

LE GENRE EN SANTÉ

POUR UN OUTILLAGE CONCEPTUEL ET PRATIQUE



LE GENRE EN SANTÉ

Pour un outillage conceptuel et pratique

Rédaction

Aurélié Aromatario, Observatoire du sida et des sexualités
Sociologue, Chercheuse F.R.S.-FNRS

Préface par : Charlotte Pezeril, Maîtresse de conférences en anthropologie, Chercheuse à l'Observatoire du sida et des sexualités et Sandrine Detandt, Professeure de Psychologie Clinique et Sexologie, Directrice de l'Observatoire du sida et des sexualités.

Comment citer ce document

Aromatario, A. (2025). *Le genre en santé. Pour un outillage conceptuel et pratique*, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles.

Edition électronique

<https://www.observatoire-sidasexualités.be/publications-et-textes/GENRESANTE>

Illustration de couverture :
Florence Akyams, 2024

Conception graphique et édition :
Giulia Olyff, Observatoire du sida et des sexualités

© Observatoire du sida et des sexualités, 2025
Université Libre de Bruxelles
D/2025/10646/02

L'Observatoire du sida et des sexualités, centre de recherche de l'Université Libre de Bruxelles, est reconnu comme Service Support en Promotion de la Santé et en Genre par la Commission communautaire française – COCOF et en tant que Centre d'Expertise en Promotion de la Santé par l'Agence pour une Vie de Qualité – AVIQ.

OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS



AVIQ

LE GENRE EN SANTÉ

Pour un outillage conceptuel et pratique

par Aurélie Aromatario

Observatoire du sida et des sexualités

PRÉFACE

par Charlotte Pezeril et Sandrine Detandt

La présente synthèse théorique sur les enjeux de genre en santé s'inscrit dans le cadre du développement du Service de support en matière d'approche genrée des inégalités de santé (dit SESU Genre) pour la Région de Bruxelles-Capitale. Créé en 2024, ce service est le fruit d'une collaboration inédite entre l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB) et l'ASBL Femmes et Santé, suite à un appel à projets de la COCOF dans le domaine de la promotion de la santé. Il vise à renforcer l'expertise et l'outillage conceptuel et pratique autour du genre, en tant que déterminant transversal des inégalités sociales de santé (ISS). Le document que nous introduisons ici n'est pas une simple revue de littérature. Il constitue le résultat d'un travail exigeant, mené sur une année, croisant des approches quantitatives, épidémiologiques, philosophiques, politiques et sociologiques. Il convoque aussi bien les standards de santé publique internationaux (Organisation Mondiale de la Santé - OMS, données nationales) que les pensées critiques contemporaines, de Judith Butler à Sandra Laugier, en passant par les féminismes matérialistes.

L'originalité fondamentale de cette synthèse repose sur une proposition théorique forte : ne pas se contenter d'un traitement différentiel des femmes dans les systèmes de soins, mais interroger en profondeur la manière dont le concept même de genre traverse l'ensemble du champ de la santé, pour toutes et tous.

Comme le souligne le texte : « Au lieu d'interroger les spécificités résultant d'un traitement différencié des femmes dans le système de santé – qui a en effet toute sa

pertinence – la posture est ici d’interroger la manière dont le concept même de genre traverse le domaine de la santé pour toutes et tous. »

Ce renversement analytique permet d’élargir le regard : non seulement il ne se limite pas à une dichotomie binaire homme/femme (ou ternaire, en incluant les personnes trans*, inter ou non-binaires) ; mais il rend possible une articulation entre les dimensions individuelles, interpersonnelles et structurelles des inégalités. Ainsi, la santé devient un espace d’analyse des rapports sociaux de genre, intégrant aussi bien la vulnérabilité, les normes corporelles et la production des savoirs biomédicaux que les expériences vécues dans les trajectoires de soins.

Le document défend une position rigoureuse : il s’agit de maintenir l’exigence scientifique sans dépolitiser le genre et les concepts qui lui sont liés ; parmi lesquels la vulnérabilité, le *care*, ou encore l’intersectionnalité. Il rappelle que le genre ne peut être réduit à une variable, ni au seul « sexe social ». Il constitue un rapport de pouvoir structurant, qui façonne à la fois les pratiques médicales, les politiques publiques et les expériences corporelles. En ce sens, il interroge la manière dont les rapports sociaux traversent les savoirs médicaux eux-mêmes.

Cette approche pose de façon frontale une question délicate : comment revenir au corps sans essentialiser ? Comment penser les données biologiques (par exemple en épidémiologie ou en recherche clinique) sans figer les catégories en termes binaires, ternaires, voire multiples ? Cette réflexion sur le genre en santé nécessite de réintroduire le corps dans l’analyse, sans pour autant verser dans une réification biologique ou une naturalisation des différences. À cet égard, les travaux de Camille Froidevaux-Metterie (2021) offrent une contribution précieuse : en se concentrant sur ce qu’elle appelle « l’expérience incorporée du féminin », elle propose une conceptualisation du corps comme lieu vécu, socialement façonné et politiquement traversé permettant ainsi de renouer avec la matérialité des vécus sans reconduire des catégories biologisantes.

Les travaux de l’OMS ont depuis longtemps élargi la définition de la santé, la concevant comme un état de bien-être physique, mental et social, indissociable des déterminants sociaux et des rapports de pouvoir. Ces rapports sont traversés par le genre, non seulement en tant que système hiérarchique produisant des inégalités entre femmes, hommes et minorités de genre, mais aussi comme un opérateur de naturalisation des différences et de légitimation des inégalités (Butler, 1990 ; Delphy, 2008 ; OMS, 2005).

Il ne s'agit donc pas seulement de réparer une invisibilisation des femmes ou des minorités de genre, mais bien de déconstruire la manière dont le genre structure les normes médicales – y compris celles concernant les hommes cisgenres. Ce constat invite à dépasser l'idée selon laquelle les inégalités genrées en santé seraient unilatérales. Bien que les hommes présentent par exemple une espérance de vie plus courte et une vulnérabilité accrue face à certaines pathologies (comme l'infection à VIH), ils ne sont que rarement construits comme objets spécifiques de santé publique.

Plus largement, la médicalisation croissante du social (Fassin, 2003a ; Rose, 2007a) s'accompagne d'une pathologisation différenciée des corps et des comportements selon le genre, la classe, la « race » ou l'âge, ce qui expose certains groupes à des risques accrus de stigmatisation, de précarité et de violences, tandis que d'autres bénéficient d'une invisibilisation de leurs vulnérabilités. Les inégalités de santé sont ainsi indissociables des inégalités sociales, et la santé devient un enjeu de justice et de démocratie.

L'approche critique développée dans ce document plaide *in fine* pour une analyse dynamique, fondée non sur des catégories fixes, mais sur des contextes, des effets matériels et symboliques, et des configurations situées. Elle rejoint à ce titre la position défendue par Sarah Richardson et ses collègues (2002) appelant à une perspective dite *sex contextualist*, qui vise à identifier les dimensions pertinentes du sexe (ou du genre) en fonction du domaine de recherche biomédicale. Cette approche reconnaît la responsabilité scientifique dans la production des catégories, en soulignant que « en plus des effets sanitaires non négligeables, l'usage des termes de sexe ou de genre contribue à sédimenter et figer l'acception de ces concepts. »

Adopter une perspective de genre en santé, ce n'est donc pas seulement « ajouter » une variable ou ventiler des statistiques, mais repenser en profondeur les catégories, les pratiques et les politiques, en intégrant une analyse intersectionnelle des rapports de pouvoir et en valorisant les savoirs situés et expérientiels. En d'autres termes, les mots comptent : les manières de nommer, mesurer, classer ont des conséquences directes sur la reconnaissance des pathologies, l'orientation des soins, ou encore la formulation des politiques de prévention. Dans la droite ligne des savoirs situés, les chercheur.es doivent non seulement prendre en compte leurs positionnements face à leur objet de recherche et leur terrain, mais se rendre compte des effets de leurs travaux sur l'intelligibilité du monde social. Ainsi, cette synthèse s'inscrit dans un objectif plus large : contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) par une lecture genrée et contextualisée, mais aussi

participer à un mouvement de justice sociale qui intègre les apports féministes dans notre analyse de la complexité des vies humaines, de leurs corps, de leurs vulnérabilités et de leurs luttes.

INTRODUCTION

« Ainsi, c'est à la lumière d'un contexte ontologique, économique, social et psychologique que nous aurons à éclairer les données de la biologie. (...) la biologie ne suffit pas à fournir une réponse à la question qui nous préoccupe : pourquoi la femme est-elle l'Autre ? Il s'agit de savoir comment en elle la nature a été reprise au cours de l'Histoire ; il s'agit de savoir ce que l'humanité a fait de la femelle humaine. » (de Beauvoir, 2017, p. 78-79).

En concluant avec ces mots le chapitre dédié à la biologie du premier tome du *Deuxième sexe*, Simone de Beauvoir rappelle que le genre ne repose pas d'abord sur la biologie : la division entre les catégories hommes et femmes relève de procédés sociaux et épistémologiques. Ce sont ces derniers qui amènent dans un second temps à interpréter les phénomènes organiques et corporels selon une division hiérarchique genrée et qui suit un découpage binaire arbitraire. Lorsque Sciensano, l'organisme fédéral belge de santé publique, publie en 2024 un rapport sur la santé des femmes (Schoy et al., 2024), il souligne ainsi plusieurs aspects relatifs à cette santé sexuée et genrée : premièrement, les événements de santé relatifs à l'appareil reproducteur dit féminin ; deuxièmement, les risques qui affectent plus lourdement la santé des femmes ; troisièmement, le désintérêt historique de la médecine pour les femmes et ses conséquences et, enfin, quatrièmement, les disparités sociales en matière de genre qui précarisent la santé féminine. Si ces volets sont également abordés dans le présent texte, c'est avec un prisme différent : au lieu d'interroger les spécificités résultant d'un traitement différencié des femmes dans le système de santé – qui a en effet toute sa pertinence – la posture est ici d'interroger la manière dont le concept même de genre traverse le domaine de la santé pour toutes et tous. L'élaboration de catégories de sexe plus ou moins rigides, la notion de risques spécifiques, la production de connaissances (et d'ignorance) et enfin les inégalités structurelles de genre reposant sur des choix socio-éco-politiques, ne concernent en effet

pas que les femmes : ces axes structurent les comportements et connaissances en santé de manière d'autant plus insidieuse qu'ils sont naturalisés et incorporés.

Le présent texte s'ouvre ainsi avec une interrogation sur ce qui constitue la santé et ses imbrications avec le domaine du social, indiquant le rôle de gouvernement des corps et des connaissances que peut revêtir cette notion *a priori* consensuelle. Plusieurs grandes institutions dans le domaine de la santé détiennent en effet une capacité et une légitimité à produire la définition de termes et de concepts, tel que la santé et le genre. Ce faisant, c'est aussi leurs interactions mutuelles qui sont définies et leur portée cadrée et agencée institutionnellement au sein de cet ensemble plus vaste qu'est la santé globale – avec *in fine* une minimisation du rôle épistémologique autant que politique du genre. Certains découpages selon les lignes des catégories de sexe ou de genre s'imposent néanmoins, soit par intérêt heuristique (la nécessité de rendre visible certaines réalités, au risque parfois de les simplifier), soit par nécessité administrative, financière ou politique (tels que les attributions de subsides et financements). Un deuxième chapitre aborde ainsi la délicate imbrication entre un concept de genre autant micro- que macro-analytique et la manière de penser la santé et les besoins en santé selon des catégories genrées et/ou sexuées. Les comportements en santé font l'objet du troisième chapitre, suivant ici également un lexique couramment employé dans le domaine de la santé publique, pour désigner la manière dont certaines appartenances (de milieu social, de culture, de genre...) peuvent orienter les pratiques et la vision même de la santé. Cette apparente prise en compte de la structure sociale, y compris dans ses dimensions de genre, masque parfois des automatismes moralistes voire des arguments d'autorité en opposition avec des principes d'autonomie et d'agentivité en santé. Enfin, poser la santé comme régime de savoirs et de pratiques éclairera dans le quatrième chapitre en quoi la santé produit indirectement une hiérarchie des personnes et des connaissances mais aussi quelles autres pistes peuvent être envisagées pour produire des savoirs médico-sanitaires de meilleure qualité grâce à une épistémologie genrée.

DEFINIR LA SANTÉ

Santé globale

Plusieurs conceptualisations de la santé coexistent, lesquelles témoignent d'ancrages politiques variables et de visions multiples quant à l'encadrement de ladite santé.

Les définitions de la santé qui réduiraient celle-ci à la distinction entre le bon fonctionnement de l'organisme par opposition à un fonctionnement pathologique, tel que problématisé par Canguilhem (2013), semblent consensuellement obsolètes. Les définitions, progressivement affutées, de l'Organisation Mondiale de la Santé proposent en effet dès 1946 une vision élargie de la santé, formulée encore aujourd'hui en ces termes : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹, ajoutant qu'elle constitue un droit fondamental de tout être humain. La santé sort donc du strict domaine médical pour devenir un enjeu de société, qui peut s'analyser par des prismes disciplinaires multiples.

Entre autres modifications apportées au fil des années, la Charte d'Ottawa, émise en 1986, poursuit cette évolution majeure d'un élargissement du domaine de la santé vers le social, définissant la santé comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie (...). » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986, p.2). A la santé physique et mentale, s'ajoute donc la santé sociale pour former l'ensemble de la santé

¹ <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (consulté le 13/12/2023)

globale². La charte de Bangkok (Organisation Mondiale de la Santé, 2005) et les rapports plus récents (Organisation Mondiale de la Santé, 2010) poursuivent l'approche de l'OMS vers cette volonté d'analyser la santé entre autres par le prisme détaillé de multiples déterminants sociaux, dans leurs dimensions psychosociales, économiques et politiques.

Médicalisation du social

Si la santé n'est plus seulement du ressort de la médecine, il convient d'interroger si c'est le rôle en matière de santé de ces autres disciplines impliquées qui devient reconnu, ou si c'est la discipline médicale elle-même qui étend son champ d'application. Cette pénétration de la santé dans le social et le relationnel est en effet décrite comme un processus de « sanitisation du social » (Fassin, 2003b) voire de « médicalisation de la société » (Zola, 2005). Elle poursuit en cela des réflexions déjà amorcées dans les années 1970 sur l'émergence d'une médicalisation des maux sociaux, au prisme d'une responsabilisation individuelle (Fox, 1977). Selon ces lectures, des domaines qui étaient autrefois de l'ordre du vivre ensemble, de l'éthique ou de la religion entrent dans le champ de la santé et de la gestion publique de celle-ci, autrement dit, de la médecine et de la santé publique.

