

CONFÉRENCE DÉPARTEMENTALE DE L'ÉGALITÉ FEMMES-HOMMES

La santé sous le prisme de l'égalité femmes-hommes

SOMMAIRE

OUVERTURE..... 3

- > Karine BASTIER, Présidente déléguée auprès du Président du Conseil départemental, chargée de l'égalité femmes-hommes et de l'action en faveur des personnes atteintes de troubles autistiques4
- > Geneviève CARPE, Conseillère départementale déléguée auprès du 1er Vice-Président du Conseil départemental, chargée de la santé.....5

Comprendre les inégalités de santé entre hommes et femmes : perspectives sociologiques..... 6

- **Prise de parole.....7**
- > Louise VIROLE, Sociologue spécialiste des questions sur la santé, le genre et les migrations; post-doctorante au SESSTIM à Aix-Marseille Université7
- **Echanges 14**
- **Des références pour aller plus loin 17**

TABLE RONDE : LEVIERS D'ACTION ET EXPERIENCES..... 19

- > Salma EL BATTI, chirurgienne cardio-vasculaire à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris, association "Donner des ELLES à la santé"20
- > Alice Collet, conseillère conjugale et familiale, Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Promotion de la Santé (DPMI-PS)20
- > Jean-Pierre MENARD, médecin coordinateur santé sexuelle, Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Promotion de la Santé (DPMI-PS)20
- > Eliette RANDRIANTOVOMANANA, chargée de projet santé, Direction de l'Emploi, des Formations et de l'Innovation Sociale (DEFIS).....20
- **Echanges 25**

CLOTURE DE LA CONFERENCE 27

- > Françoise DAPHNIS, Responsable de l'Observatoire de l'Égalité du Conseil départemental du Val-de-Marne28

1

OUVERTURE

DISCOURS D'OUVERTURE

Karine BASTIER, Présidente déléguée sur l'égalité femmes-hommes et l'action en faveur des personnes atteintes de troubles autistiques



Il s'agit d'une question qui nous touche énormément et je tiens à remercier tous les intervenants qui participent à cet atelier de réflexion.

La crise sanitaire a remis la santé au cœur des préoccupations. Il s'agit d'un enjeu majeur des politiques publiques, mais la problématique du genre a longtemps été ignorée à ce jour alors que 64 % des personnes qui reportent ou renoncent à des soins sont des femmes. Par ailleurs, l'exposition aux violences impacte plus leur santé mentale et physique.

La conférence départementale de l'égalité fait partie des initiatives essentielles qui permettent de mettre en avant le rôle des politiques publiques dans l'amélioration de la situation. Ainsi, notre majorité départementale a souhaité faire de l'égalité femmes-hommes un sujet phare de la mandature.

L'action départementale a été marquée par des ateliers de prévention et d'appropriation auprès des professionnels et par la mise en place de formations pour les encadrants sur les violences sexistes et sexuelles au travail.

Nous soutenons de nombreuses associations, telles que l'association Tremplin 94 qui organise la Mirabal, grande manifestation contre les violences faites aux femmes qui se tiendra le 27 novembre 2022. Le Département a également cofinancé 35 téléphones dans le cadre du dispositif « Téléphone Grave Danger » en 2021.

Je suis ravie de pouvoir apporter des perspectives supplémentaires sous le prisme de la santé et j'ai une pensée pour tous les professionnels de santé qui agissent au quotidien pour répondre à ces enjeux.

Geneviève CARPE, Conseillère départementale déléguée auprès du 1er Vice-Président du Conseil départemental, chargée de la santé



C'est un plaisir de me trouver parmi vous aujourd'hui pour cette conférence. Je souhaite remercier tous les intervenants qui participent à cet après-midi de réflexion et d'échanges concernant un sujet essentiel et longtemps ignoré.

La crise sanitaire a mis en lumière les retards de diagnostic du cancer du sein. En effet, près de 30 000 patientes n'ont pas pu être diagnostiquées durant la pandémie. Par ailleurs, les maladies cardiovasculaires sont jugées comme masculines, mais les femmes y sont plus vulnérables et souvent mal diagnostiquées.

Il existe une véritable problématique d'égalité femmes-hommes en matière de santé et je suis persuadée que les collectivités doivent assurer pleinement leur rôle aujourd'hui dans ce domaine.

A cet égard, le Département accompagne les populations dans leur parcours de santé grâce aux structures de proximité telles que 72 centres de protection maternelle et infantile (PMI) ainsi que 52 centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Ces centres disposent d'équipes pluridisciplinaires qui assurent des consultations gynécologiques gratuites. Ces dispositifs permettent à 25 % des femmes enceintes de bénéficier d'un suivi en PMI.

En outre, une subvention de 25 000 euros a été attribuée à l'association Cancer Contribution dont l'action promeut l'égalité femmes-hommes.

Ces actions témoignent de notre volonté de relever le double défi de l'égalité et du bien-vivre dans le Val-de-Marne. C'est par la réflexion collective que nous contribuerons à améliorer la santé publique.

2

Comprendre les inégalités de santé entre hommes et femmes : perspectives sociologiques

COMPRENDRE LES INEGALITES DE SANTE ENTRE HOMMES ET FEMMES : PERSPECTIVES SOCIOLOGIQUES

Louise VIROLE, Sociologue spécialiste des questions sur la santé, le genre et les migrations ; post-doctorante au SESSTIM à Aix-Marseille Université.



Je suis sociologue et j'ai réalisé une thèse qui portait sur les inégalités d'accès aux soins obstétricaux des femmes primo-arrivantes en France (Virole, 2018). Actuellement, je mène une recherche postdoctorale portant sur les offres de santé dédiées aux minorités sexuelles et de genre en France¹.

On sait que les hommes vivent moins longtemps que les femmes. Cet écart persiste alors que l'espérance de vie continue de s'améliorer avec les progrès de la médecine. Ainsi, durant la crise sanitaire, le taux de mortalité des hommes était supérieur à celui des femmes et ils étaient plus susceptibles d'entrer en soins intensifs (Vidal et Merchant, 2021).

