y a des enfants aînés, le père les prend davantage en charge, tandis que la mère reporte son temps sur le nourrisson.

L'ESSENTIEL

▣ Si l'implication des pères dans le travail parental a incontestablement progressé, les femmes continuent d'assumer l'essentiel de la prise en charge des nourrissons au cours des premiers mois après la naissance. Si les pères peuvent coucher le bébé, lui donner le biberon ou parfois le bain, l'essentiel de la prise en charge incombe aux mères, même lorsqu'elles allaitent ou ont repris le travail.

▣ Il faut cependant souligner que les pères ne sont pas forcément soutenus dans ce rôle. Il y a donc une responsabilité individuelle et sociétale : conseils et apprentissages devraient être donnés aux mères comme aux pères. Le discours tenu aux parents devrait intégrer que l'un n'est pas plus compétent par nature que l'autre.

Pour les femmes qui font le choix de l'allaitement, on pourrait penser que cette « surcharge » est compensée par plus de tâches effectuées par les pères. Ce n'est pas le cas. Dans ces couples, les pères ne participent pas plus au travail parental que les autres.

S. A. : La division du travail parental semble très prégnante dans les familles avec de jeunes enfants. Qu'est-ce qui reste fortement « genré » dans la place et le rôle de chaque parent ?

O. S. : Les soins au nourrisson témoignent de cette division. Les pères apprécient comme les mères de donner à manger au bébé et de lui donner son bain, même si en pratique ils le font



© Bernard Plossur/Signatures

« LES ACTES DE SOINS NE RELÈVENT PAS DE COMPÉTENCES INNÉES, MAIS D'APPRENTISSAGES DE GESTES. COMME LES PÈRES LES PRATIQUENT PEU, ILS ACQUIÈRENT MOINS CES COMPÉTENCES. »

moins que celles-ci. En revanche, soigner les irritations de la peau, couper les ongles, moucher le bébé enrhumé sont des gestes qu'ils n'aiment pas faire et qui sont délégués aux mères. Pour beaucoup, ils craignent par exemple de faire mal au tout-petit, une peur que les femmes sont, elles, obligées de surmonter ; elles continuent d'assumer les soins au nourrisson qu'elles apprécient peu, parce qu'elles n'ont pas le choix. Or ces actes de soins ne relèvent pas de compétences innées, mais d'apprentissage de gestes. Et comme les pères les pratiquent peu ou pas, ils n'acquièrent pas ces compétences au fil des semaines. Ce qui fait qu'une routine s'installe. Si bien que lorsque les femmes ont repris leur travail, elles continuent de prendre en charge ces soins. Ce qui a été mis en place pendant le congé maternité perdue, y compris les visites régulières chez le pédiatre, qu'elles assument plus que les pères.

S. A. : Comment les rôles maternel et paternel se construisent-ils et quels sont les déterminants de l'intervention « genrée » de chaque parent ?

O. S. : La plupart des couples qui attendent un enfant se préparent pour accueillir une petite fille ou un petit

garçon, et cette mobilisation s'organise autour d'une division sexuée des rôles parentaux, avec un investissement maternel plus prononcé. Avant l'accouchement, nous constatons que les futures mères sont plus investies dans la préparation de l'arrivée du bébé, qu'il s'agisse de préparer la garde-robe, de choisir la décoration de la chambre ou d'organiser le futur mode de garde du bébé. Et ce, même si les futurs pères s'impliquent en réalisant les travaux de la chambre, en choisissant avec la mère un prénom, ou en étant présents à certaines consultations lors du suivi médical de la grossesse. Le congé de fin de grossesse laisse plus de temps pour un investissement féminin plus important, mais il y a d'autres raisons à ce différentiel d'investissement. Les femmes endossent un rôle, qui leur est largement imposé par la société. Plus marginalement, certains pères, qui voudraient en faire plus et se mêler par exemple de l'achat des vêtements du bébé, se retrouvent parfois disqualifiés par leur conjointe. Les mères jugent souvent que les vêtements qu'ils vont choisir ne sont pas pratiques ou pas jolis. Cette implication différente des pères et des mères semble indépendante du sexe du bébé à naître : ainsi, il n'y a pas

de prérogative particulière des pères sur les vêtements ou les chambres destinés aux garçons.

S. A. : Quelles recommandations pourraient être adressées aux professionnels pour faire évoluer cet état de fait ?

O. S. : Ces derniers ont un rôle important à jouer lors du séjour à la maternité, pendant les premiers jours de la vie de l'enfant. Le discours tenu aux parents devrait intégrer que l'un n'est pas plus compétent par nature que l'autre. De ce fait, les conseils et les apprentissages doivent être donnés aux mères comme aux pères, que ce soit le soin du cordon, les soins d'hygiène, l'alimentation, les visites chez le médecin, les vaccins. Ainsi, les deux parents seront susceptibles aussi bien l'un que l'autre d'accomplir pour leur enfant ces gestes essentiels et cet accompagnement. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Contact : olivia.samuel@ined.fr

1. <http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/>

2. Cette recherche a été financée par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et l'Agence nationale de la recherche (ANR) et a été réalisée par une équipe composée de Carole Brugeilles, Christine Hamelin, Anne Paillet, Agnès Pélage, Catherine Rollet (†) et Olivia Samuel.

« Les prostituées remplissent une fonction essentielle dans notre équipe d'intervention »

Entretien avec Krystel Odobet,

codirectrice, chargée de développement et de communication, association Griséliidis, Toulouse.

La Santé en action : Quelles sont les missions de l'association et à quel public s'adresse-t-elle ?

Krystel Odobet : Griséliidis est née il y a quinze ans de la rencontre entre travailleuses du sexe et militantes féministes. Nous avons une démarche de santé communautaire, d'intervention par les pairs : la présence de personnes concernées – à savoir des prostituées – au sein même de notre

équipe d'intervention, de notre structure, nous différencie de la plupart des associations qui interviennent auprès des prostituées. En d'autres termes, les prostituées remplissent une fonction essentielle dans notre équipe d'intervention. Cela nous permet d'adapter nos missions aux besoins réels du terrain, que ce soit en matière de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections

sexuellement transmissibles, les inégalités de santé, les violences et le combat pour l'accès aux soins, à l'hébergement et à l'emploi, à la carte de séjour ou au droit d'asile.

La majorité des personnes que nous rencontrons lors de nos maraudes de nuit sont des femmes (95 %), dont 98 % sont des migrantes, principalement originaires d'Afrique subsaharienne – en particulier du Nigéria – et dans une moindre mesure d'Europe de l'Est : Roumanie, Albanie, Bulgarie. Nos maraudes sur Internet (voir ci-après, *NDLR*) nous mettent en contact avec un public plus diversifié : davantage d'hommes (40 %), de personnes françaises, de migrants originaires d'Asie ou du Brésil.

S. A. : Quelle est la composition de votre équipe et comment travaillez-vous ?

K. O. : L'équipe comprend dix salariés et est organisée autour de trois pôles. Le pôle terrain, central, regroupe ceux qui font le lien avec notre public, allant vers, accueillant et accompagnant les prostituées : il s'agit de deux médiatrices culturelles d'Europe de l'Est et d'Afrique subsaharienne, d'un médiateur en santé, d'une infirmière et d'une éducatrice spécialisée, qui travaillent sous la supervision d'une coordinatrice, conseillère conjugale et familiale. Les médiatrices culturelles jouent un rôle important, car, en facilitant la communication, elles permettent de lever les craintes des prostituées et de créer un lien de confiance, indispensable pour commencer un travail d'accompagnement médico-social et pour que ce travail soit de qualité. Nous accueillons les personnes avec bienveillance et sans jugement moral. Notre priorité n'est pas

la réinsertion, mais que ces personnes puissent construire le projet de vie de leur choix, qu'elles continuent ou non à exercer la prostitution. L'accompagnement consiste à leur donner les moyens d'être plus autonomes, afin de faire des choix.

S. A. : Quelles sont vos modalités d'action sur le terrain ?

K. O. : Nous organisons des maraudes, à pied ou en bus, sur tous les lieux de prostitution, la nuit principalement, mais aussi le jour, ce qui nous permet de rencontrer des prostituées un peu plus âgées. Nous « allons vers » les prostituées au moyen de notre véhicule d'intervention, un camping-car, deux fois par semaine, le jeudi de 22 heures à 2 heures et le vendredi, de 21 heures à 5 heures. Parce que le milieu connaît un turn-over très important, ce système permet d'entrer en contact avec les personnes dès leur arrivée.

Notre but est de faire de l'information et de la prévention, mais notre présence est aussi un message pour leur dire qu'elles ne sont pas seules. Nous distribuons du matériel, nous dialoguons et utilisons un support audio si nécessaire pour évoquer le dépistage et la contraception, afin de contribuer à la réduction des risques. Nous travaillons aussi avec des partenaires, que nous faisons venir dans le bus, comme un médecin du Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et une salariée d'une association d'autodéfense. C'est grâce à ces interventions dans la rue que les personnes viennent ensuite dans notre local. Nous effectuons aussi des maraudes sur Internet deux fois par semaine, et nous avons été les premiers à le faire, dès 2008. Le médiateur de

L'ESSENTIEL

▣ L'association Griséliidis à Toulouse met en œuvre une démarche de santé communautaire : l'équipe est en particulier constituée de prostituées qui interviennent auprès de leurs pairs.

▣ Cette intégration des personnes concernées permet d'adopter une démarche appropriée au regard des difficultés de ces femmes, avec une connaissance sans cesse actualisée du terrain.

▣ Le public est en grande précarité, l'association intervient via des maraudes sur le terrain et propose aux prostituées un refuge dans ses locaux, pour se reposer, échanger, disposer d'un temps sécurisé, partager un repas, les épauler dans leurs démarches administratives, etc.



« LES MÉDIATRICES CULTURELLES JOUENT UN RÔLE IMPORTANT, CAR, EN FACILITANT LA COMMUNICATION, ELLES PERMETTENT DE LEVER LES CRAINTES DES PROSTITUÉES ET DE CRÉER UN LIEN DE CONFIANCE, INDISPENSABLE POUR COMMENCER UN TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL. »

temps important. Les prostituées ont accès à un ordinateur, une bibliothèque, une cuisine avec des produits de première nécessité. Elles peuvent se reposer, discuter, participer à des activités et des ateliers et, une fois par mois, à un repas commun.

en violents, avec des expositions au VIH plus importantes. L'essentiel des personnes accompagnées étant des migrants, la politique anti-immigration qui se durcit ne joue pas en faveur de l'acquisition de papiers et de droits.

S. A. : Quels sont vos financements ?

K. O. : L'association est soumise à une certaine précarité financière, car pour l'heure nous ne bénéficions que de deux conventions pluriannuelles avec des organismes publics qui nous subventionnent : l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie et Santé publique France. Nous sommes également soutenus par la ville de Toulouse, la métropole, le conseil départemental de Haute-Garonne et la région Occitanie, et nous recevons des financements de la Direction générale de la santé et du ministère de l'Intérieur, via le fonds interministériel de prévention de la délinquance. Nous avons également des partenaires financiers privés, comme les associations Sidaction et Solidarité Sida ; et cette année, nous avons bénéficié d'une subvention de la fondation RAJA-Danièle Marcovici qui finance des projets en faveur des femmes, notamment de lutte contre les violences qui leur sont faites. Globalement, pour trouver des financements, il faut proposer des actions innovantes, alors que nous, nous avons besoin de pérenniser nos actions. C'est un problème. De plus, la santé communautaire est encore peu reconnue, voire fait l'objet d'une légère suspicion. Nous devons sans cesse démontrer la légitimité et la nécessité de notre action. Pourtant, nous disposons d'une véritable connaissance du terrain et de l'évolution de la prostitution, ce qui est un atout considérable en matière de prévention. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Contact : krystel@griselidis.com

santé réalise une veille sur les sites d'annonces et d'escortes (prostitution via des agences spécialisées, NDLR), sur les réseaux sociaux et les forums. Ensuite, par mail, SMS ou chat, il part à la rencontre des personnes qu'il a repérées pour leur présenter l'association, envoyer du matériel de prévention sous pli discret par la poste, proposer de s'entretenir avec nous par téléphone ou mail. Nous nous engageons à garantir leur anonymat, si elles le souhaitent. Au total en 2016, nous avons rencontré 600 personnes lors des maraudes.

S. A. : Dans quelle mesure et par quels moyens apportez-vous un accompagnement en santé globale ?

K. O. : Il est très difficile, quand on est à la rue, parfois victime de violence, sans papiers, de prendre soin de sa santé. Notre rôle est d'aider à dénouer les situations, avec nos multiples partenaires : association d'accueil aux migrants, maison des Solidarités, le 115 pour l'hébergement d'urgence, Médecins du monde, les missions locales et les entreprises d'insertion, etc. Mais si nous servons de passerelle vers les droits, l'emploi, le logement, l'objectif est vraiment de développer l'*empowerment* (accroissement de la capacité d'agir, NDLR) des personnes. C'est pourquoi l'accueil au local, les mardis et jeudis de 14 heures à 18 heures, est un

Ces temps d'échanges sont précieux : toutes les personnes ont des savoirs et des savoir-faire. Elles peuvent partager des stratégies de défense, des expériences et aussi nous apporter de l'information, ce qui permet de faire émerger des problématiques d'accompagnement plus adapté pour certaines démarches. En 2016, 158 personnes ont bénéficié d'un suivi : 70 sur la santé sexuelle, un peu plus de 50 sur l'emploi, 42 sur des demandes d'asile – cinq d'entre elles ont obtenu le statut de réfugié –, et plus d'une trentaine sur le logement.

S. A. : Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés ?

K. O. : Une des premières difficultés auxquelles nous avons fait face est le manque de connaissances des professionnels sur la prostitution et les migrations. Depuis trois ans, nous organisons des formations pour les intervenants médico-sociaux, avec une partie théorique et des mises en situation, dont le but est de déconstruire les représentations et d'apporter de petits outils techniques. Nous avons de bons retours de la part des professionnels, et cette meilleure compréhension de la réalité des prostituées facilite l'accès aux droits communs. D'autres difficultés perdurent, sur lesquelles nous avons moins de prise ; nous constatons que les parcours migratoires sont de plus

Genre et santé

Dossier coordonné par Yaëlle Amsellem-Mainguy,

sociologue, chargée d'études et de recherche, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), centre de recherche sur les liens sociaux (Cerlis), université Paris-Descartes,

Maud Gelly,

médecin, Assistance publique – Hôpitaux de Paris, sociologue, Cultures et Sociétés urbaines – centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CSU – Cresppa),

Arthur Vuattoux,

sociologue, chercheur associé, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux (Iris), université Paris-13.

sociale du travail sur la base des appartenances de sexe et de genre des individus, exposition différentielle aux risques dans le travail, répartition des

tâches domestiques et de parentalité, normes de conduite sexuelle, etc. –, il constitue l'un des déterminants majeurs de la santé.

Le genre : déterminant social de la santé

Le genre est un révélateur des multiples rapports de pouvoir qui structurent la société [1] : femmes et hommes ne vivent pas les mêmes expériences (socialisation, inégalités, discriminations) selon leur classe sociale, leur couleur de peau, leur religion, leur orientation sexuelle, leur âge, etc. Dès lors, le genre, en tant que système de différenciation et de hiérarchisation, contribue – entre autres facteurs – à expliquer la permanence des inégalités sociales de santé, mais il permet également, comme concept et catégorie d'analyse critique, d'identifier et de préconiser les marges d'action, les pistes d'amélioration, notamment dans le domaine de la santé.

Les différences observées entre la santé des hommes et celle des femmes sont le plus souvent rapportées à une différence de comportement, confortée par le constat que les hommes tendent à se mettre davantage en danger et que les femmes consultent davantage les professionnels de santé et sont plus observantes une fois insérées dans le système de soin. Cependant, l'approche par les comportements peine à rendre compte des exceptions (lorsque les femmes ont une santé dégradée par exemple) et tend à considérer le groupe social des hommes et celui des femmes comme des réalités homogènes, sans nuance. De plus, cette approche ne prend pas en compte la dimension relationnelle du genre, c'est-à-dire le fait que les pratiques de chaque sexe sont déterminées par les inégalités entre les femmes et les hommes. Enfin, l'approche par les comportements conduit parfois à développer des actions de promotion de la santé qui consolident les normes de genre, telles les campagnes pour une alimentation saine (elles s'appuient sur un travail de préparation des repas qui reste largement assumé par les femmes) ou pour l'allaitement maternel exclusif. Or, pour agir sur la santé des hommes et des femmes, on ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les pratiques

de production et de consommation de biens et de services de santé au prisme du genre, et également sur le contexte social et politique global dans lequel vivent les individus.

Les données de morbidité et de mortalité expriment des inégalités complexes et non nécessairement convergentes, que les sciences sociales et l'épidémiologie sociale contribuent à décrypter et à bien expliquer. Ainsi, en dépit de l'accent mis sur l'accès aux soins par les politiques publiques, la majeure partie des écarts sociaux de mortalité trouve sa source dans des inégalités de classe, notamment du fait d'expositions professionnelles et environnementales plus graves, cumulées et plus fréquentes dans les classes populaires à des produits toxiques et à des conditions de travail et de vie usantes [2]. Les déterminants sociaux de la santé sont donc multiples, impossibles à saisir à partir d'approches exclusivement biomédicales de la santé, et le genre occupe une place centrale parmi ces déterminants.

La promotion de la santé ou l'inévitable prise en compte du genre

La promotion de la santé telle qu'elle a été définie par la charte d'Ottawa (1986) ne se réduit pas au développement d'actions préventives, au développement de l'offre de soins, ni à l'éducation pour la santé, mais à une action consciente sur les déterminants de la santé afin d'améliorer la santé de la population tout en réduisant les inégalités entre les groupes qui la composent. Faire de la promotion de la santé, c'est alors inévitablement *faire avec le genre* : que l'on accueille ou soigne des femmes victimes de violences sexistes ou des hommes et des femmes victimes de violences homophobes, et aussi *défaire le genre* : que l'on mette au jour les effets de la division du travail domestique sur la santé au travail ou ceux de la répartition entre hommes et femmes au sein des professions de santé. Les articles de ce dossier exposent les réflexions théoriques de chercheurs et d'acteurs de terrain, et présentent des pratiques de travail qui prennent en compte le genre et ses effets sur la santé. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Fassin É. D'un langage l'autre : l'intersectionnalité comme traduction. *Raisons politiques*, 2015, vol. 2, n° 58 : p. 9-24.

[2] Leclerc A., Kaminski M., Lang T., *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris : La Découverte, hors collection Social, 2008 : 300 p.

DÉFINITIONS

Sexe/genre

Le sexe est une assignation de naissance faite en fonction des organes visibles. En cas d'intersexuation¹, la médecine procède aussi, sans le consentement de l'enfant, à une assignation de sexe. Pour Judith Butler², le sexe est déjà du genre en ce sens qu'il ne peut exister qu'en rapport avec les catégories de genre qui lui transfèrent du sens (le « masculin », le « féminin »). Ainsi, ce n'est pas le sexe anatomique qui détermine le genre en devenir de l'enfant, mais bel et bien les normes de genre qui donnent une réalité au sexe. Dans cette configuration, si le sexe est « ce que l'on a », le genre est non seulement « ce que l'on nous dit d'en faire », mais aussi « ce que l'on en fait ».

Sexualité/pratiques sexuelle/orientation sexuelle/identité sexuelle

La sexualité est un terme parapluie qui permet de saisir différentes composantes. Premièrement, la sexualité n'est pas réductible à l'activité ou à la pratique sexuelle. D'une part, parce qu'il existe des personnes ou des périodes « d'asexualité » et, d'autre part, parce que la sexualité n'est pas réductible à la génitalité (les rêves, les fantasmes, les envies sont multiples). Nous avons tous une sexualité qui n'indique pas forcément une pratique sexuelle unique ou effective. Deuxièmement, la sexualité comprend aussi l'orientation sexuelle. Traditionnellement découpée en « homosexualité » et « hétérosexualité », cette orientation sexuelle s'avère être plus variée et plus dynamique. S'il existe aussi des « bisexuels », nous pouvons tout simplement poser la question de la persistance et de la robustesse de notre « orientation sexuelle » : gardons-nous toujours la même ? N'en avons-nous pas plusieurs en même temps ? Enfin, troisièmement, tout ceci se différencie de l'identité sexuelle, c'est-à-dire de ce qui constitue chez

l'individu un élément puissant d'identification pour soi et par autrui. Par exemple : toutes les hétérosexuelles s'identifient-elles au groupe « hétérosexuel » ou s'identifient-elles à un autre groupe, « femme » par exemple ?

Identité de genre

Les Principes de Jogjakarta³ (2007) définissent l'identité de genre « comme faisant référence à l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire ».

Ces définitions sont extraites de : Alessandrin Arnaud, Raibaud Yves. Les lieux de l'homophobie ordinaire. Injep, *Cahiers de l'action*, 2013, vol. 40, n° 3 : p. 21-26. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00879267/document>

1. Impossibilité à attribuer un sexe à la naissance selon les normes médicales en vigueur.

2. Philosophe, théoricienne du genre, université Berkeley, États-Unis (NDLR).

3. Les Principes de Jogjakarta (Indonésie) concernent l'application du droit international des Droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre pour la protection et pour l'interdiction absolue de la discrimination contre les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) et intersexuées selon la Déclaration universelle des droits de l'homme. Présentés devant le Conseil des droits de l'homme des Nations unies le 26 mars 2007, ils ont été repris par l'assemblée générale des Nations unies dans la déclaration relative à l'orientation sexuelle et l'identité de genre le 18 décembre 2008.

« Appréhender la santé comme un révélateur social des rapports de pouvoir »

Nathalie Bajos,

directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),
directrice du département promotion des droits et de l'égalité,
Le Défenseur des droits, Paris.

*La Santé en action : **Que peut-on dire des travaux menés sur le genre et la santé ?***

Nathalie Bajos : L'analyse genrée dans les recherches en sciences sociales est relativement récente. Pour la santé publique, le genre est un champ d'analyse contre-intuitif, parce que dans les représentations dominantes, les femmes sont en meilleure santé que les hommes. Cette idée se fonde sur l'espérance de vie : l'on observe que celle des femmes est largement supérieure à celle des hommes dans de nombreux pays, y compris en France. Quand on cherche à analyser les questions de santé du point de vue du genre, on se heurte à cette représentation. Enfin, c'est un domaine très largement dominé par les approches de santé publique et d'épidémiologie sociale, où ni les acteurs ni les chercheurs ne sont sensibilisés aux questions de genre. La nécessité de déconstruire cette idée que les femmes seraient en meilleure santé est démontrée par les travaux d'Emmanuelle Cambois [1] qui montre que même si l'espérance de vie est meilleure, elles vivent en moins bonne santé que les hommes. Cela montre la pertinence et les apports d'une analyse genrée et, plus encore, d'une analyse dans une perspective intersectionnelle ; j'y reviendrai.

*S. A. : **Observez-vous une évolution des recherches menées sur le genre et la santé ?***

N. B. : Un certain nombre de chercheuses et de chercheurs travaillent sur les problématiques du genre dans le champ de la santé, comme nous avons pu le constater en organisant le colloque¹ de l'Institut Émilie-du-Châtelet sur « Genre et Santé » (2015). Mais ce n'est que depuis peu de temps que ce champ commence à se structurer en France. Les travaux menés sur la contraception, puis sur le sida ont d'ailleurs été précurseurs dans ce domaine. Mais quand on analyse les grandes enquêtes sur la sexualité en France, celle de 1992 (ACSF [2]) abordait très peu le genre, tandis que celle de 2006 (CSF [3]) a pour sous-titre « *Pratiques, genre et santé* [4] ». Ici, l'approche théorique genrée est au cœur de la problématique de la recherche dans le champ de la sexualité, comme construction sociale.

Au-delà, l'on observe une confusion dans les recherches menées en particulier en santé publique, où des chercheurs pensent travailler la question du genre, alors qu'ils font des statistiques sexuées : ils remplacent dans les tableaux « femmes/hommes » par « genre ». Or en faisant cela, ils ne prennent pas le genre comme une caractéristique sociale (l'appartenance sociale de sexe), mais plutôt démographique et biologique (le sexe). Il y a un enjeu très important du côté de la recherche en épidémiologie sociale sur les données que l'on produit pour travailler sur les questions de genre. Il faudrait que ces données prennent en compte une approche problématisée du genre, des rapports sociaux de

sexe, comme catégorie d'analyse qui permet d'objectiver et d'interpréter la réalité sociale.

*S. A. : **En quoi votre important travail sur les pratiques contraceptives peut-il permettre de mieux comprendre la pertinence d'une approche par le genre ?***

N. B. : La contraception est pensée socialement et politiquement comme relevant de la responsabilité féminine ; les approches de genre sont particulièrement intéressantes pour montrer ce qui se joue dans la pratique contraceptive, en particulier du non-recours à la contraception masculine. C'est le travail qu'a mené Cécile Ventola [4] ; il met en évidence que lorsqu'on est dans un système de santé accordant une très large part de liberté de pratique et d'action aux professionnels de santé, l'influence des normes de genre apparaît prédominante. En Angleterre, l'on utilise bien plus la contraception masculine qu'en France. Ce qui guide les médecins là-bas, ce sont des données sur l'efficacité pratique, et sans *a priori* sur le fait que la contraception relèverait avant tout des femmes. L'offre contraceptive n'est pas proposée de la même manière aux personnes et les consultations ne s'y déroulent pas comme en France : les hommes fréquentent, comme les femmes, les centres de santé susceptibles de délivrer une contraception. Cette recherche doctorale montre que chez les médecins britanniques – même si, comme tout acteur social, ils ne sont pas exempts de représentations sociales genrées – l'influence des normes de genre sur leur pratique est bien plus encadrée, et par conséquent les effets sont moindres qu'en France.

L'ESSENTIEL

▣ Les recherches en santé publique doivent davantage prendre en compte une approche problématisée du genre et des rapports sociaux de sexe pour interpréter la réalité sociale.

▣ L'analyse genrée en matière de sexualité et de contraception a montré toute son efficacité et son intérêt ; elle doit être développée dans d'autres domaines de la santé.



© Musée du quai Branly - Jacques Chirac, Dist. RMN-Grand Palais / Sandrine Exilly

S. A. : À partir de quels autres exemples peut-on souligner l'importance d'une approche de la santé par le genre ?

N. B. : Les travaux menés sur les cancers professionnels et ceux sur les maladies cardio-vasculaires sont deux exemples éclairants pour mettre en lumière l'existence d'un biais de genre dans la production de données dans le domaine de la santé, notamment en épidémiologie.

Du côté des cancers professionnels, on observe que, bien que la structure professionnelle ait beaucoup évolué en France depuis une cinquantaine d'années, l'on continue de chercher à analyser les cancers professionnels à partir de matrices emploi/exposition qui ont été conçues à partir de métiers « masculins » que l'on a élargies ensuite à la population des femmes, sans se poser la question des biais auxquels cela peut conduire. D'abord, parce que certains postes occupés quasi exclusivement par les femmes ne sont pas enquêtés. Ensuite, parce que les outils d'analyse épidémiologiques ne sont pas adaptés aux femmes et participent à rendre invisibles les biais de genre. À cela s'ajoute le fait que les chercheurs ont des difficultés à penser que des femmes exercent certains types d'emploi identiques à ceux des hommes. C'est un enjeu important,

parce que les résultats de ces enquêtes servent ensuite à élaborer les politiques de promotion de la santé.

L'exemple des maladies cardio-vasculaires est également parlant : des études ont montré qu'à symptômes équivalents de suspicion d'infarctus, les femmes consultaient plus tard que les hommes, notamment parce que, dans les représentations dominantes, l'infarctus reste une maladie d'homme. Mais ce que l'on observe aussi, c'est que les professionnels de santé ne se comportent pas de façon similaire face à des hommes et des femmes qui consultent avec les mêmes symptômes. On sait ainsi que les examens médicaux prescrits par rapport à des pathologies identiques ne sont pas les mêmes : les hommes ont des examens plus poussés et plus performants que les femmes. Or plus on consulte tard, plus le risque est grand, surtout quand il s'agit d'infarctus. Cet exemple est intéressant, car il montre comment les représentations genrées touchent à la fois les populations et les professionnels.