Ce processus de médicalisation peut être qualifié d'après Foucault (2001) de gouvernement des individus et de leur corps par la santé. Le concept de biopouvoir souligne au sein de cette médicalisation progressive les dispositifs culturels, institutionnels et technologiques permettant le contrôle autant que son incorporation par les individus, chargés de se gouverner eux-mêmes (Foucault, 2001). Cette tension continue entre autonomie et contrôle forme une logique dite de biopolitique incluant gestion économique, logistique et normative de la matière du vivant. Cette « politique du vivant » est aussi abordée à la suite de Foucault par Rose (2007), considérant que, au cours du XX^e siècle, la subjectivité moderne apparaît comme non seulement corporelle mais de plus en plus centrée sur le biologique. A travers le constat d'un encadrement toujours plus fort de la vie biologique, Rose (2007) encourage à distinguer trois parties dans la médicalisation, divisées entre les domaines qui ressortissent de la santé publique, ceux qui sont soumis à l'autorité des médecins et enfin ceux qui sont encadrés par la pharmacopée.

² Ajoutant à la complexité des définitions, le terme de santé globale est aussi utilisé par certain·es auteur·ices pour désigner, non pas les multiples facettes d'un état de santé, mais un mode de gouvernement de la santé publique à l'échelle planétaire par des institutions internationales (Beaglehole & Bonita, 2010; Buissonnière, 2012; Gaudillière et al., 2020).

Cette médicalisation, démarrée dans le tournant industriel, va en effet de pair avec une technicisation de la santé, confirmée et supportée par les innovations techniques et médicales du XXe siècle (Collin & Suissa, 2007 ; Rose, 2007). La démarche de santé publique est donc issue de la prise en considération des aspects sociaux et politiques relatifs à l'état de santé des populations. Or, les missions de soin et d'intérêt public de ces disciplines se doublent de missions de quantification et de contrôle du corps social. Ceci signifie que la santé, en tant que considération d'intérêt public, est prise en charge par une administration collective et selon un programme déterminé (Fassin, 2021, p. 25), qui nécessite donc d'établir des priorités en matière de santé. Ces priorités sont établies selon des thématiques constituées en « problèmes » entrecroisant état de santé, situation sociale et responsabilité politique (Fassin, 2021 ; Gilbert & Henry, 2009). La santé publique à l'échelle globale est avant tout représentée par des organismes internationaux (tels que l'OMS), des États ou des ONG. Derrière ce premier front dédié à l'intérêt public se profilent pourtant de plus en plus d'acteurs privés qui en orientent de plus en plus les décisions, tels que des entreprises privées (pharmaceutiques notamment) ou des fondations, avant tout motivées par des intérêts économiques et/ou des relations publiques (Buissonnière, 2012). La prise en charge collective de la santé fait donc appel à un programme de problématisation et de priorisation des enjeux, forcément tributaire des lectures éthiques et politiques en vigueur. En conséquence, la santé publique se trouve colorée, selon les époques, de principes par exemple hygiénistes ou eugénistes (Linders, 1998), culturalistes (Dozon & Fassin, 2001) ou, plus récemment, de responsabilisation individuelle des comportements en santé (Andersen, 1995) plutôt que de responsabilisation structurelle. Le principe de « satisfaction des ambitions et besoins » de la charte d'Ottawa peut d'ailleurs se lire dans la lignée d'une démarche d'entreprise d'un soi fonctionnel selon des critères socio-économiques néo-libéraux (Organisation Mondiale de la Santé, 1986, p. 2).

La pathologisation du social apparaît alors comme un possible corollaire de cette médicalisation : si des comportements de l'ordre du social entrent dans le champ d'application de la médecine, cette dernière détient alors la capacité de déterminer la frontière catégorielle entre ceux de ces comportements qui appartiennent au domaine de la normalité de ceux qui appartiennent au pathologique. Le risque se présente alors d'assimiler les normes sociales aux normes médicales, voire, au-delà, d'assimiler comportement indésirable socialement (selon les critères légaux, éthiques ou moraux d'une société) et comportement pathologique déterminé médicalement (Collin & Suissa,

2007). Ces projections peuvent mener d'une part à des biais, créant des encadrements et accompagnements en santé qualitativement stratifiés selon la position sociale des individus. D'autre part, elles ont pour conséquence la médicalisation accrue de certains corps en raison de leur positionnement de genre, de race, de classe, d'âge, de nationalité, etc. (Bassett & Graves, 2018; Bowleg, 2021; Carde, 2021; Medico & Wallach, 2020; Rose, 2007) – avec le risque ultime de l'instrumentalisation idéologique de la santé – volontairement ou non.

Ces constats amènent en retour une attention accrue des sciences sociales sur les domaines de la santé, nécessitant d'interroger les rapports de pouvoir et de savoir à l'œuvre autant dans les définitions de la santé que dans cet encadrement (Fassin, 2003b). L'un de ces points d'attention réside dans l'analyse critique des discours et catégories³ utilisés en matière de santé. Afin de ne pas reproduire les discours dominants qui visent à conserver une mainmise professionnelle sur la santé (Conrad, 2005a), cette notion de santé s'entend donc ici au sens large, au-delà des usages et pratiques professionnelles (professions soignantes, politiques ou administratives en charge de prêter et d'organiser les soins), en incluant des pratiques, des discours et des savoirs autant savants que profanes. En outre, l'extension du domaine de la santé invite donc à y intégrer des enjeux de justice sociale face à des déterminismes issus d'inégalités structurelles. Ceci vaut d'autant plus que la santé globale demeure difficile à objectiver à l'échelle individuelle.

Vulnérabilité, précarité et care

La santé comme préoccupation pour le bon fonctionnement de la collectivité – telle qu'elle s'envisage notamment en santé publique – demande de s'interroger aussi sur les disparités de santé au sein du corps social. Face au constat que certaines personnes ou groupes sont susceptibles de soit davantage nécessiter des soins de santé, soit des soins plus intenses ou plus fréquents, une lecture sociale de ces inégalités de santé ne peut se départir d'une lecture plus large des inégalités sociales et des rapports de pouvoir. A cet égard, il est devenu commun de parler de vulnérabilités ou de publics vulnérables face à certains enjeux de santé, certaines affections ou comportements en santé. Ce terme mérite cependant une réflexion terminologique à part entière, afin de résister à la tentation

³ Plusieurs études mettent ainsi en relief les échecs auxquels sont confrontés les opérations de santé publique qui échouent à questionner leurs propres classifications et catégories : entre enquêtes non probantes, occultation de rapports de pouvoir et manque d'adhésion du public (Desprès, 2013; Fee & Fox, 1992; Oertelt-Prigione & Regitz-Zagrosek, 2011; Toulze, 2018).

d'agglomérer les « vulnérabilités » comme un ensemble vague et figé (Katz et al., 2020) et en fournir une approche dynamique et compréhensive. Delor et Hubert (2000) proposent ainsi de revisiter le concept de vulnérabilité en santé en faisant appel à une ouverture transdisciplinaire des sciences sociales. La vulnérabilité serait ainsi associée à des facteurs de position sociale, d'appartenances, d'identité et de trajectoires qui exposent plus ou moins les personnes. Elle demande donc d'analyser de manière croisée des éléments externes et conjoncturels, des caractéristiques internes propres aux individus, mais aussi le risque face auquel s'exprime la vulnérabilité. Partant de cas tels que des événements ponctuels (catastrophes naturelles), des discriminations systémiques (exposition à la violence raciste) ou des événements sanitaires (épidémie de sida), les auteurs établissent que le risque doit être pensé selon des caractéristiques processuelles, relationnelles et contextuelles. Face à cela, la vulnérabilité est considérée comme la conséquence du risque. Elle se déploie aussi en trois termes : exposition au risque, capacité à y faire face et enfin potentiel de conséquences subies après exposition au risque. C'est en analysant de manière croisée ces deux niveaux (le risque comme élément social et externe et les capacités déployées en conséquence) ainsi que leurs caractéristiques, que la vulnérabilité peut être envisagée hors de toute fixation et bien comme un phénomène complexe et pluridimensionnel.

La vulnérabilité se pare aussi d'enjeux politiques au-delà du secteur de la santé, amenant à considérer ce qui fait la valeur des vies humaines. Butler (2012), s'appuyant notamment sur Levinas et Arendt, définit la vulnérabilité comme une forme de relationnalité intrinsèque de l'être humain, consistant en la nécessité de dépendre d'autrui et de se rendre comptable des demandes et besoins d'autrui à notre égard. Cette relation sociale et éthique à autrui précède même la constitution de l'individu, fondant la dimension sociale des individus et leur cohabitation.

La précarité correspond quant à elle à la matérialisation de cette vulnérabilité dans des conditions concrètes de subsistances, dépendantes d'une organisation économique et sociale. Or, toujours selon Butler (2012), si la précarité ne peut être annihilée, elle se trouve en revanche distribuée selon des lignes de répartition plus ou moins équitables, dépendant d'une volonté collective et politique. Observer les répartitions de la précarité permet d'observer la valeur accordée à certaines vies au regard d'autres : lesquelles sont plus ou moins dignes d'attention, de préoccupation et de deuil (une fois perdues) ? Les systèmes de colonisation, des empires coloniaux européens à leurs formes plus modernes,

reposent sur une telle hiérarchie de valeur attribuée aux humain·es. Au nom de la supposée infériorité des un·es, les autres s'arrogent un droit de territoire d'abord, et de vie ou de mort ensuite. Dès lors, suggère Butler (2012), une approche plus équitable des moyens concrets de cohabitation humaine et de subsistance est envisageable, mais uniquement au prix d'une meilleure redistribution des bénéfices comme des risques, nécessitant pour chacun·e une exposition a minima au risque de précarité.

Cette répartition différentielle de la valeur des vies n'est pas sans rappeler la notion de nécropolitique (Mbembe, 2006), selon laquelle la moindre valeur accordée à certaines catégories de personnes devient non pas une conséquence secondaire, mais un mode de gouvernement à part entière. Dans le domaine de la santé, la nécropolitique s'exprime également, en particulier pour les publics croisant plusieurs caractéristiques d'infériorisation (telles que : genre, sexualité, race, classe) : négligences, manque d'accès, inadéquation ou rétention des soins et traitements, ou encore ignorance médicale fragilisent plus ou moins directement la santé de groupes d'individus (Pezeril, 2021). La (non-)gestion des premières années de la pandémie de VIH/Sida reflète une telle hiérarchisation, basée sur la stigmatisation de l'homosexualité et la négligence face aux populations migrantes, comme deux des groupes sociaux les plus touchés. La pandémie de COVID-19 a elle aussi ravivé certains des impensés de race, de classe, de genre, ou encore d'âge dans la gestion publique de la crise (augmentation des violences conjugales, effets délétères à long terme en santé mentale, surtout chez les plus jeunes, négligences et maltraitements en maison de repos, etc.). C'est aussi en croisant à la fois les luttes identitaires et le constat de maltraitance ou ignorance en matière de santé que se mettent sur pied des groupes militants propres à la santé transgenre ou intersexe (Aegerter, 2022; Alessandrin & Meidani, 2022; Kraus et al., 2008).

C'est aussi au nom d'une vulnérabilité partagée et d'une éthique des relations humaines qu'est approchée la notion de *care*. Le terme apparaît avec Gilligan, dans ses travaux traitant du développement moral chez l'individu en psychologie. Il vise alors à souligner la manière dont la subjectivité, en particulier la subjectivité féminine, nécessite pour se constituer de prendre en compte des relations de dépendance issues de la vulnérabilité des personnes (Gilligan, 2003). Tronto (2009) poursuit la réflexion sur l'éthique du *care* en insistant sur le *care* en tant qu'activité pratique *et* morale, et dont la répartition (entre personnes qui dispensent et reçoivent les activités de soin) met en lumière des rapports de pouvoir. Tout en admettant que l'assignation à produire du soin concerne principalement

les femmes et les personnes moins favorisées, Tronto (2009) prend moins le *care* comme une spécificité féminine que comme un révélateur des rapports de pouvoir: qui est considéré comme vulnérable, dispensateur de soin, détenteur de savoir ou encore digne de recevoir du soin, etc., Elle distingue quatre facettes du *care*, d'abord en tant que souci d'autrui, partant du constat d'une posture de vulnérabilité partagée, mais aussi de besoins individuels quant à eux différenciés. Ce prisme d'une solidarité et d'une asymétrie constitutives du soin permet de questionner qui nécessite ou mérite du soin. Le second aspect concerne la prise en charge en matière de soin, résultant d'un sens de la responsabilité vis-à-vis d'autrui, lequel pousse à mettre en œuvre les soins. L'intensité de cette responsabilité peut varier selon la manière dont elle est adressée et selon les possibilités d'actions concrètes. L'activité de *prendre soin* constitue alors la réponse sous forme d'action à des besoins en matière de soins. Enfin, la philosophe interroge la réception du soin et le résultat de l'activité de soin : les soins reçus dépendent en effet des besoins identifiés en amont et des priorités accordées à la dispense de soin. Ainsi, l'accès au soin, les personnes qui le pratiquent et les conditions dans lesquelles il est pratiqué peuvent autant lisser que renforcer des rapports inégalitaires, pour le bénéficiaire comme pour le dispensateur de soin. Tronto (2009) souligne ainsi la dévalorisation symbolique autant que pécuniaire des activités de soin et ce, malgré le consensus sur leur nécessité : admettre la nécessité de la prise en charge n'équivaut pas à assumer la charge de travail et de relation que constitue le soin, ce qu'elle classe sous la dénomination d'« irresponsabilité des privilégié·es ».

Le Goff et Garrau (2014), se reposant sur Honneth, Butler, Young ou Fraser, prolongent le questionnement sur le *care*, la dépendance et l'autonomie : malgré l'universalité de la vulnérabilité, sa distribution n'est pas égale, entraînant des degrés variables d'autonomie et de dépendance. Les autrices distinguent la dépendance contextuelle, associée à un état de faiblesse (maladie, petite enfance, vieillesse...) à la dépendance structurelle, comme assujettissement produisant et organisant la réduction d'autonomie de certains groupes (avec l'esclavage comme exemple extrême). La dépendance, plutôt que d'être abordée comme un stigmat frappant des individus supposés plus faibles, peut donc être prise comme une forme d'organisation sociale. Ainsi, c'est la distribution de caractéristiques subies aussi bien que produites socialement qui organise des degrés de dépendance variables selon les groupes. En outre, la confusion entre autonomie et productivité économique masque en réalité des dépendances multiples, et notamment au travail émotionnel et domestique – majoritairement féminin – y compris pour les individus dits

autonomes. Autonomie et dépendance devraient donc se concevoir comme un continuum, marqué par le sceau d'une interdépendance. Sans nier les risques de sujétion associés à la dépendance forcée, c'est cette interdépendance qui est fondatrice du tissu social. Le modèle des déterminants sociaux de santé, présenté ci-après, constitue une manière d'opérationnaliser cette notion de vulnérabilité, qu'elle soit acquise, contextuelle ou structurelle.

Déterminants sociaux de santé (DSS) ou inégalités sociales de santé (ISS)

En relation avec une conception de la santé globale, une attention croissante est accordée aux facteurs sociaux déterminant les conditions de santé. L'OMS propose un modèle d'analyse, étayé par des travaux scientifiques contemporains, qui inclut trois niveaux d'analyse causale.