Ces écarts de santé entre hommes et femmes ne se retrouvent pas seulement à la fin de la vie, elles débutent dès la naissance et se poursuivent tout au long de la vie des personnes. De nombreux chercheurs ont tenté d'expliquer ces différences d'état de santé entre hommes et femmes. La littérature montre que la plupart de ces écarts ne sont pas dus à des causes biologiques, mais à des causes sociales. En effet, la société crée, produit et reproduit des inégalités structurelles entre les hommes et les femmes, entraînant de fait un impact différencié sur la santé de ces individus.

¹Projet SeSAM-LGBTI+, SESSTIM, Aix-Marseille Université.

Aujourd'hui, je me focaliserai sur un type d'inégalités entre deux catégories de population, les hommes et les femmes², mais de fait, je mets de côté un certain nombre d'inégalités de santé qui s'articulent entre elles : les inégalités de classe sociale, de race, d'orientation sexuelle ou selon l'identité de genre

1) Etats de santé des hommes et des femmes

Nous pouvons établir un premier constat : l'état de santé des femmes et des hommes n'est pas le même tout au long de la vie.

Les filles sont plus résistantes durant la grossesse et au moment de la naissance. Ainsi, le taux de mortalité infantile est supérieur chez les garçons. Les filles développent davantage de troubles alimentaires à l'adolescence. Or, l'anorexie entraîne des complications physiques, mais également des conséquences psychiques telles que des dépressions ou des troubles de la personnalité.

A l'âge adulte, les hommes sont plus nombreux à développer du diabète et des cancers. Ils décèdent plus fréquemment d'un cancer que les femmes. En 2018, 57 % des personnes décédées d'un cancer étaient des hommes. En outre, les types de cancer ne sont pas les mêmes. Le cancer de la prostate est le plus fréquent chez les hommes tandis que chez les femmes, le cancer du sein est majoritaire.

Les femmes semblent davantage souffrir de dépression que les hommes. Ainsi, elles ont un risque 1,5 à 1,8 fois plus élevé de vivre un épisode dépressif.

Ces chiffres doivent toutefois être étudiés avec précaution. En effet, certaines maladies sont sous-diagnostiquées chez les femmes tandis que les pathologies des hommes sont sous-déclarées.

Parmi les populations plus âgées, 60 % des personnes touchées par Alzheimer sont des femmes. Qui plus est, la maladie évolue plus vite chez les femmes.

On observe de fortes disparités dans l'espérance de vie. En 2021, celle des femmes nées en France s'établit à 85,5 ans, soit une des plus élevées dans le monde, tandis que celle des hommes est de 79,4 ans. Même les femmes ouvrières ont une espérance de vie similaire ou supérieure à celle des hommes cadres, démontrant ainsi que le genre a un impact plus fort que la classe.

Cependant, cet écart se réduit si on s'intéresse à l'espérance de vie sans incapacité et passe de 6 à 2 ans. Par ailleurs, les femmes vivent plus longtemps mais courent plus le risque de mourir sous les coups de leur conjoint ou de leur ex-conjoint, ce qu'on appelle les féminicides. 1 femme meurt tous les 3 jours de violences conjugales, contre 1 homme tous les 14,5 jours.

2) Normes de genre et santé

Il convient de se pencher sur les normes de genre et de santé pour expliquer ces inégalités.

Par genre, j'entends un système de normes hiérarchisées et hiérarchisantes de masculinité et féminité. Ces normes sont construites en opposition, valables à une époque donnée et entraînent des inégalités entre les femmes et les hommes.

Une norme sociale est un ensemble de règles de conduite qu'il convient de respecter au sein d'un groupe. Il existe des normes formelles mais également informelles. Elles ont pour but de garantir le

² Incluant ici uniquement les inégalités de santé entre hommes et femmes cisgenres.

bien-vivre ensemble et la cohésion du groupe. Elles sont acquises dès l'enfance, diffèrent d'une société à l'autre et évoluent au fil du temps.

Si une personne transgresse la norme, elle est qualifiée de « déviante » (Becker, 2012) et la société tentera de la remettre dans le droit chemin, par exemple par le biais de la stigmatisation (rejet social, honte).

Les normes de genre impactent trois domaines fondamentaux : les comportements de santé de l'individu, l'accès aux soins de l'individu et la santé publique.

a) Les comportements individuels

Les normes de genre transmises aux enfants ont un effet à l'âge adulte sur leur comportement en matière de santé.

Ainsi, on attend d'une fille qu'elle se montre attentive au ressenti des autres tandis qu'on inculque aux garçons qu'ils ne doivent pas pleurer et ne montrer aucune faiblesse. Ces stéréotypes ont un effet sur le comportement adulte : ainsi, les femmes vont davantage chez le médecin pour elles, mais surtout pour leurs enfants et leurs conjoints. Elles ont la charge de la santé de leur famille. Elles en ressentent les bénéfices, puisqu'elles vont plus souvent chez le médecin, mais cela affecte leur charge mentale.

Chez les hommes, cette pression à ne pas montrer de faiblesse impacte le taux de diagnostic. En effet, ils sont plus réticents à se rendre chez un médecin et dissimulent leurs symptômes avec des conséquences : ils sont moins bien soignés et diagnostiqués plus tardivement.

Selon une étude menée au début des années 2000, les femmes « sont les spécialistes de la santé pour tous » (Fassin et Memmi, 2004). Pour les problèmes de santé, les hommes se tournent vers leur conjointe, les enfants vers leur mère jusqu'à 26 ans. Ensuite les hommes s'adressent à leur compagne et les femmes directement à leur médecin.

Tumblr tenu par des pédiatres :



Par ailleurs, la prise de risques des individus est un élément dont il convient de tenir compte. La norme féminine encourage les filles à prendre soin d'elles et de leur famille et donc à éviter toute prise de risques tandis que la dangerosité est valorisée chez les garçons. Ces comportements se retrouvent à l'âge adulte.

Qui plus est, on constate une différence entre les comportements dangereux pour soi, davantage observés chez les femmes, et pour les autres, qui se retrouvent chez les hommes, plus nombreux à avoir des accidents de la route.

