

« 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.