Au premier niveau, quatre déterminants sociaux de santé, appelé déterminants intermédiaires, sont ainsi identifiés : (1) les conditions matérielles de vie (incluant entre autres, logement, alimentation, risques et exposition par l'intermédiaire du travail...); (2) les facteurs comportementaux et biologiques (comportements à risque, consommation et assuétudes, ainsi que des déterminants subis : génétique, âge, état de santé, sexe...); (3) les facteurs psychosociaux (cohésion sociale, exposition au stress, à la violence ou à des menaces de violence, possibilité d'exercer un contrôle sur des paramètres de vie tels que santé ou emploi); (4) le système de santé et son organisation constituent aussi un déterminant, dans sa capacité (ou son incapacité) à réduire les inégalités matérielles et les effets d'une plus grande exposition à des risques de santé, à traiter et réhabiliter les personnes souffrant de problèmes de santé, ainsi qu'à prévenir les causes et résoudre les conséquences matérielles d'une mauvaise santé. Ce niveau inclut donc à la fois l'exposition à des facteurs de risque pour la santé (logement insalubre, travail pénible physiquement ou psychiquement, etc.) et la vulnérabilité intrinsèque ou produite par des facteurs socio-économiques (état de santé, risque de dégradation de la santé, suivi médical en cas de dégradation).

Or, cet ensemble de facteurs est étudié, en deuxième niveau d'analyse, comme étant le produit de déterminants structurels entrecroisant statut économique, social et symbolique au niveau mésosocial, qui génèrent une stratification et une hiérarchisation sociales. Ce niveau est celui de la classification et de l'assignation à diverses positions socio-économiques, dont les principaux indicateurs sont la classe sociale, le genre et la race, mais

aussi l'organisation intermédiaire qui perpétue ces classifications (éducation, emploi, ou encore niveau de revenus). Cette analyse structurelle au niveau méso se trouve connectée au niveau micro, puisque les conditions de vie matérielles des individus en dépendent. C'est ainsi que ces facteurs sont considérés, non pas comme des déterminants de santé, mais des déterminants *d'inégalités* en santé.

Ceci nécessite enfin de se pencher sur le troisième niveau, faisant appel à des rapports de pouvoir plus larges, mais aussi à des instances régulatrices, puisqu'il relève du système de gouvernement et des politiques et décisions en matière économique, sociales et culturelles.

Ce modèle a le mérite de souligner l'interdépendance entre les conditions matérielles d'existence et les conditions structurelles orientées par le système socio-éco-politique. Chaque niveau alimente les autres, ce qui implique que les facteurs socio-économiques ont une portée longitudinale à travers les différents niveaux. En conséquence, une plus ou moins grande équité du système de santé influence la position socio-économique des individus ainsi que leur santé elle-même. Inversement, la situation socio-économique et la santé des individus influence leur capacité à agir sur leurs propres conditions d'existence. Une telle structuration, même si elle ne se veut pas étanche, a aussi des faiblesses. Elle tend à cantonner le rôle de certains facteurs systémiques à la façon dont ils s'expriment en tant que stratifications sociales au deuxième niveau. Ce faisant, la dimension transversale aux trois niveaux, mais aussi symbolique et constitutive de cultures politiques, de facteurs tels que la classe, la race et le genre en est négligée. En outre, malgré les circulations annoncées entre les trois niveaux d'analyse, ces circulations se font principalement du niveau trois (le plus macro) au niveau un (le plus micro). Ainsi, c'est la stratification socio-économique qui engendrerait celle des conditions de vie ou de comportement. Une lecture matérialiste, selon laquelle les conditions matérielles façonnent, voire produisent, les appartenances s'en trouve ainsi occultée – de même que les possibilités d'agentivité politique que permettent de telles appartenances et enjeux identitaires (Bernstein 2005 ; Brubaker & Cooper 2000). Enfin, comme évoqué plus tôt, la manière dont les vulnérabilités respectives reposent sur le *care* et l'interdépendance en tant que trame du lien social n'est pas reflétée dans ce modèle. La responsabilité de la santé et du *care* s'en trouve donc désincarnée. Or, en tant que geste à la fois politique et éthique, le *care* est aussi une tâche majoritairement endossée par les femmes et les personnes précarisées.

DES BESOINS GENRÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ ?

Si le genre peut être intégré à une analyse de santé en tant que déterminant social, cela ne peut se faire sans prendre en considération une lecture des rapports de pouvoir genrés, inhérente au concept de genre lui-même. L'une des manières d'appliquer une lecture de genre en santé est de se pencher sur, ce qui en termes de santé, distingue les hommes et les femmes mais aussi sur les causes de cette division binaire. Ce qui est loin d'aller de soi. Il s'agit donc de prendre le genre par un bout de la lorgnette, celui du sexe – bien qu'il soit dans cette approche tantôt biologique, tantôt juridique, celui de l'état civil. Malgré ces restrictions d'approche, certaines de ces spécificités méritent d'être soulevées.

Santé sexospécifique

Le terme « sexospécifique » associé à la santé apparaît vers 1987 auprès de grandes institutions internationales telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU) ou l'OMS, issues du terme anglais *sex-related*⁴. C'est précisément les revendications militantes féministes pour une meilleure prise en considération des déterminants de genre en santé qui mènent les institutions à développer cette perspective (Favier, 2014). L'OMS parle ainsi de santé genrée dès les années 1990 et établit une politique dite de « sexospécificité ». Celle-ci consiste à « ventiler les données par sexe de manière à analyser et à interpréter les résultats compte tenu des différences entre femmes et hommes. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2005). Il s'agit donc d'une part de ventiler des données selon des paramètres de sexe, le sexe étant ici compris comme une donnée administrative comportant deux cases. D'autre part, la tâche est ensuite d'observer les éventuelles différences sociales, médicales ou biologiques que produit l'interprétation reposant sur le sexe social. Il apparaît dès lors que le travail d'analyse à fournir ne peut pas reposer sur

⁴ La traduction emporte donc une différence de signification non négligeable.

une simple ventilation des chiffres, mais demande une analyse de facteurs multiples et complexes. Y compris chez les spécialistes des études de genre, la réduction objectivante des catégories statistiques pose des questions méthodologiques lourdes de sens. Ainsi, dans l'enquête « Virage » portant sur les violences de genre, Trachman et Lejbowicz (2018) interrogent l'emploi de la variable de genre au prisme des contraintes d'une production statistique sur la base de modalités fiables et définies. Si les auteur·ices souscrivent à l'idée d'une approche de la variable de genre au-delà de la binarité et du sexe assigné à la naissance, leur travail les confronte néanmoins à d'importants enjeux méthodologiques. Parmi ces enjeux, les modalités d'identification au sein de la variable « genre » doivent à la fois être traitables statistiquement et à la fois refléter une certaine réalité sociale et identitaire. Cela apparaît particulièrement important pour représenter avec justesse les nuances des publics (ici LGBTQIA+), et enfin de demeurer en prise avec les imbrications sociales et politiques de telles catégories. « En effet, comme les autres catégorisations statistiques, celles-ci peuvent être analysées comme des artefacts produits au croisement de classifications sociales, de représentations politiques et cognitives des rapports sociaux » (Trachman & Lejbowicz, 2018, p. 678).

Ainsi, au risque d'entremêler indistinctement des inégalités sociales (par exemple l'expérience genrée de la violence, la stratification sociale), des inégalités de comportement (telles que les attitudes différenciées entre hommes et femmes face aux consommations de soin de santé ou de produits stupéfiants) ou encore d'exposition et de risques (face à certaines maladies ou accidents) s'ajoute le risque de ne renvoyer la « sexospécificité » qu'aux femmes. En effet, le masculin ayant longtemps été considéré comme le terme universel de la médecine, la comparaison se fait le plus souvent en comparant la catégorie femme comme « spécifique » à la catégorie homme comme « neutre ». Il en résulte couramment une analyse des divergences statistiques centrées sur ce qui ferait la particularité des trajectoires féminines, sans remettre en question la prétendue universalité des trajectoires masculines. Cela crée dès lors des points aveugles quant aux déterminants touchant plus particulièrement les hommes tout en altérant les diverses autres catégories (Favier, 2014; Membrado, 2006). Les analyses sexospécifiques reproduisent de plus un modèle de sexuation binaire, réparti entre sexe féminin et sexe masculin – pourtant largement remis en question pour son manque de nuance quant aux variations biologiques qui peuvent exister sur les plans génétiques, gonadiques, anatomiques ou encore hormonaux (Clochec, 2023; Fausto-Sterling, 2012; Joel, 2012). Les

caractéristiques de sexuation des personnes intersexuées⁵ ou transgenres⁶, bien que ces dernières puissent éventuellement (mais pas nécessairement) correspondre à un modèle binaire en termes d'identité de genre, sont donc invisibilisées par de telles analyses. L'étude de l'intersexuation sur les plans biologique et médical permet de souligner non pas l'exceptionnalité de ces cas mais bien au contraire la difficulté à catégoriser de manière binaire la diversité des corps – de tous les corps – dès que l'on s'arrête sur les composantes des caractéristiques de sexuation : hormones, anatomie génitale, gonades, cellules, chromosomes, ADN. Les parcours de transition représentent eux aussi une diversité, ici due aux possibilités des technologies de transition qui peuvent être de l'ordre du social autant que du médical. Cette diversité trouble la délimitation entre sexe et genre et, plus encore, la division d'une santé supposément sexospécifique (à l'exemple de femmes transgenres qui peuvent potentiellement à la fois nécessiter des soins gynécologiques et urologiques).

Bien que le sexe biologique réparti de manière binaire puisse répondre à des nécessités de représentativité statistique, celles-ci ne doivent pas occulter le fait que le sexe présenté de cette manière traduit avant tout une convergence d'indicateurs et non une réalité fixe (voir chapitre "Modéliser le sexe ou le genre dans la recherche biomédicale"). De ce fait, la sexospécificité non seulement « escamote les rapports de pouvoir entre les sexes » (Le Talec et al., 2019, p. 31) mais occulte aussi l'interpénétration du sexe et du genre (Dorlin 2008 ; Kraus, 2000). S'il convient de préciser ce qui est entendu par « sexe » dans ce type d'analyse, cela est tout aussi vrai de l'usage du terme de « genre ». Or, ce dernier est parfois utilisé de manière simpliste, et donc erronée dans un contexte de santé publique. Des statistiques sexuées distinguant hommes et femmes se voient ainsi rebaptisées statistiques « genrées » sans pour autant faire intervenir de grille conceptuelle et analytique de genre (Amsellem-Mainguy et al., 2017) alors que, à l'inverse, la sexospécificité telle qu'elle est définie selon l'OMS demande quant à elle une étape d'analyse genrée.

Santé au prisme du genre : quel genre ?

Bien qu'il soit de plus en plus largement mobilisé dans le monde académique, politique, professionnel ou associatif, le genre demeure en effet un concept complexe et polysémique

⁵ caractérisées par la présence de variations au niveaux génétique, anatomique, gonadique et/ou hormonal des traits qui constituent traditionnellement la base d'attribution au sexe masculin ou féminin.

⁶ dont le sexe attribué à la naissance ne correspond pas à l'identité de genre.

qu'il convient de définir. Aux yeux des sciences sociales, il désigne un ensemble de processus sociaux de division et de catégorisation qui, depuis des caractéristiques biologiques arbitraires, attribuent une appartenance et une identité aux individus, selon une ligne de répartition hiérarchisée (l'appartenance à la catégorie masculine donne ainsi une position sociale plus favorable qu'à la catégorie féminine) (Butler 2006 ; Delphy 2008).

De ces processus découlent des logiques relationnelles et interactionnelles, telles que des mécanismes de sanctions et de rétributions. Le genre ne serait donc pas qu'un système hiérarchique reposant sur des rapports de pouvoir, mais aussi, à partir de là, un système guidant les comportements, visant à les encourager ou les décourager selon leur adéquation à un ensemble de normes (Scheff, 1988; West & Zimmerman, 1987). Ainsi, une partie de la socialisation de genre dans l'enfance repose sur ces mécanismes : l'intérêt pour l'apparence et les ornements esthétiques étant attribué à la féminité, les garçons seront dissuadés de s'y intéresser, tandis que les filles seront valorisées pour leur coquetterie si elles s'y conforment (Renard, 2020). L'expression et l'interprétation des sentiments repose aussi sur une telle lecture (Hochschild, 1979) : les sentiments de vulnérabilité (peur, tristesse par exemple) sont associés au féminin (ne pas « pleurer comme une fille ») tandis que le mécontentement, l'agressivité ou la colère ne sont acceptables qu'au masculin. Le souci d'adhérer et de signifier la maîtrise de ces codes rend ceux-ci progressivement incorporés et « naturalisés » (avec les conséquences que l'on sait par exemple sur les capacités genrées de gestion des émotions négatives et de la violence). Les individus apprennent donc à interpréter ces comportements genrés, mais aussi à « rendre compte » de leur maîtrise et de leur adhésion à ces codes (Connell, 2012; West & Zimmerman, 1987).

Bien que faisant l'objet de transmissions culturelles et d'apprentissages, ces phénomènes produisent un ensemble de réalités sociales qui prennent une apparence de naturalité. Leur transmission est relevée sous diverses formes, telles que la socialisation primaire ou secondaire genrée (Lemel & Roudet, 1999), les rôles de genre ainsi que les stéréotypes de genre, leur construction, l'adhésion à ceux-ci et leur évolution (Mesnil, 2014). Ainsi, bien que ce soient les effets de la socialisation qui encouragent et orientent les femmes vers les tâches de soin, cette élaboration est, dans un deuxième temps, justifiée « naturellement » par de supposées capacités féminines d'empathie ou de maternage (de Beauvoir, 2017).

Lu de la sorte, le concept de genre semble correspondre de près à celui de « sexe social » employé dans un espace intellectuel francophone marqué par le féminisme matérialiste. « Genre » ou « sexe social » permettraient dès lors de distinguer les attributions et rôles

sociaux dus au sexe vu comme un système de classe inégalitaire (Clochec, 2023), du sexe comme catégorie administrative ou comme attribution biologique. Une lecture queer du concept de genre étoffe cependant ce dernier d'une fonction supplémentaire auto-génératrice (Butler, 2006 ; De Lauretis, 1991 ; Kosofsky & Sedgwick, 1998). En effet, en incluant l'ensemble des processus de production de la norme, le genre ne serait pas qu'un système normatif et autoritaire : il contiendrait dans le même temps une capacité à alimenter cette même norme, mais aussi tous les ingrédients pour la faire dévier. Le genre constitue donc un système capable de produire, reproduire autant que de défaire et de troubler la norme. Chaque occurrence de déviation contribuerait à défaire et à démultiplier les catégories, classifications, attitudes ou encore comportements. Cette approche permet d'intégrer une dimension évolutive du système et de penser les individus, leurs corps comme leurs identités, au-delà des catégories binaires du masculin et du féminin.

Cette lecture queer a une incidence sur la perception du sexe : elle défait une ligne étanche qui distinguerait le genre comme étant purement de l'ordre du social et le sexe comme étant purement de l'ordre du biologique. Si le genre est une production sociale qui crée la division binaire et hiérarchique, alors il précède et fonde le sexe au sens biologique (Delphy, 2008) : sans le genre, les variations biologiques entre mâles et femelles n'auraient une signification que secondaire (Kraus, 2000).