Au début de la crise sanitaire, des articles ont mis en lumière la réticence des hommes à porter le masque et des micros-trottoirs ont montré que certains le voyaient comme un signe de faiblesse. Ce constat avait déjà été fait en Chine pendant l'épidémie du SRAS en 2004. En termes d'hygiène,

les travaux montrent aussi que les hommes ont tendance à moins se laver les mains que les femmes, ce qui a pu être considéré comme une pratique « à risque » pendant la crise sanitaire du COVID-19.

b) Un accès aux soins inégalitaire

Aux comportements individuels s'ajoute le rôle du système de santé qui contribue également à la reproduction des inégalités de santé entre hommes et femmes.

Les professionnels de santé font partie de la société et ont également intégré les normes de genre, qui influent sur leur pratique. Ils et elles n'ont pas nécessairement l'intention de nuire, mais traitent différemment les femmes et les hommes.

Les travaux sociologiques ont ainsi documenté nombre de traitements différentiels selon le genre des patients. Ces écarts de pratiques peuvent aller de la négligence médicale à des violences verbales, physiques ou sexuelles. Or, les femmes sont très exposées, car elles se rendent plus souvent chez le médecin que les hommes. Par ailleurs, leurs besoins en terme de santé sexuelle et reproductive les amènent à être davantage en interaction avec des soignants que les hommes.

Une vidéo de l'INSERN « Genre et santé, attention aux clichés » est projetée en séance :

https://www.youtube.com/watch?time_continue=4&v=jW3qH2ZwWHO&feature=emb_logo

La douleur

Des travaux récents ont montré que la manière de prendre au sérieux la douleur des patients dépend de biais genrés. Les professionnels de santé auraient tendance à minimiser la douleur des femmes, l'associant plus facilement à des douleurs psychosomatiques. Selon une enquête menée aux États-Unis, les femmes attendent plus longtemps aux urgences avant de recevoir des antidouleurs.

Il existe par ailleurs de fortes disparités dans la prise en compte de la douleur en fonction de la couleur de peau et l'origine des personnes. Dans les maternités françaises circule parmi les professionnels de santé un stéréotype ethno-racial, appelé « le syndrome méditerranéen » : les patientes arabes ou noires seraient hystériques et surjoueraient la douleur, contrairement aux patientes asiatiques qui ne montreraient pas de signe extérieur. Ce stéréotype entraîne des traitements différenciés au moment de l'accouchement. La douleur des patientes arabes ou noires est moins prise au sérieux que celles des femmes blanches et asiatiques (Nacu, 2011).

Ces biais peuvent avoir des conséquences très graves sur la qualité de la prise en charge des patientes.

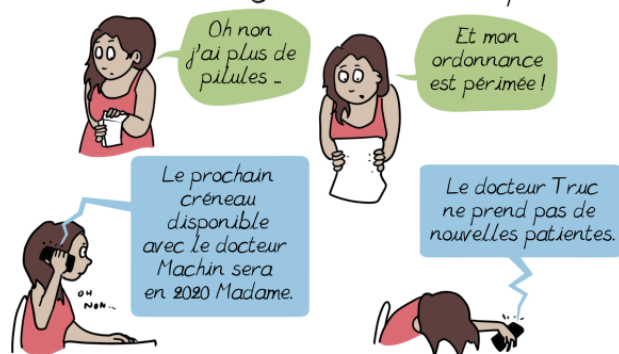
La contraception

Il existe une contraception masculine définitive : la vasectomie. Cependant, en France, les médecins sont très réticents à la proposer, contrairement en Angleterre. Ces disparités sont liées à l'encadrement des pratiques médicales (Ventola, 2016). En effet, le système de sécurité sociale anglais les contrôle davantage que le système français. Ainsi, même si subjectivement les médecins sont opposés à la stérilisation des hommes, ils n'ont pas l'espace pour le formuler durant la consultation.

En France, la subjectivité du médecin a davantage de place. De nombreux hommes se rendent chez un soignant ou une soignante pour demander une vasectomie, mais y renoncent car le praticien ou la praticienne les a découragés.

Chez les médecins interrogés, on retrouve l'idée que les femmes doivent gérer la contraception et non les hommes.

Car la contraception, encore aujourd'hui, représente une charge mentale conséquente.



Et, bien qu'elle bénéficie aux deux partenaires, elle est quasi exclusivement portée par les femmes.

D'après l'Ined, 97% des femmes souhaitant éviter une grossesse utilisent une contraception - et pour plus de 70% d'entre elles, il s'agit de contraception féminine (pilule, stérilet...)

Dessinatrice : Emma (2018)

L'IVG

Il convient également de garder à l'esprit qu'en raison de la clause de conscience qui existe sur l'IVG, les professionnels de santé peuvent refuser de la pratiquer, entraînant de fait un véritable problème d'accès à un droit fondamental.

Les violences gynéco-obstétriques

Le poids des normes genrées sur les pratiques de santé est très fort. Le contrôle de la sexualité et de la capacité à enfanter n'est pas récent mais, à ce jour, de nombreuses associations font remonter des violences gynéco-obstétriques. On constate un début de reconnaissance institutionnelle notamment avec un rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de 2018 sur les violences gynécologiques et obstétricales³.

6 types d'actes sexistes gynéco-obstétriques sont répertoriés :

- la non-prise en compte de la gêne de la patiente ;
- les propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids ou la volonté ou non d'avoir des enfants ;
- les injures sexistes ;
- les actes exercés sans recueillir le consentement et sans respecter le choix de la patiente (touchers vaginaux sans consentement) ;
- le refus d'actes non justifiés médicalement (refus de stérilisation) ;
- les violences sexuelles.

³ Téléchargeable en ligne : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>

23% des mères se sentent concernées par les violences obstétricales, parlons-en !



Dessinatrice: Laëticia Aynié pour confidentielles.com

Les normes procréatives expliquent en partie ces violences. Ces normes associées au biologique et qui prescrivent ou proscrivent des conduites familiales (exemple avec l'instinct maternel dont les femmes sont « censées être dotées biologiquement ») servent à justifier des injonctions, telles que l'assignation à la maternité. Il s'agit de normes que nous avons tous et toutes intégrées, y compris les professionnels de santé. Or, ces personnes ont un vrai poids sur la vie des patients rencontrés.