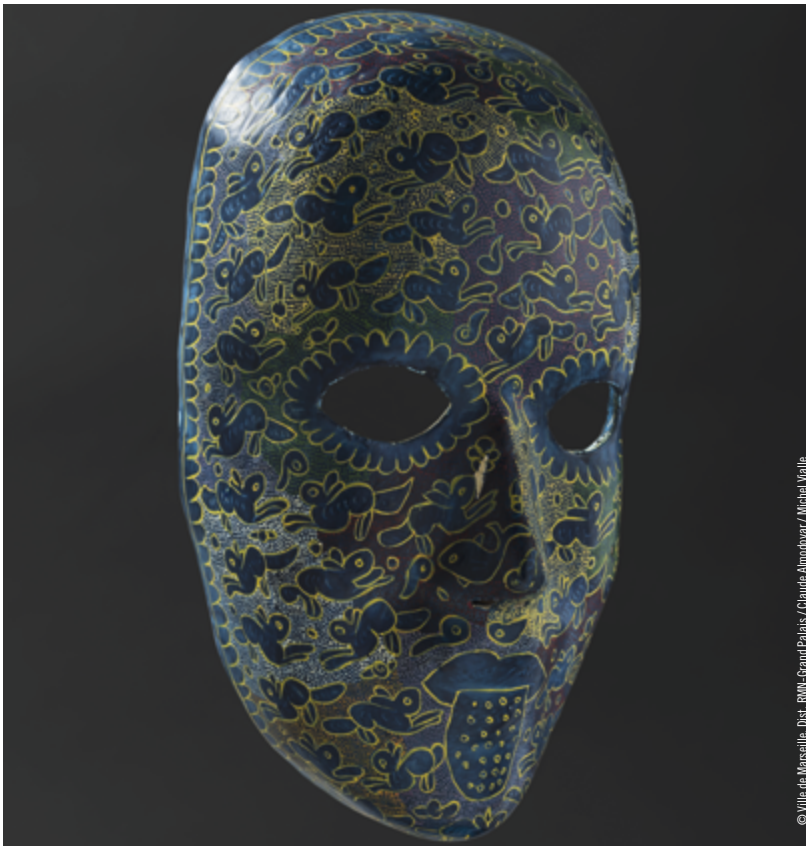
Tout cela m'amène à constater qu'il y a des champs que l'on investigate pas, des champs dans lesquels on conclut beaucoup trop rapidement à une supposée différence de sexe qui peut en réalité résulter des conditions mêmes dans lesquelles les données ont été construites ; et puis, il y a aussi ce qu'on appelle le biais de genre,

c'est-à-dire que les données produites ont été conçues à partir de cadres de référence élaborés et pensés pour des populations d'hommes et que l'on applique aux femmes sans se poser de question.

S. A. : En quoi la recherche concernant la santé sous l'angle d'une analyse genrée peut-elle servir la promotion de la santé ?

N. B. : C'est un chantier considérable : l'analyse genrée en matière de sexualité et de contraception a montré toute son efficacité et son intérêt et doit être à présent développée dans d'autres domaines de la santé. Il y a une vraie nécessité de revisiter les questions de santé que l'on se pose au prisme du genre et d'organiser une réflexion en promotion de la santé dans cette perspective. D'un point de vue de la promotion de la santé, ces normes de genre jouent à plusieurs niveaux : de la connaissance scientifique, des attitudes des personnes elles-mêmes (voir les freins à la consultation, au recours aux soins), de la réponse apportée par les professionnels ; enfin cela joue aussi sur les politiques publiques et de prévention.

Mais selon moi, une approche « genre et santé » ne se suffit pas. Il faut penser en terme d'approche spécifique que l'on pourrait qualifier d'« intersectionnelle » : avec des questions de



© Ville de Marseille, Dist. RMN - Grand Palais / Claude Amoussay / Michel Walle

santé spécifiques selon les groupes sociaux caractérisés par l'appartenance sociale, la position sociale, l'origine, etc. N'avoir qu'une conception « genre et santé », c'est prendre le risque de ne pas aller au-delà de la question des inégalités femmes-hommes, documentée à travers l'angle des inégalités sociales de santé, mais où le genre est le grand absent. Pourtant, le genre fait partie des inégalités sociales. D'où la pertinence d'inclure la question du genre dans une perspective intersectionnelle.

S. A. : Comment sensibiliser les professionnels de santé à adopter une lecture par le genre ?

N. B. : Intéresser les professionnels de santé ne me paraît pas un chantier impossible. Il s'agit avant tout de leur faire comprendre l'intérêt et l'utilité d'une lecture de leurs pratiques professionnelles dans une perspective de genre. Cela passe d'abord par expliquer et déconstruire les données sur l'espérance de vie ou encore celles sur la surmortalité masculine des nourrissons, sans cela, on risque de rester bloqué.e.s. En effet, ces indicateurs globaux sont certes favorables aux femmes *a priori*, mais quand on regarde de plus près, la réalité est bien plus complexe, et les différences sont socialement construites

au sens où par exemple les emplois les plus pathogènes sont occupés par des hommes, ce sont également eux qui ont des consommations de tabac et d'alcool plus élevées que les femmes.

Auprès des professionnels, l'enjeu est de légitimer une approche de genre dans le champ de la santé. Pour cela, il faut adopter une démarche démonstrative et user d'exemples concrets : contraception, sexualité, mais aussi maladies cardio-vasculaires ou cancers professionnels, où l'on constate que ne pas tenir compte du genre a des effets problématiques du point de vue de la santé publique. Aussi, lorsqu'on explique aux professionnels la

clé de lecture supplémentaire qu'offre une approche du genre et de la santé, ils ont bien plus de chance d'y adhérer.

En conclusion, il y a une nécessité de mettre en place des politiques de promotion de la santé tenant compte d'une réalité sociale qui fait que les groupes sociaux – définis par différentes caractéristiques dont le sexe, l'âge, la position sociale, l'origine notamment – nécessitent des campagnes ciblées ; en effet, il est indispensable de comprendre comment se construisent les inégalités sociales de santé afin de pouvoir lutter efficacement contre celles-ci. C'est une acculturation des professionnels de santé aux approches en termes d'inégalités sociales de santé, en intégrant les questions de genre.

Il faut également favoriser une approche critique des travaux de recherche et interroger les assignations sociales des questions de santé à certains groupes et pas à d'autres, comme j'ai pu le montrer à travers les divers exemples. Cela devrait faire partie de la formation de base en promotion de la santé. Finalement, cela revient à appréhender la santé comme un révélateur social des rapports de pouvoir qui structurent une société. ■

Propos recueillis par
Yaëlle Amsellem-Mainguy, sociologue,
centre de recherche sur les liens
sociaux (Cerlis), université Paris-Descartes

Contact : nathalie.bajos@
defenseurdesdroits.fr

1. 8-9 juin 2015. En ligne : <http://www.institutemilieduchatelet.org/colloque-detail?id=245>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cambois E. Des inégalités sociales de santé moins marquées chez les femmes que chez les hommes : une question de mesure ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 64, suppl. 2, 2016 : p. S75–S85.
- [2] Bajos N. *Analyse des comportements sexuels en France*, enquête réalisée sur demande de l'Agence nationale de recherches sur le sida, 1992.

[3] Bajos N., Bozon M., Beltzer N. coord. *Contexte de la sexualité en France*, enquête réalisée sur demande de l'Institut national d'études démographiques (Ined) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 2006.

[4] Bajos N., Bozon M., dir. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, hors coll. Social, 2008 : 612 p.

[4] Ventola C., *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, [Thèse de doctorat], Ined – Paris 11, 2017.

Mobilisations pour la santé des femmes aux États-Unis : approche socio-historique

Marie Ménoret,

sociologue, maîtresse de conférences à l'université Paris 8, CRESPPA-CSU.

« *The bodies always come in gender.* »
Judith Butler (1993).

Le mouvement associatif en faveur de la santé n'est pas né avec l'activisme lié au sida. L'histoire de ces associations de profanes, engagées à faire entendre leur point de vue auprès de – voire contre – celui des experts, est loin d'être récente. Cette histoire remonte aux États-Unis à plus d'un siècle et demi pour les associations féminines de santé qui ont joué un rôle de précurseurs des luttes féministes des années 1960-1970. Et si les associations de malades occupent aujourd'hui une place de plus en plus visible dans l'espace public, il faut garder à l'esprit la tradition séculaire de mouvements collectifs et profanes en faveur de la santé, lorsque l'on contextualise l'émergence de ces « nouveaux » mouvements sociaux que constitueraient les associations de malades.

La question des femmes est l'un des premiers thèmes de revendication, structuré en parole collective dans le champ de la santé. Les femmes, groupe social très impliqué dans ce domaine, se retrouvent à la croisée de la production et de la consommation de santé. D'une part, les fonctions sociales qui leur sont dévolues dans l'espace domestique leur attribuent généreusement les tâches de santé au sein de la sphère familiale. D'autre

part, le corps des femmes lui-même se trouve soumis, à travers toute l'histoire de la médecine, à une médicalisation croissante à chacun de ses âges biologiques. Le thème Femmes et Santé fait donc l'objet d'un débat public récurrent depuis pratiquement deux siècles aux États-Unis, alors qu'il demeure quasiment inexistant en France, au moins dans les termes activistes qui intéressent cet article. Ce débat public a été au cœur des différents cycles historiques de protestations qui sont ici présentés et discutés.

Du contrôle des naissances à l'entraide

Si l'on suit l'analyse des traditions activistes des femmes dans le domaine de la santé, proposée par Weisman (1998), la première vague de protestation remarquable émane, entre 1830 et 1840, du *Popular Health Movement*. Son objectif consiste à inscrire la santé dans une réflexion publique et non exclusivement « professionnelle ». Bien que ce mouvement soit loin d'être composé exclusivement de femmes, elles y trouvent cependant une place décisive tant dans son organisation que dans les mots d'ordre revendicatifs. Ce mouvement laissera un héritage certain aux associations de femmes dans le champ de la santé, y compris au niveau organisationnel. Ainsi le thème du contrôle des naissances sera-t-il initialement promu par ces réformateurs de santé, dans l'objectif socio-économique de réduire la taille des familles américaines. Parallèlement, le *Popular Health Movement* donnera aussi naissance aux premières formes d'associations de *self-help*, mouvements d'entraide, organisées par et pour

des femmes en faveur de leur santé, relayées en outre par la publication des premiers manuels de santé qui feront florès à la fin du XIX^e siècle. Ce premier cycle lie très officiellement santé et femmes dans un répertoire culturel commun.

Une seconde vague de mouvement social problématisant les thèmes conjoints de « femmes » et de « santé » s'établit après la guerre de Sécession, dans ce que l'on a nommé l'*American Settlement Movement*. Divers groupes de réformateurs sociaux se lancent, après la guerre civile, dans un vaste mouvement de reconstruction de l'Amérique. À partir de 1870, un réseau s'établit à travers tout le pays sur la base, notamment, du *settlement house* : cet « établissement » – lieu d'accueil à l'ambition de réforme sociale fondée sur une militance philanthropique – offre à la fois services sociaux et culturels afin d'encourager les populations démunies d'une Amérique en pleine expansion démographique à acquérir la maîtrise de leur propre existence. C'est à cette époque que Jane Addams – dont le nom a souvent été cité avec celui des premiers sociologues réformateurs de l'école de Chicago pour leur travail commun – et Ellen Gates Starr ouvrent Hull House, *settlement* mythique de Chicago. En 1900, plus de cent *settlement houses* fonctionnent en Amérique. De nombreuses femmes – la plupart du temps blanches, éduquées, bourgeoises et préoccupées de morale – sont investies dans ce mouvement. Alors que la première vague avait lancé le mot d'ordre de la maternité volontaire, les toutes premières campagnes contre l'avortement et la contraception vont éclore, ici et là, à cette époque.



© Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / Jean-Luc Moity

L'ESSENTIEL

- ▶ Aux États-Unis, les femmes se mobilisent pour défendre leurs droits en matière de santé dès 1830.
- ▶ Féminisme et réformisme connaissent un nouveau regain à partir de 1910, avant la grande vague féministe des années 1960, qui impose la revendication majeure de l'égalité femmes-hommes.
- ▶ Dans la lutte en faveur de la santé des femmes, trois grands courants socioféministes s'opposent aujourd'hui : égalitaire libéral, critique vis-à-vis des biotechnologies, ethnique dénonçant notamment l'instrumentalisation du corps des femmes les plus pauvres.

Féminisme réformateur après les années 1920

La troisième vague d'attention publique accordée à la santé des femmes s'étend ensuite, jusque dans les années 1920, dans un mouvement progressiste et à nouveau réformateur, celui de la période – précédant la Première Guerre mondiale – connue sous le nom de *Progressive Era*. Deux groupes réformateurs se distinguent dans cette période : celui des *maternal and child welfare reformers* et celui du *birth control activists*. Ils représentent ce que Nancy F. Cott décrit comme « le féminisme à multiples facettes » des années 1910 [1], cristallisant des intérêts et des valeurs politiques divergents.

Une quatrième vague, la plus connue, s'établit à partir des années 1960 au cœur du mouvement féministe. La question de la maternité n'y est plus centrale. Le thème essentiel devient celui de l'égalité entre femmes et hommes. Le corps des femmes fait l'objet d'une revendication de liberté qui passe par son affranchissement de toute allégeance médicale. Retrouver le contrôle de son propre corps, décider

de ce qui est bon pour sa propre santé : le « collectif de Boston » produit l'ouvrage emblématique *Our Bodies, Ourselves*, traduit dans de nombreux pays, donnant à ce mouvement une ampleur de globalisation avant l'heure. Dans les années 1960, les mouvements activistes de femmes en faveur de la santé sont résolument antimédicaux. Elles accusent par exemple la *Food and Drug Administration* et la médecine allopathique en général d'imposer des technologies nouvelles dont la fiabilité est sujette à caution, mais la nocivité assurée selon elles. Le puissant *National Women's Health Network (NWHN)* revendique transparence et informations à propos de l'efficacité des technologies médicales. La législation américaine sur le consentement éclairé trouve son origine à cette époque, dans la lutte de plusieurs groupes d'activistes contre la mammectomie radicale (ablation du sein).

Dans les années 1990, un nouveau cycle de revendication axé autour du thème de la santé des femmes voit le jour. Le *NWHN* milite en faveur du remboursement de protocoles expérimentaux extrêmement controversés – greffe de moelle osseuse ou chimiothérapie à haute dose – qui, trente ans auparavant, auraient suscité une levée de boucliers féministes. Le mot d'ordre essentiel est l'accès aux services. Pour certains sociologues, l'expérience de la réforme nationale de santé semble avoir transformé beaucoup de femmes activistes en *lobbyists* qui se consacraient à obtenir toujours plus. Les sujets de sécurité, d'efficacité ou d'équité sociale apparaissent submergés par l'attention accordée à l'accès au service (Ruzek, 1995).

Un étendard pour des causes multiples

Derrière l'unité apparente des luttes en faveur de la santé des femmes se cache une grande diversité de positions sur la question de l'accès aux soins. La construction d'alliances entre experts et non-spécialistes pour faire valoir un point de vue devient un enjeu important dans le monde de la santé¹.

Les problématiques autour de la santé des femmes sont en effet rarement neutres, on peut l'observer en regardant les types de courants socioféministes qui participent à

l'élaboration des connaissances. Le premier d'entre eux, classique, dit « égalitaire » ou « libéral », s'appuie sur le socle théorique suivant : chaque être humain homme ou femme est doué de rationalité et constitue un individu à part entière qu'il faut respecter dans ses choix et ses trajectoires. Selon ce courant, la science en général et la biotechnologie en particulier doivent être appréhendées comme offrant des choix de vie à considérer de façon neutre et objective. Les innovations proposées par la science – la maternité après la ménopause grâce à la fécondation *in vitro* ; le fait, pour une mère porteuse, d'être rémunérée ; la possibilité d'avoir un enfant par procréation médicalement assistée dans le cas des couples homosexuels ; celle de vendre ses gamètes, de mettre fin à une grossesse ou de pratiquer tel ou tel moyen de contraception... – ne doivent pas être freinées puisqu'elles participent à l'autonomisation d'individus libres.

Féminisme marxiste critique

Un deuxième courant, opposé, est également très présent dans ce domaine de réflexion. Celui-ci rejette

la première position, jugée trop individualiste et positiviste. Labellisé sous l'étiquette de « courant critique féministe-marxiste des biotechnologies », il présuppose que la connaissance et l'application de ces technologies sont déterminées par un mode dominant de production – le capitalisme – et reflètent les intérêts de classes dominantes.

Ainsi, les millions de dollars dépensés pour le projet du génome humain sont-ils, de ce point de vue, considérés comme autant de dollars détournés de causes plus urgentes d'environnement ou de santé publique d'une part. D'autre part, ils sont considérés représenter la volonté des classes dominantes d'expliquer des phénomènes tels que la violence, l'alcoolisme ou encore l'intelligence par des raisons génétiques et donc individuelles, c'est-à-dire ne relevant pas de la responsabilité politique et sociale générale. Quant à la procréation médicalement assistée, les féministes critiques voient dans les mères porteuses « obligées de louer leur utérus » une exploitation des femmes pauvres par les classes moyennes dominantes.

Instrumentalisation des corps

Une autre tendance se révèle de plus en plus présente dans les publications de ces dernières années : le féminisme afro-américain ou ethnique. À la place de la classe socio-économique comme lieu, par excellence, des rapports de forces soulignés par les féministes critiques, celles-ci vont substituer la race. Leur données empiriques ne manquent pas ; elles s'appuient par exemple sur les expérimentations scientifiques racistes menées par l'État fédéral – voir le *Tuskegee Syphilis Experiment* où des germes de syphilis furent injectés à des centaines de Noirs américains pour observer ensuite l'évolution de la maladie ; l'expérimentation contraceptive sur des femmes portoricaines dans les années 1950, afin de permettre la commercialisation de nouveaux produits contraceptifs, ou également le dépistage obligatoire de l'anémie falciforme des Noirs américains dans les années 1960, qui produira des discriminations conséquentes en termes d'emplois et d'assurance. Autant d'illustrations, pour ce féminisme, de l'instrumentalisation des corps des minorités ethniques et, parmi elles, surtout des femmes.

Pour être complet, il faudrait citer et éclairer le contenu des féminismes postmoderne, postcolonial, lesbien ou essentialiste : autant d'approches unies autour d'une même volonté : que l'application des biotechnologies ne conduise pas à une instrumentalisation du corps humain en général et de celui des femmes en particulier. ■

Contact : marie.menoret@cns.fr

1. On se souvient par exemple des puissantes alliées féministes des médecins américains réformateurs des années 1970, dans leur lutte contre les chirurgiens orthodoxes opposés à la simple tumorectomie.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Cott N.F. *The Grounding of Modern Feminism*. New Haven : Yale University Press, 1987 : p. 49.



© Ministère de la Culture - Médiathèque du Patrimoine, Dist. RMU-Grand Palais / Thérèse Le Prat

Accompagnement des mères pendant la grossesse : des discours différenciés

Jérôme Camus,

maître de conférences en sociologie, université François-Rabelais, Cités, territoires, environnement et sociétés - Construction politique et sociale des territoires (CITERES-COST) - UMR 7324, Tours,

Nathalie Oria,

professeure agrégée, université de Cergy, Centre universitaire de recherche sur l'action publique et le politique (CURAPP) - UMR 7319.

Dans le cadre du suivi ordinaire d'une grossesse, les femmes se voient adresser un ensemble de messages visant à leur prescrire, de façon plus ou moins explicite, des comportements, attitudes¹ ou habitudes¹ sept visites prénatales, 98,9 % passent au moins trois échographies (et 62 % quatre ou plus²), la quasi-totalité des naissances se déroule aujourd'hui dans un établissement de santé.

Entre médecine et accompagnement

Ce traitement médical de la grossesse et de l'accouchement s'impose ainsi aujourd'hui avec la force de l'évidence ; il ne doit pourtant pas manquer d'étonner : sans même revenir sur l'histoire de la naissance et de l'appropriation progressive de l'accouchement et de la grossesse par la médecine [3], on peut simplement remarquer qu'il s'agit la plupart du temps d'une médecine sans maladie. Le rôle de l'institution médicale consiste donc à accompagner les processus physiologiques (non pathologiques), ce qui la place dans une position de prévention des risques. C'est donc une logique rationnelle, scientifique, qui fonde le discours de dévoilement des mystères du corps humain et d'éventuelles pathologies qui surviennent ; tout l'objet de l'accompagnement consistant à prévenir leur apparition, selon un raisonnement probabiliste, en conduisant les femmes à réduire leurs « facteurs de risques ».

Si par exemple l'allaitement au sein est aujourd'hui décrit, de ce point de vue, comme souhaitable, c'est parce que la connaissance scientifique justifie cette prescription : le lait maternel permet la transmission des anticorps de la mère vers son enfant ; sa composition s'adapte au besoin physiologique de l'organisme du bébé et, donc, permet de réduire l'apparition de pathologies chez le nouveau-né.

À côté de ces prescriptions rationnelles, on peut identifier des conseils relevant d'une logique plus relationnelle et qui regroupent une partie très importante des discours destinés aux mères. Ils s'opposent le plus souvent au premier groupe en ce qu'ils visent le « bien-être » (plus que la « bonne santé ») de la mère et de son enfant. Dans les médias, on trouve ces conseils marqués par des contenus d'inspiration psychologique notamment lorsqu'ils adoptent le ton des magazines féminins, insistant sur la construction du lien mère-enfant. Ils abordent la dimension psychologique de la maternité ou ils font état, voire ils promeuvent des positions anti-médicales : accouchement « naturel », « respect des choix » de la mère en matière d'accompagnement de la grossesse, de déroulement de l'accouchement, etc. L'ensemble de ces conseils repose sur les sensations ou, mieux, sur le « ressenti » ; son expression, par les femmes, et son « respect », par les accompagnants, permettant d'atteindre une sorte d'authentique bien-être.

Les différences entre ces discours se jouent certes sur les pratiques qu'ils promeuvent, mais surtout sur les façons de les soutenir. Pour reprendre l'exemple de l'allaitement au sein, discours rationnel et relationnel s'accordent sur sa promotion. Mais là où le discours médical agit au nom de la prévention sanitaire, le discours relationnel y voit une façon d'atteindre le bien-être de la mère et de son enfant par la constitution d'une relation perçue comme « naturelle » car non médiée par le biberon, comme une formidable opportunité de créer une intimité authentique (« les yeux dans les yeux »).

[1 ; 2]. Ces prescriptions sont la plupart du temps formulées de façon non autoritaire, sur le mode du conseil, de l'évidence bienveillante ou du bon sens, et visent ainsi à susciter l'adhésion spontanée des femmes.

Mais à y regarder de plus près, cet accompagnement n'est pas homogène. On peut en effet distinguer deux ensembles de prescriptions qui diffèrent moins du point de vue de leurs finalités (convergentes ou contradictoires selon le sujet) que sur le plan de la logique qu'elles mobilisent.

D'une part, on peut repérer les conseils mettant en action le savoir médical. Portés en premier lieu par les personnels de santé, on les retrouve également dans les médias s'adressant aux futures mères, notamment lorsqu'ils donnent la parole à un médecin ou à une sage-femme. L'exposition à ce discours est d'autant plus forte qu'elle s'opère à l'occasion d'un suivi médical qui, aujourd'hui, scande le déroulement des grossesses : 94 % des grossesses sont déclarées dès le premier semestre, 98 % sont suivies par un.e professionnel.le de santé, 89 % des femmes déclarent au moins

Dans la situation de concurrence des deux discours, on peut percevoir deux visions du processus par lequel on accède au statut de mère, étant entendu que le discours médical prévaut puisqu'il se positionne comme le seul à même de déterminer ce qui relève ou non du pathologique. Ainsi, ces deux discours – rationnel et relationnel – définissent une sorte d'offre de pratiques et de façons de les envisager dont les mères vont se saisir, non au hasard, mais selon leurs représentations et leur statut social. Le niveau de diplôme des femmes peut être considéré comme un indicateur des connaissances qu'elles ont à leur disposition, tout comme leur niveau de recours aux professionnels et autres ressources (médecins, médias, famille d'origine, école, espaces militants...). Le rôle social de la mère et des parents va être façonné par ces influences. Ainsi les pratiques lors de la grossesse ou juste après la naissance varient selon le niveau de diplôme : par exemple la probabilité d'allaiter (au sein) augmente [4] et le nombre de séances de préparation à la naissance suit la même logique³. La probabilité d'être suivie par un gynécologue ou un obstétricien (plutôt qu'un généraliste, une sage-femme, ou aucun.e de ces professionnel.le.s) augmente également, tout comme le niveau de lecture de magazines ou d'ouvrages.

Ainsi, il apparaît que les choix et les pratiques en matière de santé et de prévention sont dépendants de la trajectoire sociale, elle-même liée au parcours scolaire et au niveau de diplôme. Et ce qu'il s'agisse des habitudes

de lecture, du niveau de recours à des informations médicales vulgarisées, et aussi des habitudes dans le suivi de la santé (consulter ou non le médecin, le gynécologue...).

Des conseils modulés selon l'appartenance sociale

Par ailleurs, on pourrait croire que plus les femmes sont diplômées, plus elles adhèrent au discours médical rationnel. Or, ce n'est pas forcément le cas. Pour le comprendre, il faut considérer que l'institution médicale et ses professionnels traitent différemment les mères : plus ils ont affaire à une femme de milieu supérieur, moins les femmes seront suspectées d'adopter des comportements « à risque ». Le discours médical le plus prescriptif, globalement dominant dans l'institution médicale, tend donc à disparaître pour laisser la place soit au discours relationnel, notamment pour les femmes de classes moyennes, soit, pour celles qui appartiennent aux milieux supérieurs, à une réduction du discours, le suivi s'opérant à travers sa dimension technique (examens, actes médicaux) et moins par des conseils. À l'opposé, les femmes de milieux modestes font l'objet des prescriptions rationnelles les plus explicites, voire dans certains cas injonctives. Le discours de vulgarisation médicale semble alors avoir pour objectif d'imposer un ensemble de pratiques visant à prévenir les « risques » qu'un déficit supposé d'éducation, et notamment sanitaire, tendrait à faire croître. L'allaitement au sein (« naturel ») laisse ainsi par exemple la place au

très rationnel nourrissage au biberon (et ses nombreuses mesures de quantités d'eau, de poudre ou de durée entre chaque biberon).

Suspicion d'incompétence maternelle

L'institution médicale ne limite pas son action à la santé des patientes. Elle vise également à contrôler la capacité des femmes à être mères. Assimilant la maternité à un ensemble de façons de faire et d'être liées aux compétences relationnelles, elle l'associe au genre, aux qualités envisagées comme féminines : douceur, souci de l'autre, sensibilité, écoute de ses propres sensations et empathie permettant de sentir les sensations du nouveau-né... C'est en quelque sorte une vision naturalisante du genre. Comme précisé plus haut, dans certains cas, les professionnels de l'institution médicale adaptent leurs prescriptions selon le statut social des mères : le discours d'accompagnement relationnel s'adresse à celles qui, s'adaptant grâce à leurs ressources sociales (appréhendées par le diplôme), manifestent des attitudes repérées comme maternelles. Pour les autres, socialement plus modestes, la suspicion d'incompétence maternelle – qui renvoie à une sorte de défaut de féminité – conduit les professionnels à tenir un discours d'encadrement rationnel visant à prévenir, depuis le point de vue de la médecine, des « risques » autant sanitaires que sociaux. ■

Contact : jerome.camus@univ-tours.fr

1. On ne considérera ici que les femmes. Malgré l'inflation récente de discours visant à ménager une « place aux pères » (d'autant plus s'ils sont « nouveaux »), la place des hommes comme destinataires des discours d'accompagnement reste marginale, comparativement aux femmes.