Il faut donc considérer le genre comme incorporé, c'est-à-dire traduit et manifesté dans les corps des individus (Dorlin, 2008). Cette incorporation colore aussi les savoirs et connaissances (y compris et tout particulièrement en matière de soins), elle produit des inégalités (par exemple, la répartition de la charge domestique au détriment des femmes), le tout issu de comportements et attitudes, eux aussi orientés selon le genre. Ces conséquences pèsent sur un rapport genré au soin et à la santé, qui s'exprime dans des responsabilités et comportements différenciés en santé, mais aussi sur un rapport du secteur de la santé au genre, qui se traduit notamment par une structuration genrée des professions de santé ainsi que des savoirs (les professions d'exercice du soin sont majoritairement féminines, tandis que les postes prestigieux représentant la maîtrise du savoir sont masculines, à l'instar de la division infirmière-médecin) (Le Talec et al., 2019). Comme secteur professionnel, le milieu de la santé connaît lui-même des biais de genre reposant tant sur les connaissances et leur transmission que sur les interactions entre personnes, biais qui demeurent difficiles à admettre et mettre en lumière (Markstein & Rixout, 2017).

Enfin, c'est en lien avec le concept de genre que se développe celui d'intersectionnalité, formalisé par Crenshaw (1990). L'intersectionnalité désigne initialement la situation de discrimination vécue par les femmes afrodescendantes, situation qui n'est réductible ni à leur appartenance au groupe des femmes ni à celui des personnes racisées mais doit se comprendre dans sa complexité. Le concept s'étend ensuite à une grille de lecture des oppressions dont les dimensions multiples doivent être analysées dans leur enchevêtrement (une intersection, donc) plutôt que dans une logique additive ou multiplicative. En matière de santé, l'intersectionnalité doit dès lors présider à un modèle des inégalités sociales de santé (ISS) plutôt que d'y suppléer. Si l'on peut isoler et identifier des causes multiples d'inégalité en santé, leurs effets ne peuvent s'expliquer que conjugués comme un tout, et non analysés individuellement (Goldberg et al., 2002; Heard et al., 2020) – y compris dans les analyses quantitatives (Carde, 2021 ; Ghasemi et al., 2021). Deux points d'attention épistémologiques sont ainsi identifiés pour un usage pertinent du concept d'intersectionnalité. D'une part, la popularisation du terme d'intersectionnalité ne doit pas contribuer à un écrasement de son histoire et de ses principes. En particulier en matière de santé publique, l'identification des catégories identitaires et culturelles et de leur entrecroisement doit conserver le prisme d'une lecture de la production différentielle et hiérarchisée de catégories dominées et dominantes, fidèle à l'ancrage afroféministe, et aux pratiques de lutte pour la justice sociale qui ont fait naître ces réflexions (Bowleg, 2021). Dans le prolongement de ce principe, un prisme intersectionnel devrait donc ne pas s'arrêter à une identification des enchevêtrements catégoriels mais inclure également une analyse des systèmes socio-éco-politiques qui créent des conditions structurelles inégalitaires (Dworkin, 2024). Ainsi, si certains groupes s'avèrent plus exposés à certains risques sanitaires identifiés en santé publique, c'est en raison de parcours de vie et de conditions matérielles d'existence marquées par des injustices sociales et politiques. Par exemple, dans le cas de la prévention VIH, les personnes migrantes représentent un public cible, non pas parce que la migration représente un risque en soi (la prévention ne concerne pas les dit·es « expatrié·es », à savoir des migrant·es de pays occidentaux) mais bien parce qu'elle concerne des personnes qui conjuguent des situations de précarité dans leur pays d'origine, des mises en danger et des probabilités plus élevées de violence et d'exploitation sexuelle au cours et en fin de parcours migratoire, et enfin une précarité structurelle dans le pays d'arrivée (discriminations raciales, violences administratives, économiques et symboliques) qui inclut des risques sanitaires élevés et un moindre accès aux soins et à l'information médicale. Evoquer la catégorie « migrant·e » sans tenir

compte de ces parcours divers serait ainsi non seulement essentialisant, mais aussi un écrasement des intersections de réalités de vie et des systèmes socio-économiques qui les produisent (Demart & Gérard, 2022 ; Demart, 2022).

Santé reproductive et sexuelle : structuration d'enjeux de santé intime et de santé publique

Un aspect des plus évidents de la santé sexospécifique relève de la santé sexuelle et reproductive, sans pour autant s'y résumer – bien qu'une telle réduction soit trop régulièrement opérée. De ce fait, les besoins en matière de santé propres aux femmes et minorités de genre sont le plus souvent cantonnés à cette dimension santé sexuelle et reproductive – et ce malgré la transversalité des déterminants de genre en matière de santé. En plus de cette réduction, de nombreux travaux pointent les biais historiques genrés, hétéronormatifs et raciaux de la prise en charge médicale de la fertilité et de la sexualité (Courtenay, 2000 ; Maffi et al., 2017 ; Pezeril et al., 2023), indiquant la nécessité de revenir sur la structuration historique du rapport entre genre et santé reproductive et sexuelle.

En effet, si la santé sexuelle se conçoit à partir du XIXe siècle de plus en plus comme un enjeu de santé publique, ce sont bien souvent des objectifs hygiénistes voire eugénistes qui président à ses premières formalisations, encadrant en particulier le contrôle des naissances et la sexualité non procréative (Giami, 2007; Grino, 2014; Pezeril et al., 2023; Soudais, 2016). L'évolution vers une approche de la santé sexuelle et de l'accès à une sexualité épanouissante n'arrive que dans la deuxième moitié du XXe siècle. La notion de droits sexuels qui apparaît au début des années 2000 – entendant la possibilité d'accéder à la santé et l'épanouissement sexuel pour toute personne, indépendamment de son ancrage socio-culturel ou de ses appartenances identitaires – entérine ce progressif changement de paradigme (Fassin, 2006 ; Giami, 2015 ; Giami & Py, 2019 ; Pezeril et al., 2023). Bien que s'accompagnant de changements pratiques autant que législatifs, les droits sexuels demeurent néanmoins un horizon de valeurs plus qu'une réalité absolue (à l'image de toute approche en matière de droits).

L'une des causes de l'association automatique entre santé des femmes et santé reproductive se trouve sans doute dans l'histoire de la médecine moderne qui, dès le XVIIIe siècle, réintègre et consolide un paradigme de la différenciation des sexes (Laqueur, 1992). Ce dernier se manifeste par une insistance sur la différenciation

biologique entre hommes et femmes. Ce modèle qui devient dominant efface peu à peu d'autres lectures antérieures, telles que le modèle du « sexe unique »⁷. Encore actuellement, il continue de freiner la compréhension des anatomies génitales et des modèles de sexualisation reconnaissant leur diversité (Fausto-Sterling, 2012 ; Joel, 2012). Cette lecture différentialiste se double au XVIII^e siècle d'une dichotomie entre espace privé décliné au féminin et espace public attribué au masculin. Cette division, en plus de son application concrète, fait l'objet de théorisations à cette époque, mais elle continue de nourrir les représentations courantes (Bereni & Revillard, 2009). La féminité se voit ainsi renvoyée à un état de « nature », destinant les femmes non seulement prioritairement à la capacité reproductive, mais aussi aux tâches de l'ordre du soin, de la domesticité et de l'éducation (le travail du *care*, donc). Leur corps représente quant à lui un obstacle à toute velléité intellectuelle – ce qui fondera aussi la dénonciation au cœur du *Deuxième* (de Beauvoir, 2017). Par opposition, la masculinité, associée à la capacité à raisonner, se voit attribuer les responsabilités publiques (travail rémunéré, représentation politique, etc.). Cette logique de la rationalité masculine opposée à la sensibilité et à la naturalité féminines (qui préside à la scission privé-public) amène à écarter la vulnérabilité corporelle de l'incorporation masculine. Ceci fait dire à certain·e (Froidevaux-Metterie, 2021) au sens où ils ne sont pas d'abord perçu (Young, 1990). Cette « disparition » épistémique des corps masculins constitue l'un des obstacles à penser la santé masculine comme tout autant spécifique.

Le paradigme de division et de différenciation se décline donc dans de multiples aspects de l'organisation sociale, notamment via l'institution médicale. Si celle-ci s'institutionnalise en Occident dès le Moyen-Âge en se distinguant du travail caritatif et de soin entrepris par l'Église (avec notamment le développement de l'obstétrique à la Renaissance), c'est aussi au XIX^e siècle que cette institutionnalisation s'accélère et, avec elle, l'exclusion des savoirs féminins liés au soin (Gardey & Löwy, 2000; Markstein & Rixout, 2017; Tuana, 2006). Le développement de connaissances sur la base d'une méthode scientifique n'en est pourtant pas dénué de biais, entre autres sexistes ou racistes (Bassett & Graves, 2018; Heard et al., 2020; Verdonk et al., 2009). En témoigne le double geste qui consiste à assigner les femmes à la fois à leur capacité reproductive tout en pathologisant leur anatomie et leur physiologie sur la base de cette même capacité. La

⁷ Selon cette interprétation, les anatomies génitales seraient toutes identiques (composées d'une verge, d'un scrotum et de testicules) et seulement différenciées par leur présence à l'intérieur ou à l'extérieur du corps.

centralité croissante de la médecine comme institution, focalisée en outre sur la gestion de la fécondité, contribue à normaliser une prise en charge médicale de l'intimité sexuelle et reproductive, tout particulièrement pour les femmes (Amsellem-Mainguy 2011 ; Ruault 2015).

L'endocrinologie et la gynécologie restent ainsi durablement marquées par ce paradigme : une binarité simpliste associée à une approche de la physiologie et de la sexualité féminines de manière principalement reproductive génèrent des biais de pratiques et de connaissances, menant par exemple à minimiser les effets secondaires des traitements destinés aux femmes, à méconnaître certaines affections qui leur sont propres, à négliger des pistes thérapeutiques ou des trajectoires de soin qui ne correspondent pas aux représentations médicales de la santé féminine (Jordan-Young & Karkazis 2019 ; Oudshoorn, 1994 ; Sinding, 2003). Ces disciplines ont évidemment connu en deux siècles des évolutions majeures et salutaires, notamment au prisme de l'*evidence based medicine*, et outrepassé ces simplismes. Néanmoins, en tant que pratiques scientifiques, mais aussi sociales, elles demeurent marquées par certains automatismes qui reflètent des biais de genre.

Ainsi, le suivi gynécologique constitue, même involontairement et malgré ses bénéfices, un contexte de gouvernement et de normalisation des corps d'assignation féminine (Guyard, 2008 ; Koechlin, 2022 ; Topçu, 2021). Les personnes assignées femmes sont très tôt socialisées à envisager leur intimité sexuelle au prisme du médical, avec notamment une vision de la consultation gynécologique comme rite de passage à l'âge adulte (Amsellem-Mainguy, 2011). La santé sexuelle s'y trouve le plus souvent traitée en priorisant la capacité reproductive dans le cadre de relations hétérosexuelles, tandis que les options contraceptives demeurent envisagées principalement à destination des femmes et personnes à utérus (Koechlin, 2022 ; Roux, 2022 ; Ruault, 2015 ; Spencer, 1999).

La pathologisation des corps féminins doit aussi être soulignée en tant que biais qui tend à se maintenir dans une approche de santé publique. Les différentes étapes des campagnes de vaccination contre le HPV⁸ en Belgique sont un exemple qui reflète cette pathologisation (Nève, 2021). Initiées en 2010 et 2011, les premières campagnes de vaccination ne visaient que les jeunes femmes, avec pour argument la prévention du cancer

⁸ Pour Human Papillomavirus, ou papillomavirus humain, dont plusieurs souches sont à l'origine du cancer du col de l'utérus.

du col de l'utérus. Ce faisant, la possibilité pour les personnes assignées hommes d'être porteurs et transmetteurs du virus est restée un temps occultée, tout autant que le risque de développer eux aussi des lésions cancéreuses (surtout en lien avec des pratiques de pénétration anale et orale entre hommes). Dès les premières mises en œuvre de la campagne, des critiques féministes ont souligné l'association faite par une telle campagne entre sexualité et risque pathologique et, ce, en ne responsabilisant que les jeunes femmes à leur entrée dans la vie sexuelle. Il faudra cependant attendre 2019 pour que les jeunes hommes soient intégrés dans les campagnes scolaires de vaccination gratuite. Le vaccin acheté en pharmacie ne restait quant à lui remboursé qu'aux femmes, jusqu'à la décision du 30 mars 2022 du Tribunal du travail de Bruxelles au nom de la loi Genre et de la loi Anti-discrimination, suite à la plainte déposée par un jeune homme accompagné par l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (2022).

Cette approche d'encadrement de la santé féminine, et en particulier de la santé reproductive, n'a donc pas que des conséquences sur ces dernières : le corollaire réside dans une tendance à écarter les hommes de ces enjeux de santé. La contraception n'est ainsi que très difficilement envisagée au masculin (Stevelinck, 2018), créant une forme de déresponsabilisation masculine (Spencer, 1999). Plus largement, la vulnérabilité corporelle perçue chez les femmes, au prisme médical comme au prisme de la prévention des violences, est bien davantage analysée que ne sont problématisés les comportements masculins violents, tout en rendant difficilement dicibles les violences dont sont victimes certains hommes (Poncelet, 2023 ; Zeilinger, 2018). Les approches en matière de santé sexuelle reflètent quant à elles la perception d'une sexualisation de certains corps plus que d'autres : si, comme patientes régulières en gynécologie, les femmes sont les destinataires principales d'une prévention des risques sanitaires liés aux pratiques hétérosexuelles, les hommes identifiés comme gays ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont tout particulièrement responsabilisés en matière de santé sexuelle (campagnes de prévention, de vaccination et de dépistage, accompagnement médical dédié, etc.) – créant un public socialisé à une attention à la santé (Le Talec, 2007; Mendès-Leite, 2019). À l'inverse, les femmes (ou personnes) identifiées comme lesbiennes sont perçues comme un groupe sujet à peu de risques sanitaires sexuels et, à ce titre, peu suivi en matière de prévention (Genon et al., 2009; Vitulli et al., 2020). Les utilisatrices soulignent le plus souvent une méconnaissance des praticien·nes quant à la sexualité lesbienne, mais aussi une désaffiliation médicale à la suite de vécus de violence mal accompagnés par des professionnel·les de santé. Ce dernier motif se retrouve aussi tout particulièrement

exacerbé auprès du public transgenre, indépendamment de l'identité de genre : bien que familières d'une médicalisation souvent associée à un parcours de transition, les personnes transgenres peinent à obtenir un suivi médical adéquat en matière de qualité des soins, de soins adaptés et de connaissances (Alessandrin & Meidani, 2022; Puill et al., 2022)

L'intime est politique

Le travail de politisation des enjeux de sexualité et d'intimité, notamment autour de la santé reproductive, par le mouvement féministe joue certainement un rôle dans l'évolution de ces approches. Cependant, il convient d'interroger aussi le revers de ce processus critique : la visibilisation des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes et minorités de genre a-t-elle pu contribuer à leur associer une forme de vulnérabilité tout autant que l'essentiel de la charge médicale (prévention, contraception, en plus des tâches de *care* précédemment décrites) ?