La santé publique

Les normes de genre affectent également la santé publique.

Ainsi, la recherche médicale s'est moins intéressée à la santé des femmes qu'à celle des hommes et on peut aller jusqu'à parler de négligence systématique de celle des femmes. Il est beaucoup plus compliqué de trouver un financement si les recherches ne concernent que les femmes et s'intéressent par exemple aux douleurs des règles ou à l'endométriose. Par ailleurs, les recherches sont également peu financées quand elles remettent en cause les normes de genre. Dans le cas de la pilule contraceptive masculine, les effets secondaires constatés : acné, troubles de l'humeur, baisse de la libido, ont entraîné l'interruption des recherches.

Les médicaments sont principalement testés sur des hommes et des souris mâles dans les laboratoires. La raison invoquée pour ce choix est la suivante : les variations hormonales seraient trop significatives chez les femmes. Or, il a été démontré que les fluctuations de testostérone chez les hommes étaient tout aussi conséquentes que celles des œstrogènes chez les femmes (Clayton, 2016).

Ces inégalités ont de vraies conséquences. En effet, les médicaments entraînent parfois des effets indésirables chez les femmes qui n'ont pas été détectés durant les tests.

Les recherches sur la maladie d'Alzheimer n'évoluent pas du fait financier et d'une participation insuffisante des femmes aux tests mis en place par les laboratoires.

Enfin, les campagnes de prévention produisent et diffusent des normes de genre dans l'espace public. Quelles normes de genre sont véhiculées sur ces affiches de prévention ?



« L'allaitement stimule la santé d'un enfant, son QI, ses performances scolaires et son revenu à l'âge adulte. »
Campagne UNICEF (2016)



Message préventif sur un paquet de cigarettes (2016)

La version masculine puis la version féminine d'une campagne de sensibilisation contre le tabac réalisée par l'INPES en 2010 sont projetées en séance :

<https://www.youtube.com/watch?v=Ca6tKsCZnRY>

Echanges



De la salle

Dans les vidéos que vous venez de projeter, le vieillissement prématuré est évoqué chez les femmes, mais n'est pas mentionné chez les hommes. Par ailleurs, l'homme n'est pas mis en scène comme la femme. Il est dans l'action, tandis que la femme attend.

Louise VIROLE

Tout à fait. La campagne véhicule un certain nombre de stéréotypes genrés qui ont encore cours aujourd'hui. Il est fait mention de la maternité et de la fertilité uniquement dans la vidéo destinée aux femmes.

Il est important de garder à l'esprit que les inégalités de l'état de santé des hommes et des femmes ne résultent pas d'un état biologique, mais d'une différence de traitement entre les hommes et les femmes. Il s'agit bel et bien d'inégalités sociales produites et reproduites par les rapports de domination de genre dans la société. Les normes de genre servent à maintenir cet ordre social.

Qui plus est, les inégalités sociales de santé ne sont pas uniquement le fruit de comportements individuels, mais également du système de santé. Pour lutter contre ces inégalités, il ne suffit pas d'agir sur un domaine. Il est nécessaire d'agir à la fois sur l'éducation, la répartition de la charge mentale, sur l'accès aux soins, la prise en charge ou encore la recherche.

De la salle

Avez-vous des informations sur une éventuelle féminisation du personnel de santé ? Cette évolution a-t-elle un impact sur la prise en charge des patientes et sur les discriminations ?

De la salle

Il me semble paradoxal que les inégalités soient en défaveur des femmes alors que leur espérance de vie est plus longue.

Je vous remercie pour cet exposé captivant. Sur les premières diapositives, il semble que les hommes sont défavorisés dans le domaine de la santé. Le choix des indicateurs (mortalité infantile, maladies cardio-vasculaires) n'est-il pas biaisé par les stéréotypes de genre ? Si oui, comment en sortir ?

Louise VIROLE

En effet, il existe un vrai paradoxe. Aujourd'hui, les hommes souffrent plus des normes de genre que les femmes si on regarde les taux de mortalité. Ils meurent plus jeunes, car ils adoptent des comportements à risques. Les normes de genre ne pèsent pas uniquement sur les femmes. Les injonctions au courage, à la virilité, à la compétitivité, entraînent une hausse de la mortalité et on peut parler de coût de la virilité sur l'état de santé des hommes.

Les biais genrés dans les diagnostics ont des effets sur les chiffres. Les femmes déclarent plus souvent être en dépression que les hommes, mais cet indicateur est peu fiable, puisque les hommes se confient moins à leur médecin.

Afin de disposer de données pertinentes, il est nécessaire d'étudier à la fois les chiffres de déclaration et les enquêtes. Les femmes se perçoivent plus en mauvaise santé que les hommes. Même l'autodiagnostic met en lumière des écarts.

Par ailleurs, il est vrai qu'on observe une féminisation du personnel de santé et une augmentation du nombre de femmes dans les écoles de médecine. D'ailleurs, la population des gynécologues est mixte. Cependant, cette féminisation ne permet pas de réduire les discriminations, qui sont du fait aussi bien des femmes que des hommes. En effet, les stéréotypes sont assimilés dès les études et véhiculés par les professeurs.

En outre, les sciences sociales ont encore peu de poids dans les écoles de médecine.

Geneviève CARPE, Conseillère départementale déléguée auprès du 1^{er} Vice-Président du Conseil départemental, chargée de la santé

On parle peu des hommes sages-femmes et les femmes restent majoritaires dans cette profession.

De la salle

A mon sens, il existe encore un plafond de verre en médecine. Ceux qui enseignent, font de la recherche et publient, les décideurs, restent des hommes. Le travail de déconstruction dont vous parlez est colossal et vertigineux.

Par exemple, la forme type de l'infarctus du myocarde est la forme masculine et toute la médecine est déclinée de cette manière. On nous inculque que la forme typique des pathologies est masculine, tandis que la forme féminine est définie comme atypique. Or, les tests en laboratoire sont systématiquement réalisés sur la forme typique. Ainsi, de fait, la forme féminine est exclue des recherches.