2. Les données utilisées dans cet article sont issues de l'enquête *Étude longitudinale française depuis l'enfance* (ELFE) en maternité (2011). Cette enquête est réalisée, notamment, par l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et est financée par l'Agence nationale de la recherche au titre du programme Investissements d'avenir (ANR-11-EQPX-0038).

3. Parmi les femmes qui déclarent avoir suivi des séances de préparation à la naissance, environ 75 % sont titulaires d'un diplôme de niveau supérieur au baccalauréat (niveau I, II et III) et leur part augmente avec le nombre de séances suivies : deux séances ou moins : 64 %, trois séances : 67 % ; quatre séances : 71 % ; cinq séances : 72 % ; six séances : 75 % ; sept séances : 77 % ; huit séances : 79 % ; neuf et plus : 76,6 %.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Truc G. La paternité en maternité. Une étude par observation, *Ethnologie française*, 2006, vol. 36, n° 2 : p. 341-349. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2006-2-page-341.htm>

[2] Camus J. Une féminité instituée : tensions normatives et encadrement des femmes à la maternité, in Knibiehler Y., Arena F., Cid Lopez R.M. (dir.). *La Maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2012 : p. 85-90.

[3] Cesbron P., Knibiehler Y. *La Naissance en Occident*, Paris : Albin Michel, 2004 : 368 p.

[4] Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., Thierry X., Wagner S., Nicklaus S. *et al.* Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête ELFE maternité, France métropolitaine, 2011, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, octobre 2014, n° 27 : p. 440-449. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27_1.pdf

Les étudiants hommes sages-femmes choisissent ce cursus pour des raisons variées : intérêt pour la profession, souci de stabilité professionnelle, souhait d'ascension sociale ou encore stratégie pour rejoindre, à terme, une autre formation.

Hommes en formation de sage-femme : des étudiants singuliers, des profils pluriels

Alice Olivier,

doctorante en sociologie,
Observatoire sociologique
du changement (Sciences Po)
et Institut national d'études
démographiques (Labex iPOPs).

Historiquement réservée aux femmes, la formation de sage-femme s'est ouverte aux hommes en 1982. Elle reste toutefois l'une des plus fémi-

nisées de l'enseignement supérieur français : en 2015, les femmes représentaient plus de 97 % des effectifs¹. Parce qu'elle place la santé des femmes au cœur de la pratique et valorise des compétences de soin, de patience et d'écoute généralement associées à ces dernières, elle est considérée comme une filière d'études « féminine² » par excellence.

Dans ce contexte, les rares hommes qui y étudient font figure d'exception : comment s'orientent-ils vers la maïeutique, et quelle est ensuite leur expérience dans cette formation ?

Cet article – qui s'inscrit dans une recherche doctorale en cours – apporte des éléments de réponse à partir de l'analyse d'entretiens et d'observations menés au sein de quatre écoles de sages-femmes, ainsi que de l'exploitation de données statistiques nationales sur cette filière.

« Choisir » de devenir sage-femme : le poids des dispositions et des modalités de recrutement

Les trente et un étudiants hommes rencontrés dans le cadre de cette recherche ne correspondent pas à un profil unique : comme pour leurs condisciples femmes, on observe une pluralité de configurations – en termes d'origines sociales, d'aspirations parentales, de dispositions de genre ou encore de parcours scolaire – sous-jacentes à leur orientation vers la maïeutique. Certains ont connu des socialisations familiales et amicales peu marquées par le genre : ils pensent que le sexe d'un individu ne doit pas déterminer son choix d'études et se tournent vers la formation de sage-femme par intérêt pour la profession. D'autres ont une approche plus différenciée et considèrent que certains domaines sont plus adaptés aux femmes ou aux hommes. Ils choisissent toutefois la maïeutique, soit parce que celle-ci leur assure une stabilité professionnelle et/ou une ascension sociale qui les invitent à mettre de côté leurs réticences genrées, soit parce qu'ils espèrent bénéficier par la suite d'un système d'équivalences pour rejoindre

des filières correspondant davantage à leurs aspirations sociales et à leurs dispositions de genre.

Les étudiants hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à ne pas connaître la profession – même partiellement – en amont de leur première année d'études de santé. Ils la découvrent uniquement parce qu'elle est proposée dans le cadre d'un recrutement commun à plusieurs filières³. Ainsi, si les premiers hommes arrivent en formation en 1982, leur part dans les effectifs explose en 2002 seulement, lorsque le concours d'entrée est mutualisé à celui d'autres filières médicales. Elle passe alors de 1,4 % à 8,5 % en un an⁴ : nombre d'entre eux choisissent la maïeutique, parce qu'on leur propose une place dans cette formation au vu de leur classement aux épreuves communes. Après s'être plus ou moins stabilisée quelques années, cette proportion diminue de nouveau suite à la réforme de 2010⁵. Les candidat.e.s doivent désormais choisir, dès la fin du premier semestre de l'année commune aux études de santé, les filières qu'ils et elles présentent, et passer des épreuves spécifiques en conséquence au second semestre : ceci ne laisse plus la possibilité d'envisager la maïeutique une fois le concours obtenu. Finalement, que leur choix soit motivé par une découverte intéressée de la profession au cours de la première année d'études de santé, ou que ce soit une orientation par défaut faute d'accès à d'autres formations médicales, il apparaît que les modalités

L'ESSENTIEL

▣ **Comment les rares hommes sages-femmes s'orientent-ils vers cette profession ? Quelle est leur expérience pendant la formation ? Éléments de réponse à partir d'observations et d'entretiens.**

▣ **Leurs motivations pour apprendre la profession de sage-femme sont très variées.**

▣ **Souvent considérés comme des étudiants « à part » par les étudiantes, les enseignantes et les encadrantes de stage, les étudiants hommes vivent leur formation de différentes façons, notamment en fonction de leurs points de vue et pratiques antérieurs en termes de genre.**

de recrutement appliquées dans la filière jouent un rôle central dans l'arrivée d'hommes en formation de sage-femme.

Une place à part dans le groupe étudiant

À leur arrivée en formation de sage-femme, les étudiants hommes font l'objet d'une attention spécifique : dans un groupe très majoritairement composé de femmes, ils sont particulièrement visibles. Les étudiantes n'hésitent pas à mobiliser différents clichés sur les hommes sages-femmes – qui seraient « efféminés » ou « coureurs de jupons » – pour plaisanter avec eux, tout en les encourageant à investir les rôles dotés d'un certain pouvoir au sein du groupe étudiant, tels que ceux de délégué ou de représentant associatif. Ce phénomène s'atténue cependant progressivement : sur le long terme, elles leur enjoignent plutôt de s'inscrire dans un processus d'amoindrissement des différences de sexe. Elles ne gromment pour autant pas toute distinction entre elles et eux : appréciant de pouvoir les mobiliser « en tant qu'hommes » sur certains sujets – conseils sur leurs relations amoureuses par exemple –, elles les maintiennent à une place à part tout au long de la formation.

La réaction des hommes à cette situation est notamment liée à leurs dispositions antérieures en termes de genre et à la façon dont ils se sont orientés vers la maïeutique. Ainsi, ceux qui sont le plus à l'aise avec leur choix d'études acceptent volontiers

de se fondre dans le groupe étudiant. D'autres s'adaptent de façon plus progressive : d'abord gênés par ce qu'ils perçoivent être un risque de féminisation, ils adoptent au fur et à mesure les codes du groupe étudiant, en parallèle de la consolidation de leur souhait d'étudier la maïeutique. Enfin, un dernier groupe d'hommes, déçus de leur orientation, se montrent réfractaires à l'atténuation de la distinction entre les sexes et développent différentes stratégies pour y résister : mise en scène d'une virilité exacerbée, surjeu de leur supposée féminisation ou encore rapprochement avec les autres hommes du groupe.

Des expériences le plus souvent positives en stage

Si certaines des sages-femmes enseignantes et encadrantes de stage interrogées affirment que les hommes sont pour elles des « étudiants comme les autres », elles sont nombreuses à leur réserver un accueil très chaleureux : souscrivant à de fortes représentations de genre, elles associent leur présence à une meilleure ambiance dans les équipes et les promotions ; elles considèrent par ailleurs souvent que les hommes entretiennent un rapport moins scolaire à la profession, et qu'ils risquent moins de se faire piéger dans un trop-plein d'affect lorsqu'ils accompagnent des couples. Dans tous les cas, le fait que les hommes soient si peu nombreux les rend particulièrement visibles dans les classes et dans les services, une situation susceptible de favoriser leur apprentissage : « Moi,

j'avais déjà fait des accouchements tout seul en fin de L2 [deuxième année], alors que normalement c'est ce qu'on fait en L3 [troisième année]. Mais parce que... voilà, j'étais un mec, donc tout le monde m'avait repéré, et toutes les sages-femmes me disaient : "Ouais, mais tu veux pas essayer tout seul ?" [...] Avec les filles de ma promo, on appelle ça "le syndrome du chromosome Y" ! » (Quentin, 23 ans, troisième année).

Avec les patientes, la situation peut sembler plus compliquée : certaines refusent de se faire examiner par un homme. Ceci entraîne parfois des frustrations pour les étudiants qui ont le sentiment de manquer des opportunités de formation, voire de faire l'objet de traitements discriminatoires. Il faut toutefois fortement nuancer ce constat : d'une part, ces refus sont rares et semblent surtout concerner les étudiants en début de formation, lorsqu'ils sont eux-mêmes peu à l'aise dans une situation de soin qu'ils ne maîtrisent pas encore ; d'autre part, en cas de refus, nombreuses sont les sages-femmes encadrantes qui affirment leur soutien aux étudiants une fois la consultation passée, voire qui prennent ouvertement leur défense face aux patientes. Finalement, ces situations participent elles aussi au maintien d'une singularité des étudiants hommes : même quand ils ont souhaité devenir sage-femme et qu'ils ont des dispositions de genre peu différenciées, ils ne sont, de fait, jamais tout à fait des étudiants sages-femmes « comme les autres ». ■

Contact : alice.olivier@sciencespo.fr

VOUS AVEZ DIT « SAGE-FEMME » ?

Les étudiants hommes rencontrés sont unanimes : lorsqu'ils évoquent leur future profession, leurs interlocuteurs leur demandent systématiquement comment les appeler, s'amusant souvent de la connotation féminine du terme « sage-femme ». Ils leur expliquent alors que, puisqu'il signifie « qui a la connaissance sur les femmes » (et non pas « femme qui a la connaissance »), ce dernier est utilisé pour tous les professionnels. Mais, au-delà de ces considérations étymologiques, nombre d'entre eux discréditent cette question qui

ne concernerait, selon eux, que les hommes peu à l'aise dans ce domaine « féminin » : « Tous les gens me disent ça : "On dit pas maïeuticien ?", "On dit pas sage-homme ?"... "Ben non, on dit sage-femme !" Et moi, je dis aux gens : "Vous savez, moi, je m'en fous complètement qu'on m'appelle sage-femme." [...] Je dis pas [...] "Je suis le maïeuticien." Je pense que les mecs qui disent ça, c'est qu'ils ont un souci. Qu'ils sont pas à l'aise. [...] T'es sage-femme et puis c'est tout ! » (Arthur, 24 ans, cinquième année).

1. L'ensemble des statistiques sont tirées de l'« Enquête annuelle sur la formation aux professions de santé » (Drees).

2. L'usage de guillemets souligne ici le caractère socialement construit de ce lien entre femmes et formation de sage-femme, invitant à mettre clairement à distance toute conception essentialiste selon laquelle les femmes seraient « par nature » plus adaptées que les hommes à l'exercice de la maïeutique.

3. Principalement la médecine, l'odontologie et, depuis 2010, la pharmacie. Certaines filières paramédicales ont aussi la possibilité de recruter par ce biais, en fonction d'accords locaux avec les universités.

4. En 2001, on comptait 11 hommes sur 781 étudiant.e.s de première année ; en 2002, 74 sur 867.

5. En 2010, les hommes représentaient 10,7 % des effectifs de première année, en 2011, 5,3 % et en 2012, 3,4 %.

Femmes et hommes face au renoncement aux soins

Hélène Revil,

chercheuse en science politique, Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), université Grenoble-Alpes.

Il existe peu de travaux en sciences humaines et sociales sur le renoncement aux soins dans une perspective de genre. Toutefois, des études récentes conduites par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), dans le cadre des baromètres du renoncement aux soins (BRS) mis en place avec l'assurance maladie, pointent des différences notables en fonction du sexe. Les entretiens qualitatifs menés auprès de personnes qui renoncent à se soigner laissent notamment entrevoir comment des processus contribuent à expliquer le renoncement aux soins. Il s'agit de processus différenciés de socialisation à la question de la santé, des attentes en matière de soins adressées aux femmes et aux hommes dès leur plus jeune âge et tout au long de leur vie, de la manière de leur parler de santé en général, de leur santé en particulier, et de les amener – ou non – à y prêter attention et à la prendre en charge.

Le renoncement diffère du non-recours aux soins : la première notion renvoie à des soins non pris en charge alors que les personnes en déclarent le besoin ; la seconde correspond à des situations où les besoins de soins non satisfaits sont avérés par des professionnels de la santé. En théorie, les deux phénomènes ne se recoupent pas nécessairement. Menée dans le département du Gard en 2014, la vague initiale du

BRS qui a impliqué des médecins a toutefois permis de montrer la forte homologie entre les deux phénomènes : dans 94 % des cas, les besoins de soins auxquels les personnes ont déclaré avoir renoncé ont été confirmés par les professionnels de la santé [1].

Les données collectées au travers des BRS, depuis plusieurs années, n'ont pas été spécifiquement exploitées dans une perspective de genre. Dans cet article et à partir d'une analyse secondaire de certaines données quantitatives issues des baromètres¹, nous proposons toutefois quelques pistes de réflexion pour une approche du renoncement tenant compte du sexe des personnes qui expriment des difficultés à se soigner.

Les femmes renoncent davantage aux soins

En 2012, l'équipe de Pierre Chauvin (directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale - Inserm) indique que « *les femmes ont tendance à plus renoncer aux soins que les hommes [...], mais [que] la différence n'est significative qu'à un seuil de 10 % [2]* ». Les auteurs en concluent que, toutes choses égales par ailleurs, le risque, pour les femmes, de renoncer à des soins est donc supérieur à celui des hommes. En ce qui concerne la dernière vague du BRS, réalisée en 2016, auprès d'environ 29 000 personnes, dans 18 territoires métropolitains [3], les femmes apparaissent également un peu plus « exposées » au renoncement que les hommes. Alors que les répondants à l'enquête sont pour 58,6 % des femmes et pour 41,4 % des hommes, 64,3 % des personnes qui ont déclaré au moins un renoncement sont des femmes ; 35,7 % sont des hommes. Cette plus forte probabilité de renoncer (ou de le déclarer) pour les femmes

par rapport aux hommes se vérifie dans tous les territoires pris en compte dans l'étude. La surreprésentation des femmes par rapport aux hommes et parmi les « renonçants » est toutefois plus marquée dans certains territoires ; c'est le cas des Alpes-Maritimes, de la Drôme, des Flandres, du Hainaut, de la Haute-Garonne et de la Moselle. C'est dans ce dernier département, ainsi que dans la Manche que la surreprésentation des femmes parmi les renonçants est la plus forte.

Paradoxe : elles consultent davantage le médecin

Si les femmes apparaissent plus « touchées » par le renoncement que les hommes, elles sont en revanche plus nombreuses que ceux-ci à avoir consulté un professionnel de la santé au cours des six derniers mois. Il est important de rappeler que renoncer à des soins ne signifie pas n'en recevoir aucun. Pour 88,1 % des 16 389 femmes ayant répondu au BRS, la dernière consultation chez un médecin date de moins de six mois. C'est le cas de 79,6 % des 11 571 hommes ayant répondu à l'enquête. 4 % de ceux-ci ont, en outre, déclaré que leur dernière consultation date de plus de deux ans *versus* 1,2 % des femmes [3]. Nous rejoignons ici des constats faits par Alexis Montaut (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees, ministère du Travail) qui précise que 91 % des femmes et 84 % des hommes déclarent avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois [4].

Des différences en fonction de la nature des soins

Porter le regard sur la nature des soins auxquels ont renoncé les hommes et les femmes peut apporter,

L'ESSENTIEL

▣ **Qu'est-ce qui différencie les femmes des hommes dans le renoncement de chacun aux soins de santé ?**

▣ **Une enquête suggère quelques pistes. La construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine apparaît comme un élément majeur de différenciation.**

en parallèle, un éclairage intéressant. D'après l'enquête *Statistiques sur les ressources et les conditions de vie*, réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2007, le renoncement aux soins médicaux est supérieur chez les hommes [5]. La vague du BRS conduite en 2016 rejoint, pour partie, ce constat : 15,1 % des hommes qui ont déclaré renoncer aux soins ont ainsi évoqué un renoncement à une consultation chez un généraliste, alors que c'est le cas de 12,3 % des femmes. Parmi ces dernières, 27,2 % ont, en revanche, déclaré renoncer à une consultation chez un spécialiste (hors gynécologie²), versus 26 % des hommes. S'agissant des consultations en ophtalmologie et de l'achat de matériel optique (lunettes en particulier), les taux de renoncement entre les femmes et les hommes sont assez proches. Concernant les soins dentaires, nos résultats diffèrent quelque peu de ceux issus de l'enquête de l'Insee qui indique des taux de renoncement équivalents entre les femmes et les hommes pour ce type de soins ; dans le BRS, le renoncement aux soins dentaires apparaît un peu plus prégnant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, 36,4 % des hommes qui ont déclaré renoncer disent être concernés par le renoncement à des soins dentaires conservateurs – ce taux est de 32,3 % chez les femmes – et 40,4 % à des soins prothétiques – 37,7 % pour les femmes.

Causes et les conséquences du renoncement : des pistes à creuser

Si l'on se penche sur les causes, nous ne notons pas de différence entre les hommes et les femmes concernant le renoncement pour raisons financières. 59,4 % des hommes qui renoncent évoquent les « restes à charge » ; c'est le cas de 58,8 % des femmes. 32,8 % des hommes parlent de l'avance de frais, versus 32,7 % des femmes. Les taux de renoncement liés à des difficultés géographiques d'accès à l'offre de soins et/ou de mobilité sont également homogènes : 9,1 % des hommes et 10,1 % des femmes évoquent ce type de difficultés. En revanche, les taux diffèrent sensiblement sur la disponibilité temporelle de l'offre de soins et des personnes elles-mêmes : les délais pour obtenir un rendez-vous sont ainsi cités comme cause de renoncement par 10,3 % des hommes et par 13,3 % des

femmes. 9,7 % des hommes évoquent un problème de disponibilité personnelle, ce taux atteint 12,1 % chez les femmes.

Les BRS de l'Odenore apportent des informations intéressantes sur les conséquences du renoncement telles qu'elles sont perçues ou vécues par les personnes concernées. Ils indiquent notamment que les femmes craignent un peu plus l'impact de l'absence de soins sur leur état de santé que les hommes (74,3 % versus 70,8 %). C'est également le cas des conséquences sur la vie familiale (17,5 % des femmes en parlent versus 15,6 % des hommes). Les hommes sont quant à eux plus inquiets que les femmes s'agissant des conséquences de l'absence de soins sur leur vie professionnelle (23,3 % versus 19,5 %).

Ces résultats sont à considérer avec précaution, tant les pourcentages sont, pour certains, voisins. Ils permettent surtout de percevoir les pistes à creuser dans le cadre d'enquêtes qualitatives. C'est tout l'intérêt des baromètres du renoncement aux soins (BRS) que de donner des « tendances quantitatives » qui peuvent ensuite être décryptées au travers d'enquêtes complémentaires.

Le genre, processus de construction sociale et culturelle

Ces quelques constats suggèrent des différences s'agissant du renoncement aux soins selon le sexe des personnes concernées. Ils gagneraient désormais à être affinés et, surtout, à être travaillés dans une perspective compréhensive, de manière à saisir précisément en quoi le

genre – entendu comme un processus de construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et des rapports sociaux entre les sexes – peut contribuer à expliquer ces différences. Dans quelle mesure les représentations sociales liées aux genres influent-elles par exemple sur le fait d'oser faire état à un tiers d'un éventuel renoncement ? Peut-on expliquer certains résultats – la surreprésentation des femmes parmi les « renonçants » notamment – par des attitudes et/ou des comportements différenciés entre les femmes et les hommes quant à la perception des besoins de soins et la façon de les « mettre en mots » ? Dans quelle mesure les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes peuvent-ils, en outre, contribuer à expliquer les légères différences en ce qui concerne les causes et les conséquences du renoncement ? Répondre à ces questions pourrait être utile à l'heure où des acteurs sociaux et sanitaires développent des dispositifs de repérage du renoncement et d'action visant à limiter, en France, les difficultés d'accès aux soins³. ■

Contact : helena.revil@sciencespo-grenoble.fr

1. Données collectées dans le cadre du diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux de 18 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

2. 17,2 % des femmes ont quant à elles parlé d'un renoncement à une consultation ou à un soin en gynécologie.

3. Nous pensons par exemple au dispositif Plateforme d'intervention pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass), mis en œuvre par le réseau de l'assurance maladie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Warin P., Chauveaud C. (coll.) *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG)*. [Rapport à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard], Odenore, septembre 2014 : 105 p. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01099989/document>

[2] Chauvin P., Renahy E., Parizot I., Vallée J. *Le Renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*. [Document de travail], Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), mars 2012, n° 120 : 72 p. En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud120.pdf>

[3] Revil H., en coll. avec Casagran A. et Chauveaud C. *Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux de 18 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)*. [Rapport au régime général de l'assurance maladie], Odenore, juin 2016 : 78 p. En ligne : http://www.posmip.fr/files/pdocument/public/r640_19_analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf

[4] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, *Études et Résultats*, février 2010, n° 717. En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

[5] Chaupain-Guillot S., Guillot O., Janke-liowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV, *Économie et Statistique*, 2014, n°s 469-470. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989>

Santé et travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention

Florence Chappert, responsable du projet « Genre, égalité, santé et conditions de travail »,
Pascale Mercieca, chargée de mission prévention des risques professionnels et promotion de la santé, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), Lyon.

En 2009, le réseau Anact-Aract¹, sous l'impulsion du service des Droits des femmes et pour l'Égalité entre les femmes et les hommes de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), a décidé d'introduire « l'approche genre » dans ses analyses en vue de l'amélioration des conditions de travail. L'hypothèse qui avait été posée au départ était que la prévention de certains problèmes de santé au travail pouvait progresser en prenant mieux en compte la compréhension des questions de genre.

De plus en plus d'accidents pour les femmes depuis seize ans

Depuis 2012, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) publie une analyse statistique selon le sexe à partir des données des accidents du travail et des maladies

professionnelles reconnus, fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en France (CNAMTS). La dernière photographie statistique [1] révèle que si les femmes sont deux fois moins accidentées que les hommes en 2015, la baisse depuis seize ans du nombre d'accidents de travail reconnus avec arrêt de travail (diminution de 16 % sur 2000-2015)

masque des évolutions asymétriques selon le sexe, à savoir une diminution de 30 % pour les hommes, dans toutes les branches d'activités, *versus* une augmentation de 33 % pour les femmes, notamment dans les branches professionnelles à prédominance féminine. Dans le domaine de la santé, dans les secteurs sanitaire et social, de la banque, de l'assurance ou encore du commerce, les femmes occupent depuis peu des emplois exposés à des facteurs de risques insuffisamment évalués et reconnus, et ceci dans un contexte où les politiques de prévention récentes ne semblent pas assez efficaces concernant les activités réalisées par les femmes.

Par ailleurs, sur la période 2001-2015, les maladies professionnelles déclarées et reconnues (80 % relatives à des troubles musculo-squelettiques) ont augmenté presque deux fois plus pour les femmes (+ 155 %) que pour les hommes (+ 80 %). En 2015, autant de maladies professionnelles ont été reconnues parmi les femmes que parmi les hommes.

Une imprimerie ouvre la voie

L'intervention de l'Aract Basse-Normandie dans une imprimerie a été le point de départ du modèle de compréhension des inégalités de santé entre les femmes et les hommes [2]. L'entreprise, malgré des investissements sur ses machines, cherchait à comprendre pourquoi les femmes contractaient davantage de troubles musculo-squelettiques que les hommes et, donc, étaient plus souvent absentes.

L'intervenant en conditions de travail a démontré que, tout en étant dans le même atelier, ouvriers et ouvrières ne réalisaient pas les mêmes tâches. Les femmes avaient accès à quatre types de poste différents, les hommes à neuf. Il

a aussi mis en évidence le fait que les activités auxquelles étaient affectées les femmes – notamment le poste d'aide à la finition où elles étaient sur-représentées – étaient particulièrement contraignantes : port de charge jusqu'à onze tonnes par jour avec de petites charges répétées, gestes répétitifs à forte cadence avec des prises de cahiers à pleine main sollicitant fortement l'appareil musculo-squelettique.

L'intervenant a élargi le diagnostic et démontré que les hommes quittaient en moyenne après trois ans le poste d'aide à la finition, un poste de débutant dans l'entreprise, pour d'autres opportunités dans l'entreprise ou en dehors de celle-ci. Le poste de découpe des cahiers, permettant une évolution plus rapide, était réservé aux hommes, car extrêmement difficile.

Face à ce constat, la direction de l'imprimerie a tout d'abord pris conscience qu'elle ne pouvait pas gérer la pénibilité par le seul levier du recrutement. Elle a travaillé en amont avec les fournisseurs de cahiers pour limiter les sollicitations des membres supérieurs et le port de charges, et elle a repensé la conception des postes de travail. La direction a également repensé la question des parcours des femmes : en reconnaissant les compétences détenues par les aides à la finition et leur responsabilité dans le bon fonctionnement de la ligne de production, elle a permis aux femmes d'évoluer vers les postes d'aide conducteur ou de conducteur de machines.

Le modèle « genre » : une clé d'analyse « des situations de travail, toutes choses inégales par ailleurs »

Force était de constater que même les analyses épidémiologiques fondées sur une analyse « toutes choses égales

L'ESSENTIEL

► Depuis quinze ans, les femmes accèdent de plus en plus à des emplois exposés à des facteurs de risques insuffisamment évalués et reconnus. Et les politiques de prévention récentes ne semblent pas assez efficaces au vu des activités réalisées par les femmes.

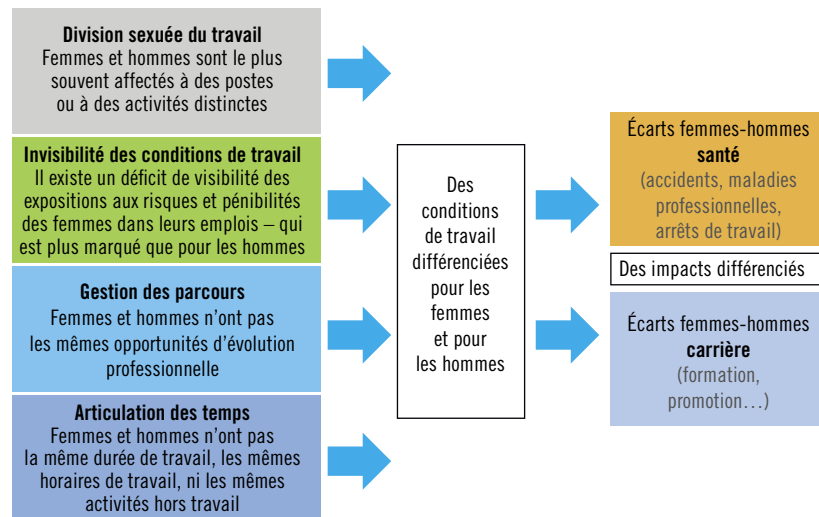
► Une étude montre que, dans une imprimerie, l'un des postes les plus difficiles et exposant le plus aux troubles musculo-squelettiques est majoritairement confié aux femmes, lesquelles ne bénéficient pas des mêmes opportunités d'évolution professionnelle que les hommes.

par ailleurs » n'étaient pas forcément pertinentes pour comprendre les écarts, en termes de santé au travail, entre les femmes et les hommes [3]. En effet, dans les entreprises, le constat était que les femmes et les hommes occupaient des situations professionnelles « toutes choses *inégales* par ailleurs ». Ils n'exerçaient pas les mêmes métiers, n'avaient pas les mêmes conditions de travail, de conciliation des temps, ni les mêmes parcours.