Si la politisation féministe de l'intime telle qu'elle a été formulée par les féministes des années 1970 dépasse de loin les questions de santé (lutte contre les violences conjugales, sexuelles, les stéréotypes de genre, droit à la liberté sexuelle, à l'autonomie, etc.), celles-ci continuent de laisser une trace tangible, probablement par la formalisation à la fois juridique et médicale des enjeux d'avortement et de contraception. Or, l'approche de la santé sexuelle et reproductive développée alors par les féministes ne correspond pas forcément à leur institutionnalisation telle qu'elle apparaît aujourd'hui. C'est en effet par réaction à la mainmise du monde médical sur les corps féminins que se développent des savoirs et pratiques alternatifs, du Boston Women's Health Book Collective (Boston Women's Health Book Collective, 1970) aux Marie Mineur ou le Groupe A en Belgique (Denis & van Rokeghem, 1992), en passant par le MLAC français (Quéré, 2022; Ruault, 2021a). Le point commun est en effet d'une part de rassembler et diffuser des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive, de manière à permettre aux femmes d'être davantage actrices de leur propre santé (comprendre leur physiologie et les mécanismes biologiques, comprendre les enjeux médicaux qui les concernent, prendre des décisions, poser des gestes de soin pour soi ou autrui...) et d'autre part de leur donner accès à des formes de soin qui ne sont, à l'époque, pas disponibles dans le contexte médical. Ces mouvements utilisent et promeuvent ainsi les connaissances relatives aux techniques abortives - notamment la méthode dite Karman - contribuant ainsi à démontrer la banalité technique et la sûreté de l'avortement (Ruault, 2021b). Si l'avortement en Belgique a connu une trajectoire de légalisation progressive et de médicalisation qui a déplacé sa

pratique du champ militant à celui de la médecine (Marques-Pereira, 2021), d'autres formes de soin et de partage de savoir diffusées alors peinent à conserver leur légitimité aujourd'hui : la technique de l'extraction menstruelle a disparu, les pratiques d'auto-examen gynécologique se font plus rares (bien que ces savoirs continuent d'être mobilisés et défendus, voir notamment le travail de Quéré (2023)) ou encore la difficulté à recruter des médecins pratiquant l'avortement parmi les jeunes générations (Gelly, 2006). De plus, même si elles ont pu lever une série de contraintes sur la sexualité féminine, la médicalisation, la technologisation et la diversification de la contraception depuis les dernières décennies du XXe siècle n'ont pu que déplacer la charge contraceptive, qui reste essentiellement adressée aux femmes et personnes sexisées (Bajos & Ferrand, 2004 ; Grino, 2014 ; Le Guen et al., 2021 ; Stevelinck, 2018 ; Thomé & Rouzard-Cornabas, 2017).

Ces trajectoires contrastées de légitimation des actes et savoirs semblent indiquer un fossé persistant entre la médecine moderne et les pratiques d'auto-santé. Ainsi, si l'on peut souligner une évolution positive en termes d'accès et de qualité des soins sexuels et reproductifs dans le contexte de la médecine moderne, la saisie par le législatif et le médical de ces actes tend à occulter certains pans des revendications féministes à l'égard de la santé. C'est le cas de l'approche du soin comme responsabilité collective et comme valeur, tel que décrit dans la rubrique ci-dessus traitant du *care*, mais aussi d'une lecture de l'autonomie corporelle qui va au-delà du statut de patient·e et réclame un statut d'acteur·ice de la santé. Sont ainsi politisés et valorisés les savoirs expérientiels et profanes, de manière à rendre du pouvoir aux personnes indépendamment des institutions médicales (Choulet-Vallet, 2021 ; Coville, 2022 ; Espineira, 2015 ; Millepied, 2023) tandis que le fonctionnement du système médical (médicalisation automatique, minorisation des paroles, symptômes des femmes et minorités de genre entre autres, errances médicales et prise en charge laissant à désirer) est remis en question.

Une telle approche militante à l'égard de la santé n'est pas pertinente qu'en matière de genre : le travail mené par des militant·es sur le VIH/sida est également notable, cristallisé entre autres autour des communautés LGBTQIA+. L'inaction politique au regard de la crise du sida au milieu des années 1980 se traduit alors aussi par un manque connaissances scientifiques, pharmaceutiques et médicales. Un volet du travail militant a dès lors consisté à développer, en plus du savoir empirique et du vécu de la séropositivité, des connaissances médicales et à négocier une place dans les milieux politiques et

scientifiques développant la lutte contre le VIH (Epstein, 1998; Gould, 2009; Pezeril, 2018).

Il convient alors de considérer plus largement la manière dont l'action collective se saisit politiquement de la santé, sous le concept de « mouvements sociaux pour la santé » (Brown et al., 2004). Ces derniers, selon leur spécificité et objet de lutte, se concentrent tantôt sur l'accès à certains soins de santé physique ou mentale, au type de soins accessibles (médecines alternatives et auto-santé par exemple), à la reconnaissance des droits (ceux des patient·es, des personnes porteuses de handicap, le droit à un environnement sain n'impactant pas négativement la santé...) ainsi qu'à la constitution et à la diffusion des connaissances scientifiques et profanes. Les approches militantes de la santé au prisme du genre et de la sexualité ont donc été déterminantes dans la structuration, autant en termes épistémologiques que stratégiques, de ces mouvements sociaux. Ces derniers sont en effet définis par trois traits que l'on retrouve dans les mouvements pour la santé féministes et liés au VIH. Le premier réside dans l'importance des savoirs expérientiels et incorporés. Le second concerne un questionnement sur les connaissances et pratiques médicales ainsi que sur la manière dont elles sont produites. Enfin, le troisième trait est caractérisé par le développement d'une expertise qui amène à collaborer avec les professionnel·les de santé et à déployer une posture d'acteur·ice du système de santé (Brown et al., 2004).

La notion de santé communautaire recouvre une partie de cette approche, définie comme la prise en charge d'enjeux de santé publique de prévention et de ciblage de soins à l'échelle d'une communauté. Outre l'aspect communautaire, c'est l'ancrage pratique, par et pour les personnes concernées, qui caractérisent la santé communautaire comme une rencontre entre intervention de terrain et recherche réflexive (Girard, 2015; Jourdan et al., 2012). Les définitions de la santé communautaire font ainsi intervenir à la fois la notion de santé publique, comme gestion collective, et celle de promotion de la santé, comme horizon d'amélioration de la santé en prenant en considération des situations d'inégalités structurelles entre les publics, comme le précise notamment la charte d'Ottawa (Ridde, 2007). En centrant à la fois l'analyse et l'action sur des groupes spécifiques, la santé communautaire correspond à cet objectif de ciblage et de réduction des inégalités. Cependant, un examen critique oblige à interroger qui est concerné·e par cette notion de communauté : de telles approches épidémiologiques, en dessinant les contours de certains groupes prioritaires, créent d'une part un processus d'inclusion et d'exclusion (qui fait

partie ou non de la communauté) (Otis et al., 2015) mais aussi de minorisation. En effet, la santé communautaire s'avère concerner des communautés supposées marginalisées, minorisées ou plus vulnérables (quartiers populaires, personnes transgenres, HSH, migrant·es, etc.) mais pas les communautés vues comme dominantes (personnes blanches, quartiers bourgeois, etc.). La littérature en santé publique dessine ainsi l'esquisse d'une santé communautaire *top-down*⁹ où les connaissances et les démarches ont beau être participatives, elles dépendraient principalement d'une diffusion par le haut. Or, plusieurs histoires de luttes politiques en matière de santé – et notamment la lutte contre le VIH et l'action d'ACT UP à cet égard – démontrent un parcours *bottom-up*¹⁰ au cours duquel ce sont les expert·es de terrain, les personnes disposant des savoirs expérientiels et acquis sur le terrain qui ont arraché le droit de participer à l'élaboration des savoirs officiels et des politiques publiques en matière de santé (Bowleg, 2021; Broqua, 2005). La santé communautaire doit donc se penser comme une démarche collective sous la forme de continuum, permettant la circulation des savoirs et des expériences depuis des positions situées, amenant à parler aussi de recherche communautaire sur ce même principe (Girard, 2015; Otis et al., 2015).

Que fait le genre à la santé ?

Le genre donc est pris ici avant tout comme un processus d'attribution sociale, enraciné dans des rapports de pouvoir et objet de luttes. Or, si cette configuration sociale produit des inégalités et des hiérarchies, elle a donc aussi un impact sur les corps et la santé des personnes. Comme mentionné plus haut, une analyse au prisme du genre ne peut se réduire à une analyse qui se concentrerait sur les femmes et les minorités de genre, ni sur leur santé sexuelle uniquement. Les hommes comme groupe social doivent également être inclus dans l'analyse, étant eux aussi spécifiques et situés, y compris pour leurs interactions avec d'autres groupes.

Au niveau le plus général, un premier contraste statistique entre les hommes et les femmes¹¹ apparaît dans la répartition des causes de morbidité et de mortalité au sein de ces deux catégories. Des analyses plus détaillées indiquent qu'il ne s'agit ni divergences corporelles fondamentales ni d'enjeux qui seraient liés à la santé sexuelle et reproductive

⁹ Du haut vers le bas.

¹⁰ Du bas vers le haut.

¹¹ Les données statistiques sont le plus souvent réparties de façon binaire, ce pourquoi les termes employés dans les paragraphes qui suivent le sont également.

(et donc à un appareil génital spécifique). Ces contrastes s'expliquent en réalité majoritairement par des comportements en santé distincts, associés à un rapport différent aux prestataires de santé (voir points suivants). Ainsi, certaines pathologies qui ont longtemps été perçues comme sexospécifiques – telles que les affections cardio-vasculaires – tendent à se lisser entre hommes et femmes. Ceci s'explique en bonne partie par un rapprochement des comportements masculins et féminins, au regard de la vie professionnelle, des habitudes de consommation (alcool et tabac), etc. – qui sont donc bien de l'ordre du genre et de l'organisation sociale. Des variations genrées de symptomatologie peuvent cependant exister, particulièrement en matière de santé cardio-vasculaire (Haute Autorité de Santé, 2020). Le lissage des prévalences statistiques de ces affections entre hommes et femmes s'explique donc aussi par une meilleure prise en compte des symptômes féminins (délaissés jusque-là), permettant de détecter et diagnostiquer plus fréquemment ces affections chez les femmes. Cet exemple souligne l'importance de connaissances non biaisées en matière de santé, afin d'améliorer la détection et le traitement des affections pour toutes et tous.

D'autres distinctions manifestes en matière de genre et de santé ont trait aux trajectoires sociales et aux vécus de discrimination ou de violence associés à une configuration de genre. Il est d'ailleurs à noter que, à cet égard, le genre se trouve en intersection avec une série d'autres facteurs, tels que la sexualité (y inclus le travail du sexe), la race, les parcours de migration, la précarité et la classe sociale au sens large, ou encore l'âge. La violence à l'égard des femmes et minorités de genre, majoritairement exercée par les hommes, fait partie de ces facteurs sociaux qui ont un impact important en termes de santé. Une étude référencée par l'OMS estime que, à l'échelle globale, 30 % des femmes ont connu des violences physiques et/ou sexuelles (de la part d'un partenaire ou d'une autre personne), ce chiffre pouvant monter jusqu'à 71 % à l'échelle de l'existence selon les lieux et parcours de vie¹² (Organisation Mondiale de la Santé, 2002 ; Stöckl & Sorenson, 2024). Les conséquences en matière de santé mentale, physique et sexuelle font de la violence à l'égard des femmes un problème majeur de santé publique, estimé à 20 % des problèmes de santé des femmes pour les pays dits développés (Favier, 2014, p. 28). Ces conséquences se déclinent à la fois de manière directe et indirecte, à travers des troubles et affections résultant du vécu de violence, et des coûts financiers et humains, ce que relève une méta-

¹² Ces résultats proviennent d'une enquête menée auprès de 24.097 femmes réparties dans 15 lieux de vie (urbains et ruraux), dans 11 pays. La prévalence des violences, selon le lieu d'enquête, s'étale entre 15 et 71% sur la durée de l'existence.

analyse de Jina et Thomas (Jina & Thomas, 2013). En termes de conséquences directes, ce sont les affections liées à la santé sexuelle qui prévalent, avec des lésions variées, des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées et non planifiées. Il faut noter que les enfants nés dans un contexte de violence exercée par un partenaire intime en vivent eux aussi les conséquences physiques, sociales et mentales (David 2011 ; Stöckl Sorenson 2024 ; Tinglöf et al., 2015). Pour les femmes concernées, la santé mentale s'avère également plus précaire, avec une forte prévalence de troubles du stress post-traumatique, de dépression, pensées suicidaires et troubles anxieux. C'est particulièrement le cas pour les victimes de violences sexuelles qui ont en outre une plus grande tendance à ne pas chercher ou obtenir d'aide professionnelle (Jina & Thomas, 2013). Cette précarité de santé mentale s'associe à des comportements à risque (consommation de substances addictives, comportements sexuels à risque, le tout entraînant des risques de "revictimisation"). Toujours d'après Jina et Thomas (2013), la santé physique en est également affectée : troubles digestifs, alimentaires, cardiologiques, neurologiques. Une variété de troubles gynécologiques, sexuels ou liés aux menstruations peuvent aussi découler indirectement d'un vécu de violences. Au-delà des aspects de santé – mais en interconnexion avec ceux-ci – des conséquences sociales telles que exclusion, stigmatisation, isolement et rupture avec le système éducatif sont aussi fréquemment relevées.