Qui plus est, la carrière hospitalo-universitaire est très élitiste et continue de se dérouler à des horaires « masculins » : l'aspect relationnel est essentiel et se tient pendant le week-end ou aux horaires durant lesquels il faut aller chercher les enfants à l'école, tâche encore fortement réservée aux femmes.

De la salle

Pourquoi les hommes se maîtrisent-ils moins que les femmes et perpètrent-ils davantage de violences sexuelles ?

De la salle

Les violences sexistes et sexuelles ont un impact très sérieux sur la santé des femmes. La justice et la police ne reçoivent pas toujours décemment les victimes, de même que le personnel de santé. Il convient de s'interroger sur la qualité de vie des femmes qui ont subi des traumatismes de ce type. La dépression et l'anorexie que vous évoquiez un peu plus tôt peuvent être des conséquences de ces violences.

Je vous remercie pour les points d'intersectionnalité que vous avez introduit dans vos propos. Les inégalités raciales sont une réalité, de même que la grossophobie, facteur essentiel à prendre en compte à l'heure actuelle.

Louise VIROLE

J'ai effectivement peu abordé les violences sexistes et sexuelles. Toutefois, il s'agit d'un sujet grave qu'on ne peut laisser de côté.

Ces violences sont commises massivement par les hommes, un état de fait que les sociologues expliquent par le rôle joué par le système dans lequel nous vivons. En effet, il s'agit d'un système basé sur des rapports de domination. Les hommes se permettent de violenter les femmes parce que notre société l'autorise. Ils adoptent des comportements agressifs et de possession qui sont tolérés et même valorisés dès l'enfance, en particulier en raison de l'affirmation de la virilité.

La violence est plus ou moins légitime selon le genre auquel on appartient. Une fille qui se montre violente sera beaucoup plus stigmatisée, car elle n'est pas censée se comporter ainsi. A ces biais genrés s'articulent des biais de race et de classe. Les décisions de justice pour les cas de violences sexuelles sont plus sévères envers les hommes racisés et de classe populaire que quand ces violences sont perpétuées par des hommes blancs, qui plus est des classes supérieures.

Ainsi, il ne s'agit pas d'une question de maîtrise individuelle, mais de tolérance de la société.

En matière de pédocriminalité, les violences sexuelles concernent aussi beaucoup les garçons, mais les effets sur leur santé ne sont pas les mêmes que ceux des filles à l'âge adulte. Les traumatismes auront plus tendance à se traduire par des violences tournées vers elles-mêmes chez les filles tandis que les garçons cristallisent leur mal-être vers la mise en danger d'autrui.

En outre, le taux de suicide chez les jeunes transgenres est alarmant, surtout après avoir subi des violences et des discriminations.

De la salle

Pouvez-vous nous apporter des précisions sur votre projet actuel de recherche sur les personnes LGBTQI+ ?

De la salle

Je fais partie de l'association « Femmes solidaires » à Cachan-Gentilly. Je souhaite vous remercier pour cette conférence car nous travaillons largement sur la question des stéréotypes et nous adoptons souvent un raisonnement face aux jeunes pour montrer que les stéréotypes sont au détriment de la population féminine. On dit qu'ils aliènent aussi les hommes, mais je n'avais jamais imaginé pouvoir aborder des questions de santé avec la rigueur dont vous avez fait preuve. Vous avez mis en lumière la manière dont les stéréotypes de genre affectent les femmes, mais également les hommes et vous avez intégré dans une démonstration logique une déclinaison d'éléments connus, mais souvent disparates.

Louise VIROLE

Il est primordial de rappeler que ces normes de genre affectent les garçons également. On a peut-être eu trop souvent tendance à associer le genre aux femmes et nous avons tout intérêt à déconstruire ces normes.

En ce qui concerne mon projet personnel, je travaille sur les nombreuses inégalités de santé au sein des populations LGBTQI+, un acronyme qui regroupe des réalités et des besoins très différents. Mes recherches se concentrent sur les réponses qui leur sont apportées (Projet SeSAM-LGBTI+).

La santé communautaire est très valorisée au Canada. Dans ce type d'organisation, le système de santé est en lien avec les populations et les communautés, qu'il s'agisse d'un quartier ou d'une communauté ethno- raciale, et les usagers peuvent prendre des décisions concernant la structure. Ainsi, on remet en question l'asymétrie de pouvoir entre les médecins et les usagers.

En France, des associations se mobilisent depuis des années et, depuis 2010, le champ de la santé LGBT se développe, avec même un début de reconnaissance institutionnelle de la santé communautaire.

Mes recherches visent à documenter ce paysage.

Des références pour aller plus loin

Manuels :

Laure Bereni et al. (2020), *Introduction aux études sur le genre*, DeBoeck Supérieur

Isabelle Clair (2012), *Sociologies du genre*, Armand Colin

Carine Vassy et al. (2019), *Introduction à la sociologie de la santé*, Armand Colin

Articles :

Bajos Nathalie, Nathalie Ferrand (2006), « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, 1, 61, pp.91-117

Chen E. and al. (2008), « Gender Disparity in Analgesic Treatment of Emergency Department Patients with Acute Abdominal Pain », *Academic Emergency Medicine*

Clayton, Janine Austin, Tannenbaum, Cara (2016), « Sex and Gender Equity in Research » (SAGER guidelines). <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2577142>

Nacu Alexandra (2011), « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, pp.109-130.

Ventola Cécile (2016), « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, 60, p. 101-122.

Vidal, C., Merchant, J. (2021), *La crise de la Covid-19, un puissant révélateur de l'impact du genre dans la santé: étude comparative entre la France et les Etats-Unis*. <https://doi.org/inserm-03361856>

Livres :

Becker Howard (2012), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Métailié. Paris, 256p.
Fassin Didier, Memmi Dominique (2004), *Le gouvernement des corps*. Éditions de l'EHESS, Paris, 269p.