Les interventions du réseau Anact-Aract ont permis d'élaborer progressivement un modèle d'analyse des écarts de santé au travail entre les femmes et les hommes avec quatre axes d'analyse :

- *l'organisation du travail et la mixité* : les femmes et les hommes n'exercent pas les mêmes métiers, n'occupent pas les mêmes postes de travail [4] même dans les secteurs ou les entreprises à prédominance féminine, il existe une répartition sexuée des emplois. Il en est ainsi des postes dans le tertiaire, par exemple le métier d'assistante, plus largement assuré par des femmes. Et dans le cas où les femmes et les hommes occupent un même poste dans l'entreprise ou exercent une même profession, les tâches ou les activités ne sont pas forcément les mêmes ;
- *le travail* : les femmes et les hommes sont exposés à des facteurs de risques et de pénibilités distincts, partiellement rendus visibles, notamment dans les emplois à prédominance féminine, avec des effets différenciés en termes de santé [5] ; ainsi, les emplois à domicile auprès des personnes âgées sont principalement occupés par des femmes ; or, ce travail et les conditions qui y sont liées restent très peu visibles, voire invisibles ;
- *les parcours* : les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes parcours professionnels ; entre autres, ceux-ci sont plus hachés pour les femmes du fait de leur arrivée plus tardive dans le monde du travail ; plus précaires, notamment à cause des emplois à temps partiel ; à emplois équivalents, elles sont davantage sujettes à l'usure professionnelle du fait d'une exposition prolongée aux risques et à la pénibilité ;
- *le temps* : les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes contraintes de temps de travail – liées entre autres à la fragmentation d'emplois de courtes durées pour les femmes – ni les mêmes activités dans la sphère privée, à cause de la persistance des inégalités dans

Figure 1. Modèle Anact-Aract Genre : 4 axes d'analyse



le partage des activités domestiques. Cependant, dans le cadre des interventions de l'Anact-Aract en entreprise, il a été montré que, contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de corrélation entre le taux d'absentéisme et le nombre d'enfants, même si la situation : « séparé.e, divorcé.e, veu.f.ve », est associée à plus d'absences pour les femmes comme pour les hommes.

L'ensemble de ces éléments [6] concourt à expliquer les effets différenciés du travail sur la santé des femmes et des hommes (cf. figure 1).

De nouvelles lois pour agir

La loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, promulguée en France le 4 août 2014, et la loi de modernisation de notre système de santé, définitivement adoptée par l'Assemblée nationale le 17 décembre

2015, contiennent de nouvelles dispositions plus favorables aux actifs, qui permettent d'adapter les systèmes de travail et les politiques de prévention, en prenant en compte les conditions d'expositions différenciées des femmes et des hommes. Les politiques de santé et de sécurité au travail gagnent à mobiliser cette prise en considération du genre pour progresser dans la prévention de la santé et la promotion de la santé pour toutes et tous. ■

Contacts : f.chappert@anact.fr ;
p.mercieca@anact.fr

1. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail est un établissement public paritaire qui dépend du ministère du Travail et qui a pour mission de promouvoir des démarches innovantes en matière d'amélioration des conditions de travail. Elle anime le réseau des Aract, les associations régionales paritaires réparties sur l'ensemble du territoire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Caroly S. Les conditions de travail et la santé selon le sexe et le genre. *Mouvements*, dossier Genre, 17 mai 2009. En ligne : <http://mouvements.info/les-conditions-de-travail-et-la-sante-selon-le-genre-et-le-sexe/>
- [2] Chappert F., Thery P., *Photographie statistique selon le sexe des accidents de travail, de trajet et maladies professionnelles entre 2001 et 2015*, Lyon : Anact, 2017. En ligne : <https://www.anact.fr/file/5894/download?token=ANHQJyfe>
- [3] Chappert F. L'apport du genre aux démarches de prévention des risques professionnels en santé au travail. in Devreux A.-M. (coord.) *Les Sciences et le*

Genre. Déjouer l'androcentrisme, Rennes : PUR, coll. Essais, 2016 : 292 p.

[4] Vignet M., Chappert F., Sarnin P. Inégalités hommes/femmes dans l'accès à la QVT : une explication des différences dans les taux d'absentéisme. *La Revue des conditions de travail*, n° 3, 21 janvier 2016 : p 109-117. En ligne : <https://www.anact.fr/inegalites-hommesfemmes-dans-laces-la-qvt-une-explication-des-differences-dans-les-taux>

[5] Messing K. *La Santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Toulouse : Octarès Éditions, 2000 : 306 p.

[6] Nicot A.-M. *Les Facteurs psychosociaux de risques au travail et la santé : une approche par genre des données statistiques nationales*, Lyon, Anact, coll. Études, 2014 : 98 p. En ligne : <https://www.anact.fr/les-facteurs-psychosociaux-de-risques-au-travail-et-la-sante-une-approche-par-genre-des-donnees>

« Questionner les rapports de pouvoir entre masculin et féminin »

Entretien avec Carine Favier,

médecin, responsable du programme « Genre et santé sexuelle », membre du conseil d'administration de la Confédération nationale du planning familial, Paris.

La Santé en action : **Quel bilan pouvez-vous dresser du programme « Genre et santé sexuelle » du Planning ?**

Carine Favier : Ce programme est né, en 1998, du constat que les femmes étaient peu prises en compte dans l'épidémie de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du sida. Il a consisté en la mise en place de groupes de parole, de formations de professionnels. Nous nous sommes rendu compte que les

questions ne se posaient pas seulement sur le plan médical, mais que l'important, c'était de prendre en considération la sexualité dans son ensemble, les rapports de domination dans les couples, les sexualités. Nous avons adhéré à la définition de la santé sexuelle telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et qui prend en compte cette

Cela a amené le Planning à se positionner plus généralement sur les questions de sexualité

et de société, au-delà de l'approche individuelle, en prenant en compte les discriminations. Ainsi, dans nos actions, les personnes prennent conscience que les situations et vécus individuels s'inscrivent dans un contexte collectif et sociétal. Avec la santé sexuelle, nous avons la possibilité de dépasser une approche de « réduction des risques » et d'aborder d'autres questions, comme les rapports de genre, de nous adresser à d'autres publics. Je pense notamment aux accueils de personnes trans au Planning et également aux hommes en général, même si notre public reste largement féminin. L'idée que de nouveaux publics soient légitimes au planning, même s'ils restent minoritaires, s'appuie sur cette prise en compte de la question des identités de genre. Cela a aussi permis d'aborder les questions du genre dans l'épidémie de VIH, de l'exposition différente des femmes pour des raisons de rapports de pouvoir, de précarité. Et cela n'était pas évident au départ.

S. A. : **Comment définissez-vous la notion de genre au Planning ?**

C. F. : C'est un terme compliqué à utiliser dans l'action militante. Ce que l'on essaye de faire, c'est d'abord de rompre avec l'explication biologique d'une différence femmes-hommes. On s'efforce de travailler concrètement là-dessus en formation. Mais il y a aussi la question des rapports sociaux tels qu'ils sont construits. Le genre n'est pas une question que l'on pose de manière ponctuelle (une « séquence genre » dans une formation). Ce sont des lunettes qui mettent en relief qu'être un homme ou être une femme, ou ne pas se définir comme tel, c'est

un point qu'il faut toujours avoir à l'esprit. Ainsi en est-il par exemple si l'on parle contraception : quelle est la place des hommes, quelle est la place des femmes ? Etc. Sur tous les sujets, parler de genre, c'est se poser des questions sur les rapports de pouvoir entre masculin et féminin, sur les liens entre le sexisme et les questions liées à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle. Qu'est-ce qui fait qu'au fond, il y a une norme principale de l'homme hétérosexuel blanc qui a le pouvoir, et qu'à partir de cette représentation, des hiérarchies se définissent par rapport à cette norme ? Cette réflexion a contribué à changer notre regard, y compris sur les hommes, par exemple les auteurs de violence. Aujourd'hui, on commence à travailler avec ces hommes, sur leur relation à la violence, au pouvoir, et c'est un enjeu important d'aborder avec les garçons leurs représentations de ce qu'est un homme.

S. A. : **Pourquoi l'approche par le genre est-elle à prendre en compte dans toute démarche de promotion de la santé ?**

C. F. : Bien sûr, le fait de prendre en compte la question du genre – et ainsi sortir du médical, de l'approche par les risques – est une démarche de promotion de la santé. C'est une approche de reconnaissance de la personne, de valorisation de son bien-être, qui consiste à mettre en relief les conditions pour exercer ses droits. En promotion de la santé, la question des droits est très importante. S'approprier l'information permet de faire valoir ses droits, pour être libre de pouvoir faire ses propres choix. C'est de la promotion de la santé.

L'ESSENTIEL

► **Figure du féminisme, militante au Planning familial et également médecin au service des maladies infectieuses et tropicales du centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier, Carine Favier a participé au Planning, à la mise en place du programme « Genre et santé sexuelle », réaffirmant notamment l'intérêt de ce réseau pour une réflexion globale sur les discriminations liées au genre et à la sexualité, qu'elles soient vécues par des femmes, des homosexuels ou des personnes trans.**

► **Elle alerte sur la nécessité de combattre collectivement les discriminations, à commencer par celles liées au genre.**

S. A. : Sur quelles thématiques en lien avec l'actualité convient-il d'être vigilant face à ces questions de genre et de droits ?

C. F. : Les questions de la contraception et de l'IVG [interruption volontaire de grossesse] demeurent, car c'est un combat qui n'est jamais terminé, même s'il y a eu des modifications législatives récentes qui allaient dans le bon sens. Pour nous, la question de l'accès à la contraception et à l'IVG pour les mineures est par exemple très importante. De même, l'éducation à la sexualité ; en effet, il est essentiel que la loi soit appliquée, car ce n'est toujours pas le cas, et de nombreux rapports récents incluant des recommandations vont dans le même sens. L'on ne peut pas accompagner les jeunes à se construire une manière positive de vivre leur sexualité si l'on ne dispose pas pour ce faire de lieux d'information et d'échanges appropriés ; en effet, il faut travailler sur les émotions avec les jeunes, au-delà de la sexualité dans son aspect « technique ». En outre, les personnes doivent pouvoir disposer des outils adéquats pour faire leurs choix ; il convient donc de fournir aux jeunes des listes de ressources afin que chacun, quelle que soit sa sexualité, trouve une réponse. Enfin, il y a les enjeux liés à la sexualité des personnes en situation de handicap qu'il convient impérativement de prendre en compte : là encore, c'est une question d'accès aux droits.

S. A. : Quelles sont les implications, dans votre vie professionnelle, de votre statut de médecin et féministe ?

C. F. : Dans ma pratique hospitalière, je dirais que cela concerne d'abord la perception des rapports de genre, ou de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle. Et je pense qu'échanger avec les gens des ressorts communs du sexisme et de l'homophobie, des discriminations qu'ils ou elles vivent, c'est important. En discutant, on établit des liens entre ces situations, on peut rompre l'isolement de personnes discriminées, parce que femmes ou parce qu'homosexuel.le.s, en leur disant : « *Les discriminations que vous vivez en tant qu'homosexuel, les trans, les femmes les vivent aussi, même s'il y a des différences.* » J'ai dans un premier temps milité au Mouvement

pour la liberté de l'avortement et de la contraception (Mlac), puis j'ai adhéré au Planning par le biais de la thématique du VIH-sida. Il y a beaucoup à gagner de croiser ces combats. En tant que professionnels, nous devons expliquer aux personnes que nous accompagnons que les discriminations ne sont pas uniquement leur affaire personnelle, qu'elles sont partagées et qu'il faut les combattre collectivement. Il faut permettre aux personnes d'inscrire leur histoire dans une dimension plus collective. Elles comprennent alors que ce n'est pas seulement leur comportement qui les expose au risque (par exemple pour le sida), mais aussi les discriminations dont elles sont victimes.

S. A. : Les professionnels des domaines de la santé et du social sont-ils assez formés sur le genre ?

C. F. : La formation initiale ne doit pas être que médicale, c'est une certitude. Nous y travaillons au Planning, en collaborant avec les médecins généralistes. Il faut expliquer comment une approche non médicale peut compléter une approche médicale. Les médecins doivent travailler avec d'autres personnes, dans des espaces d'analyse des pratiques, de formation. Les étudiantes en médecine qui font leur stage au Planning témoignent que ça change complètement leur façon de travailler. Il faut décloisonner le médical et le non médical pour parler du genre et des discriminations. S'il peut y avoir la nécessité de lieux spécifiques, comme des centres de santé communautaires, cette approche de décloisonnement doit être proposée dans toutes les structures, et pas seulement dans le cadre d'expériences innovantes isolées. L'approche combinée médicale et non médicale, pluridisciplinaire doit être proposée pour tout le monde, car il convient d'améliorer la prise en charge partout. Il faut que les pratiques expérimentées dans des espaces pilotes soient mises en œuvre par exemple pour améliorer l'accompagnement dans les lieux généralistes comme les CPEF (Centres de planification et d'éducation familiale). C'est important que des gens qui sont militants, qui réfléchissent à leurs pratiques, permettent à celles-ci de s'exporter largement.

S. A. : Quelles résistances identifiez-vous, sur les questions que traite le Planning autour du genre, de l'IVG ?

C. F. : Sur l'IVG, c'est très clair. Il y a une pression sur les femmes pour les faire « réfléchir » sur l'avortement : certains médecins les culpabilisent vis-à-vis de cette décision, les considérant inaptes à faire leur choix : une double clause de conscience existe sur l'IVG², et on n'arrive pas à avancer sur ce point, même avec la dernière loi santé (loi du 26 janvier 2016). Il y a donc un climat de culpabilisation, qui est plus fort ces dernières années. On constate aussi un soutien, même discret, de certains médecins aux mouvements anti-choix. Et au-delà du soutien direct, il y a l'autocensure, notamment du côté des politiques. Certains ont peur de soutenir un projet qui parle d'une approche sur le genre, pensant que tel ou tel groupe d'opposition de droite ou d'extrême droite pourrait monter au créneau, comme après les mobilisations contre les ABCD de l'égalité³. Et cela a de lourdes conséquences : dans ce cas, il n'y a même pas de débat, on n'attend même pas la réaction des opposants. Cette frilosité paralyse l'innovation, et lorsqu'on s'autocensure, les mouvements extrêmes gagnent. Nous devons donc maintenir la plus grande vigilance pour que les droits des personnes soient respectés. ■

Propos recueillis par Arthur Vuattoux, docteur en sociologie, chercheur, chargé d'études et de recherche contractuel à l'Institut national jeunesse et éducation populaire.

1. Selon l'OMS, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » En ligne : http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Une clause de conscience spécifique à l'IVG, en plus de la clause de conscience existant déjà pour les médecins et les sages-femmes sur d'autres actes médicaux.
3. Programme d'enseignement en écoles maternelle et élémentaire, expérimenté à partir de 2013 pour lutter contre le sexisme et les stéréotypes de genre, abandonné en 2014 suite à d'intenses polémiques, puis remplacé par la création d'un site Internet proposant des ressources en ligne afin d'accompagner les enseignants, les parents d'élèves et les acteurs de la communauté éducative. En ligne : <https://www.reseau-canope.fr/actualites/actualite/outils-pour-legalite-entre-les-filles-et-les-garcons-a-lecole-un-nouveau-site-a-decouvrir.html>

Éducation à la sexualité dans les collèges en France : la place du genre

Laurence Communal, référente pédagogique éducation à la sexualité, bureau de la santé, de l'action sociale et de la sécurité, Direction générale de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Paris.

Des textes officiels¹ donnent à l'école la mission de transmettre une culture de l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes, de lutter contre les discriminations, les préjugés sexistes et les violences faites aux femmes.

Au collège Georges-Pompidou à Claix, dans un environnement social plutôt serein, à proximité de Grenoble, est mis en place depuis cinq ans un projet d'éducation à la sexualité. C'est un projet bien structuré, à l'initiative de l'infirmière et d'une professeure de sciences de la vie et de la Terre. Les séances sont animées alternativement par une quinzaine d'enseignants, dont l'enseignant de la classe unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS²), et de nombreuses disciplines sont représentées : lettres, langues, mathématiques, sciences physiques, histoire-géographie, arts plastiques, techno-

logie, documentation, enseignement physique et sportif. Ce projet permet de proposer aux élèves trois séances d'éducation à la sexualité par année scolaire, comme le préconise la circulaire de février 2003 ; la durée d'une séance est d'une heure à une heure et demie, en demi-classe.

Réflexion sur le genre dans chaque classe de collège

Contribuer à la promotion d'une égalité réelle entre les femmes et les hommes conduit à travailler sur les idées reçues concernant le féminin et le masculin, à déconstruire les stéréotypes de sexe. Ceux-ci catégorisent les personnes en fonction de leur sexe biologique et attribuent des conduites, compétences, façons de penser en lien avec celui-ci, selon un système de rapports hiérarchisés qui peut être appelé « système de genre ». Une réflexion sur ce thème est menée dans chaque niveau de classe du collège de Claix. Par exemple, pour les classes de quatrième, l'objectif est d'amener les élèves à être en capacité d'identifier les stéréotypes de sexe pour pouvoir ensuite s'orienter vers la question de l'égalité entre les personnes. Ce temps de travail s'inscrit dans le parcours citoyen, parcours éducatif qui vise à permettre à l'élève d'apprendre à accepter la diversité des opinions tout comme les désaccords, de développer son esprit critique en privilégiant l'écoute et le débat.

Stéréotypes inversés

Ces séances trouvent également leur place dans le parcours éducatif de santé en contribuant à l'acquisition de compétences du socle commun de connaissances, de compétences et de culture³ – en particulier réflexion et discernement – et de compétences psychosociales, comme savoir communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles. La séance en demi-classe se déroule en prenant appui sur un outil : *Agir pour un monde non sexiste*⁴. Il s'agit de

cartes qui proposent des dessins de situations quotidiennes très diverses : professionnelles, familiales, de loisirs, présentant des contre-stéréotypes par rapport aux rôles attendus dans notre société du côté féminin ou masculin. Répartis en groupes de trois à quatre élèves, ceux-ci reçoivent six ou sept cartes parmi lesquelles ils doivent choisir celle qui leur plaît le plus et celle qui leur plaît le moins, et rédiger pour chaque sélection les arguments qu'ils partageront ensuite avec la totalité du groupe. C'est autour de ces choix et des argumentations que vont s'élaborer les échanges durant la séance.

Parmi les cartes fréquemment retenues parce qu'elles plaisent aux jeunes apparaissent surtout celles qui placent les filles dans des métiers inhabituels ou dans des activités à connotation masculine, ce qui leur confère une posture plutôt gratifiante. Plus particulièrement, les filles apprécient les cartes qui représentent une fille qui joue avec des soldats ou une femme pilote de course. Les filles, face à ces images, revendiquent l'accès à des métiers traditionnellement considérés du côté du champ masculin.

Situations dévalorisantes inacceptables

Les choix de cartes qui plaisent le moins permettent de souligner les points de résistance dans la réflexion des jeunes par rapport aux stéréotypes de sexe, et ces sélections s'avèrent souvent être les mêmes pour une majorité de groupes. Certaines situations leur semblent inacceptables, car elles placent les hommes dans des postures à leurs yeux dévalorisantes : c'est le cas d'un

L'ESSENTIEL

▣ La déconstruction des stéréotypes autour du genre fille/garçon est au cœur de l'éducation et de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.

▣ Un collège à Claix (Isère) a généralisé les interventions chaque année, dans chaque classe, et rend les adolescents acteurs de cette déconstruction.

homme qui fait le ménage dans une entreprise (en revanche, chez lui, ce serait possible « pour l'aide apportée à sa compagne »). Les garçons supposent qu'ils vont perdre du prestige au regard des filles s'ils occupent des postures professionnelles vues comme féminines ; ils sont persuadés que les filles attendent d'eux qu'ils aient de l'argent pour leur offrir des cadeaux, mieux les protéger. Et les filles, qui se positionnent davantage que les garçons dans une égalité pour le choix des métiers, n'apprécient pas l'idée d'un garçon exerçant une profession socialement peu valorisée. Dans le champ social, la femme garde sa représentation de mère, et une femme qui s'alcoolise est plus dérangeante qu'un homme dans la même situation, car elle n'est plus en mesure de s'occuper de son enfant. La carte qui présente une jeune femme qui siffle deux jeunes hommes dans la rue n'est pas acceptable. Les garçons pensent que les filles apprécient d'être sifflées, considérant que c'est une forme de compliment à leur égard, alors que les filles trouvent que ce n'est pas respectueux envers elles ; elles répliquent qu'elles ne sont pas des « chiennes ».

Mise en réflexion des discriminations

Pour illustrer des comportements violents, une carte montre une femme qui s'apprête à frapper un homme avec une poêle, une autre une femme qui met la main aux fesses d'un personnage masculin. Ces comportements dérangent les filles comme les garçons, car l'homme victime est ridiculisé et il ne pourra aller porter plainte en raison de la honte qui en découlerait. Pour ce qui concerne la sexualité, une carte qui présente deux hommes dans un même lit est jugée bien plus choquante que celle qui montre deux femmes dans le même lit. Au-delà des stéréotypes de sexe, cet outil permet aussi de mettre en réflexion les discriminations en raison de l'orientation sexuelle, réelle ou supposée et la socialisation hétérosexiste qui promeut l'hétérosexualité aux dépens de l'homosexualité, laquelle confirme la domination masculine dans les rapports sociaux de sexe et tend à exclure les personnes qui dérogent aux codes sociaux du masculin et du féminin. Durant le temps de la séance, les adultes vont accompagner les jeunes

dans le repérage des stéréotypes qui participent à la persistance des discriminations et des inégalités.

Les échanges permettent de faire émerger les représentations des un.e.s et des autres et de déconstruire les stéréotypes de genre. En effet, les stéréotypes limitent les possibilités de développement de chacun en lien avec ses centres d'intérêt, ses compétences, ses désirs. Dans cette période de l'adolescence où le questionnement identitaire prend de la place, il est important de mettre en évidence avec les jeunes que les caractéristiques spécifiques attribuées aux filles ou aux garçons sont dépendantes de l'époque, de la culture, de la situation sociale, du pays. En termes de sexualité, la société laisse penser aux garçons que leurs attirances sont l'expression d'un désir sexuel alors que pour les filles il s'agit de l'expression de sentiments amoureux. Les garçons seraient ainsi toujours prêts à entrer dans une sexualité agie (donc dans le sens d'une relation sexuelle, NDLR) alors que seules les filles devraient apprendre à dire non. Ceci vient questionner la norme, un des sujets de prédilection des adolescent.e.s qui commencent fréquemment leurs questionnements par : « Est-ce que c'est normal de... ? »

Des personnels formés

Les personnels de l'éducation – enseignant.e.s, conseillers principaux d'éducation (CPE), personnels du domaine social ou de santé – qui mettent en place de telles séances dans le cadre de l'éducation à la sexualité ont été formés afin d'acquérir une posture professionnelle dans les moments d'échanges avec les adolescents. Durant la formation des intervenants en éducation à la sexualité, il est prévu des temps de travail sur les représentations qu'ont les participants de la sexualité, de façon à leur permettre de prendre de la distance par rapport à leur vécu, leur sexualité, leur histoire, leurs valeurs personnelles. Cette analyse réflexive a pour objectifs de faciliter l'accueil de la diversité des représentations des adolescents à laquelle ils seront confrontés lors de l'animation de séances et de prendre conscience des normes qu'ils pourraient avoir la tentation de transmettre. Concernant l'égalité femmes-hommes, il est nécessaire, comme on le fait avec les élèves, de distinguer les

concepts de différence et d'égalité qui sont souvent mis en opposition. Il n'est pas rare d'entendre des craintes relatives à l'idée que de tendre vers l'égalité gommerait les particularités et entraînerait une indifférenciation biologique du féminin et du masculin. Ces remarques expriment des résistances qui témoignent de façon implicite d'une peur de perdre des repères, voire son identité propre. L'élaboration collective du questionnement et de la réflexion permet de mettre en évidence qu'il y a autant de différences entre les hommes entre eux ou les femmes entre elles qu'entre les femmes et les hommes. Dans le champ éducatif, en particulier lors des séances d'éducation à la sexualité, la promotion de l'égalité entre les personnes doit favoriser le plein développement des capacités d'individus libres et égaux et ouvrir le choix des possibles sans appréhension de discriminations. ■

Contact : laurence.communal@education.gouv.fr.

1. Code de l'éducation, articles L. 121-1, L. 312-16, L. 312-17-1, L. 312-17-1-1 et L. 721-1. Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
2. ULIS : unité locale d'inclusion qui accueille, dans ce collège, des jeunes en situation de handicap moteur.
3. Le socle correspond pour l'essentiel aux enseignements de l'école élémentaire et du collège, qui constituent une culture scolaire commune. Dans un objectif double de formation et de socialisation, il doit permettre aux élèves d'acquérir une culture commune, fondée sur les connaissances et les compétences indispensables, afin de s'épanouir personnellement, de développer leur sociabilité, de réussir la suite de leur parcours de formation.
4. Agir pour un monde non sexiste : outil élaboré par le planning familial de l'Isère (30 bd Gambetta, 38000 Grenoble).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Communal L., Guigné C. *Éducation à la sexualité au collège et au lycée*. Paris : Réseau Canopé, coll. Maîtriser, 2016 : 180 p.
- Léchenet A., Baurens M., Collet I. *Former à l'égalité : défi pour une mixité véritable*. Paris : L'Harmattan, 2016 : 324 p.

Travailler le genre à l'école : « une approche transversale, au-delà de l'éducation sexuelle »

Entretien avec

Amélie Delanoy,

infirmière scolaire au collège Alain-Jacques à Ailly-le-Haut-Clocher (Somme).

La Santé en action : Quel est le contenu de votre travail quotidien ?

Amélie Delanoy : C'est le travail classique d'une infirmière scolaire dans un collège qui compte environ 400 élèves. Il y a le versant « prévention », avec le dépistage à l'âge de douze ans des problèmes de vue, d'ouïe, de dentition. Les résultats sont transmis aux parents afin d'être notés dans le carnet de santé, et un suivi est effectué en classe de cinquième. Je vois les élèves individuellement pour un échange de quarante-cinq minutes : nous parlons de l'hygiène de vie, du sommeil, de l'appétit, du nombre d'heures passées devant les écrans, etc. Je reçois aussi les adolescents qui rencontrent des difficultés et qui ont été repérés par l'équipe pédagogique, parce qu'ils s'endorment en classe ou font montre d'apathie ou de tristesse. Et tous ceux qui viennent spontanément.

S. A. : Les raisons qui conduisent les jeunes à l'infirmier sont-elles identiques pour les garçons et les filles ?

A. D. : Comme il n'y a pas d'assistance sociale dans l'établissement, beaucoup viennent spontanément me voir quand ils ont des inquiétudes. Les filles me rendent visite un peu plus fréquemment que les garçons, mais la différence n'est pas énorme. Leurs

demandes sont assez identiques, et le principal sujet de discussion tourne autour des rapports amoureux et de la contraception, particulièrement chez les élèves de troisième. Certains élèves en couple viennent me voir ensemble. Les garçons se montrent assez soucieux de la contraception ; ils n'ont pas envie de devenir pères. Les jeunes posent des questions sur la façon de se comporter dans la relation avec l'autre, en cas de jalousie ou de problèmes. L'autre sujet récurrent porte sur les relations familiales. La séparation ou le divorce sont pour certains difficiles à vivre. D'autres ont l'impression que les parents ne les comprennent pas, qu'un autre membre de leur fratrie est mieux apprécié, etc. Les élèves se rendent aussi à l'infirmier lorsqu'ils ne se sentent pas bien physiquement. Ce sont plus souvent des filles. Elles ont mal au ventre à cause de leurs règles. Mais elles sont aussi un peu plus anxieuses que les garçons, notamment par rapport à leurs résultats scolaires. Je constate que lorsque les élèves ressentent une douleur physique, ils paniquent assez vite. Ils ont accès à de l'information médicale par Internet. Une simple migraine fait craindre un cancer. Un léger malaise... et c'est l'accident vasculaire cérébral (AVC). C'est mon rôle de les rassurer.