COMPORTEMENTS EN SANTÉ

Hierarchisation des savoirs et comportements

Les analyses en termes de santé publique considèrent que des groupes socio-démographiques peuvent connaître des comportements en santé qui leur sont propres. Le terme de comportements en santé recouvre un ensemble de réalités assez vaste, recouvrant à la fois le soin et la santé et les connaissances afférentes, mais aussi les pratiques de consommation et de gestion des risques des activités courantes (Andersen, 1995). Dès lors, les manières de se soigner, de considérer et d'appliquer des pratiques comme étant saines ou nocives, normales ou pathologiques dépendent de contextes et bagages sociaux. Or, la littérature en santé publique qui traite de comportements en santé cible le plus souvent les comportements d'un public dit profane, et de son rapport à la santé comme institution professionnalisée. Il semble pourtant que le principe même d'opérer une démarcation entre les pratiques de santé professionnelles et profanes (ou encore celles dites traditionnelles) peut être considéré comme procédant d'un comportement en santé marqué culturellement et d'un certain découpage hiérarchique. Les comportements en santé, s'ils se traduisent par des pratiques, reposent en effet aussi sur un ensemble de savoirs, de connaissances, de croyances et de représentations. Parmi cet ensemble, certains sont considérés comme davantage valides que d'autres, toujours selon un principe de hiérarchisation dépendant d'un système culturel de production des connaissances (Fassin, 2001; Tuana, 2006). La notion de littératie en santé (Balcou-Debussche, 2016; Margat et al., 2017), désignant la capacité du grand public à obtenir, traiter et utiliser les informations relatives à sa santé, illustre cette hiérarchisation, faisant de la médecine moderne occidentale et de ses pratiques le socle de connaissances central, depuis lequel sont déterminés des niveaux subalternes plus ou moins adéquats chez les utilisateur·ices. Si le rôle majeur de la médecine moderne dans la qualité de vie et de santé est indéniable, il semble que d'autres formes de savoirs et de pratiques puissent pourtant

être considérées comme faisant partie d'un socle de connaissances qui soutiennent le soin et la santé. Ces ressources s'élaborent en effet de manière évolutive en superposant des formes de connaissances traditionnelles, culturelles (Goldberg et al., 2002) qui ne sont qu'en partie nourries par les ressources proprement médicales (lorsqu'elles sont disponibles). Les savoirs expérientiels, issus du vécu des patient·es (de la maladie, de leur corps, d'un vécu subjectif), peuvent ainsi dialoguer avec les savoirs médicaux – quant à eux externes et alimenter ces savoirs. Des soignant·es davantage au fait des vécus et perceptions des patient·es, ou des patient·es occupant une place non subalterne dans la relation thérapeutique (et les dimensions de négociation qu'elle peut parfois recouvrir) contribuent à améliorer la qualité des soins (Choulet-Vallet, 2021 ; Coville, 2022 ; Millepied, 2023 ; Young et al., 2020). Enfin, les savoirs et pratiques dits traditionnels, outre leur efficacité avérée dans certains cas, peuvent revêtir des vertus émotionnelles et subjectives (Hsu, 2022; Lévi-Strauss, 1949; Schmitz, 2019). On peut considérer que les techniques d'avortement développées dans les milieux féministes – et notamment des MLAC¹³ – avant la légalisation de celui-ci reposent sur plusieurs de ces formes de savoirs : expérientiel, émotionnel, pratique mais aussi traditionnel (Quéré, 2022; Ruault, 2021a; 2021b). Ceux-ci s'expriment par le partage d'expériences personnelles des militantes de l'accouchement et/ou de l'avortement, leur préoccupation pour la transmission d'informations aux femmes avortées, ou par l'attention au soin émotionnel prodigué dans ce cadre. Sur le plan pratique, l'échange et la mise en œuvre de techniques, telles que celle de la pompe à vélo inversée, est ce qui a permis l'avortement par aspiration dans un contexte non médicalisé. Enfin, le partage d'un repas et de pratiques de réconfort autour de la mise en œuvre de l'avortement peuvent être considérés comme des apports autant traditionnels qu'émotionnels . C'est précisément par l'entremêlement de ces formes de savoir et leur ancrage pratique que toute une série de techniques gynécologiques et obstétricales (avortement par aspiration, accouchement dit sans douleur, etc.) ont pu évoluer et se diffuser rapidement, transformant l'exercice de ces soins, y compris en contexte médical.

Stratification genrée des comportements

En termes de santé publique, une analyse des comportements en santé dans toutes leurs déclinaisons donne l'opportunité de travailler ces derniers, de manière à les modifier à des

¹³ Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception.

fins de prévention (Andersen, 1995). Il convient en revanche de souligner l'aspect réducteur d'une approche qui réduirait les comportements en santé à une responsabilité individuelle – comme tendent à le faire certaines campagnes ou approches de la notion de littératie. Les comportements sont dépendants non seulement de pratiques qui sont acquises (par la culture, la classe, etc.), de l'information disponible, des moyens à disposition ou de l'accès à la consommation, mais enfin et surtout, des conditions de vie quant à elles structurelles et indépendantes d'une responsabilité individuelle. Une analyse en termes de comportements ne peut dès lors pas se soustraire à une évaluation des conditions matérielles et structurelles, ainsi que de l'accessibilité des soins (Andersen, 1995). Une santé publique qui omettrait ce niveau social et collectif risque alors l'écueil individualiste et culturaliste, qui consiste à réduire l'explication des comportements en santé à la responsabilité des personnes ou à leur appartenance culturelle (Dozon & Fassin, 2001). Outre des objectifs préventifs manqués, l'histoire des campagnes de santé publique est émaillée de tels exemples empreints de stigmatisation et de jugement moral (Peretti-Watel & Moatti, 2009). C'est en particulier vrai des campagnes de prévention VIH, qui héritent de logiques d'altérisation des personnes vivant avec le VIH et du stigmatisme moral d'une affection associée à des pratiques et orientations sexuelles (Pezeril, 2011).

Puisque les pratiques de soin et de santé sont particulières à des ensembles socio-démographiques, en plus de variations individuelles et familiales, le genre constitue forcément l'une de ces divisions socio-démographiques induisant des comportements en santé propres. Les notions de morbidité et mortalité genrées sont souvent évoquées pour révéler des comportements en santé qui seraient propres aux hommes ou aux femmes. Une analyse au prisme du genre de ces concepts, loin d'essentialiser des propriétés genrées, permet de mettre à l'épreuve le principe de déterminants de santé et ses multiples implications.

Attention à la santé : morbidité et mortalité

Les réactions et comportements en santé sont à associer à une certaine lecture de soi, de son rapport à la santé et de la perception d'être ou non en bonne santé. Plusieurs études pointent ainsi le contraste entre la morbidité plus élevée chez les femmes (à savoir, le fait de se percevoir en mauvaise santé) et la mortalité plus élevée chez les hommes (pris ici comme le fait de succomber à une affection de santé) (Bird et al., 2012 ; Cambois, 2016 ; Courtenay, 2000 ; Stanistreet et al., 2005). Les femmes seraient donc en moins bonne santé, mais les hommes mourraient davantage de leurs affections de santé. Ce qui peut

s'apparenter à une contradiction s'éclaire en matière de connaissances, représentations et pratiques : la morbidité féminine s'expliquerait par l'apprentissage des femmes à surveiller davantage leur santé (de même que celles de leurs proches, dans une logique de socialisation au *care*) et à admettre que celle-ci soit encadrée médicalement (Courtenay, 2000 ; Meidani, 2018). Leurs comportements en santé se voient donc plus fréquemment contrôlés, à la mesure de leur fréquentation plus importante des professions médicales pour elles-mêmes et pour autrui. Un autre facteur majeur réside dans la prévalence d'affections de santé chroniques au sein de la population féminine, affections qui sont le plus souvent non létales, mais n'en impactent pas moins la qualité de vie (et pour lesquelles peu de traitements satisfaisants existent) : migraine, endométriose, affections thyroïdiennes, anémie, arthrose, etc. (Bird et al., 2012).

De faibles femmes et des hommes robustes : représentations corporelles et comportements

L'attention à la santé n'est donc pas un facteur suffisant : l'évaluation de la santé des femmes, par elles-mêmes comme par le corps médical, est en effet plus mauvaise que celle des hommes – ce qui indique une convergence entre l'auto-perception et l'évaluation médicale. Alors que les risques de santé spécifiques rencontrés par les femmes et surtout la forte prévalence de vécus de violences contribuent sans doute à cette situation, il convient de pointer aussi une représentation couramment partagée d'une vulnérabilité féminine dans cette notion de morbidité (Bird et al., 2012). La vulnérabilité évoquée ici ne renvoie plus tant aux conséquences d'une stratification sociale (comme développé en introduction de ce texte) qu'à une assignation imposée aux femmes de l'extérieur (Boehringer & Ferrarese, 2015; Provost, 2021) qui ne se base pas sur l'expérience vécue mais la limite et la façonne (Ahmed, 2006; Young, 1990). Cette vulnérabilité attribuée au féminin repose donc sur des représentations genrées des corps – qui ont ensuite des conséquences matérielles sur les états de santé. Il s'agit d'une assignation qui, plutôt que de questionner l'équité d'un accès aux ressources, justifie une mise sous tutelle – en l'occurrence médicale. Celle-ci se traduit par une disciplinarisation des corps (Masson & Schantz, 2018) et des pratiques au prisme de supposés risques que doivent gérer les femmes (Koechlin, 2022). Par opposition, la masculinité serait quant à elle associée à la robustesse et à la résistance physique – amenant les hommes à minimiser leurs besoins en santé et à augmenter leur prise de risque et leurs comportements sanitaires nocifs (Courtenay, 2000 ; Meidani, 2018). C'est l'observation de tels comportements qui fait dire à la sociologue des masculinités Raewyn Connell que la construction du genre repose sur

des pratiques dites bio-réflexives (Connell, 2012). A travers les comportements corporels (sport, santé, habillement, sexualité...), les actions du corps sont prises dans un système de significations genrées perçues par soi et par autrui, et qui contribuent à nourrir l'identité individuelle et collective. La représentation d'une robustesse masculine fait partie de ce système de significations, à maintenir et reproduire dans les activités et pratiques. Les analyses attribuent généralement à cette représentation la tendance des hommes, en particulier hétérosexuels, à ne consulter que difficilement des professionnel·les de la santé. Ce rapport se décline dans l'observation des symptômes, dans la reconnaissance de la maladie, et enfin dans le diagnostic qui sera plus ou moins difficilement admis selon la perception d'une vulnérabilité genrée. Notons en outre qu'il faut modérer cette propension à éviter les soins, notamment selon le milieu social (Boltanski, 1971), ou encore l'âge, qui, avançant, permet d'accepter davantage l'idée de vulnérabilité masculine (O'Brien et al., 2007). L'image genrée que les patient·es ont d'eux-mêmes va bien entendu au-delà du seul rapport à la vulnérabilité : les caractéristiques sexuelles (comme dans le cas, pour les hommes, d'un cancer de la prostate ou des testicules) ou associées à des fonctions sociales et professionnelles peuvent aussi être en jeu au travers d'affections de santé, de traitements ou de la convalescence. Par exemple, pour les hommes, les maladies coronariennes couramment attribuées au stress peuvent paradoxalement faire l'effet d'une reconnaissance sociale de l'intensité de l'investissement professionnel (O'Brien et al., 2007). À l'inverse, la dépression masculine reste – en plus d'être peu et mal diagnostiquée – un tabou pour nombre d'hommes qui en souffrent tant le stigmate d'une vulnérabilité émotionnelle masculine reste grand (Courtenay, 2000; O'Brien et al., 2007).

Normalisation et attentes genrées

Les consommations de substances psychoactives sont représentatives d'une différenciation des pratiques de soin, de santé et de prévention au prisme d'une normalisation des comportements qui s'avère variable selon les contextes. Le tabac reflète ce type de différenciation : sa consommation a longtemps été considéré comme une pratique saine pour la santé des hommes tout en étant socialement sanctionné pour les femmes, avant la lente émergence d'un consensus sur la nocivité du tabac. Plus récemment, la consommation de tabac des femmes a augmenté pour rejoindre celle des hommes, en particulier chez les plus jeunes générations, tandis qu'une stratification de classe (avec une consommation plus importante dans les milieux plus défavorisés) a

remplacé celle de genre (Beck et al., 2009). Cette évolution de la consommation, ainsi que des conditions sociales l'accompagnant, illustre donc l'imbrication de représentations sociales, de découpages structurels et de comportements en santé. Les consommations s'avèrent genrées également quant aux types de substances, aux types d'usages et de socialités qu'elles impliquent : les femmes ont par exemple davantage d'usage de substances psychoactives légales contre un usage plus important de drogues illégales chez les hommes. Elles ont en outre des pratiques consommations plus discrètes, voire cachées, que l'on peut associer avec la moindre valorisation du risque – au contraire des hommes associant consommation et bravade, tandis que la matière même de ce qui constitue le risque est elle aussi différenciée selon le genre (Palierne et al., 2015; Pezeril, 2019).

À l'instar de ces consommations, les comportements alimentaires s'avèrent ainsi eux aussi fortement corrélés au genre (Andersen, 1995). Le soin apporté à une alimentation supposée saine et équilibrée serait ainsi principalement une préoccupation féminine, associée à ces comportements en santé (Courtenay, 2000). Pourtant, l'association inverse existe également : certains comportements alimentaires délétères peuvent s'avérer eux aussi particulièrement associés aux représentations communes de la féminité (et de ses exigences sociales), en particulier dans le cas de régimes et pratiques amaigrissants déséquilibrés ou extrêmes. Dans ce cas, c'est l'exigence de minceur comme une attente féminine qui se montre plus prégnante encore que celle de soin et de santé (Courtenay, 2000). Puisqu'il convient de dissocier plusieurs aspects comportementaux, il semble aussi nécessaire de pousser l'analyse également en termes de féminités et masculinités multiples (Connell, 2012), ainsi qu'au prisme des affections elles-mêmes et du vécu corporel qu'elles induisent, comme le pointent plusieurs études (Meidani, 2018 ; O'Brien et al., 2007).

Intersections

La conjonction entre situation socio-économique, professionnelle et genre doit donc être prise en compte dans une lecture intersectionnelle de la santé : les comportements socialement situés se conjuguent évidemment avec des conditions matérielles. Ainsi, si le tabagisme relève d'un comportement en santé individuel, ses effets sont démultipliés (et non simplement additionnés) par des facteurs externes. L'un de ces facteurs réside dans l'exposition professionnelle à des substances cancérogènes, qui se trouve être nettement plus fréquente chez les hommes exerçant des professions manuelles et ouvrières (Goldberg et al., 2002; Lynch & Smith, 2005). Ces interconnexions entre facteurs ne sont pas toujours bien identifiées. C'est particulièrement le cas pour les risques socio-

professionnels qui concernent les femmes. Ils sont de longue date moins étudiés et moins bien évalués (Legrand & Meidani, 2018), notamment au regard du fait que ces risques sont associés autant au travail salarié qu'au travail domestique – quant à lui le plus souvent invisibilisé. Plusieurs recherches font ainsi état de la charge psychosociale et des risques de santé physique associés au travail domestique et de soin pour autrui. Alors que cette charge et ces risques concernent très majoritairement la population féminine, les auteur·ices soulignent qu'ils s'estompent en revanche au fil d'une élévation dans la hiérarchie sociale : les femmes de classes sociales plus favorisées ayant davantage la possibilité de déléguer ces tâches (Artazcoz, et al., 2001 ; Legrand & Meidani, 2018).

Agentivité : consommer et produire du soin

S'il faut se défendre d'une approche qui consisterait à rendre les individus responsables de leur santé au mépris des conditions plus larges dans lesquelles s'imbrique cette même santé, il semble aussi nécessaire de rendre compte des ressources et capacités mises en œuvre pour assurer des soins, pour soi ou de manière collective. L'exemple mentionné ci-avant de la mise en œuvre de pratiques d'avortement salvatrices à une époque où elles n'étaient ni légales ni disponibles médicalement fait écho plus largement à la place des femmes dans les pratiques de santé. « Les femmes, en tant que groupe social, se trouvent de fait impliquées à la croisée de la production (en tant que *provider*) et de la consommation (en tant que *consumer*) de santé » d'après Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (2004, p. 163). Cette production du soin est avant tout une assignation : un renvoi au travail reproductif et de soin – travail par ailleurs dévalorisé ou approprié au bénéfice d'autrui. La consommation de soin, si elle peut constituer un privilège, doit aussi se lire dans la logique qui suppose les corps féminins comme davantage défaillants et vulnérables, et les soumet donc à une médicalisation et un contrôle médical accrus. Une posture de dépossession n'entraîne pas une passivité pour autant : les usager·es de santé, à partir de leurs savoirs, expériences et comportements, ont une capacité d'autonomie et de pouvoir. Même s'ils ne sont pas toujours observables selon les critères des professionnel·les de santé, ceux-ci confèrent ce qu'il convient d'appeler une agentivité en santé.