Thèse :

Viole Louise (2018), « Grossesse et reconnaissance du sujet. Parcours de soins de femmes enceintes primo-arrivantes en France ». Thèse de doctorat. École des Hautes en Sciences Sociales. Accessible en ligne : <http://theses.fr/2018PSLEH091>

3

TABLE RONDE

TABLE RONDE : LEVIERS D'ACTION ET EXPERIENCES

Salma EL BATTI, Association « Donner des ELLES à la santé ».
Chirurgienne cardio-vasculaire à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris.

Eliette RANDRIANTOVOMANANA, Direction de l'Emploi, des Formations et de l'Innovation Sociale (DEFIS)
Chargée de projet santé

Jean-Pierre MENARD, Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Promotion de la Santé (DPMI-PS)
Médecin coordinateur santé sexuelle

Alice COLLET, Direction de la Protection Maternelle et Infantile et de la Promotion de la Santé (DPMI-PS)
Conseillère conjugale et familiale

Table ronde animée par Françoise DAPHNIS, Responsable de l'Observatoire de l'Égalité du Conseil départemental du Val-de-Marne



Françoise DAPHNIS

Madame Randriantovomanana, quels constats pouvez-vous établir concernant les enjeux autour de la santé sur le territoire du Val-de-Marne ?

Eliette RANDRIANTOVOMANANA

Tout d'abord, je tiens à rappeler que la politique de santé est travaillée en transversalité, auprès des allocataires du RSA, des collégiens, des espaces verts, du bâtiment... Nous réalisons un travail de coordination dans la Direction avec tous les aspects qui peuvent contribuer à améliorer la situation de près et de loin.

Le Val-de-Marne est un vaste département qui regroupe des communes très différentes les unes des autres. Nous avons réalisé une étude sur la santé dans le Val-de-Marne avec un aspect quantitatif et qualitatif. Nous avons constaté que les territoires qui rencontraient des difficultés socioéconomiques étaient les mêmes qui présentaient des indicateurs de santé dégradée. C'est également sur ces mêmes communes que l'offre médicale est la moins développée.

Le Département a une véritable mission de solidarité et nous devons penser la politique départementale en conséquence en travaillant avec toutes les Directions dans le cadre de projets territoriaux.

Le taux de mortalité des hommes – 881 décès pour 100 000 hommes – est supérieur à celui des femmes – 531 décès pour 100 000 femmes. En outre, le taux de mortalité prématurée (des personnes en dessous de 65 ans) est deux fois plus important chez les hommes que chez les femmes. Les hommes souffrent davantage de tumeurs et de maladies de l'appareil circulatoire que les femmes.

Françoise DAPHNIS

Vous avez évoqué une politique de santé qui favorise l'égalité sur le territoire val-de-marnais. Pouvez-vous nous donner quelques exemples ?

Eliette RANDRIANTOVOMANANA

Le Département soutient financièrement des associations qui portent les valeurs d'égalité dans le domaine de la santé. Ainsi, l'association « Cancer Contribution » travaille à la prise en compte des besoins des patients en cancérologie et a mis en place une plateforme ouverte qui contribue à la démocratie de la prise en charge. En effet, il n'est pas rare que le point de vue des patients ne soit pas écouté. Il convient également de garder à l'esprit que la place des aidants en cancérologie n'est pas suffisamment considérée alors que 60 % des aidants sont des femmes. L'association sensibilise et informe au sujet des droits, car l'accompagnement a des retombées sur la santé des femmes.

Dans les prises de parole en cancérologie, les femmes s'expriment en majorité et les soins de support jouent un rôle très important dans la guérison.

Par ailleurs, la Ville de Bonneuil porte un projet sur le cancer avec une dimension sociologique. Il s'agit d'accompagner les femmes en situation de précarité, en particulier les migrantes, par le biais « d'ateliers nutrition » et « santé des femmes » ou « d'ateliers dépistage ». Cet accompagnement a plusieurs dimensions. Dans certaines sociétés, les femmes ne souhaitent pas se dénuder devant un médecin masculin et ont donc besoin d'une praticienne.

Les Val-de-Marnais se fédèrent sur ce sujet.

Au-delà de l'aspect financier, nous collaborons également avec le milieu universitaire. Ainsi, un projet sur les luttes contre les inégalités femmes-hommes dans l'accès au soin est déployé : il vise à renforcer le diagnostic et le suivi des pathologies cardiaques, qui constituent la première cause de la mortalité féminine.

Enfin, au Département, nous organisons les « Midis de la santé », un point de sensibilisation à destination des agents qui permet d'aborder des thèmes comme celui de l'insuffisance cardiaque chez les femmes.

Françoise DAPHNIS

Je vais maintenant me tourner vers Monsieur MENARD et Madame COLLET. Pouvez-vous nous présenter un CPEF ainsi que les publics que vous rencontrez ?

Jean-Pierre MENARD

Je vous remercie de votre invitation à cette conférence. L'acronyme CPEF correspond à « Centre de planification et d'éducation familiale ». Toutefois, l'appellation évolue et on parle maintenant de C2S, de « Centres de santé sexuelle », même si l'action reste identique.

Le dispositif CPEF est une porte d'accès pour les soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Il existe plus de 50 centres de planification dans le Val-de-Marne. Ce dispositif a une approche globale et positive par rapport à la sexualité et ne s'intéresse pas uniquement à la problématique du risque lié à la sexualité, mais en aborde également les dimensions affective, émotionnelle, relationnelle et psychologique.

Afin d'assurer cette prise en charge globale, nous disposons d'équipes pluridisciplinaires qui incluent des médecins, des conseillers conjugaux et familiaux, et des sages-femmes. L'articulation entre le milieu médical et le milieu psychosocial est essentielle.

Il est important de garder à l'esprit que le dispositif s'inscrit dans une dimension nationale, avec une stratégie qui définit des objectifs de santé publique : la réduction des grossesses non désirées, la prévention des cancers, des violences et des discriminations, ainsi que la réduction des infections sexuellement transmissibles.

Les centres de planification sont souvent adossés à des centres de PMI et leur accès est libre, confidentiel et gratuit.

Le dispositif CPEF est universel mais les usagers sont majoritairement des femmes, un biais de fréquentation sans doute lié à l'histoire de ces centres. En effet, ils ont initialement été créés afin de rendre la contraception accessible. Or, la charge en revient aux femmes du fait des normes sociétales.