S. A. : Dans votre métier, le genre influence-t-il la relation avec les élèves ?

A. D. : Je n'ai pas le sentiment que cela compte particulièrement et je suis persuadée que les élèves se confient tout autant à un professionnel masculin. L'essentiel me semble être la

capacité d'écoute, la bienveillance, l'attention que l'on porte à leurs questions ou à leurs inquiétudes. C'est plus une question d'attitude, celle qui permet d'instaurer la confiance, que de sexe.

S. A. : La question de la construction sociale du genre a-t-elle été étudiée au cours de votre formation ?

A. D. : Cela n'a pas été abordé dans ma formation initiale d'infirmière scolaire, davantage consacrée à la prévention des pathologies et à l'éducation à la santé. Mais l'Éducation nationale propose aux professionnels des modules de formation et des outils, notamment d'éducation à la sexualité, qui abordent les thématiques du genre, du masculin et du féminin. Il est important d'être formé sur ces questions, pour être soi-même à l'aise, pour en parler avec pertinence et prendre conscience de certaines choses. La géographie d'une cour de récréation est très intéressante de ce point de vue : les garçons y prennent beaucoup de place en jouant au foot, et les filles sont sur les côtés, en train de discuter. Et nous y sommes si habitués que nous ne le voyons pas réellement.

S. A. : Avez-vous déjà animé des séances d'éducation sur la question du genre dans les classes et, dans ce cas, comment l'abordez-vous ?

A. D. : Je coanime avec un professeur de sciences de la vie et de la terre du collège les séances d'éducation affective et sexuelle. En sixième, nous évoquons la puberté et l'anatomie. Alors que la plupart des élèves ne



© BPA, Berlin, Dist. RMU - Grand Palais / Dietrich Graf

L'ESSENTIEL

- ▶ **L'infirmière scolaire a un important travail de dialogue et d'écoute des élèves au collège.**
- ▶ **Elle est le point de contact de toutes les questions sur les relations amoureuses, la sexualité, la contraception, les relations familiales, sujets sur lesquels elle est le plus souvent consultée.**
- ▶ **La question du genre est abordée lors des séances d'éducation affective et sexuelle coanimées par l'infirmière et le professeur de sciences de la vie et de la terre (SVT) qui travaillent en particulier à mettre en lumière les stéréotypes. Ils font également prendre conscience aux élèves des représentations qu'ils ont des hommes et des femmes.**

connaissent pas le mot « vulve » et n'osent prononcer le mot « pénis », c'est un peu tôt pour aborder la question du genre ; il y a déjà beaucoup à faire, et à cet âge, les filles ont un peu de mal à prendre la parole. En revanche, en cinquième, nous abordons l'homosexualité et les représentations. Les élèves ont un peu plus de maturité, ce qui est indispensable pour parler du genre. Nous invitons les garçons à dire comment ils voient les filles et *vice versa*. L'idée est de mettre en lumière les stéréotypes – les filles cuisinent, les garçons boivent des bières ! Nous le faisons également en parlant des métiers, et aussi en regardant des magazines féminins et surtout des clips musicaux de rap ou de R'n'B qui concentrent énormément de clichés. L'analyse des clips est très révélatrice ; les élèves disent souvent qu'ils n'avaient pas remarqué l'image des femmes qui est ainsi véhiculée, et ils prennent conscience des représentations que l'on peut avoir sur les hommes et sur

les femmes. Par ailleurs, le club théâtre du collège s'attache aussi à travailler le sujet du genre, en créant des personnages de femme garagiste ou présidente de la République et d'homme secrétaire. Travailler le genre à l'école, c'est donc une approche transversale, au-delà de l'éducation sexuelle.

S. A. : Lors de la loi sur le mariage pour tous, des analyses ont montré que les débats, notamment télévisés, avaient eu un impact sur les jeunes pour exprimer leur rapport à l'homosexualité, l'orientation sexuelle, la féminité et la masculinité. L'avez-vous constaté ?

A. D. : Cela ne m'a pas frappée avec autant d'évidence. Bien sûr, parce que c'était dans l'actualité, les débats sur le mariage pour tous ont animé nos échanges pendant cette période. J'observe davantage une évolution dans la durée, par rapport à l'époque où j'ai commencé, il y a dix ans. Plus les années passent, plus les esprits

s'ouvrent et plus la liberté de parole s'affirme, même si l'homosexualité demeure un sujet compliqué pour les adolescents. Les préjugés sur les homosexuels ont la vie dure, comme nous le constatons dans les séances d'éducation affective et sexuelle. Lorsque nous demandons aux élèves de définir l'homosexualité, le mot « pédé » apparaît dans près de la moitié des réponses. Nous leur projetons ensuite un film pédagogique de dix minutes, un support audiovisuel de l'Éducation nationale. La discussion qui suit permet de voir que les adolescents répètent des choses qu'ils ont entendues et qu'ils ne pensent pas que le mot « pédé » soit une insulte pouvant blesser autrui. Mais, progressivement, les choses s'améliorent, l'homosexualité devient moins taboue, les élèves parlent davantage d'amour entre femmes ou entre hommes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Figures et écarts de genre dans la clinique de l'exil

Laure Wolmark,
psychologue clinicienne,
Comité pour la santé
des exilés (Comede).

Le Comité pour la santé des exilés (Comede) a accompagné depuis sa création, en 1979, plus de 150 000 femmes et hommes qui ont en commun l'expérience de l'exil. Originaires de 150 pays, ces personnes ont des statuts administratifs divers (demandeur.e.s d'asile, réfugié.e.s, sans droit au séjour, titulaires de titre de séjour pour raison médicale), et la plupart d'entre elles sont en France depuis moins de deux ans [1]. Au centre de santé du Comede, situé dans l'hôpital de Bicêtre (Val-de-Marne), elles ont la possibilité de rencontrer des psychothérapeutes et des médecins, et également des infirmier.e.s, des assistantes sociales, des ostéopathes. Les psychothérapeutes conduisent dans ce cadre pluridisciplinaire des psychothérapies d'orientation psychanalytique, en français, dans une langue tierce (anglais et russe) ou avec l'aide d'un.e interprète professionnel.le.

Parmi les personnes reçues en 2016 au centre de santé, 33 % sont des femmes. Sur la période 2007-2016, elles étaient cinq fois plus concernées que les hommes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et deux fois plus souvent atteintes

de cancers, alors que les hommes sont deux fois plus souvent infectés par le virus de l'hépatite B [1].

Psychotraumatisme et violence de genre

Les femmes sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de psychotraumatisme. Les syndromes psychotraumatisés sont liés aux antécédents de violence. Entre 2012 et 2016, 94 % des personnes reçues en psychothérapie ont déclaré avoir vécu des violences. 28 % des femmes déclarent avoir subi des tortures et 75 %, des violences liées au genre ; parmi les hommes, ces taux s'élèvent à 56 % pour les antécédents de torture et à 16 % pour les violences liées au genre [1]. Selon une enquête rétrospective sur dossiers, effectuée pour les années 2012 à 2016 (366 grossesses) au centre de santé du Comede, 15 % des femmes enceintes l'étaient à la suite d'un viol [2].

Ces chiffres sont issus du recueil fait par les consultant.e.s à l'issue des consultations, à partir de définitions partagées au sein de l'équipe. Les consultant.e.s ont choisi d'utiliser la catégorie « violences liées au genre » plutôt que « violences faites aux femmes » ou « violences sexuelles ». Ce choix doit permettre de mieux prendre en compte toutes les violences qui trouvent leur source dans un système global d'inégalité entre hommes et femmes, ainsi que dans les représentations des rôles et *habitus* sociaux masculin et féminin. Sont intégrés dans la catégorie « violences liées au genre » les violences sexuelles à l'égard des hommes et des femmes – les viols notamment –, les violences spécifiques à l'égard des femmes – mutilations

sexuelles, violence dans le cadre de la famille entre autres –, ainsi que les violences liées à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle – viols correctifs, persécutions des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles et intersexes [LGBTI]).

Transfert et contre-transfert

Les antécédents de violence recueillis reflètent la massivité des violences liées au genre vécues par les femmes reçues par les psychothérapeutes du Comede. Cette « massivité » se décline en termes statistiques, et elle correspond aussi à la gravité de ces violences, telle qu'elle est ressentie par les thérapeutes. Elle induit des formes de contre-transfert « préalable », c'est-à-dire des représentations et des affects chez les thérapeutes avant même qu'elles n'aient rencontré les patientes [3].

Ainsi, les caractéristiques majoritaires des patientes reçues au Comede et, précisément, la fréquence des antécédents de violences liées au genre tendent-elles à induire des « figures¹ » particulières de l'étrangère comme victime de violence. Pour le dire simplement, si je vois sur mon planning que je vais recevoir pour la première fois en consultation Mme X, je m'attends à ce que cette personne ait vécu des violences particulièrement graves liées à sa condition de femme et, particulièrement, des violences sexuelles.

La construction de figures de l'étrangère victime de violence permet d'anticiper le récit des violences. Cette anticipation de la part des thérapeutes constitue une modalité de protection contre la « violence de ces violences », c'est-à-dire l'impact

L'ESSENTIEL

▣ Le centre de santé pluridisciplinaire du Comede accueille des personnes exilées en situation précaire.

▣ Dans ce travail d'accueil, de soin et de soutien, les soignant.e.s sont quotidiennement confronté.e.s aux violences de genre.

▣ Au sein de cet accompagnement global, des psychothérapeutes soutiennent les personnes dans la réappropriation de leur liberté de choix.



que ces récits peuvent avoir sur elles, particulièrement si certains traits favorisent l'identification mutuelle. Le fait d'être une femme constitue un socle d'identification autour d'une vulnérabilité commune face à certaines violences, et aussi, à des degrés et selon des formes diverses, autour d'un vécu de l'inégalité entre femmes et hommes. Il est d'ailleurs intéressant de souligner qu'un certain nombre de patientes qui ont vécu des violences liées au genre demandent explicitement à rencontrer *une* thérapeute et *une* interprète. La peur de la proximité physique avec un homme dans l'espace du bureau de consultation est évoquée par certaines d'entre elles. D'autres personnes témoignent de l'impossibilité de « pouvoir dire » les violences en présence d'un homme, pour des raisons de bienséance, et également parce que le genre du thérapeute conditionne pour elles le sentiment que l'autre puisse « comprendre » – dans une forme de transfert préalable.

Travailler (avec) le genre

Cependant, si l'on s'en tenait à cet aspect de la rencontre psychothérapeutique sous l'angle des violences liées au genre, les possibilités de déconstruction des assignations sociales seraient très faibles et le potentiel travail psychothérapeutique serait réduit à ses aspects sociaux. Or, c'est aussi à partir de l'analyse de l'écart entre le genre – au sens de la façon dont le social (c'est-à-dire la société, *NDLR*) interprète la différence des sexes – et la construction intime de ce que signifie être une femme ou un homme, que le travail psychothérapeutique peut porter ses fruits. Il est tout aussi important de ne pas s'en tenir à la figure cristallisée de

des effets des violences liées au genre, ainsi que dans celle du transfert et du contre-transfert. Élaborer une pensée clinique avec le genre devrait être un chantier théorico-clinique majeur dans les années à venir, pour que l'écoute psychanalytique conserve sa portée subversive et son potentiel d'émancipation. La clinique auprès des exilé.e.s nous permet de mieux entendre ce que les normes d'existence imposent dans l'ordre du genre comme emprise sur le corps. N'imaginons pas pour autant que ces questions nous sont étrangères et ne concernent que les autres ; la clinique auprès des exilé.e.s est bien plutôt le lieu d'un apprentissage de l'impact subjectif de la domination de genre, nous permettant de ne plus l'ignorer, quel que soit notre lieu d'exercice clinique. ■

de leur opposition à un ordre social et politique les contraignant à une position de soumission et d'impuissance et exerçant cette « *contrainte par corps* [5] ». C'est le cas par exemple des femmes qui se sont opposées à leur excision ou à celle de leur fille, à un mariage forcé, ou qui ont décidé de vivre ouvertement leur homosexualité. Je pense particulièrement à une femme, présidente d'une organisation non gouvernementale (ONG) de lutte contre les violences faites aux femmes dans un pays d'Asie du Sud, qui avait été persécutée, menacée et violée en représailles de ses activités militantes. Cette femme se trouvait être en décalage avec les « *normes d'existence* » que lui imposait sa société, c'est-à-dire « *l'ensemble [...] des dispositifs régulateurs de nos manières d'être, de ces dispositifs qui déterminent et ordonnent nos façons d'aimer, de penser, de travailler, de vivre* [6] ».

Lorsque je l'ai reçue au Comede, elle décrivait en elle une forme de clivage opposant ce qu'elle était avant les violences – une femme active, forte, en capacité d'aider les autres, qui travaillait dans le domaine de la santé – et ce qu'elle avait l'impression d'être devenue – quelqu'un ne valant rien, inutile à la société, coupé des autres. Au cours de la thérapie, elle a pu établir un lien entre cette dévalorisation d'elle-même et les violences sexuelles, tout en témoignant d'un intense sentiment de culpabilité. « *L'intention des bourreaux* [7] », visant à la punir pour sa transgression des rôles sociaux, lui est apparue progressivement, ce qui lui a permis de s'autoriser à nouveau à « *être quelqu'un* » et à sortir de son isolement.

Il existe encore peu d'écrits dans le champ de la psychanalyse qui intègrent une perspective de genre dans l'analyse

des effets des violences liées au genre, ainsi que dans celle du transfert et du contre-transfert. Élaborer une pensée clinique avec le genre devrait être un chantier théorico-clinique majeur dans les années à venir, pour que l'écoute psychanalytique conserve sa portée subversive et son potentiel d'émancipation. La clinique auprès des exilé.e.s nous permet de mieux entendre ce que les normes d'existence imposent dans l'ordre du genre comme emprise sur le corps. N'imaginons pas pour autant que ces questions nous sont étrangères et ne concernent que les autres ; la clinique auprès des exilé.e.s est bien plutôt le lieu d'un apprentissage de l'impact subjectif de la domination de genre, nous permettant de ne plus l'ignorer, quel que soit notre lieu d'exercice clinique. ■

Contact : laure.wolmark@comede.org

1. Au sens où « la figure désigne une "forme, une représentation sculptée" (*ingere* signifie façonner) singulière, qui représente une forme de *modelage subjectif*, propre à chaque soignant, plus qu'une représentation générale d'ordre exclusivement social [4] ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Comité pour la santé des exilés (Comede). Rapport 2017 sur l'activité 2016. Le Kremlin-Bicêtre : Comede. À paraître en ligne : www.comede.org
- [2] Comité pour la santé des exilés (Comede). Rapport d'activité et d'observation 2016. Activité 2015. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 26 juin 2016 : p. 31. En ligne : <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>
- [3] Lachal C. *Le Partage du traumatisme. Contre-transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble : La Pensée sauvage, coll. Trauma, 2006 : p. 56-60.
- [4] Pestre É., Baligand P., Wolmark L. Ségrégation à l'hôpital. De quelques figures de l'étranger dans la relation de soin. *Cliniques méditerranéennes*, 2016, vol. 2, n° 94 : p. 56.
- [5] Bourdieu P. La domination masculine. *Actes de la recherche en sciences sociales*, septembre 1990, vol. 84, n° 1 : p. 5. En ligne : http://www.persee.fr/doc/AsPDF/arss_0335-5322_1990_num_84_1_2947.pdf
- [6] Prokhoris S. *Le Sexe prescrit. La différence sexuelle en question*. Paris : Aubier, 2000 : p. 39.
- [7] Sironi F. *Bourreaux et Victimes. Psychologie de la torture*. Paris : Odile Jacob, 1999 : p. 61.

Travailler auprès de femmes précaires en Guyane : enjeux locaux et questions de genre

Lesley Porte,
directrice, association L'Arbre
fromager, Cayenne, Guyane.

On sait que les inégalités liées au genre (moins accès au marché du travail des femmes, plus grande charge familiale, etc.) ont des répercussions sur la santé. Les femmes, fortement touchées en Guyane par le chômage et la précarité, élèvent souvent seules leurs enfants et connaissent des difficultés spécifiques qui ont un impact sur leur niveau d'accès aux soins. En effet, les femmes en situation de précarité, pour la plupart cheffes de famille monoparentale, cumulent très

souvent des problèmes liés à l'emploi, au mal logement, à l'accès à un statut administratif, au transport, à l'accès aux droits et aux soins.

Logement et dépendance

Le logement est un bon révélateur des difficultés de ces femmes et de leurs implications sanitaires. La Guyane manque terriblement de logements et surtout de logements sociaux. Faute de solutions dans le parc locatif social, les personnes les plus précaires sont contraintes de vivre en squat ou de louer des logements du parc privé, très souvent non déclarés et insalubres (parfois sans eau, sans sanitaire ou électricité).

Dans ce contexte, certaines femmes témoignent des pressions qu'elles subissent de la part des « propriétaires » afin d'obtenir des faveurs sexuelles en échange de leur maintien dans les lieux. Sans solution acceptable ni autonomie, certaines femmes expliquent également être hébergées avec leurs enfants par des hommes qui, peu à peu, les privent de liberté. Elles finissent également

par « accepter » des situations de violences afin d'obtenir le « minimum » pour leur famille.

Certaines femmes en situation irrégulière (sans papiers) n'ayant jamais pratiqué la prostitution dans le passé se voient contraintes d'y avoir recours régulièrement, car elles ne trouvent aucune autre solution pour subvenir aux besoins de leur famille.

Prévalence élevée du virus de l'immunodéficience humaine (VIH-sida)

L'épidémie de sida révèle aussi de grandes inégalités de genre. La Guyane est le département français le plus touché par le sida : alors qu'en 2013 on dénombrait 85 découvertes de séropositivité par million d'habitants en moyenne en France, ce chiffre s'élevait à 908 découvertes par million d'habitants en Guyane¹. On compte de nombreuses femmes parmi les personnes contaminées, même si les femmes sont sans doute plus souvent diagnostiquées que les hommes : elles ont davantage connaissance de leur statut sérologique du fait des dépistages associés à la grossesse.

L'utilisation du préservatif n'est toujours pas une pratique acquise par une partie de la population et la « négociation » pour se protéger reste une condition difficile à imposer pour des femmes qui sont en parties dépendantes et soumises aux hommes.

Inégalités sociales de santé

Entre le manque de services de soins de proximité pour les femmes en matière de suivi de grossesse et de

PAUVRETÉ, STRUCTURES FAMILIALES, COÛT DE LA VIE : LES SPÉCIFICITÉS DE LA GUYANE

La Guyane est située en Amérique du Sud et s'étend sur un territoire de 90 000 km². Ce département français a deux pays frontaliers ; le Suriname et le Brésil. En 2014, 252 338 habitants résident en Guyane. L'immigration, importante s'est traduite par une augmentation de la population depuis 1980. On comptabilise 71 334 personnes immigrées au 1^{er} janvier 2013, soit 29,2 % de la population. C'est la proportion la plus forte des départements français devant la Seine-Saint-Denis. On recense trois nationalités majoritaires dans cette population immigrée (89 % en 2012) : les Surinamais (37 %), les Brésiliens (27 %) et les Haïtiens (25 %). Le total de la population immigrée (clandestins et réguliers) est estimé à environ

40 % de la population (Institut national de la statistique et des études économiques – Insee). Au-delà de la démographie, le niveau du coût de la vie et les modes d'organisation sociale (famille, emploi, etc.) illustrent les spécificités de ce territoire. Selon le rapport annuel de la Cour des comptes, du 11 février 2015, le coût de la vie en Guyane est 13 % supérieur à celui de la France hexagonale. Le taux de pauvreté s'élève ici à 44 % (en 2014). Enfin, d'après les chiffres de 2013 de l'Insee, 33,6 % des familles sont monoparentales avec, comme chef de famille, une femme ; 16,9 % des ménages ont quatre enfants ou plus, 57,1 % des chômeurs sont des femmes. Des taux largement supérieurs à ceux de la métropole.

suivi spécialisé en gynécologie dans les communes éloignées, les difficultés de transport et les refus de certains généralistes et spécialistes d'accepter l'aide médicale d'État (AME), beaucoup de femmes ne s'occupent plus ou mal de leur santé. Les inégalités sociales de santé représentent ainsi un enjeu majeur de la santé publique. La précarité entraîne des difficultés d'accès aux droits, qui poussent parfois les femmes à renoncer à des soins pour diverses raisons : problèmes financiers, isolement, méconnaissance des droits et du système, difficultés de compréhension du système de soin et de prise en charge médico-sociale, crainte d'une arrestation pour les personnes en situation irrégulière, non-maîtrise de la langue française engendrant une barrière entre patientes et professionnel.le.s de santé. Pour de nombreuses femmes, les inégalités de classe se cumulent avec les inégalités de genre, et plus généralement avec les inégalités sociales spécifiques à la Guyane, en termes de niveau de vie, d'accès aux droits sociaux ou aux soins.

Accueil de jour pour les femmes en difficulté

C'est pour répondre à cette problématique qu'en 2003, nous avons ouvert L'Arbre fromager, un accueil de jour pour les femmes en difficulté. L'accueil palliait alors l'absence de structures offrant une écoute, un soutien et un accompagnement aux femmes. L'association est fondée sur le concept des *drop-in centres* anglo-saxons (centres informels et chaleureux où la personne peut passer sans rendez-vous, à son rythme), sur la libre adhésion et le regroupement de divers services. Cet accueil aborde les problématiques de violence, santé, intégration, hébergement, insertion professionnelle et parentalité. En 2007, nous avons ouvert un service d'hébergement temporaire pour femmes seules avec enfants à charge. Nous offrons l'hébergement à onze familles chaque année. Ces femmes sont pour la plupart victimes de violences.

L'accompagnement des personnes à L'Arbre fromager s'inscrit dans une perspective globale de réparation et de prévention des situations de précarité qui sont très souvent des conséquences d'événements déstabilisants. La femme

est soutenue dans sa globalité pour valoriser et renforcer ses compétences afin qu'elle puisse accéder à une autonomie et mieux gérer sa propre vie. Il s'agit de contribuer à son intégration sociale sur son territoire en lien avec l'accès aux droits légaux.

Des professionnels formés à la psychologie

L'équipe est formée de professionnels (un homme à l'accueil, mais surtout des femmes) ayant de l'expérience et/ou une qualification dans le domaine social ou psychologique. Cette équipe est polyglotte, donc la prise en charge se fait dans la langue maternelle de la demandeuse si nécessaire, afin de faciliter la mise en confiance et le travail sur son projet individuel. *Via* des entretiens individuels, il est proposé aux usagers des informations claires, un accompagnement pour les démarches administratives, un suivi psychologique et un accompagnement éducatif personnalisé à court, moyen et long termes. De plus, le collectif (ateliers, groupes de parole, séances de miniformations) aide les femmes à acquérir de nouvelles compétences et à rompre l'isolement, dans une optique de lutte contre les discriminations et d'aide à l'intégration des femmes les plus en difficulté. L'Arbre fromager est également une force de proposition, de changement et d'engagement.

Les aider à se relier à leur corps

En 2016, nous avons reçu 476 femmes, venant pour la plupart de Cayenne, dont la moitié se présentait à l'association pour la première fois. 142 d'entre elles ont été suivies pour un problème lié à la santé, dont 31 vivant avec le VIH. 196 sont venues parce qu'elles subissaient la violence dans le couple.

Se fondant sur l'expertise de notre structure, nous sommes convaincus que le travail sur l'estime de soi est extrêmement important dans l'accession à l'autonomie des femmes. Aussi, une séance dans un salon de beauté proposant massage, esthétique et coiffure est offerte chaque semaine aux femmes les plus fragilisées, en situation de grande précarité, victimes de violences et/ou vivant avec le VIH, afin de les aider à se relier avec leur corps et à retrouver une certaine confiance en elles-mêmes.

L'action de L'Arbre fromager constitue une réponse pour aider les femmes en situation de précarité, face aux difficultés qu'elles rencontrent. Après quatorze ans d'existence, cette action est bien reconnue par les décideurs sur la base des éléments de bilan suivants : entre 2003 et 2017, le nombre

d'utilisateurs reçus a été multiplié par neuf (54 en 2003 et 476 en 2016). Toutes ces femmes, en fonction de leur situation spécifique, ont pu être accompagnées pour l'ouverture de leurs droits sociaux et ont obtenu des informations claires sur leurs droits. Toutes ont ainsi pu prendre des décisions concernant leur vie de façon plus avisée. En outre, plus de 50 familles ont été hébergées dans notre structure d'hébergement temporaire : ceci a évité des placements ; facilité les retours, auprès de leurs mères, d'enfants déjà placés ; mis en sécurité la plupart de ces familles puisque la majorité de ces femmes étaient victimes de violence auparavant. Toutes ont trouvé par la suite un logement autonome et accédé à une vie plus stable. Cependant, nos financements ne sont toujours pas pérennes, ceci représente une difficulté pour nos actions qui nécessitent de s'inscrire dans la durée. Par ailleurs, le manque de financement pour les places d'hébergement, au vu des besoins, est un réel problème. Il n'y a pas d'offre de services semblable ailleurs dans le département, et les femmes en situation de précarité en Guyane continuent de lutter pour leur dignité, leur sécurité et les éléments essentiels de la vie. ■

L'ESSENTIEL

► La structure L'Arbre fromager accueille, de jour, les femmes en difficultés et leur offre écoute, soutien et accompagnement.

► Cette association traite principalement de violence, santé, intégration, hébergement, insertion professionnelle et parentalité.

► Un service d'hébergement temporaire pour femmes seules avec enfants à charge fonctionne en complément depuis 2007.

► La femme est soutenue dans sa globalité dans l'objectif de valoriser et de renforcer ses compétences afin qu'elle puisse trouver une autonomie et mieux gérer sa propre vie.

1. Cazein F., Pinget R., Lot F., Pillonel J., Le Strat Y., Sommen C. et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015, n° 9-10 : p. 152-161.

La médecine face aux violences de genre

Patrick Chariot,
médecin légiste,
professeur de médecine légale
à l'université Paris-13,
service de médecine légale
et de médecine sociale,
hôpital Jean-Verdier,
groupe hospitalier Paris –
Seine-Saint-Denis,
Assistance publique –
Hôpitaux de Paris (AP-HP), Bondy.

La médecine légale, souvent considérée comme médecine des situations de violence, est organisée en France selon un schéma national mis en œuvre en 2011¹ [1]. La prévention et la lutte contre les violences domestiques et les violences sexuelles ainsi que l'accompagnement des victimes en Seine-Saint-Denis sont particulièrement portés par les pouvoirs publics. Ainsi, la Seine-Saint-Denis est-elle dotée d'un service de médecine légale localisé à Bondy à l'hôpital Jean-Verdier. Ce service assure environ 25 000 consultations par an, qui concernent les adultes et les enfants victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques ; l'examen médical des personnes placées en garde à vue et l'estimation d'âge des adolescents migrants. À titre d'exemple, on peut estimer le nombre de viols ou de tentatives de viols par an en France respectivement à environ 50 000 et 100 000, dont seulement 10 000 donnent lieu à un dépôt de plainte. Le service de médecine légale de Bondy reçoit environ 700 personnes par an rapportant des violences sexuelles dont 400 à 500 viols ou tentatives de viol.

Évolution des pratiques dans un service de médecine légale

L'activité de médecine légale à l'hôpital de Bondy a débuté en 1989. À son arrivée en 2005, l'environnement matériel et humain était particulièrement

contraint : deux boxes contigus situés au service des urgences adultes pour l'ensemble des personnes examinées – adultes et enfants victimes de tous types de violences et de maltraitances – personnes en garde à vue escortées par des policiers. La personne mise en cause se trouvait parfois face à celle rapportant les violences ; l'examen d'une personne victime de viol s'accompagnait, pour la personne examinée et pour le professionnel.le.s qui la recevaient, du bruit des récepteurs radio des policiers, des cliquetis de menottes et des cris entendus à travers la cloison. Il n'y avait pas d'espace d'attente, aucun accueil sur rendez-vous et, plus généralement, l'on rencontrait des difficultés à identifier un accueil, quel qu'il soit. Le service était alors connu sous l'appellation d'urgences médico-judiciaires.