A contre-courant d'une lecture qui ferait de la santé un cadre fixe de problèmes (des symptômes, des maladies, mais aussi des obstacles et difficultés d'accès) et de solutions (des soins à prodiguer et à rendre accessibles), des analyses centrées sur les expériences des bénéficiaires permettent de souligner les ressources dont ces dernier·es disposent. Une

étude de Caroline Desprès (2013) sur le (supposé) renoncement au soin met en lumière d'abord certains points aveugles des études en sciences de la santé, mais aussi cette agentivité. Le renoncement aux soins constitue bel et bien un facteur de mauvaise santé, motivé principalement par des difficultés économiques, dont sont surtout victimes les femmes et les personnes seules (avec ou sans enfants) en raison de causes structurelles (difficultés financières pour obtenir les soins, délai d'attente et manque de praticien·nes, ou encore manque d'accès pratique, en termes de distance, de temps, de possibilité de procéder à un arrêt de travail, de capacité à entamer des démarches administratives...). À partir de cette réalité tangible et pertinente, l'autrice souligne pourtant le caractère non opérationnel de la catégorie du renoncement aux soins dans le cadre d'enquêtes destinées au public. En effet, là où la santé publique cherche à analyser – légitimement – des difficultés d'accès, le public en question prend la posture inverse : c'est le répertoire de choix de soins, à opérer selon ou en dépit de la contrainte, qui est au centre des préoccupations des usager·es (Conrad, 2005b ; Desprès, 2013). Premièrement, l'usage et le non-usage du soin doivent se décliner dans la considération qu'il existe un besoin de soin. En lien avec la dimension culturelle et socialement située des comportements en santé, ce besoin s'établit de façon variable, voire subjective (s'agit-il de soin nécessaire, de confort, curatif, préventif ou réparatif, etc.) – avec également des formes de censure et de résistance. Deuxièmement, si des barrières issues de contraintes matérielles existent bel et bien, elles font principalement l'objet d'arbitrages par les usager·es. Ces dernier·es sont ainsi fréquemment amenés à déterminer l'urgence ou la priorité à accorder à certains soins (quel temps à y accorder, quel budget, quelle tolérance...). Le type de soin est lui aussi objet d'adaptations : au-delà des prescriptions et traitements médicaux, des adaptations individuelles sont observées, qui vont de choix comportementaux (adaptation des temps de repos, de l'alimentation...) à des choix concurrents, tels que le recours aux médecines alternatives ou à l'automédication. En troisième lieu, il est possible d'observer des décisions de renoncement ou de retrait de soins de l'ordre de l'émotionnel et du subjectif : par peur du milieu médical, insatisfaction des soins déjà obtenus, déception des résultats, lassitude des traitements, etc. Au-delà de ces adaptations, il faut encore mentionner des pratiques de soin qui vont volontairement à l'encontre du médical, parmi lesquelles on peut citer les exemples déjà évoqués du self-help (auto-examen gynécologique) ou de certaines pratiques de l'avortement volontairement démedicalisées (Donnay et al., 1993 ; Gagnebin, 1978 ; Ruault, 2021b ; Taylor, 1999).

Plus récemment, on constate un regain d'intérêt pour des pratiques d'auto-expérimentation, qu'elles soient issues de professionnel·les de la santé expérimentant sur elleux-mêmes depuis leurs connaissances médicales (Kerridge, 2003 ; Roberts, 2010), ou de pratiques visant au soin de soi, s'appuyant sur des connaissances parfois approfondies, mais sans être issues d'une formation médicale (Edenfield et al., 2019 ; Hester, 2023 ; Preciado, 2008 ; Wexler, 2022). Incluant parfois la prise de substances obtenues par des moyens détournés, ainsi qu'une portée politique désignant l'inaccessibilité ou l'inadéquation des soins médicaux, ces pratiques se regroupent sous l'appellation de biohacking (Yetisen, 2018), de braconnage médical (Toulze, 2018), ou encore de médecine « *do it yourself* » (Wexler, 2022).

Entre contraintes et choix, les individus mettent à profit leurs expériences et connaissances pour opérer des négociations plus ou moins conscientes. Ces mécanismes d'adaptation entre prescription et autonomie permettent dès lors de penser l'agentivité vis-à-vis du système de santé et ses normes, tantôt en parallèle de celui-ci, tantôt en confrontation.

LA SANTÉ COMME RÉGIME DE SAVOIRS ET DE PRATIQUES

Dans cette section qui aborde plus précisément les rapports aux connaissances et aux activités professionnelles des prestataires de santé, la santé est ici considérée de manière plus restrictive, comme un champ professionnel qui génère des savoirs et pratiques qui lui sont propres. Tronto (2009) évoque la médecine comme l'une des rares activités de *care* socialement et financièrement valorisée, ce qui s'explique car elle est envisagée comme un régime de savoir plus que de production du soin. Ce second aspect de soin est certes régulé par la discipline médicale, mais il dépend des gestes et des professions hiérarchisés selon leur technicité supposée.

Fabriquer des savoirs, fabriquer de l'ignorance

Comme toute production socialement et historiquement située, la pratique et les savoirs médicaux connaissent leurs propres biais et zones d'ignorance, notamment en matière de genre. Dans l'histoire et les évolutions de la discipline médicale, certains de ces biais ont amplement été remis en question, tandis que d'autres persistent et se renouvèlent à des titres variés. Cette persistance peut en partie s'expliquer par une imperméabilité de la médecine à d'autres approches, notamment aux sciences humaines et sociales (histoire, psychologie, sociologie...) et aux discours critiques qu'elles ont pu mettre en place sur l'épistémologie des connaissances en biotechnologie (Schiebinger, 2001), en particulier en matière de genre (Haute Autorité de Santé, 2020 ; Verdonk et al., 2009). Il conviendrait dès lors de parler non seulement de biais de genre, transposant des préjugés de genre sur les savoirs et pratiques médicaux, mais aussi de biais masculins, dont la particularité est d'appliquer un regard et une interprétation uniquement masculins sur les méthodologies employées, et les données récoltées (Verdonk et al., 2009). L'exemple des essais cliniques adressés uniquement à des candidats masculins, au prétexte que le cycle hormonal féminin complexifierait l'organisme est un exemple de ce biais universalisant les corps masculins

et altérant les corps féminins. Les formes prises par la médicalisation ou la pathologisation selon les attributions de sexe, de race ou de classe des individus et de leurs corps reflètent aussi ces orientations des connaissances (Bell & Figert, 2012 ; Ettorre & Kingdon, 2012). Comme évoqué précédemment, la santé sexuelle et reproductive des femmes a fait l'objet historiquement d'une médicalisation intense, visant à relocaliser dans la discipline médicale des formes de savoirs qui étaient, jusqu'aux XVI^e siècle, principalement profanes et partagés entre femmes. Elle fait aussi l'objet d'une pathologisation : le système reproductif féminin est le plus souvent représenté, au fil des modèles anatomiques, comme plus faible et plus défaillant par nature que son pendant masculin (Laqueur, 1992). L'exemple détaillé précédemment de la campagne de vaccination du HPV rappelle que, malgré une précision largement accrue des modèles anatomiques, le biais genré de pathologisation continue d'apparaître même derrière les meilleures intentions.

Les biais épistémologiques de genre ne font pas qu'orienter ou déformer les connaissances : ils sont également déterminants dans la définition de ce qui est connu et ignoré. Ce qui n'est pas observé ou étudié ne peut pas être connu. Or, la médicalisation croissante du vivant ne semble pas empêcher la méconnaissance de nombre de fonctionnements et d'affections, en particulier relatifs aux corps d'assignation féminine ; à l'exemple d'affections liées à la santé sexuelle et reproductive des femmes, telle que l'endométriose, toujours méconnue, mal diagnostiquée et ne connaissant aucun traitement curatif (Coville, 2022). Les travaux se multiplient pour souligner ce qu'il convient de nommer une fabrique de l'ignorance (Topçu & Maffi, 2021 ; Tuana, 2006), au prisme d'une critique féministe des savoirs.

La classification binaire des corps sexués ainsi que la naturalisation et l'essentialisation de cette classification contribuent à maintenir des zones d'ignorance (Meidani & Alessandrin, 2018). Le célèbre ouvrage de Fausto-Sterling (2012) qui souligne la multiplicité des formes de sexualité humaine, tant dans leur diversité que dans leur prévalence numérique, a ainsi contribué à une critique du modèle de sexualité binaire qui ne correspond dès lors pas à la réalité anatomique et biologique de nombre de corps (1,7 % des personnes selon l'ouvrage). D'autres études soulignent aussi la méconnaissance anatomique, telle qu'engendrée par le manque de modélisation du clitoris pendant une longue partie de l'histoire médicale, grand absent des planches anatomiques et de la recherche biomédicale (Gardey, 2021) – revendication reprise à grands frais par nombre de mobilisations

féministes contemporaines et l'imagerie qu'elles mobilisent (Froidevaux-Metterie, 2021). On peut aussi relever la manière dont les découpages en termes de publics et de priorités en santé publique rendent invisible des réalités sociales et de santé et, ce faisant, alimentent une ignorance tant chez les professionnel·les que chez les bénéficiaires (Demart & Pezeril, 2024).

À ces égards, le domaine de la santé est l'un de ceux qui se voient appliquer le concept d'injustice épistémique (Fricker, 2007). En termes de critique épistémologique, celui-ci se rattache à une approche décoloniale de l'épistémologie telle que proposée par Spivak avec le concept de violence épistémique (Spivak, 1994). La violence épistémique réside ainsi dans l'écrasement et la minorisation des savoirs des personnes considérées comme subalternes et de manière à oblitérer tout savoir qui ne serait pas produit selon les méthodes validées par les dominants. Si ce processus est d'abord pensé au regard du contexte colonial et de l'impérialisme culturel blanc occidental, on peut percevoir une déclinaison de ce processus dans l'institutionnalisation du champ médical œuvrant pour être la seule dépositaire des savoirs considérés comme valables en matière de santé. En matière de santé également, l'injustice épistémique de Fricker est mobilisée pour souligner, au-delà de l'asymétrie de relation entre soignant·e et patient·e, la difficulté qui peut survenir pour ces dernier·es de faire sens de leur propre existence à partir des seules catégories proposées par la médecine. L'exemple de l'endométriose et de l'errance médicale qu'elle entraîne permet de l'illustrer : sans diagnostic, l'expérience corporelle de la souffrance vécue par les patient·es est invalidée et invisibilisée (Jones, 2016). L'émergence d'un champ d'étude sur l'intersexuation dans ses dimensions médicales et politiques (Aegerter, 2022) réfère aussi à cette injustice épistémique qui réside dans le double mouvement de pathologisation de l'intersexuation et de dépossession des personnes concernées qui, mal informées, ne peuvent pas donner sens à leur propre expérience (tandis que nombre de médecins se disent démunis en termes de formation et de connaissances face à des patient·es intersexes (Haute Autorité de Santé, 2020).

Qualité des soins / de la relation de soin

La fabrique de l'ignorance se décline aussi dans la manière dont s'envisagent et se problématisent certaines affections, pourtant largement étudiées. La prise en charge de l'alcoolisme peut illustrer cette différence de problématisation : alors que l'alcoolisme féminin est considéré comme le symptôme d'une cause première distincte, le plus souvent

psychologique (telle que la dépression, la charge maternelle, etc.) et qui est considérée comme à traiter prioritairement, l'alcoolisme masculin est considéré comme la pathologie première à prendre en charge, sans considération pour d'éventuelles causes externes (Favier, 2014 ; Membrado, 2006). En résulte une attribution différenciée des pathologies (les femmes sont traitées pour dépression, les hommes pour alcoolisme), qui non seulement modifie les relevés numériques, mais contribue à la psychologisation des affections féminines (Verdonk et al., 2009). Ainsi, l'alcoolisme des femmes demeure sous-évalué, de même que les affections de santé mentale touchant les hommes (et qui peuvent mener à des assuétudes telles que l'alcoolisme).

Certaines affections et pathologies ont de bonnes raisons d'être davantage associées au genre attribué des patient·es, attestées quantitativement par la fréquence des cas et expliquées par des trajectoires qui peuvent entremêler facteurs sociaux et biologiques. L'ostéoporose par exemple touche majoritairement les femmes, en raison des modifications hormonales qui font suite à la ménopause et contribuent à la perte de densité osseuse¹⁴. De ce fait, elle est plus difficilement diagnostiquée chez les hommes, chez qui elle peut également survenir, entraînant une exposition plus importante (fractures répétées, mal soignées) et un risque de mortalité plus élevé. Ainsi, malgré les possibilités de traitement et les connaissances bien établies, le biais de genre présent à l'étape du diagnostic augmente les risques pour la santé masculine (Haute Autorité de Santé, 2020). La trajectoire inverse existe pour les affections cardio-vasculaires : la recherche pointe que la vulnérabilité des femmes à ces affections rejoint quantitativement celle des hommes. Les facteurs en cause de cette augmentation sont multiples : exposition professionnelle et aux risques comportementaux (tabac par exemple) accrus comparé aux générations précédentes, facteurs biologiques (équilibre hormonal, trajectoire reproductive) ou encore facteurs socio-biologiques (trouble anxio-dépressif, niveau socio-économique) (Haute Autorité de Santé, 2020 ; The EUGenMed et al., 2016). Pourtant, la mortalité des femmes atteintes de troubles cardio-vasculaires est plus élevée, ici également en raison de retards de diagnostics. Seuls des constats récents ont mis en lumière une symptomatologie, des signes cliniques et physiologiques en partie distincts chez les femmes, par exemple en cas d'hypertension, de maladie coronarienne ou d'infarctus (Haute Autorité de Santé, 2020 ;

¹⁴ Des facteurs sociaux et environnementaux doivent néanmoins être considérés également, tels que le moindre accès à l'activité sportive pour de nombreuses femmes, malgré ses bénéfices sur la consolidation musculosquelettique (Dowling, 2000), ou encore la corrélation entre la prise de progestatifs (à des fins contraceptives) et une plus faible densité osseuse sur le long terme.

The EUGenMed et al., 2016). Détectés plus tardivement, non traités, ces cas féminins se développent donc plus lourdement, entraînant une mortalité plus élevée. L'ignorance et les biais dans les connaissances ont donc des conséquences concrètes sur la vie et la santé de chacun·e.