Françoise DAPHNIS

Comment prenez-vous en compte les inégalités d'accès aux soins ?

Jean-Pierre MENARD

Il existe des inégalités systémiques, mais je souhaite revenir plus particulièrement sur les problématiques gynécologiques.

Tout d'abord, les CPEF proposent un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. En effet, l'accessibilité au dépistage et au suivi peut s'avérer compliquée à l'heure actuelle.

Par ailleurs, nous intervenons également dans le domaine des troubles du cycle menstruel et des douleurs qui y sont liées. Certaines jeunes filles sont très gênées dans la poursuite de leur scolarité ou de leur métier. Elles rencontrent des difficultés même au sein de leur famille pour faire accepter ces douleurs et pour consulter un médecin.

Il est primordial de renforcer les actions auprès des femmes et rester vigilants sur les déterminants sociaux qui ont un véritable impact sur l'accès au système de santé.

Dans les centres de planification, les examens complémentaires peuvent être pris en charge pour les patients qui ne disposent pas de la sécurité sociale. Il est également possible de faire appel à un interprète quand les usagers ne parlent pas français. Enfin, les CPEF offrent la possibilité d'accéder à des soins dans le secret pour les mineurs et les jeunes majeurs.

Alice COLLET

En tant que conseillère conjugale et familiale, j'assure une approche psychoaffective et relationnelle de la sexualité, le pendant de l'approche globale de la santé de la personne.

Dans les centres de planification fréquentés majoritairement par les femmes, les constats sont établis d'abord en les écoutant. A travers leurs témoignages, nous réalisons que nous vivons dans une société encore fortement marquée par le sexisme et le patriarcat ainsi que d'autres inégalités.

Il est essentiel de renforcer l'éducation à la sexualité, car l'accès à l'information est émancipateur et donne le pouvoir d'agir pour soi.

La conseillère conjugale traite également les questions de parentalité et gère les interactions concernant la vie intime à l'âge adulte dans lequel la santé sexuelle et la vie amoureuse prennent de plus en plus de place. Ce thème reste un tabou significatif qui est très compliqué à aborder au sein du cercle familial.

A cet égard, les centres sont donc des outils d'égalité et des lieux de parole qui peuvent accueillir des témoignages. De nombreuses jeunes filles déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur relation, dans leur famille ou à l'école.

Françoise DAPHNIS

Quelles sont les actions de sensibilisation que vous déployez auprès des jeunes ?

Alice COLLET

Les centres disposent de conseillères qui assurent une prévention primaire en mode collectif. Non seulement nous menons des actions de sensibilisation dans le milieu scolaire, mais nous travaillons également avec les infirmières et les professeurs. L'animation est un des leviers utilisés pour la prévention auprès des jeunes.

On croit souvent à tort que les jeunes d'aujourd'hui en savent plus que les anciennes générations. En ce qui concerne l'approche des questions de sexualité, il est souvent nécessaire de répéter des fondamentaux sur l'anatomie sexuelle et la connaissance de son corps.

Nous nous efforçons d'approcher le sujet de manière égalitaire et positive, sans nier les aspects négatifs des dérives. Les notions de sexualité et du corps évoluent aussi bien chez les filles que chez les garçons. Les outils d'animation doivent donner la parole aux jeunes, mais cette parole doit parfois être rectifiée, en raison d'une influence des représentations et des stéréotypes véhiculés par les réseaux sociaux.

L'animation collective permet de sensibiliser les garçons à l'équilibre de la charge contraceptive. La question de l'homophobie est également abordée dans ce cadre. Il est important d'aborder le sujet parmi des jeunes qui se découvrent. En effet, la peur d'être gay est un facteur majeur de dépressions ou d'anorexie, de violences entre les garçons, ou encore de comportements agressifs envers les filles.

Il convient de partir de leurs préoccupations et de leurs interrogations pour ouvrir le dialogue.

Françoise DAPHNIS

Nous avons souhaité montrer comment les professionnels de santé agissaient dans leur milieu. Madame EL BATTI, pouvez-vous nous parler de l'action de votre association ?

Salma EL BATTI

Les inégalités hommes-femmes et les stéréotypes de genre pèsent au sein de la communauté médicale. Je suis chirurgienne vasculaire et j'ai rejoint l'association « Donner des ELLES » il y a quelques mois.

Quand je me suis orientée vers la chirurgie, les femmes étaient très peu nombreuses dans la spécialité que j'avais choisie. Le milieu médical est très marqué par les stéréotypes de genre.

L'association « Donner des ELLES » a commencé en tant que collectif fondé en 2019. On compte 80 % de femmes dans la communauté des soignants, mais seulement 20 % de femmes au sein des instances dirigeantes, quel que soit le corps de métier.

Le collectif est devenu une association en juin 2020 et a pour objectif de travailler avec les acteurs de la santé.

Dans le milieu médical, encore plus que dans le milieu paramédical, le nombre de femmes diminue au fur et à mesure qu'on monte dans la hiérarchie, même si la tendance est à l'amélioration.

Ainsi, une politique volontariste et incitative est primordiale pour faire évoluer la situation. Dans cette optique, l'association a travaillé avec Ipsos et a publié un baromètre sur les discriminations et les violences sexistes à l'hôpital. Le questionnaire est transmis à 500 médecins hospitaliers, représentatifs de la communauté, et évalue trois axes :

- la satisfaction professionnelle et le bien-être des médecins ;
- la discrimination envers les femmes médecins ;
- les comportements sexistes et les stéréotypes.

Selon le baromètre, la discrimination vis-à-vis des femmes médecins est toujours très présente puisque 85 % d'entre elles se sont senties discriminées à un moment de leur carrière.

59 % des personnes interrogées observent que les hommes sont davantage sollicités dans les activités de représentation. Or, il est difficile et décourageant de persévérer pour les étudiantes quand aucune femme ne figure dans les instances représentatives, car elles ne disposent d'aucun modèle auquel s'identifier.