Qu'est-ce qu'une urgence ?

Pendant des années, tout examen demandé par l'autorité de justice était considéré comme urgent et pouvant être effectué à toute heure, même lorsque les faits rapportés dataient de plusieurs semaines. La conséquence en était la désorganisation liée à une absence totale de programmation de l'activité.

L'individualisation d'une unité d'accueil des victimes, l'accueil sur rendez-vous et la séparation des flux des personnes mises en cause et des personnes victimes de violence ont rendu les consultations de médecine légale moins éprouvantes.

L'organisation de l'accompagnement des victimes de violences sexuelles – comportant, depuis 2008, la proposition systématique d'un suivi pendant au moins un mois après la première consultation médicale – a permis à l'équipe de mieux percevoir l'importance des

L'ESSENTIEL

➤ À l'hôpital Jean-Verdier de Bondy, les professionnels de la médecine légale accompagnent au quotidien les victimes de violences.

➤ Loin des référentiels théoriques, médecins, psychologues et infirmières travaillent avec une approche pluridisciplinaire.

➤ Tout a commencé avec la mise en place de conditions d'accueil dignes, séparant les personnes victimes de violences de celles mises en cause.

➤ 25 000 personnes sont reçues en consultation chaque année.

suites de l'examen, des phénomènes somatiques et psychiques post-traumatiques et des réactions sociales survenant à distance des faits (en particulier la fréquence des réactions négatives de l'entourage familial, conjugal, amical, scolaire ou professionnel : déni, reproche, rejet ou stigmatisation).

L'équipe soignante a évolué : augmentation du nombre de médecins, d'infirmières², d'accueillant.e.s et de psychologues, féminisation et rajeunissement de l'équipe. Le développement de l'enseignement et de la recherche a permis d'augmenter l'attractivité de l'unité, devenue service de médecine légale et sociale et terrain de stage pour étudiant.e.s, internes et différent.e.s professionnel.le.s (sages-femmes, psychologues, polici.er.ère.s municip.aux.ales, technicien.ne.s de police scientifique). L'ajout du terme de médecine sociale a en particulier pour objectif de souligner les dimensions de notre activité dépassant le seul cadre médico-judiciaire, pour prendre en compte



© Ministère de la Culture - Médiathèque du Patrimoine. Dist. RMN - Grand Palais / Thérèse Le Prat

pour le médecin qui la reçoit, de mettre des mots sur les situations de violence vécues.

Questions de genre

L'ouverture d'une consultation ne suffit pas pour que les personnes concernées s'y rendent. Ainsi, bien que les consultations en l'absence de dépôt de plainte soient ouvertes aux femmes et aux hommes, les hommes victimes de violences conjugales ou de violences

matériels supplémentaires dans le service. Ainsi, nous n'avons pas fait de l'accompagnement institutionnel préalable à l'évolution de notre activité, habitués à l'incrédulité des directeurs d'hôpitaux, médecins ou autres face à l'annonce que, non, les médecins légistes ne font pas que des autopsies et s'occupent plus de vivants que de morts. La prise en compte conjointe des dimensions somatique et psychique d'un événement de santé, de même que le repérage précoce, les interventions thérapeutiques brèves et les pratiques professionnelles multidisciplinaires³ sont très éloignés de la culture des médecins légistes. Pour mettre en œuvre ces pratiques innovantes, nous n'avons pas attendu que les médecins légistes français en reconnaissent la légitimité. À Bondy, probablement comme ailleurs, la volonté de sortir des limites du cadre d'exercice habituel selon les besoins perçus chez les personnes reçues en consultation, la motivation et le savoir-faire des membres de l'équipe sont les éléments décisifs et moteurs des innovations. ■

Contact : patrick.chariot@aphp.fr

l'environnement des personnes reçues. Parallèlement à l'exercice clinique et aux réflexions internes à l'équipe soignante, l'activité de recherche est équilibrée entre les thématiques en rapport avec les auteurs et celles en rapport avec les victimes d'infraction. Médecins, psychologues et infirmières sont tous incités à participer aux formations universitaires, congrès, recherches et publications médicales et scientifiques.

Les violences et le temps de la plainte

L'évolution de la dénomination du service correspond à une volonté de mieux en présenter les activités, au-delà de l'espace confiné réservé au médecin auxiliaire de justice : la majorité des personnes victimes de violences conjugales ou sexuelles ne portent pas plainte auprès des services de police et de justice. Parmi elles, certaines ne veulent pas parler des violences, d'autres sont prêtes à en parler à un médecin, à un.e psychologue ou une infirmière. Nous avons pris l'initiative d'ouvrir, en 2014, des consultations aux personnes victimes de violences conjugales ou sexuelles, puis en 2017, aux personnes rapportant des violences policières, qu'elles aient ou non déposé plainte. Notre objectif est d'aider les personnes subissant des violences difficiles à dénoncer à prendre la parole, dans une démarche de soins et d'accompagnement global. La consultation médicale est l'occasion, pour la personne rapportant les faits et

sexuelles ne consultent pratiquement pas (2 hommes et 107 femmes pour les 109 premiers patients reçus). Plus généralement, l'activité d'un service de médecine légale est fortement marquée par les déséquilibres de genre. Ainsi les personnes placées en garde à vue sont-elles, pour 94 % d'entre elles, des hommes, à l'inverse les adolescent.e.s et les adultes rapportant des violences conjugales ou des violences sexuelles sont respectivement 91 % et 96 % de femmes. Il est probable que la mesure des actes eux-mêmes, infractions ou violences subies, montrerait (si elle était possible) un déséquilibre de genre moins marqué que ne le suggère la trace de leur traitement judiciaire. Sans certitude en l'absence de témoignages des deux parties ou d'éléments d'enquête, les entretiens avec certains hommes placés en garde à vue, confortés par la constatation de leurs blessures, laissent penser que seul l'homme est placé en garde à vue en cas de violences conjugales réciproques. La honte sociale est probablement particulièrement marquée chez les hommes victimes de violences sexuelles et de toutes les violences dont l'auteur est une femme. En outre, dans les situations de violences conjugales, les représentations de la violence masculine chez les polici.er.ère.s et magistrat.e.s conduisent à ce que l'homme soit prioritairement placé en garde à vue, quelle que soit la réalité des faits de violence.

L'ouverture des consultations aux personnes n'ayant pas déposé plainte a débuté sans moyens humains ou

1. La circulaire interministérielle Justice-Intérieur-Santé du 27 décembre 2010 a défini le cadre d'une réforme de l'organisation de la médecine légale en France. Cette circulaire, mise en œuvre le 15 janvier 2011, comporte le remplacement d'une tarification à l'acte par un financement par enveloppe annuelle globale. Elle reconnaît 48 structures hospitalières de médecine légale du vivant et 30 structures de médecine légale thanatologique (autopsies) comme base du fonctionnement de la médecine légale en France.

2. À ce jour, les quatre infirmières du service sont des femmes, ainsi que deux psychologues sur trois, cinq accueillant.e.s sur six et huit médecins sur dix-sept.

3. Nous organisons depuis janvier 2017 un master 2 de médecine légale et de médecine sociale à l'université Paris-13, ouvert aux professionnel.le.s de santé et également aux juristes, psychologues, sociologues, anthropologues et historien.ne.s.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Chariot P. Organisation nationale de la médecine légale en France. *La Revue du praticien*, juin 2012, vol. 62, n° 6 : p. 796-798.

Agir auprès des hommes pour lutter contre les violences : l'exemple du Québec

Rémi Bilodeau, travailleur social, directeur général, association *À cœur d'homme*, réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence, Ville de Québec, Québec (Canada).

Le genre est un concept relationnel qui implique les femmes comme les hommes et qui nécessite de réfléchir aux rapports de pouvoir décou-

lant d'une organisation sociale inégalitaire. Si les femmes ont fait l'objet de nombreuses mobilisations autour de leur santé ou de leur situation de précarité, de leur vulnérabilité, etc., on a vu se déployer, dans les dernières années, des actions tournées vers les hommes. Voici, à travers l'exemple d'un réseau québécois, les actions entreprises auprès des hommes dans le cas des violences conjugales et familiales.

L'apprentissage des modes d'expressions sains des émotions

Le réseau *À cœur d'homme*, réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence est une association québécoise, fondée en 1987, regroupant 29 organismes communautaires autonomes qui viennent en aide aux hommes aux prises avec des comportements violents en contextes conjugal et familial. L'association a pour mission de promouvoir, auprès des pouvoirs publics et de la société civile, une transformation sociale visant des rapports égaux et sans violence. Ses membres rencontrent des décideurs politiques, participent à des tables rondes ou à des conférences et prennent position publiquement via les médias traditionnels et non traditionnels. L'association travaille en lien étroit avec les services de santé et les services sociaux du Québec ;

cette collaboration est fondée sur la complémentarité du travail des centres gouvernementaux intégrés de santé et de services sociaux (Ciss) et des organismes communautaires œuvrant dans ce domaine. Soulignons qu'au cours des cinq années précédant 2014, 8 % des Québécois.es ont été victimes d'au moins l'une des formes suivantes de violences en contexte conjugal : physique, psychologique ou sexuelle, selon l'Institut de la statistique du Québec [1].

Les organismes membres d'*À cœur d'homme* jouent, à l'intérieur des réseaux locaux de services, de nombreux rôles : accueil des hommes aux prises avec des problématiques de violences conjugales et familiales, analyse des besoins, suivi individuel et de groupe visant la responsabilisation et l'abandon des comportements violents ; suivi étroit dans les situations à risque élevé, orientation et accompagnement vers les ressources appropriées. Ainsi, les organismes ont pour objectif de permettre aux hommes, grâce à des programmes d'intervention structurés, de cesser leurs comportements violents en misant sur l'apprentissage des modes d'expressions sains de leurs émotions. Des techniques de gestion de la colère sont par exemple apprises aux hommes qui ont recours aux services des organismes, telles que la technique du retrait préventif, consistant à se retirer temporairement d'une situation qui engendre de la colère pour décompresser et réfléchir aux solutions non violentes possibles. Les activités menées par les organismes du réseau *À cœur d'homme* ont un impact déterminant sur la diminution de la violence. La seule étude québécoise menée à ce

L'ESSENTIEL

- ▣
- ▣ À l'inverse de l'approche coercitive, un réseau québécois accompagne les auteurs de violences pour les aider à y renoncer.
- ▣ Les modalités d'intervention sont les suivantes : accueil, suivi individuel et de groupe visant la responsabilisation et l'abandon des comportements violents, suivi étroit dans les situations à risque élevé, accompagnement vers les ressources appropriées.
- ▣ L'association travaille en particulier avec les hommes sur l'apprentissage des modes d'expressions sains de leurs émotions.
- ▣ Des techniques de gestion de la colère, comme le retrait temporaire d'une situation qui engendre de la colère, sont expérimentées, pour décompresser et réfléchir aux solutions non violentes possibles.
- ▣ Les interventions se situent dans une perspective de libération, par les hommes eux-mêmes, des facteurs d'aliénation et d'oppression issus des normes traditionnelles de genre qui entretiennent plusieurs inégalités.

jour sur l'efficacité des programmes offerts par nos organismes avait permis de constater une diminution de 94 % de la violence physique et de 62 % de la violence verbale chez les personnes ayant participé au programme [2].

Promouvoir des rapports égaux

Au cours de l'année 2015-2016, les organismes du réseau sont venus en aide à 8 368 personnes [3], et

170 000 personnes ont été sensibilisées, entre autres grâce à une campagne nationale de prévention des violences conjugales et familiales par la promotion des rapports égalitaires [4]. Le quart des hommes qui ont recours aux services des organismes demandent de l'aide de leur propre initiative ou sont incités par leur entourage à recourir aux services proposés [5]. Néanmoins, environ la moitié d'entre eux sont envoyés par le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que par le système judiciaire [5]. Les organismes membres d'À cœur d'homme sont cependant libres de refuser des demandeurs d'aide, même s'ils sont envoyés par le système judiciaire. Les organismes du réseau ne s'inscrivent donc pas au sein du processus judiciaire, et l'association ne souhaite pas que l'aide offerte aux auteurs de violences puisse permettre à ces derniers de déroger à leurs obligations devant la loi. Dans chaque cas, l'homme recourant aux services de l'un des organismes du réseau doit minimalement reconnaître son problème, démontrer sa motivation à le régler et s'engager dans une démarche de responsabilisation de ses comportements. Notamment, le réseau québécois À cœur d'homme se distingue par son approche curative envers les auteurs de violences, faisant contraste à l'approche coercitive privilégiée au sein du reste du Canada.

Venir en aide aux auteurs de violences

L'association À cœur d'homme n'a jamais été liée au mouvement masculiniste. Partant du constat de l'existence des rapports de pouvoir asymétriques entre les femmes et les hommes, les organismes d'À cœur d'homme sont issus de la création des dispositifs d'hébergement pour femmes victimes de violences conjugales, afin de pouvoir venir en aide aux auteurs de violences. L'apport du mouvement féministe au Québec a provoqué un éveil des consciences et un indéniable changement des mentalités concernant les relations entre les femmes et les hommes, tant dans les sphères sociales que privées. Aujourd'hui, de moins en moins d'hommes aux prises avec des comportements violents en contextes conjugal et familial justifient leurs violences et leur contrôle sur la

base de prétendus privilèges masculins. L'association postule que les violences conjugales et familiales prennent forme dans une diversité de contextes conjugués, familiaux et culturels, qu'elles s'expliquent et se comprennent également par différents facteurs individuels, interpersonnels et sociaux, qu'elles peuvent prendre plusieurs formes, varier en fréquence et en gravité et s'inscrire dans diverses dynamiques. La lecture d'À cœur d'homme repose sur une analyse sociale qui tient compte des facteurs de socialisation et de transmission intergénérationnelle de la violence. Elle découle des recherches en intervention en violences conjugales et familiales et s'appuie sur l'expertise spécifique et commune des différents organismes du réseau. Son discours s'appuie par ailleurs sur la croyance dans les changements de comportements de la personne et fait la distinction entre l'individu et ses comportements violents.

Libérer les facteurs d'aliénation et d'oppression

Les interventions se situent dans une perspective de libération, par les hommes eux-mêmes, des facteurs d'aliénation et d'oppression issus des normes traditionnelles de genre qui entretiennent plusieurs inégalités. Par exemple, ces normes limitent, encore aujourd'hui, la capacité des hommes à exprimer certaines émotions associées à la vulnérabilité et à la sensibilité, ce qui correspond plutôt à des stéréotypes liés aux normes traditionnelles de genre féminin. Dans ce contexte, les comportements d'isolement, autodestructeurs ou violents sont davantage conformes aux stéréotypes issus des normes traditionnelles de genre masculin. Il n'est donc pas étonnant que ce type de comportement affecte particulièrement les hommes, bien que – c'est le ressenti de l'association – les facteurs associés aux risques de violences dépassent largement la question du genre. Corollairement, en travaillant à aplanir, au sein de la société, les stéréotypes fondés sur le sexe, elle incite les hommes à reconnaître davantage leurs limites, à accepter de demander de l'aide et à acquiescer des modes d'expressions sains et sans violence de leurs émotions. C'est notamment de cette façon que le réseau contribue à réduire et à prévenir les violences conjugales et familiales.

Cette vision motive l'approche d'À cœur d'homme, érigée sur la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes et sur la mixité. Cette valeur s'incarne à la fois dans ses actions sociales, dans les activités de concertation, de sensibilisation et d'intervention, et à l'intérieur du réseau, à tous les paliers d'organisation, tant dans les conseils d'administration que dans les équipes d'intervention mixtes. Ainsi, l'association considère qu'en matière de lutte et de prévention des violences conjugales et familiales, les hommes comme les femmes font partie de la solution. ■

Pour aller plus loin

- À cœur d'homme. *La Socialisation conservatrice : facteur d'aliénation et de dualisation*. Mémoire déposé à la Commission des affaires sociales du Québec. Joliette : janvier 2005. En ligne : http://www.acoeurdhomme.com/sites/default/files/memoire_acdh_janv.04.pdf
- À cœur d'homme. *Préoccupations et recommandations concernant l'égalité entre les femmes et les hommes*. Mémoire déposé au Secrétariat de la condition féminine du Québec. Québec : 28 janvier 2016 : 15 p. En ligne : http://www.acoeurdhomme.com/sites/default/files/recommandations_sur_legalite_f-h_2015_1.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Flores J., Gravel M.-A., Lecours C. *Compendium sur la mesure de la violence conjugale au Québec*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2017 : p. 31. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-couples/compendium-violence.pdf>
- [2] Ouellet F., Lindsay J., Beaudoin G., Saint-Jacques M.-C. *L'intervention de groupe auprès des conjoints violents : quand l'évaluation s'allie à la pratique*. Québec : CRI-VIFF, coll. Outils, 1994.
- [3] À cœur d'homme. *Résultats d'un sondage interne réalisé auprès des membres du réseau de 28/29 organismes*. Non publié : 2016.
- [4] À cœur d'homme. *Bilan de la première phase de la campagne « Je m'affiche pour des rapports égalitaires »*. Non publié : 2016.
- [5] À cœur d'homme. *Rapport d'activités 2016-2017*. Québec : À cœur d'homme, 2017 : 35 p. En ligne : http://www.acoeurdhomme.com/sites/default/files/bonne_version_acdh_rapport_dactivites_16-17.pdf

Un dispositif de santé communautaire à destination des personnes trans

Collectif,

association Espace santé trans (EST), Paris 19^e et Pantin (93).

En France, pour accéder à une offre de soins dans le respect de leurs identités et de leur dignité. Le corps médical est peu, voire pas du tout formé aux besoins en santé des personnes trans. Cela se traduit par une

Espace santé trans (EST) est une association née en 2014 ; ce collectif s'est construit autour du constat partagé de la difficulté que rencontrent les personnes trans¹, en France, pour accéder à une offre de soins dans le respect de leurs identités et de leur dignité. Le corps médical est peu, voire pas du tout formé aux besoins en santé des personnes trans. Cela se traduit par une méconnaissance des trajectoires multiples des personnes trans et un accueil qui ne permet pas d'instaurer un cadre de confiance ouvrant à un accompagnement de qualité.

Les personnes trans peuvent donc rapidement se trouver en situation de rupture de soins. Ces ruptures sont la conséquence soit des refus d'accompagnement médical de la part des professionnels de santé, soit du renoncement des bénéficiaires de services en santé par peur des préjugés des

soignant.e.s. Les inquiétudes liées aux regards dans les lieux d'administration de soins, notamment au moment de l'accueil, sont aussi un des motifs de rupture de soins. Dans ce contexte, EST poursuit donc un objectif global d'amélioration de l'accès des personnes trans à la santé, entendue dans son acception globale telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est-à-dire comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social* ». L'association œuvre principalement en Île-de-France, territoire d'implantation de ses activités.

Reconnaissance et respect de l'autodétermination

L'ensemble des actions d'Espace santé trans est fédéré par des principes fondamentaux auxquels les membres de l'association adhèrent : reconnaissance de la pluralité des parcours de vie des personnes trans et prise en considération du questionnement sur leur identité de genre ; respect de l'autodétermination des personnes trans en ce qui concerne le choix de leur parcours médical : hormonothérapie ou non, chirurgies ou non... ; opposition à la psychiatrisation des identités trans (terme qui renvoie à l'obligation d'obtenir l'attestation d'un psychiatre pour accéder à un traitement hormonal ou à une intervention chirurgicale) ; accessibilité aux soins pour tou.te.s, quelles que soient les ressources des personnes : financières, relationnelles, etc. ; enfin, une relation d'égal à égal, dans un esprit de reconnaissance mutuelle entre soignant.e.s et bénéficiaires, dans

laquelle les bénéficiaires participent activement à leur accompagnement en santé.

Initialement porté par trois professionnel.le.s de santé (une médecin généraliste et deux psychopraticien.ne.s), le groupe s'est rapidement élargi à des militant.e.s non professionnel.le.s de santé, trans et cisgenres². Les professionnel.le.s sont des personnes trans et des personnes cis, toutes conscientes des besoins spécifiques des personnes trans en matière d'accueil et de soins. Elles garantissent une prise en charge respectueuse des identités et des vécus de chaque bénéficiaire. Les militant.e.s assurent le fonctionnement administratif, comptable et logistique. Il s'agit également de personnes trans ou de personnes alliées cis, qui adhèrent toutes à une approche communautaire de l'accompagnement en santé et de participation des bénéficiaires à leur propre parcours de soins. Ceci permet aux bénéficiaires d'identifier leurs besoins de santé en collaboration avec les soignant.e.s et de déterminer les modalités de leur accompagnement. Le groupe tient à maintenir, dans sa composition, une proportion largement majoritaire de personnes directement concernées.

Allier le médical, le psychosocial et le juridique

Le moteur du collectif a été l'envie de créer un espace, imaginé sous la forme d'un centre de santé, où les personnes trans pourraient accéder aux médecins, que ce soit pour des consultations directement en lien avec les aspects médicaux

L'ESSENTIEL

▣ Les personnes trans, fortement stigmatisées, ont un accès réduit aux soins. Elles se heurtent aux préjugés et, dans certains cas, au refus d'accompagnement médical.

▣ Un collectif, créé en 2014 par une médecin et des psychopraticien.ne.s, met en pratique le préalable éthique de la participation des bénéficiaires à leur propre parcours de soins.

▣ Depuis 2016, des permanences de soutien psychothérapeutique sont assurées par quatre psychopraticien.ne.s à destination des personnes trans. Et depuis le printemps 2017, des consultations générales et gynécologiques sont assurées par deux sages-femmes et une médecin.

des transitions (endocrinologues, chirurgien.ne.s, gynécologues, infirmier.ère.s...) ou en rapport avec des besoins de santé plus généraux. Cet espace mettrait également à disposition des bénéficiaires un accompagnement psychosocial et juridique. Pour la mise en place de ses actions, EST s'inspire de modèles de structures telles que la Maison de santé dispersée de Lille, qui propose notamment une offre de soins élaborée conjointement par un collectif de professionnel.le.s de santé et d'associations de personnes trans, ou encore le *Sherbourne Health Centre* (Toronto) et le *Rainbow Health Ontario*, centres de santé communautaires canadiens dédiés à l'accompagnement de publics vivant dans diverses situations de précarité, notamment face aux soins, et parmi lesquels figurent les personnes trans.

Outre cette ambition d'ouvrir un centre de santé communautaire, EST a pour autre objectif majeur de faire évoluer les pratiques de soins et d'accompagnement, rattachées aux questions du « parcours » : offrir des services de santé, démontrer qu'une autre posture d'accompagnement en santé est possible, plaider pour contribuer à faire évoluer les politiques ou les pratiques.

Permanences de soutien psychothérapeutique

Après une phase d'élaboration du projet pilote, les consultations de soutien psychothérapeutique à destination de personnes trans ont été ouvertes au printemps 2016. Elles sont assurées par quatre psychopraticien.ne.s à raison d'une journée par semaine, dans un local à Paris, mis à disposition de l'association. Ces consultations sont à prix libre, afin de permettre aux personnes qui n'ont pas les ressources nécessaires pour consulter en secteur libéral d'accéder à ce type de soutien. Ces apports financiers – au regard des revenus de chacun.e – nous permettent de générer des ressources propres afin de couvrir des frais de gestion courante de l'association et du matériel médical. Par ailleurs, les bénéficiaires des prestations de soins d'EST n'ont à donner ni justificatifs ni justification. L'idée est de maintenir le principe de l'action communautaire où chacun.e participe selon ses moyens. En termes de pratique professionnelle, cela remet

également en débat la relation à l'investissement financier donnant accès à un travail thérapeutique.

Les personnes bénéficiaires sont assurées de trouver un accueil bienveillant, dans un cadre où elles sont libres d'aborder des questions liées à leur transition ou à d'autres aspects de leur vécu, sans être confrontées à des jugements de valeur ou aux préjugés des soignant.e.s sur les thèmes liés aux transidentités ou à d'autres choix de vie. Les praticien.ne.s accompagnent les bénéficiaires dans le processus de transition sociale, qu'il implique ou non une transition médicale.

Suivi psychothérapeutique régulier

Les personnes contactent l'association pour des raisons diverses. Ce peut être un simple besoin d'orientation vers d'autres structures ou professionnel.le.s spécialisé.e.s dans l'accompagnement des personnes trans. Dans d'autres cas, les personnes recherchent un suivi psychothérapeutique régulier, avec parfois le souhait de rencontrer un.e professionnel.le concerné.e, dans le but de réfléchir à la transition ou encore de travailler sur d'autres problématiques sans être constamment renvoyées au statut de personne transidentitaire. En résumé, il y a autant de demandes que de personnes, et la diversité des besoins ne saurait être réduite à un parcours-type.

Depuis mai 2017, EST a ouvert des consultations de médecine générale et gynécologique (frottis, contraception,

suivi de grossesse...), ceci à raison d'un après-midi par mois, pour une période pilote d'un an. Elles sont assurées par des soignantes (deux sages-femmes et une médecin généraliste) conscientes de la vulnérabilité que peut induire ce type de suivis médicaux – gynécologiques notamment – pour les personnes trans. L'objectif est de donner la possibilité aux personnes trans qui en ont besoin de bénéficier d'examen gynécologiques dans un cadre rassurant. Au préalable, l'accueil est assuré par plusieurs membres de l'association, afin de créer un espace d'échange et de convivialité, qu'il s'agisse de faciliter l'attente en amont d'une consultation ou de partager un moment visant à rompre l'isolement.

Toutefois, le plus dur reste à faire : trouver des financements pour développer une offre de soins en adéquation avec les attentes des personnes trans, créer un réseau avec les professionnel.le.s de santé formé.e.s et, enfin, créer un lieu unique rassemblant, outre les consultations déjà ouvertes, une approche de santé globale (médecins spécialistes, accompagnement social, sophrologie, groupes de parole, etc.). ■

Contact : contact@espacesantetrans.fr

1. Personnes qui ne se reconnaissent pas dans le genre qui leur est assigné à la naissance.
2. Personnes qui se reconnaissent et qui vivent dans le genre qui leur est assigné à la naissance.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Longman Marcellin R., Scheim A., Bauer G., Redman N. Les expériences de la transphobie parmi les personnes trans d'Ontario, *TransPULSE*, mars 2013, vol 3, n° 2. En ligne : <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2013/03/Transphobia-E-Bulletin-6-vFinal-French.pdf>
- Chrysalide. *Enquête Santé Trans 2011*, [Rapport], 20 novembre 2011 : 34 p. En ligne : <http://chrysalidelyon.free.fr/fichiers/doc/santetrans2011.pdf>
- Alessandrin A., Espineira K. *La Transphobie. Enquête IDAHOT*, [Rapport], juillet 2014 : p 58-59 et 74. En ligne : <http://www.idahofrance.org/document-idaho-france/56-rapport-complet.pdf>

- D'Almeida Wilson K., Lert F., Berdougou F., Hazéra H. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2008, n° 27 : p. 240-244. En ligne : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1609
- Giami A., Le Bail J. Infection à VIH et IST dans la population « trans » : une revue critique de la littérature internationale, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2011, vol. 59, n° 4. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00594941/document>
- Giami A., Beaubatie E., Le Bail J. Caractéristiques socio-démographiques, identifications de genre, parcours de transition médicosychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n° 42 : p. 433-437. En ligne : <http://www.corevih-5962.fr/vihnpdc/pdf/chiffre-29.pdf>

Boire et fumer restent marqués par le genre

Margot Annequin,
chercheuse contractuelle,
Centre population et développement
(Ceped) - UMR 196,
université Paris-Descartes, Paris,
Christine Hamelin,
maître de conférences,
laboratoire Professions, institutions,
temporalité (Printemps),
unité de Versailles-Saint-
Quentin-en-Yvelines (UVSQ),
Guyancourt,
France Lert,
directrice de recherche,
Agence nationale de recherches
sur le VIH/Sida et les hépatites
virales (ANRS), Paris,
et l'équipe 11 du CESP¹

La majorité des études épidémiologiques montre que la prévalence des dépressions, cancers ou maladies cardio-vasculaires est moins élevée chez les personnes en couple que chez celles vivant seules. Autrement dit, on observe une association positive entre la conjugalité et l'état de santé.

