

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 devenant 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 : Alessandro Arnaud, Raïbaud 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.