80 % des femmes ont déjà été victimes de comportements sexistes, de propos choquants, ou de gestes inappropriés tandis que 67 % des femmes ont d'ores et déjà été victimes de paroles ou d'attitudes visant leur tenue vestimentaire ou leur physique. La proportion semble augmenter au fil des années, mais cette évolution découle peut-être d'une augmentation des déclarations.

On peut avoir l'impression que ces chiffres sont subjectifs, mais ces agressions sexistes sont une réalité puisque 77 % des hommes déclarent en avoir déjà été témoins. Elles sont tellement banales qu'elles sont considérées comme le prix à payer par les femmes pour accéder au milieu médical.

Toutefois, il convient de souligner que, globalement, les médecins sont favorables au déploiement d'actions pour l'égalité femmes-hommes. Ainsi, l'association travaille à l'élaboration d'un plan d'action avec les instances des établissements de santé pour favoriser les déclarations.

Par ailleurs, en 2022, « Donner des ELLES » formule des objectifs : d'une part, faire face aux violences sexistes en libérant les déclarations et en assurant la confidentialité des plaintes au sein des établissements et d'autre part, obtenir un engagement pour une tolérance zéro. Chaque plainte doit être prise en compte et entraîner un processus de médiation et de résolution. Les comportements sexistes et discriminatoires doivent absolument être réprimés.

L'association formule des propositions pour adapter le parcours médical et les exigences des femmes aux différents postes. Le temps incompressible du congé de maternité ne doit pas être considéré comme un handicap. En effet, il n'est pas rare que les femmes médecins réfléchissent à leur future maternité pour l'intégrer à leur agenda professionnel et non à leur agenda personnel. Il s'agit souvent d'un sujet tabou.

Il convient également de sensibiliser, fédérer et accroître le pouvoir des femmes, notamment grâce à un renforcement de la communication sur les réseaux sociaux. L'association a pour objectif d'entrer en contact avec les établissements et les institutions de santé afin de mettre en place une charte égalité femmes-hommes.

La mise en place d'un référent égalité dans chaque établissement permettrait de faciliter les démarches de déclaration et de créer une véritable communauté de soutien en mesure d'aider les femmes à se fédérer au sein de leur spécialité afin qu'elles parviennent à monter dans la hiérarchie. Nous souhaitons également déployer des ateliers de discussion pour acquérir des compétences managériales.

Concernant le cadre législatif, en novembre 2018 un accord relatif à l'égalité professionnelle a été signé, et en 2020 un décret définit les modalités de mise en œuvre de cet accord.

En pratique, fin 2020, l'ARS devait recevoir un plan d'action et mettre en place des référents un an plus tard dans chaque institution publique hospitalière.

Echanges

De la salle

Je partage vos propos. A mon sens, nous avons besoin d'une refonte globale du système hospitalo-universitaire, car il est basé sur la cooptation et le réseau. Or, même s'ils sont favorables à des évolutions en faveur de l'égalité femmes-hommes, les praticiens ont toujours tendance à choisir quelqu'un qui leur ressemble.

Le système hospitalo-universitaire ne fonctionne plus et il est nécessaire de créer une organisation plus égalitaire entre les hommes et les femmes qui maintienne un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Salma EL BATTI

Il est vrai que l'apprentissage de la médecine est basé sur le compagnonnage. Une femme reproduira les stéréotypes appris durant ses études et aura tendance à choisir un homme.

Les stéréotypes sont basés sur un déséquilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et si ce sont les femmes qui ont rejeté en premier le modèle hospitalo-universitaire, afin de consacrer davantage de temps à leur famille, les hommes aspirent également à davantage de temps pour eux.

Il s'agit donc de revenir à un équilibre compatible avec la vie personnelle, afin d'attirer de nouveau les jeunes au sein du système hospitalier public qui est en danger à l'heure actuelle.

Louise VIROLE

L'éducation des jeunes garçons est très importante, surtout concernant la question du consentement. Quels sont les outils développés par les CPEF pour en parler ?

De la salle

Quel est l'âge des mineurs accueillis par les CPEF ?

Alice COLLET

Nous intervenons dans les écoles à partir de 13-14 ans, mais il n'existe aucune limite d'âge pour l'accueil en centre.

Jean-Pierre MENARD

Tout dépend de la problématique des jeunes qui se présentent au centre. Une fille de 11 ou 12 ans peut venir nous consulter au sujet de ses règles. Nous encourageons les jeunes à poser leurs questions à nos conseillers, plutôt que de se contenter des informations récoltées sur les réseaux sociaux.

Alice COLLET

Il arrive que des enfants de 8 ans soient amenés par leurs parents en cas de difficulté familiale.

L'animation permet aux jeunes de se saisir des problématiques. Il est très important d'aborder les sujets démocratiquement et de rappeler qu'ils concernent les femmes et les hommes. Tous les adultes doivent contribuer et encourager les jeunes garçons à penser à ces questions.

Pour aborder la question du consentement, il convient d'abord de se familiariser avec la notion d'accès individuel au désir. Il est important de parler des droits des jeunes, dont certains ont déjà connu des violences sexuelles. Nous pouvons leur enseigner leur responsabilité en tant qu'individu en rappelant la loi et en donnant des exemples simples.

Les filles ont appris qu'il ne fallait pas toucher les fesses des garçons qui leur plaisaient sans leur consentement et les garçons peuvent l'apprendre aussi.

4

CLOTURE DE LA CONFERENCE

CLOTURE DE LA CONFERENCE

Françoise Daphnis, Responsable de l'Observatoire de l'Égalité du Conseil départemental du Val-de-Marne

Nous terminons sur une note d'espoir. Je remercie l'ensemble des intervenants ainsi que la salle pour ces échanges. Je tiens également à remercier toute l'équipe de l'Observatoire et notamment Cassandra CAMUS qui a largement œuvré à la cohérence de cette conférence.

La question de la santé constituera un fil rouge durant toute l'année et le second rendez-vous sera consacré aux violences gynéco-obstétricales lors d'un colloque qui se tiendra fin novembre ou début décembre.

Département du Val-de-Marne

Direction des Relations à la Population

L'Observatoire de l'égalité