Cependant, au début des années 1970, le sociologue américain Walter Gove

met en évidence un « *bénéfice différentiel du mariage* » sur la santé mentale, selon le genre [1] : comparativement aux individus non mariés de chaque sexe, les hommes mariés souffrent moins de maladies mentales que les femmes mariées. En revanche, les hommes célibataires sont eux plus à risque de troubles mentaux que les femmes célibataires. Le mariage aurait donc un effet protecteur pour la santé des hommes et non pour celle des femmes.

Ce différentiel s'expliquerait en partie par le fait qu'au sein du mariage, les inégalités entre hommes et femmes sont particulièrement marquées. Notamment par le biais du rôle domestique, traditionnellement attaché aux femmes, celui-ci étant moins valorisé dans la société ; et la charge qu'il représente pour les femmes pourrait expliquer le bénéfice différentiel du mariage sur la santé mentale.

Depuis lors, le postulat d'un bénéfice différentiel du mariage – et de la vie à deux – sur la santé selon le sexe a souvent été repris ou questionné dans de nombreuses enquêtes [2].

Tabac, alcool : pas si simple, le genre

Les profondes évolutions des formes de vie familiale, depuis les années 1960, ont conduit à nourrir des recherches sur la relation entre vie de couple et santé, en tenant compte du genre. En d'autres termes, les chercheurs ont scruté la relation entre formes de vie familiale et comportements de santé chez les hommes et chez les femmes.

Nous avons sélectionné et analysé des données sur le tabagisme quotidien et sur la consommation problématique d'alcool des hommes et des femmes, âgés de 18 à 30 ans, à partir des données des enquêtes décennales menées en 1980-1981 et en 2002-2003 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Il est important de souligner que l'enquête s'est arrêtée après la vague de 2002-2003, ce qui constitue une limite à notre analyse présentée ici. C'est donc plutôt une perspective historique récente que nous livrons, ne prenant pas en compte les évolutions depuis quinze ans. Le choix s'est porté sur le tabac et l'alcool, parce que ces deux consommations contribuent fortement à la mortalité/morbidité et aux inégalités sociales de santé en France ; et aussi parce que ces consommations sont révélatrices de rapports sociaux, que ce soit de genre ou de classes sociales.

Pour caractériser la vie en couple et son lien avec la santé, nous avons défini six catégories de « formes de vie familiale », selon le type de ménage

et le statut matrimonial : célibataires vivant chez leurs parents, célibataires vivant seul.e.s, concubin.e.s sans enfant, concubin.e.s avec enfant.s, marié.e.s sans enfant et marié.e.s avec enfant.s.

Il résulte de ces travaux que, tant en 1980 qu'en 2002, les consommations de tabac et d'alcool sont plus fortes chez les hommes que chez les femmes ; toutefois, l'on observe entre ces deux dates un rapprochement des profils de consommation. À l'époque déjà, le tabagisme baisse fortement chez les jeunes hommes (55 % en 1980 *versus* 40 % en 2002), alors qu'il reste stable chez les jeunes femmes (30 %). L'alcoolisation à risque est stable chez les jeunes hommes (environ 21 %) comme chez les jeunes femmes (environ 5 %).

Femmes : consommations à risque corrélées à la structure familiale

Si l'on regarde ces résultats sous le prisme de la structure familiale, en 1980, les femmes mariées avec enfant.s sont celles qui fument le moins et les concubines, celles qui fument le plus, quels que soient le niveau d'éducation et l'âge. Même constat en 2002, toutefois l'écart entre les femmes mariées avec enfant.s et les autres se réduit. Pour ce qui est de l'alcool, alors qu'en 1980 le niveau de consommation est faible et homogène chez les jeunes femmes, en 2002 une différenciation est constatée selon les formes de vie familiale : les jeunes femmes célibataires vivant seules, chez leurs parents ou en concubinage (sans enfant) sont plus nombreuses à avoir une consommation à risque d'alcool que les femmes mariées avec enfant.s. Il apparaît donc que, parmi les jeunes femmes, célibat, union non mariée

L'ESSENTIEL

► Une enquête a été menée sur les associations entre statut familial et niveaux de consommation d'alcool et de tabac auprès des Français. Le travail porte sur la période 1980-2002, à partir des données décennales de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

► Le mode de vie familiale – célibat, cohabitation, mariage, etc. – évolue et a un impact sur l'évolution des comportements vis-à-vis de la santé.

► Les profils se rapprochent chez les hommes et les femmes ; ainsi depuis trente ans, les jeunes célibataires – tant femmes que hommes – ont une consommation d'alcool progressivement plus à risque que leurs homologues vivant mariés.

et mariage sont des catégories bien distinctes pour ce qui concerne les consommations à risque.

Hommes : le célibat n'est plus synonyme d'une moindre consommation d'alcool

Pour les hommes âgés de 18 à 30 ans, entre 1980 et 2002, le tabagisme est quasiment homogène selon les différentes formes de vie familiale. En ce qui concerne l'alcool, l'on assiste à une inversion des niveaux de consommation selon le statut familial : en 1980, l'alcoolisation à risque est moindre chez les célibataires (vivant seuls ou chez leurs parents) par rapport aux hommes mariés avec enfant.s et homogène entre les autres catégories ; alors qu'en 2002, les jeunes hommes célibataires vivant seuls ou chez leurs parents ainsi que les concubins sans/avec enfant.s) consomment davantage d'alcool que les hommes mariés avec enfant.s.

Bénéfice différentiel du mariage pour les hommes sur la santé, c'est fini

Enfin – au regard de la question de départ qui était : « existe-t-il un bénéfice différentiel du mariage selon le sexe sur la santé ou, autrement dit, est-ce que les formes de vie familiale influencent différemment la santé

des hommes et des femmes ? » –, les analyses montrent que le bénéfice différentiel du mariage sur la santé semble s'atténuer au cours du temps chez les jeunes adultes ou ne pas s'appliquer aux comportements de santé.

En effet, nos résultats indiquent qu'au cours des années 1980, les formes de vie familiale et la consommation de tabac ne sont pas associées de la même façon chez les hommes que chez les femmes. En effet, il y a peu de différence de tabagisme parmi les hommes selon les formes de vie, alors que les femmes qui ne sont pas mariées fument plus. Mais au début des années 2000, la vie en couple et la conjugalité influencent de façon identique les hommes et les femmes sur leurs consommations de tabac et d'alcool.

En conclusion, cette évolution des consommations à risque selon le genre et le statut familial sur une période passée – 1980-2002 – préfigure de façon intéressante les évolutions ultérieures (NDLR : voir à ce propos le *Baromètre santé* publié par Santé publique France et les résultats les plus récents concernant le tabac [3] et l'alcool [4]).

En effet, et ce constat vaut toujours aujourd'hui, les transformations de la conjugalité et de la parentalité ne gommant pas l'existence de normes sociales distinctes, attachées aux différentes formes d'union appréhendées ici au travers de conduites – la consommation

d'alcool et de tabac – elles-mêmes fortement normées socialement. Tant en 1980 qu'en 2002, union non mariée et mariage restent des catégories bien différentes au regard de leur association avec les comportements, en lien avec la santé, des femmes et des hommes. Les femmes qui mettent à distance la forme de conjugalité la plus institutionnalisée – le mariage – sont aussi celles qui fument et boivent le plus. Et, chez les hommes, une hétérogénéité selon les formes de conjugalité s'amorce – comme l'indique l'enquête de 2002 –, témoignant probablement des remaniements actuels des rapports de genre.

Au final, si les différentes formes d'union sont attachées à des normes et à des comportements de santé différents, elles influencent, à partir des années 2000, de la même manière les hommes et les femmes, remettant en cause le postulat d'un bénéfice différentiel sur la santé de la vie en couple selon le sexe. ■

Contacts : margot.annequin@gmail.com ;
christine.hamelin@uvsq.fr ;
france.lert@inserm.fr

1. Membres de l'équipe d'épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé (équipe 11) du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) : Laure Tron, Aude Chollet, Thomas Lesuffleur, Lucile Malard, Fanny Artaud, Gwenn Menvielle, Marine Azevedo da Silva, Kévin Jean, Rosemary Dray-Spira, Guy-Marino Hinnouho, Maria Melchior, Inès Khati, Gulizar Elidemi, Estelle Ménard, Cindy Aubrière, Judith Van der Waerden.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Gove W.R. The relationship between sex roles, mental illness and marital status. *Social Forces*, septembre 1972, vol. 51, n° 1 : p. 34-44. En ligne : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.8990&rep=rep1&type=pdf>

[2] Cousteaux A.-S., Pan Ké Shon J.-L. Le mal-être a-t-il un genre ? *Revue française de sociologie*, 2008, vol. 49, n° 1 : p. 53-92. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2008-1-page-53.htm>

[3] Pasquereau A., Gautier A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Nguyen Thanh V. *et al.*

Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, mai 2017, n° 12 : p. 214-222. En ligne : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10780

[4] Richard J.-B., Palle C., Guignard R., Nguyen Thanh V., Beck F., Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014, *Évolutions*, avril 2015, n° 32. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>

Pour compléter ce numéro consacré à la question du genre, nous présentons ici une sélection de ressources. Des documents de cadrage, composés de rapports et de données d'enquête, permettent d'établir un constat clair et chiffré. Des ouvrages-clés abordent la question du genre sous un prisme sociologique et historique. Par ailleurs, nous avons privilégié des lectures sur le genre et les pratiques de santé, axées plus particulièrement sur les thèmes suivants : milieu scolaire et mixité, sexualités, santé mentale et addictions, genre dans les professions de santé. Ces lectures offrent des ressources, des guides d'intervention et d'animation ainsi que des outils pédagogiques. Enfin, une sélection d'organismes de référence complète ce dossier. Loin d'être exhaustive, cette bibliographie présente les ressources les plus récentes.

Ce dossier fait écho au n° 372 (juillet-août 2004) de *La Santé de l'homme*, alors consacré au sujet « Masculin-féminin : les lois du genre ». Le lecteur peut s'y référer pour aborder d'autres aspects de la question du genre. Il est à noter que nous avons privilégié les données d'enquête et les rapports nationaux. Le contenu de la rubrique « guides et outils » n'est également pas exhaustif : pour plus de références, nous invitons le lecteur à interroger des catalogues de centres de ressources spécialisés, tels que PIPSA (<http://www.pipsa.be/>), la pédothèque *Cultures & Santé* (<http://www.cultures-sante.be/centre-doc/pedagotheque.html>) ou le centre de ressources en ligne du *Mouvement pour le planning familial* (<http://documentation.planning-familial.org/SelectMC.htm?table=3>).

Laetitia Haroutunian,
documentaliste,
direction de la documentation,
Santé publique France.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

DOCUMENTS DE CADRAGE : RAPPORTS ET DONNÉES D'ENQUÊTE

• **Organisation mondiale de la Santé.** *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.* Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe, 2016 : 294 p. En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf

• **Amsellem-Mainguy Y., Cheynel C., Fouet A.** *Entrée dans la sexualité des adolescent.e.s : La question du consentement. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant.e.s en éducation à la sexualité* [Rapport d'étude]. Paris : Injep, 2015 : 102 p. En ligne : http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/rapport_sivs_def.pdf#overlay-context=

• **Guiraud C., Bousquet D., Germain I.** *Rapport relatif à la lutte contre les stéréotypes : pour l'égalité femmes-hommes et contre les stéréotypes de sexe, conditionner les financements publics.* Paris : Haut conseil à

l'égalité entre les femmes et les hommes, 2014 : 140 p.
En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ocfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/144000624.pdf

• **Collectif interassociatif Femmes et VIH.** *Enjeux de préventions : toujours concernées ?* Actes du colloque. Paris, 7-8 décembre 2012. En ligne : <http://www.femmesetvih.org/spip/spip.php?rubrique24>

• **Collectif interassociatif Femmes et VIH.** *VIH, femmes, corps et identités : du vécu aux revendications.* Actes du colloque. Paris, 4-5 mars 2011. En ligne : <http://www.femmesetvih.org/spip/spip.php?rubrique23>

• **La santé des femmes en France. Communication du Conseil économique, social et environnemental présentée au nom du Bureau par Mme Dominique Hénon au nom de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes.** Paris : éditions des journaux officiels, 2010 : 95 p. En ligne : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/10092716pdf-951d.pdf>

• **Debauche A., Lebugle A., Brown E., Lejbowicz T., Mazuy M., Charruault A., et al.** *Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles.* Document de travail n° 229, 2017 : 62 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf

• **Hamel C., Rault W.** *Les inégalités de genre sous l'œil des démographes.* *Population et Sociétés*, 2014, n° 517 : 4 p.

• **Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS). Enquête Parcours : résultats et publications** [page web, dernière mise à jour : 2016]. *En ligne* : <http://www.parcours-sante-migration.com/?-Resultats-et-publications-&lang=fr>

À PROPOS DU GENRE : OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

• **Boggio Éwanjé-Épée F., Magliani-Belkacem S., Merteuil M., Monferrand F.** *Pour un féminisme de la totalité*. Paris : Amsterdam, 2017 : 420 p.

• **Rennes J.** *Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualité, rapports sociaux*. Paris : La Découverte, 2016 : 904 p.

• **Clair I.** *Sociologie du genre*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2015 : 132 p.

• **Connell R.** *Masculinités : enjeux sociaux de l'hégémonie*. Paris : éditions Amsterdam, 2014 : 285 p.

• **Bereni L., Chauvin S., Revillard A., Jaunait A.** *Introduction aux études sur le genre*. Bruxelles : De Boeck Université, 2012 : 357 p.

• **Butler J., Kraus C. (trad.)** *Trouble dans le genre : le féminisme et la subversion de l'identité*. Paris : La Découverte, 2006 : 281 p.

GENRE ET PRATIQUES DE SANTÉ

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

• **Bourdillon F., Mesnil M.** *Mieux prendre en compte la santé des femmes*. Paris : éditions de Santé et Presses de Sciences Po, coll. Séminaires, 2013 : 127 p.

• **Favier C., Mesnil M., Debout C.** *Dossier : les femmes et la santé*. *Sève*, 2014, n° 44 : p. 25-98.

• **Knibiehler Y., Arena F., Cid Lopez R.-M.** *La maternité à l'épreuve du genre : métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012 : 240 p.

• **Gojard S.** *Le métier de mère*. Paris : La Dispute, coll. Corps santé société, 2010 : 221 p.

• **Observatoire régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais.** *Genre et santé*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2009 : 13 p.

• **Santé ! Nouvelles questions féministes**, 2006, vol. 25, n° 2 : 168 p.

• **Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. dir.** *Femmes et hommes dans le champ de la santé : approches sociologiques*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2001 : 322 p.

MILIEU SCOLAIRE, MIXITÉ

• **Collet I.** *L'école apprend-elle l'égalité des sexes ?* Paris : Belin, coll. Égale à égal, 2016 : 80 p.

• **Depoilly S.** *Filles et garçons au lycée pro. rapport à l'école et rapport de genre*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2014 : 222 p.

• **Mixité dans les activités de loisir : la question du genre dans le champ de l'animation [dossier].** *Agora débats/jeunesses*, 2011, n° 59 : 160 p.

• **Ayral S.** *La fabrique des garçons : sanctions et genre au collège*. Paris : Puf, 2011 : 224 p.

• **Duru-Bellat M.** *L'école des filles : quelle formation pour quels rôles sociaux ?* Paris : L'Harmattan, 2004 : 276 p.

• **Fortino S.** *La mixité au travail*. Paris : La Dispute, coll. Le genre du monde, 2002 : 235 p.

SEXUALITÉS

• **Universcience.tv, la webtv scientifique hebdo.** *L'école du genre : interview d'Odile Fillod, chercheuse en sociologie des sciences et du genre [vidéo, 2'07]*. 2015. *En ligne* : <http://www.universcience.tv/categorie-l-ecole-du-genre-964.html>
Voir également « *L'éducation sexuelle à l'école* », « *le genre dans l'espace public* »

• **Chartrain C. (dir).** *Les jeunes face aux discriminations liées à l'orientation sexuelles et au genre : agir contre les LGBT-Phobies*. *Cahiers de l'action*, n° 40, 2013 : 116 p. *En ligne* : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2013-3.htm>

• **Gelly M.** *Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle ? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges*. *Sciences sociales et santé*, 2013, vol. 31, n° 4 : p. 73-96.

• **Dolorès P.** *Trajectoires reproductives et significations de la maternité chez des femmes vivant avec le VIH en Guadeloupe et en Martinique*. *Sciences sociales et santé*, 2011, vol. 29, n° 2 : p. 83-107.

• **Lefaucœur N.** *Vulnérabilité, genre et violence à la Martinique*. *Sciences sociales et santé*, 2011, vol. 29, n° 2 : p. 109-112.

• **Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A.** *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2^e édition, 2014 : 140 p. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf>

• Simmat-Durand L. **Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques.** *BEH*, numéro thématique « Femmes et addictions », mars 2009, n° 10-11 : p. 86-89.

• Darmon N. **Devenir anorexique : une approche socio-logique.** Paris : La Découverte, coll. La Découverte / Poche, 2008 : 350 p.

• Bajos N., Bozon M., Beltzer N., Toumelon L., Razafindratsima N., Goulet V., et al. **Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé.** Paris : La Découverte, 2008 : 605 p.

LE GENRE DANS LES PROFESSIONS DE SANTÉ

• Tain L. (dir). **Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession.** Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Métiers Santé Social, 2016 : 304 p.

• Chappert F., Théry L. **Égalité entre les femmes et les hommes et santé au travail. Comment le genre transforme-t-il l'intervention sur les conditions de travail ?** *Pistes*, 2016, vol. 18, n° 2 : p. 1-16. En ligne : <https://pistes.revues.org/4882>

• Bercot R (dir). **La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales.** Toulouse : Octarès éditions, 2014 : 125 p.

• Chappert F. **Les conditions de travail ont-elles un sexe ?** *Travail & Changement*, 2013, n° 348 : 16 p. En ligne : <https://www.anact.fr/file/5336/download?token=1iS05io0>

• Zolesio E. **Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes.** Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Le sens social, 2012 : 294 p.

• Volkoff S., Molinié A.-F., Saurel M.-J., Bardot F., et al. **Ils et elles : parcours professionnels, travail et santé des femmes et des hommes. Actes du séminaire Âges et travail, mai 2009.** Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi, 2012 : 186 p.

• Jacques B., Purgues S. **L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ».** *Revue française des affaires sociales*, 2012, n° 2-3 : p. 52-71.

• Bouffartigue P., Pendaries J.-R., Bouteiller J. **La perception des liens travail/santé : le rôle des normes de genre et de profession.** *Revue française de sociologie*, 2010, vol. 51, n° 2 : p. 247-280.

• Guichard-Claudic Y., Kergoat D., Vilbrod A. dir. **L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement.** Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. Des sociétés, 2008 : 404 p.

GUIDES ET OUTILS

RESSOURCES POUR LES PROFESSIONNELS

• Institut national d'études démographiques (Ined). **Violences et genre** [dossier thématique web]. Dernière mise à jour : février 2017. En ligne : <http://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/dossiers-thematiques/violences-genre/>

Cette page thématique propose une sélection de travaux de chercheur.e.s de l'Ined et de publications de l'institution, en français ou en anglais, intégralement accessibles en ligne et classés par grands thèmes. (Source : Ined.)

• **Promotion Santé Suisse. Quint-Essenz.** Checkliste sur la prise en compte du genre [prendre en compte les aspects de genre dans les interventions], 2014.

En ligne : https://www.quint-essenz.ch/fr/public_assets/119/download

• **Matilda [site web].**

Plus de quatre-vingts vidéos, accompagnées de ressources pédagogiques, sur le thème de l'égalité entre les sexes dans tous les domaines. Matilda, c'est également une plateforme collaborative qui permet d'échanger des idées, des questionnements et des réalisations. Site soutenu par le ministère de l'Éducation nationale, de la Culture et de la Communication. (Source : site web Matilda.) En ligne : <http://www.matilda.education/app/>

• **Genrimages [site web]**

Le site Genrimages est conçu par le Centre audiovisuel Simone de Beauvoir. Il s'adresse aux enseignants, aux éducateurs, à toutes les personnes souhaitant aborder le thème de l'égalité femmes-hommes avec des élèves ou des jeunes, en les sensibilisant au décodage des représentations (stéréotypes) sexuées présentes dans les images fixes ou animées. (Source : site web Genrimages.) En ligne : <http://www.genrimages.org>

• **Brugeilles C., Cromer S. Comment promouvoir l'égalité entre les sexes par les manuels scolaires ? Guide méthodologique à l'attention des acteurs et actrices de la chaîne du manuel scolaire.** 2008: 98 p. En ligne : <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001588/158897F.pdf>

OUTILS PÉDAGOGIQUES

• **La Mallette Genre : pour découvrir l'égalité femmes/hommes en s'amusant** [kit pédagogique]. Saint-Gilles (Belgique) : Itinéraires AMO, 2014.

• « **Genre... tu vois ce que je veux dire ?** » [livre-jeu]. Bruxelles : Le Monde selon les femmes, 2015. Pour commander : En ligne : <http://www.mondefemmes.be/accueil.php?rub=outils&pg=commande-panier&del=0>

ORGANISMES RESSOURCES

• **Mouvement français pour le planning familial (MFPF)**
Le Mouvement français pour le planning familial est une association loi 1901 créée en 1960. Mouvement féministe d'éducation

populaire et lieu d'échanges concernant la sexualité, le planning familial milite pour le droit à la contraception, à l'avortement et, de façon plus générale, pour le contrôle des naissances. Le site web de l'association informe le grand public sur l'actualité française et internationale en santé sexuelle, présente des dossiers d'information sur la contraception, l'avortement, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST), les sexualités, les violences. L'internaute peut interroger le centre de documentation sur un grand panel de ressources (environ 24 000 références) : articles et ouvrages, vidéos, matériel pédagogique, sélection de revues, etc. (Voir rubrique « Centre de documentation » : <http://documentation.planning-familial.org/>)

En ligne : <http://www.planning-familial.org/>

• Institut Émilie du Châtelet (IEC)

L'institut Émilie du Châtelet est une fédération de recherche créée en 2006 sous l'égide du conseil régional d'Île-de-France. L'IEC regroupe dix-sept grandes institutions de recherche et d'enseignement supérieur nationales ou régionales, qui participent au développement de la recherche et des enseignements sur les femmes, le sexe ou le genre, dans l'ensemble des disciplines scientifiques. L'IEC met en place des conférences et des séminaires réguliers (<http://www.institutemilieduchatelet.org/conferences-2016-2017>). La rubrique « Documentation » du site propose un accès à un ensemble de ressources, notamment une sélection fine de liens dans le domaine du genre : revues scientifiques, fonds d'archives et catalogues de centres de ressources spécialisés sur la question. La rubrique « Organismes et associations » permet d'accéder à un répertoire d'associations classé par thèmes (voir notamment « corps-santé-sport »). L'IEC diffuse également une lettre d'information mensuelle, *La Lettre*, présentant toutes ses activités et ses actualités.

En ligne : <http://www.institutemilieduchatelet.org/>

• Centre Hubertine Auclert

Le centre Hubertine Auclert contribue à la lutte contre les inégalités et les discriminations fondées sur le sexe et le genre et promeut l'égalité femmes-hommes. Il a pour mission de :

- construire une plateforme régionale de ressources et d'échanges sur l'égalité femmes-hommes : « l'égalithèque » ;
- renforcer le réseau des acteurs et des actrices franciliens de l'égalité femmes-hommes, par le biais d'accompagnements individuels et l'organisation de cadres d'échanges collectifs ;
- promouvoir l'éducation à l'égalité, notamment *via* la réalisation d'études et d'analyses des représentations sexuées et sexistes dans les outils éducatifs ;
- lutter contre toutes les formes de violences faites aux femmes, avec l'observatoire régional des violences faites aux femmes, intégré au centre Hubertine Auclert. (Source : site web du centre Hubertine Auclert.)

Le site web de l'organisation propose une rubrique « Les ressources » où l'on peut accéder à divers services : une base documentaire « L'égalithèque » comprenant environ 1 750 documents sur les questions d'égalité ; un recensement des acteurs-clés *via* des annuaires et des cartographies (rubrique « Les annuaires ») ; des outils et des guides d'aide à l'action de terrain (« Nos publications ») ; un calendrier des formations dispensées par le centre ; une bourse d'emploi « égalité femmes-hommes ».

En ligne : <http://www.centre-hubertine-auclert.fr>



© RMN-Grand Palais (Musée national Picasso-Paris) / Image RMN-GP
VILLERS André, *Tête de femme de profil en surimpression sur un mur*, Paris, 2017

• Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE)

Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes est une instance consultative créée par décret le 3 janvier 2013, dont l'objectif est d'évaluer et de formuler des propositions relatives à la politique des droits des femmes et des inégalités entre les femmes et les hommes, dans les domaines politique, économique, culturel et social.

Plus précisément, il :

- contribue à l'évaluation des politiques publiques qui concernent l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- assure l'évaluation des études d'impact des lois, règlements, documents d'évaluation des lois de finances et des lois de financement de la Sécurité sociale ;
- recueille et diffuse les analyses, études et recherches françaises, européennes et internationales relatives à l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- il formule des recommandations, des avis et propose des réformes au Premier ministre.

Le site présente l'ensemble des publications du HCE, organisées selon cinq thèmes : « Stéréotypes et rôles sociaux », « Enjeux européens et internationaux », « Parité », « Santé, droits sexuels et reproductifs », « Violences de genre ». Sous chaque rubrique, des données statistiques, juridiques et les avis du HCE sont disponibles. (Source : HCE.)

En ligne : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/>

Les liens Internet ont été consultés le 7 juin 2017.

Activité physique et sédentarité : une synthèse vulgarisée des nouvelles recommandations

Hélène Escalon et le groupe de travail « Vulgarisation des recommandations activité physique – Sédentarité »
(voir p. 48)

Les recommandations françaises sur la pratique d'activité physique et la réduction de la sédentarité ont été actualisées en février 2016, dans un rapport d'expertise collective et un avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) [1]. Elles ont évolué sur plusieurs points : la distinction entre l'activité physique et la sédentarité, la précision des types d'activités physiques à pratiquer et la spécificité des recommandations pour les enfants ; les adolescents ; les adultes ; femmes enceintes, en période de *post-partum*, ménopausées ; les personnes âgées de 65 ans et plus ; et les personnes ayant une limitation fonctionnelle d'activité.

Elles ont fait l'objet d'un travail de vulgarisation par Santé publique France en collaboration avec des experts ayant

contribué aux travaux de l'Anses et une personne de la Direction générale de la santé. Cette première étape de vulgarisation a fait l'objet d'une synthèse consultable sur [mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Les-objectifs-de-sante-publique) (<http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Les-objectifs-de-sante-publique>).

Sont présentées ici les recommandations pour les adultes, les enfants et les adolescents et des conseils aux parents. Les recommandations pour les autres populations sont détaillées dans la synthèse complète. Celle-ci est à disposition de tous les acteurs de terrain qui souhaitent diffuser les nouvelles recommandations ou les utiliser dans leurs interventions.

Activité physique, sédentarité : de quoi parle-t-on ?

L'activité physique correspond à tous les mouvements de notre corps produits par la contraction des muscles et qui entraînent une dépense en énergie supérieure à celle du repos.

Elle peut être effectuée dans le cadre du travail, des transports, des activités domestiques – à l'intérieur et à l'extérieur de chez soi – et des loisirs – incluant le sport et les exercices physiques réalisés sans encadrement.

La sédentarité correspond aux situations passées en position assise ou allongée (en dehors de la période de sommeil et de repas), dans lesquelles les mouvements du corps sont réduits à leur minimum : regarder la télévision, travailler sur un ordinateur, jouer aux jeux vidéo, lire, téléphoner, être passager dans un véhicule, etc.

Effets sur la santé de l'augmentation de l'activité physique et de la réduction de la sédentarité

Les effets favorables sur la santé d'une pratique d'activité physique régulière permettant d'atteindre les recommandations ne compensent pas forcément les effets délétères de la sédentarité. C'est pourquoi il est recommandé à la fois de faire plus d'activité physique et de réduire son temps assis ou allongé.

Cela permet d'améliorer la qualité de vie ; la santé mentale, en prévenant les états d'anxiété et de dépression ; le bien-être ; le sommeil et, à plus long terme, de réduire le risque de maladies cardio-vasculaires, de cancers : côlon, sein, poumon, endomètre ; de diabète de type 2 ; d'obésité et de bronchopneumopathie chronique obstructive (insuffisance respiratoire). Enfin, la pratique régulière d'activité physique permet de diminuer le nombre de nouveaux cas par an des maladies d'Alzheimer et de Parkinson.

En outre, chez les adultes, l'activité physique permet de réduire certains effets liés au vieillissement et de





© Bernard Le Bars/Signatures

maintenir l'autonomie au cours de l'avancée en âge. Chez les enfants et les adolescents, la pratique régulière d'activité physique à impact (course, sauts) assure une bonne qualité osseuse, particulièrement lorsqu'elle est pratiquée lors de la pré-puberté et de la puberté. D'une façon générale, l'activité physique et la réduction de la sédentarité préviennent la survenue du surpoids chez les enfants.

Recommandations générales sur l'activité physique et la sédentarité

Adopter un mode de vie actif, en augmentant son activité physique et en limitant sa sédentarité est recommandé, quel que soit l'âge.

Différents types d'activité physique sont recommandés pour développer l'endurance, renforcer les muscles, améliorer la souplesse et l'équilibre.

L'activité ne doit surtout pas se limiter au sport : se déplacer à pied ou à vélo, porter une charge, monter ou descendre les escaliers, être actif à son domicile sont des pratiques d'activité physique.

Les repères de pratique présentés ci-dessous représentent un idéal vers lequel il faut tendre. Toute quantité d'activité physique, même inférieure aux repères, procure un bénéfice pour

la santé, et le dépassement des recommandations permet le plus souvent d'augmenter ce bénéfice.

Recommandations pour les adultes

- *Activité physique d'endurance* : pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance (intensité modérée et¹ élevée), au moins cinq jours par semaine.

Ces activités peuvent facilement s'intégrer dans la vie quotidienne lors de déplacements actifs : marche, vélo, ou dans le cadre d'activités de loisirs : promenades, footing, cyclisme, sport collectif, danse, natation, fitness, etc.

- *Activités de renforcement musculaire* : en complément des activités physiques d'endurance, il est recommandé de réaliser une à deux fois par semaine des activités qui renforcent les muscles des bras, des jambes, des abdominaux, du dos.

Elles peuvent être réalisées au cours de la vie quotidienne (montées et descentes d'escaliers, port de charges) ou en faisant des exercices.

- *Exercices de souplesse* : faire des exercices développant la souplesse et la capacité à faire des mouvements amples de deux à trois fois par semaine, sous forme d'étirements maintenus de 10 à 30 secondes et répétés de deux à trois fois.

- *Limitation de la sédentarité* : au travail, dans les transports, à la maison ou dans le cadre de loisirs, réduire son temps total quotidien passé assis ou allongé ; marcher quelques minutes et s'étirer au bout de deux heures d'affilée en position assise ou allongée et faire quelques mouvements (rotation des épaules, du bassin, des chevilles, des poignets, des mains, de la tête).

Recommandations pour les enfants et les adolescents

Jeunes enfants jusqu'à cinq ans

- *Activité physique* : les jeunes enfants doivent être actifs au moins trois heures par jour grâce à des activités physiques et des jeux.

L'activité physique des enfants doit comporter des activités variées et ludiques, comme la marche, la course, le saut, le lancer, l'équilibre, la découverte du milieu aquatique pour les tout-petits, etc. Ceci favorisera leur capacité à pratiquer, plus tard, une grande variété d'activités physiques.

- *Sédentarité* : ne pas rester plus d'une heure d'affilée en position assise ou allongée, hors temps de sieste, dans des activités sédentaires qui incluent notamment le temps passé assis devant un écran (télévision, tablette, ordinateur, jeux vidéo, etc.).

- **Temps d'écran** : avant deux ans, éviter totalement l'exposition aux écrans ; entre deux ans et cinq ans, limiter l'exposition aux écrans à moins d'une heure par jour.

Enfants de six ans à 17 ans

- **Activité physique** : pratiquer au moins une heure par jour d'activité physique d'intensité modérée et élevée. Tous les deux jours, ce temps doit intégrer au moins 20 minutes d'activité physique d'intensité élevée² et des activités qui renforcent les muscles, les os et améliorent la souplesse (pour les enfants de six ans à 11 ans : saut à la corde, saut à l'élastique, jeux de ballon, etc.).
- **Sédentarité** : limiter au maximum les activités en position assise ou immobile ; ne pas dépasser deux heures consécutives en position assise ou semi-allongée ; se lever et faire quelques minutes de mouvements après plus de deux heures de sédentarité.
- **Temps d'écran** : limiter le temps de loisir passé devant un écran à deux heures par jour.

Conseils aux parents pour aider les enfants et les adolescents à atteindre les recommandations

L'implication des parents est primordiale pour stimuler l'activité physique de leur enfant, et toute occasion de la vie de tous les jours peut être saisie ou proposée.

Jeunes enfants jusqu' à cinq ans

- À la maison, sécuriser l'espace pour laisser l'enfant découvrir son environnement (monter et descendre les escaliers, jouer à découvrir des objets, courir, sauter, lancer et attraper, danser, etc.).
- Dans le jardin ou au parc, faire jouer l'enfant sur les structures de jeu adaptées à son âge pour développer sa motricité et lui permettre de jouer avec les autres (socialisation).
- Apprendre à l'enfant à faire du vélo, de la trottinette, du patin à roulettes pour développer ses sensations, améliorer son endurance et sa vitesse de déplacement, son équilibre et son orientation dans l'espace.
- À la piscine, le laisser découvrir l'eau à son rythme et lui proposer des jeux dans l'eau afin de lui donner confiance.

Enfants de six ans à 11 ans

- Dans le jardin ou au parc, faire jouer l'enfant sur les structures de jeu adaptées à son âge pour développer sa motricité, le faire jouer avec les autres (socialisation).
- Lui faire faire du vélo, de la trottinette, du roller pour améliorer son endurance et sa vitesse de déplacement, son orientation dans l'espace.
- À la piscine, lui proposer des activités assurant un développement et un renforcement des techniques de nage.

Adolescents de 12 ans à 17 ans

La pratique de l'activité physique devrait faire partie des habitudes quotidiennes de l'adolescent. Les parents doivent être particulièrement vigilants, car à cette période, la pratique d'activité physique diminue et est beaucoup plus faible chez les filles que chez les garçons. Pour cela :

- l'encourager à pratiquer des activités physiques et sportives qui lui plaisent ;
- favoriser les activités physiques entre amis ou en famille ;
- l'encourager à se déplacer à pied, en vélo, en trottinette ou en rollers.

La disponibilité des parents, lorsqu'elle est possible, permet :

- de pratiquer une activité physique en famille ;
- d'encourager l'adolescent à pratiquer des activités physiques ;
- d'organiser l'emploi du temps de l'adolescent afin de dégager du temps pour qu'il fasse de l'activité physique et limite les périodes de sédentarité. ■

Pour en savoir plus

- <http://www.mangerbouger.fr/pro/collectivites-locales/agir-74/outils-et-contacts-pour-agir/synthese-des-nouvelles-recommandations-sur-l-activite-physique-et-la-sedentarite>

1. La notion d'intensité modérée et élevée est employée, car il est recommandé d'inclure dans sa pratique de courtes périodes d'activité physique d'intensité élevée.

2. Pour les adolescents de 12 ans à 17 ans, privilégier les exercices en charge³ (sport collectif, hip-hop ou autre danse, sport de combat, etc.) et toutes les activités s'appuyant sur la course, le saut, le lancer, telles que le jogging, l'acrobatie, la zumba, le step.

3. Une activité physique en charge est une activité dans laquelle on porte son propre poids du corps, par opposition à une activité physique en décharge (vélo, natation) dans laquelle le poids du corps est porté par un élément extérieur : l'eau ou un objet, comme un vélo, un bateau...

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL AYANT CONTRIBUÉ À LA VULGARISATION DES RECOMMANDATIONS

- *Experts ayant contribué au rapport d'expertise collective* [1]

Xavier Bigard, conseiller scientifique du président de l'Agence française de lutte contre le dopage, spécialités : physiologie de l'exercice, nutrition ; **Damien Davenne**, professeur des universités (PR), spécialités : rythmes biologiques, sommeil et activité physique ; **Pascale Duché** (PR), spécialités : physiologie de l'exercice, obésité de l'enfant ; **Thierry Paillard** (PR), spécialités : neurophysiologie, vieillissement ; **Anne Vuillemin** (PR), spécialités : santé publique, mesure de l'activité physique.

- *Direction générale de la santé*

Simona Tausan, médecin inspecteur de santé publique, chargée du volet activité physique du dossier Programme national nutrition santé.

- *Santé publique France*

Hélène Escalon, chargée de la coordination du groupe de travail, chargée de projet et d'expertise scientifique en santé publique ; **Khadoudja Chemlal**, praticien hospitalier ; **Corinne Delamaire**, chargée de projet et d'expertise scientifique en santé publique ; **Hélène Mathiot**, stagiaire ; **Laurence Noirot**, éditrice ; **Florence Rostan**, chargée de mission ; **Anne-Juliette Serry**, responsable de l'unité Nutrition – Activité physique.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Anses. Actualisation des repères du PNNS. Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'Anses - Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016 : 584 p. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

Statut migratoire des parents et inégalités de santé dans la petite enfance

Bárbara Castillo Rico,
doctorante en économie,
Banque de France,
Aix-Marseille Université, CNRS, EHESS,
Centrale Marseille, AMSE,
Lidia Panico,
chargée de recherche, Institut national
d'études démographiques (Ined), Paris.

La population immigrée (définie comme la population née à l'étranger avec une nationalité étrangère) représentait environ 9 % de la population française totale en 2014, soit près de six millions de personnes [1]. En France, les immigrés se trouvent souvent dans une situation relativement défavorisée par rapport à la population majoritaire [2]: ils sont plus susceptibles d'être au chômage, de subir des discriminations ou d'être mal logés. Il existe peu de recherches en France sur l'état de santé des nouveau-nés de parents immigrés. Pourtant, les descendants d'immigrés représentent aujourd'hui près de 11 % de la population française [1].

Migration et santé : ce qui est connu pour la France

Traditionnellement, les discours sur migration et santé se réduisent souvent à des problématiques stéréotypées et souvent négatives, comme « l'importation » de maladies infectieuses des pays d'origine. Ces questions jouent certes un rôle pour un petit nombre de migrants, mais la littérature reconnaît que la relation entre migration et santé est plus complexe.

De plus, cette vision contraste avec plusieurs études académiques – menées surtout sur la population adulte –, qui ont identifié un effet « migrant en bonne santé » (*le healthy migrant effect*)

dans de nombreux pays (par exemple les immigrés de première génération semblent être en meilleure santé comparés à la population majoritaire sur différents indicateurs, notamment en matière de mortalité [3]). Cette observation est souvent attribuée à l'existence d'une autosélection à la migration d'individus en bonne santé: les individus ont souvent une tendance à être en bonne santé pour pouvoir migrer. Les meilleurs comportements de santé des immigrés ont également été avancés comme explication. En France, la revue de la littérature de Khlal et Guillot [4] montre que l'espérance de vie des migrants était meilleure que celle de la population majoritaire dans les années 1990, notamment en raison d'un taux de mortalité plus bas dès le début de l'âge adulte et particulièrement chez les hommes; les immigrés affichaient des taux de morbidité et d'invalidité déclarés plus faibles. Des travaux plus récents présentent cependant une situation plus mitigée. Par exemple, la santé générale perçue des immigrés est plus mauvaise que celle de la population majoritaire, bien qu'ils signalent moins de maladies chroniques ou limitantes.

De nombreux facteurs peuvent jouer un rôle pour préserver la santé des immigrés ou avoir un effet défavorable sur celle-ci: les comportements de santé et la manière dont les immigrés conservent ou modifient ces comportements après leur migration, l'intégration dans le pays de destination (par exemple à travers l'accès à l'emploi et aux services de santé), les conditions de vie, le soutien et les réseaux sociaux, l'exclusion sociale ou la discrimination. Plusieurs études montrent que la santé des immigrés tend à se détériorer avec la durée du séjour en France [2;5], suggérant que si

les immigrés arrivent avec un meilleur capital de santé, une fois en France, l'exposition à des conditions de travail plus difficiles, une situation économique plus précaire ou encore les discriminations s'accumulent et dégradent leur santé au fil du temps. Également, plusieurs études concluent que les immigrés sont moins susceptibles d'utiliser les services de soins primaires par rapport à la population majoritaire [5], même en contrôlant l'état de santé.

Les conditions de santé durant la petite enfance

La petite enfance est considérée comme la phase de développement la plus importante de notre vie. On considère que le développement dès la période prénatale et autour de la naissance exerce une forte influence sur la santé et le bien-être de l'enfant jusqu'à l'âge adulte, par exemple en matière d'obésité adulte, de maladies cardiaques ou encore sur la santé mentale et les fonctions cognitives [6]. La littérature portant plus largement sur les inégalités chez les enfants nous indique que les ressources et les comportements des parents sont des « investissements » clés pour le développement des enfants en termes de santé, d'éducation et de développement psychosocial [7].

L'environnement familial est la plus importante source d'expérience pour un enfant, en particulier dans les premières années de vie, non seulement parce qu'il établit avec les membres de la famille les liens les plus étroits, mais aussi parce que la famille constitue un intermédiaire entre l'enfant et le monde extérieur. Ceci met en évidence l'importance de la qualité et de la quantité des ressources sociales du ménage, comme les compétences parentales, l'éducation, ses réseaux sociaux, ou l'état de santé

des membres de la famille ; autant que des ressources économiques, qui comprennent les revenus du ménage, le statut professionnel des parents ou les conditions de logement. La capacité des immigrés à réaliser ces investissements dès la naissance de leur enfant dépend d'un certain nombre de caractéristiques individuelles et aussi des politiques du pays d'accueil, des services publics et des aides mises à leur disposition.

Bien qu'elles soient scientifiquement et politiquement importantes, les trajectoires de santé des jeunes enfants de parents immigrés sont peu explorées dans la recherche. Mais certains éléments permettent de dresser un premier tableau de la santé des enfants de parents immigrés en France. Par exemple, une étude portant sur les taux de mortalité maternelle entre 1998 et 2007 a révélé que les femmes étrangères semblent avoir une mortalité maternelle plus élevée – 12,5 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes – que les femmes nées en France – 7,9 décès pour 100 000 naissances – [8], suggérant des grossesses plus compliquées ou des problèmes de santé préexistants chez les immigrées. Cela s'explique par le fait que les femmes étrangères, en particulier celles des pays d'Afrique subsaharienne, avaient un taux plus élevé de mortinaissances, de naissances prématurées et de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance [9], bien

que cela ne soit pas nécessairement le cas pour les mères originaires d'autres régions [9].

Ces résultats sont conformes à ce que nous connaissons sur la vulnérabilité des familles migrantes en France. Les mères d'origine migratoire peuvent faire face à des situations stressantes pendant leur grossesse, avec des facteurs chroniques tels que la pauvreté, ou du stress aigu lié à leur migration ; ces facteurs peuvent avoir une incidence sur la croissance intra-utérine et la prématurité [10; 10].

Cependant, un certain nombre d'études suggèrent que les parents immigrés, en particulier les mères, présentent souvent des comportements qui se révèlent positifs pour la santé des enfants au début de leur vie : par exemple, dans une étude de cohorte de 18 000 enfants nés en France en 2011 (Étude longitudinale française depuis l'enfance – Elfe), les mères immigrées affichent une consommation plus faible d'alcool et de tabac pendant la grossesse [11]. Cela est cohérent avec les données portant sur la population générale, qui montrent que les femmes immigrées originaires de l'Afrique du Nord ont un niveau de consommation de tabac globalement plus faible que les ressortissants français et consomment moins d'alcool [9; 12]. Des études internationales ont également montré que les mères immigrées sont plus susceptibles que le reste de la population

d'allaiter leurs enfants. Dans l'étude Elfe, les mères d'origine immigrée étaient plus susceptibles de commencer un allaitement maternel [13].

Conclusion

Comprendre la relation entre le statut migratoire des parents et la santé des nourrissons est important en termes de politiques publiques, la petite enfance étant une phase de vie vulnérable avec des fenêtres d'opportunités vastes pour assurer un bon développement des enfants. Les parents immigrés peuvent fournir un capital de santé positif à leurs nouveau-nés, en particulier grâce à leurs meilleurs comportements de santé pendant la grossesse et la petite enfance. Cependant, ces apports peuvent être compromis si les parents immigrés n'ont pas un chemin facile d'intégration à la vie du pays d'accueil, notamment par un niveau trop faible d'accès aux soins, l'exposition à des événements stressants et à des discriminations, en particulier pendant la grossesse, et les – souvent – mauvaises conditions socio-économiques. Cela met en évidence la nécessité de mettre en place des politiques publiques et de santé pour soutenir les parents immigrés autour de la naissance, une étape cruciale du développement de leurs enfants. ■

Contacts : barbara.castillo-rico@etu.univ-amu.fr ; lidia.panico@ined.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Brutel C. Populations française, étrangère et immigrée en France depuis 2006. *Insee Focus*, n° 38, 2015. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693>
- [2] Beauchemin C., Hamel C., Simon P. *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*, Paris : Ined, coll. Grandes Enquêtes, 2015 : 624 p.
- [3] Wingate M.S., Alexander G.R. The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Social Science & Medicine*, vol. 62, n° 2, janvier 2006 : p. 491-498.
- [4] Khlal M., Guillot M. *Health and Mortality Patterns Among Migrants in France*. [Working Paper] University of Pennsylvania, Population Center, Working Paper (PSC/PARC)WP2017-8, 2017. En ligne : http://repository.upenn.edu/psc_publications/8
- [5] Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'économie de la santé*, n° 146, septembre 2009 : p. 1-6. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>
- [6] Irwin L.G., Siddiqi A., Hertzman C. *Early child development: A powerful equalizer*. Final report to the WHO Commission on social determinants of health, Genève : World Health Organization, 2007 : 38 p. En ligne : http://www.who.int/social_determinants/resources/eccdn_report_07_2007.pdf
- [7] Currie J. Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. *Journal of Economic Literature*, vol. 47, n° 1, mars 2009 : p. 87-122.

- [8] Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2, janvier 2012 : p. 30-34. En ligne : http://www.solipam.fr/IMG/pdf/BEH_2012-01-17.pdf
- [9] Panico L., Tô M., Thévenon O. What is the link between mothers level of education and low birthweight?. *Population & Societies*, n° 523, juin 2015. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/23849/population.societies.2015.523.mother.education.birthweight.en.pdf
- [10] Lefmann T., Combs-Orme T. Prenatal stress, poverty, and child outcomes. *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 31, n° 6, décembre 2014 : p. 577-590.
- [11] Melchior M., Chollet A., Glangeaud-Freudenthal N., Saurel-Cubizolles M.-J., Dufourg M.-N., van der Waerden J. *et al.* Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: the role of migrant status: the nationally representative ELFE study. *Addictive behaviors*, n° 51, 2015 : p. 65-71. En ligne : https://www.researchgate.net/profile/Maria_Melchior/publication/281352490_Tobacco_and_alcohol_use_in_pregnancy_the_role_of_migrant_status_1_Tobacco_and_alcohol_use_in_pregnancy_in_France_the_role_of_migrant_status/links/560e442f08ae967420111cf8/Tobacco-and-alcohol-use-in-pregnancy-the-role-of-migrant-status-1-Tobacco-and-alcohol-use-in-pregnancy-in-France-the-role-of-migrant-status.pdf
- [12] Wanner P., Khlal M., Bouchardy C. Life style and health behavior of Southern European and North African immigrants in France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 43, n° 6, décembre 1995 : p. 548-559.
- [13] Wagner S., Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., Nicklaus S., Geay B. *et al.* Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 29, septembre 2015 : p. 522-532. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html

La Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone

Sous la direction d'Éric Breton, Françoise Jabot, Jeanine Pommier, William Sherlaw.

51



La Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone rassemble les contributions de chercheurs et professionnels de santé internationaux qui présentent et analysent les notions-clés en promotion de la santé : les définitions, les principaux concepts et aussi les stratégies à mettre en œuvre. L'ouvrage s'organise en cinq grandes parties sous forme de réponses à des questions : la première « *Quels sont les éléments fondateurs guidant la promotion de la santé ?* » revient sur les fondements historiques de la promotion de la santé, en définit les concepts et présente la pluralité des approches pour lutter contre les inégalités sociales en santé. La suivante, « *Comment améliore-t-on la santé d'une population ?* » traite des différentes stratégies, qu'elles soient menées par les institutions publiques ou issues d'actions communautaires ou individuelles. La troisième partie, « *Comment la promotion de la santé se traduit dans le monde francophone ?* » présente les différents paysages institutionnels de la promotion de la santé en francophonie : Maghreb, Afrique subsaharienne francophone, France, Québec. Dans « *Comment développer les projets en promotion de la santé ?* », le lecteur découvre les enjeux et modèles d'élaboration des projets. À la question « *Comment produire des connaissances pour la décision ?* », les auteurs soulèvent l'importance du transfert de connaissances et de l'évaluation, s'efforçant d'apporter un ensemble de réponses théoriques et pratiques.

Laetitia Haroutunian

Rennes : Presses de l'EHESP, coll. *Références Santé Social*, 2017 : 544 p., 32 €.

Autres lectures

rubrique préparée par Laetitia Haroutunian et Sandie Boya

L'État de la santé de la population en France. Rapport 2017

Coordonné par Santé publique France et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ce rapport présente les évolutions de l'état de santé de la population française et de ses principaux déterminants.

L'état de la santé de la population en France : Rapport 2017. Saint-Maurice : DRESS – Santé publique France, 2017 : 436 p. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France>

Pacte pour la santé globale des jeunes. Rapport 2017

Cette deuxième édition du rapport *Pacte Santé* de la Croix-Rouge dresse un état des lieux de la santé globale des jeunes en France et propose plusieurs pistes d'action.

Croix-Rouge française. Pacte pour la santé globale des jeunes. Rapport 2017. Paris : Croix Rouge française, 2017 : 41 p. En ligne : <http://www.croix-rouge.fr/Mediatheque/Publications/Le-pacte-pour-la-sante-globale-des-jeunes-2017>

La Santé des populations vulnérables

Recueil de contributions autour des inégalités de santé selon plusieurs axes thématiques : politiques publiques ; territoires ; conditions de réussite et limites des interventions de promotion de la santé ; importance des réseaux dans l'efficacité des interventions.

Sous la direction de Christophe Adam, Vincent Faucher, Pierre Micheletti, Gérard Pascal. La Santé des populations vulnérables. Paris : Ellipses, 2017 : 416 p., 29 €. En ligne : http://www.editions-ellipses.fr/product_info.php?products_id=11516

Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé

Alexandre Biosse Duplan, responsable de la mission Associations de patients et usagers à la Haute autorité de santé, liste dans cet ouvrage les droits individuels du patient et de l'usager dans les environnements de soins, il analyse la façon dont les usagers sont représentés au sein des instances du système de santé.

Alexandre Biosse Duplan. Démocratie sanitaire. Les usagers dans le système de santé. Paris : Dunod, coll. Guides Santé Social, 2017 : 448 p., 38 €. En ligne : <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/democratie-sanitaire>

Actions collaboratives pour la santé des habitants : le vivre ensemble en ville. Volume 1

Docteur en géographie, Sébastien Passel propose ici des outils et des méthodes visant à formaliser l'expertise d'usage et le vécu des habitants en termes d'amélioration du bien-être et du cadre de vie, à travers le triptyque « santé, social, spatial ».

Sébastien Passel. Actions collaboratives pour la santé des habitants : le vivre ensemble en ville (vol. 1). Londres : ISTE Editions, coll. Systèmes d'information, web et société, 2017 : 148 p., 29 € (version papier) et 9,90 € (version électronique). En ligne : <https://iste-editions.fr/products/actions-collaboratives-pour-la-sante-des-habitants>

Les Espaces du travail. Prévention et santé au travail

À partir d'exemples concrets rencontrés lors de son exercice en tant que médecin du travail, l'auteur présente les enjeux de l'aménagement de l'espace en entreprise et de ses effets sur la santé.

Philippe Salignac. Les Espaces du travail. Prévention et santé au travail. Paris : L'Harmattan, coll. Sciences et Société, 2017 : 236 p., 25 €. En ligne : <http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=53165>

Construction locale de la santé. Études de cas internationaux et réflexions sur la situation française

Sébastien Fleuret, docteur en géographie, développe dans cet ouvrage le concept de « *construction locale de la santé* ». Il plaide ici pour que « *l'humain et le territoire* » soient mieux pris en compte dans les actions en santé, en s'appuyant notamment sur les déterminants médicaux et non médicaux, l'articulation entre les différents acteurs du territoire et la participation des citoyens.

Sébastien Fleuret. Construction locale de la santé. Études de cas internationaux et réflexions sur la situation française. Paris : Éditions Matériologiques, coll. Épistémologie de la médecine et du soin, juin 2017, 72 p., 8 €. En ligne : <http://materilogiques.com/epistemologie-de-la-medicine-et-du-soin/248-construction-locale-de-la-sante-etudes-de-cas-internationaux-et-reflexions-sur-la-situation-francaise-9782373611168.html>

Prévenir plutôt que guérir, la révolution de la e-santé. Objets connectés – Applis – Big data – Médecine prédictive

Cet ouvrage présente, exemples à l'appui, l'enjeu des objets connectés pour la prévention. L'auteur y expose également sa réflexion sur la façon dont ces nouveaux outils pourraient reconfigurer nos comportements en santé, et en interroge les fondements éthiques.

Alexis Normand. Prévenir plutôt que guérir, la révolution de la e-santé. Objets connectés. Applis. Big data. Médecine prédictive. Paris : Eyrolles, 2017 : 198 p., 21 €. En ligne : <http://www.eyrolles.com/Sciences/Livre/prevenir-plutot-que-guerir-la-revolution-de-la-e-sante-9782212674156>

Prévention des chutes des personnes âgées en institutions. Hôpital, Ehpad, maison de retraite

Cet ouvrage pratique expose les causes et les conséquences des chutes de la personne âgée. La notion d'équilibre y est longuement abordée (définition, perte, réappropriation, etc.). En complément, plus de deux cents exercices de prévention des chutes sont proposés (tests d'équilibre, renforcement musculaire, comment se relever...).

Jacques Choque. Prévention des chutes des personnes âgées en institutions. Hôpital, Ehpad, maison de retraite. Paris : Initiatives Santé – Éditions Lamarre et CDP, 2017 : 224 p., 25 €. En ligne : http://www.unitheque.com/Livre/lamarre/Prevention_des_chutes_des_personnes_agees_en_institution-107319.html?

Lectures
Notre sélection



VOUS BUVEZ UN PEU, IL BOIT BEAUCOUP

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé et peut entraîner des risques très importants pour

ZÉRO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

PARLEZ-EN À VOTRE SAGE-FEMME

0 980 980 930

ALCOOL INFO SERVICE.FR
TOUT JOUR DE 8 H À 2 H, APPEL ANONYME ET NON SURTAXÉ.



VOUS BUVEZ UN PEU, IL BOIT BEAUCOUP

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé et peut entraîner des risques très importants pour sa santé.

ZÉRO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN OU PHARMACIEN



**Santé
publique**
France

0 980 980 930

ALCOOL INFO SERVICE.FR
TOUT JOUR DE 8 H À 2 H, APPEL ANONYME ET NON SURTAXÉ.



MINISTÈRE CHARGÉ
DE LA SANTÉ

**Santé
publique**
France