Puisque le genre comme système se perpétue aussi dans les interactions sociales, la relation entre soignant·es et patient·es constitue aussi un espace important pour explorer l'impact du genre sur la qualité des soins. Abstraction faite des pathologies et des savoirs médicaux, la relation de soin est, elle aussi, genrée (Artazcoz et al., 2001; Dagnaud & Mehl, 1988; Verdonk et al., 2009). Il est ainsi courant de parler des biais dont seraient porteurs, comme tout un chacun, les soignant·es. Toutefois, il convient aussi de parler des postures que peuvent occuper les patient·es vis-à-vis des équipes soignantes et qui relèvent de la même relationnalité genrée. Enfin, les professions associées au soin sont elles aussi tributaires d'une structure – et même d'une stratification – genrée. Alors que la surreprésentation féminine dans la profession infirmière ou de sage-femme se maintient, l'exercice de la médecine est passé au cours du XX^e siècle d'une non-mixité masculine complète à une parité de genre dans la plupart des pays occidentaux, tandis que d'autres professions devenues plus mixtes, comme la kinésithérapie, tendent même vers une majorité féminine (Riska, 2012). Dans ce contexte de large féminisation, la stratification genrée des professions, mais aussi des spécialités médicales, s'avère suivre la même ligne que la valorisation des métiers et la qualité des trajectoires professionnelles et conditions de travail : les fonctions les plus féminisées sont aussi les plus pénibles et les moins reconnues (Haute Autorité de Santé, 2020 ; Riska, 2012), formant une version médicale de la logique du « plafond de verre » et du « plancher collant ». Il s'avère aussi que les attitudes négatives, voire violentes, des patient·es suivent la même ligne de répartition, de prestige autant que d'attribution genrée, des professions médicales. Les infirmières se trouvent ainsi en première ligne pour les comportements inadéquats ou violents, à la fois par les conditions pratiques de travail, mais aussi au regard du sexisme exprimé dans ces cas, parfois sous la forme d'agressions sexuelles (Keith et al., 2020). Les femmes médecins – appelées aussi médecines – témoignent en outre des stéréotypes que continuent de leur associer patient·es et collègues, dévalorisant leurs compétences, leurs qualifications ou leur autorité (Haute Autorité de Santé, 2020).

La socialisation genrée qui transparaît aussi dans la relation de soin influence également la qualité des soins et son approche : la socialisation féminine mènerait ainsi les patientes

à percevoir leur santé dans une approche holistique, intégrant les symptômes de santé physique à la santé mentale et émotionnelle et à des circonstances sociales, tandis que la socialisation masculine mènerait les hommes à une description fonctionnaliste des symptômes de santé physique, freinant ainsi une lecture de santé globale tant peut eux-mêmes que pour leurs soignant·es (Verdonk et al., 2009). De la même manière que des thérapeutes se forment au dialogue interculturel, afin de saisir pourquoi et comment la formulation des expériences corporelles et sensorielles liées à la santé peut varier selon le bagage culturel et ethnique des patient·es, de telles variations genrées pourraient elles aussi faire l'objet de formations et sensibilisation (Haute Autorité de Santé, 2020).

Du côté des soignant·es, les patientes sont généralement perçues comme davantage demandeuses d'attention, surtout lorsqu'elles sont âgées. Leurs affections sont plus fréquemment attribuées à une instabilité corporelle ou émotionnelle incontrôlable, tandis que celles des patients seraient plus couramment vues comme d'origine comportementale (Haute Autorité de Santé, 2020). La douleur ressentie par les femmes (et en particulier par les femmes racisées) est ainsi fréquemment sous-évaluée, de même que les effets secondaires et indésirables des traitements (Bidégaré, 2023). Dans ces cas également, la sous-évaluation est à attribuer d'une part aux biais des soignant·es et d'autre part aux femmes elles-mêmes : habituées à voir leurs symptômes minimisés, elles ont tendance à ne reporter que les plus pathologiques ou invalidants d'entre eux (Meidani, 2018). De ce fait, les femmes développent une habitude des effets iatrogènes dus à leurs traitements. C'est particulièrement vrai d'une série d'effets difficilement quantifiables ou observables, tels que l'humeur, la santé mentale, la libido, la douleur ou encore les variations de poids (Meidani, 2018). Ces aspects, présents dans d'autres traitements, ont aussi été mis en cause dans le cadre de la « crise de la pilule » : rejetant l'automatisme faisant de la pilule le contraceptif par défaut (Roux, 2022), de nombreuses femmes en ont aussi dénoncé les effets secondaires parfois létaux, pourtant non reportés ou minimisés par le corps médical, malgré les plaintes massives et répétées (Bajos et al., 2014; Littlejohn, 2013).

Il peut encore arriver que, pour une même affection, le genre des patient·es conditionne les choix thérapeutiques, traitements et interventions exercés. Plusieurs études portant sur des disciplines variées illustrent cette réalité. La gestion médicale du poids corporel s'avère ainsi particulièrement colorée par des perceptions genrées. L'obésité, telle que qualifiée par la médecine, connaît dans nos régions une prévalence similaire entre hommes et femmes. Son encadrement par des professionnel·les de santé est pourtant nettement

plus important pour les femmes. Toulze établit que la chirurgie bariatrique – pourtant controversée pour la dangerosité de l'intervention et les lourdes contraintes qui s'ensuivent – est réalisée dans 83 % des cas sur des patientes. L'autrice attribue cette écrasante surreprésentation féminine au stigmate social plus important que revêt la grosseur chez les femmes et qui se marque dans leurs relations sociales, leur capacité à trouver un emploi, la fertilité ou encore la qualité des soins médicaux reçus. Cela favoriserait à la fois la proposition de cette option thérapeutique par les soignant·es et la prise de décision des patientes (Toulze, 2018). La problématique des violences gynécologiques et obstétricales constitue quant à elle un pan spécifique de revendications adressées au corps médical par les patientes, depuis une lecture genrée et féministe du soin. En France et en Belgique, c'est dans le courant des années 2010¹⁵ que le sujet et le terme de « violences gynécologiques et obstétricales » émergent, par le travail militant à travers la prise de parole, la récolte de témoignages ou encore la création artistique et journalistique (documentaires, émissions de radio, blogs, BD, etc.) (Rozée & Schantz, 2021 ; Thuysbaert & Hausman, 2023). Les revendications qui y sont associées se situent à la croisée de la santé et du féminisme, puisqu'il s'agit de dénoncer une certaine organisation médicale en même temps qu'une attitude paternaliste, voire sexiste, des départements de gynécologie et d'obstétrique. Un premier aspect desdites violences résiderait dans des formes de médicalisation des fonctions sexuelles et reproductives (des personnes dotées de vulves et d'utérus) qui ne seraient pas respectueuses de la physiologie de ces dernières. Dans ce point, on peut retrouver l'imposition de positions de consultation gynécologique ou d'accouchement qui ne sont légitimées que par le confort des praticien·es et non celui des patientes, ou encore l'imposition d'une temporalité au travail de l'accouchement liée à des contraintes administratives (date de l'accouchement imposée avec déclenchement, accélération artificielle des contractions indépendamment du rythme physiologique propre à la patiente, etc.). Un deuxième aspect de ces violences est associé au non-respect de l'intégrité de la patiente, sur les plans émotionnel (manque de considération pour l'intimité et la pudeur, humiliations et jugements discriminants, déshumanisation) ou physique (inadéquation des soins, mauvaise prise en compte de la demande ou de la douleur...). Enfin, le troisième aspect relevé est de l'ordre du défaut de consentement éclairé de la part de la patiente. Ainsi, les taux élevés, dans certaines régions ou hôpitaux, d'épisiotomies ou de césariennes laissent supposer une généralisation de ces

¹⁵ Une apparition antérieure, dès les années 2000, est notée en Amérique du Sud, sous l'impulsion également de mouvements féministes (Rozée & Schantz, 2021).

pratiques à des fins de rentabilité plus que d'intérêt médical des patientes, apparemment mal ou peu informées des possibilités de refuser ces actes (Keville, 1993). Allant à l'encontre des recommandations de l'OMS, l'usage non justifié médicalement de ces techniques invasives emporte de plus des risques de complications supplémentaires. En France et en Belgique, des rapports établis récemment par des instances gouvernementales constituent un indicateur du sérieux avec lequel ces problématiques sont désormais examinées (Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, 2018¹⁶ ; Sénat de Belgique, 2023¹⁷). Cependant, les rapports eux-mêmes, mais aussi les observateur·ices scientifiques, soulignent la difficulté à embrasser avec exhaustivité et précision la nature et la portée des actes de violence gynécologique et obstétricale, malgré tout l'intérêt du travail de sensibilisation (Rozée & Schantz, 2021 ; Thuysbaert & Hausman, 2023). En outre, si des outils juridiques existent pour protéger les droits des patient·es et la qualité des soins, ils ne se conjuguent que difficilement avec la protection des droits des femmes à l'encontre des violences sexistes et sexuelles – à l'image des polémiques qui entourent la qualification de viol pour des examens pelviens non consentis ou la pratique dite du « point du mari¹⁸ » dénoncée par les patientes, mais qui n'est pas reconnue par les praticien·nes, ou enfin la problématique complexe de l'obtention d'un consentement éclairé pour des actes médicaux à opérer en urgence. Les auditions publiques, cartes blanches et déclarations dans la presse des gynécologues et obstétricien·nes témoignent en outre de la difficulté dans ce corps professionnel, lui-même soumis à une rationalisation du travail, des équipes et des budgets, de prendre en compte la notion même de violence dans une mission de soin, parlant parfois de campagnes de dénigrement et de violences cette fois à l'égard des médecins¹⁹.

¹⁶ Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* (Nos. 2018-06-26-SAN-034). https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

¹⁷ Sénat de Belgique. (2023). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales* (Nos. 7-245/3-2022/2023; p. 50). Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes.

<https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=117441305>

¹⁸ En cas d'épisiotomie, cette pratique consiste à recoudre la plaie avec un point supplémentaire, visant à resserrer l'entrée du vagin et, supposément, rendre la sexualité pénétrative plus agréable pour le partenaire. Commis à l'insu de la patiente, il pourrait avoir des conséquences négatives sur la santé gynécologique et la vie sexuelle de ces dernières.

¹⁹ Sénat de Belgique. (2023). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales* (Nos. 7-245/3-2022/2023; p. 50). Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes.

Nombre d'expert·es arguent dès lors de l'importance d'une sensibilisation à une approche de la médecine au prisme du genre dès la formation des soignant·es – sans réduire cette approche genrée ni à un différentialisme de genre qui essentialiserait les individus selon le sexe, ni à un universalisme qui écraserait des différences biologiques et/ou sociales (Risberg et al., 2009; Verdonk et al., 2009).

Qualité des données et connaissances produites

Prendre en compte le genre en amont des connaissances en matière de santé et des pratiques afférentes, c'est-à-dire dès la production des données, peut aussi contribuer à réduire les inégalités genrées de santé. Les intérêts d'une telle approche sont de plusieurs ordres. En incorporant davantage de paramètres, qui sont alors contrôlés et dont les impacts sont connus, on améliore globalement la qualité des données produites et la reproductibilité des études (Chang et al., 2023 ; Chapman et al., 2018 ; Oertelt-Prigione & Regitz-Zagrosek, 2011).

Les sciences exactes et les sciences biomédicales restent le plus souvent ancrées dans un paradigme de neutralité de la science et des scientifiques – en dépit d'un tournant majeur dans l'épistémologie invitant à questionner les positions sociales d'où sont produites les données scientifiques (Haraway, 1988 ; Harding, 1991). Or, en amont de préoccupations légitimes concernant l'impact du genre sur les thématiques et champs de recherches eux-mêmes, sur les financements ou les carrières (Lee, 2018 ; Schiebinger, 2012 ; Verdonk et al., 2009), de nombreuses données soulignent aussi l'impact du genre des expérimentateurs sur le dispositif de recherche lui-même (Chapman et al., 2018). La méta-analyse menée par Chapman, Benedict et Schiöth met tout d'abord en évidence un principe récurrent dans les essais cliniques en sciences biomédicales : ce n'est qu'à travers l'échec de mesures et d'expériences que le rôle occupé par le genre de l'expérimentateur·ice est mis en lumière, ce qui révèle bien les errements d'un paradigme de neutralité, tandis que le genre s'avère orienter tant le dispositif que les résultats de recherche. Isoler le paramètre du genre ou du sexe de l'expérimentateur·ice et ses conséquences sur l'expérience se décline de diverses manières : phéromones émises par les expérimentateurs masculins augmentant la mesure de la réponse de stress émise par des rats en laboratoire, augmentation de la production de testostérone chez des sujets masculins induite par la présence d'expérimentatrices féminines, ou enfin le constat que les stéréotypes de genre présents chez les sujets étudiés modifient leur niveau de performance physique selon qu'ils

ont affaire à un expérimentateur (ce qui les rend plus compétitifs) ou à une expérimentatrice (ce qui inhibe l'antagonisme) (Chapman et al., 2018). L'impact du genre doit donc se lire tant au niveau biologique que social et interactionnel, ce qui souligne en outre la nécessité de définir, ici encore, à quelles acceptions du sexe et du genre il est fait appel (Lee, 2018).

Qualité et efficacité des traitements

Concernant les sujets d'étude, il est courant que les essais cliniques et la recherche fondamentale en sciences biomédicales se concentrent exclusivement sur des individus mâles, pour diverses raisons. Plusieurs auteur·ices soulignent les conséquences de cette réduction du spectre de la recherche, à commencer par l'imprécision scientifique d'extrapoler à une population complète des données qui ne sont valables que pour ses membres mâles (Chang et al., 2023; Chapman et al., 2018; Oertelt-Prigione & Regitz-Zagrosek, 2011). Pour les données issues d'expérimentations sur des animaux, et notamment des souris, le recours uniquement à des souris mâles se justifie principalement en raison du coût plus réduit des animaux mâles (Wald & Wu, 2010). Une autre motivation, valable tant pour les petits mammifères que pour les humains, réside dans la volonté de n'avoir pas à considérer, au cours d'essais et d'expériences, le cycle hormonal et la capacité reproductive des individus femelles (Keville, 1993 ; Lee, 2018 ; Verdonk et al., 2009 ; Wald & Wu, 2010). Enfin, les sciences biomédicales sont en outre aux prises avec leur propre histoire : c'est au scandale sanitaire du Thalidomide (ou Softenon, pour le nom commercial utilisé en Belgique) dans les années 1960 qu'est attribué un virage pris dans l'approche des essais cliniques. C'est parce que le Thalidomide a été mis sur le marché sans essais cliniques à grande échelle et en n'ayant été testé que sur des hommes que sa nocivité *in utero* n'a pas été identifiée. Paradoxalement, c'est aussi l'impact émotionnel des innombrables malformations et décès imputables à la substance qui a mené à exclure avec d'autant plus de vigueur les femmes – et *a fortiori* les femmes enceintes – des essais cliniques sur humains (Keville, 1993 ; Topçu & Maffi, 2021).

Pour les femmes comme pour les personnes racisées, elles aussi sous-représentées au sein des essais cliniques, les conséquences sont multiples, et nuisent *in fine* à la qualité et l'efficacité des traitements pourtant approuvés au terme de longues mises à l'épreuve. Les personnes assignées femmes ont ainsi 1,5 à 1,7 fois plus de chances de développer des effets indésirables lors d'un traitement, tandis que les effets toxiques et métaboliques de

certaines substances semblent varier avec l'ethnicité²⁰, menant là encore à des inadéquations de traitement (Coakley et al., 2012; Schiebinger, 2012 ; Simon, 2005). Les variations en termes simplement morphologiques – telles que des poids moyens qui diffèrent selon le genre, la répartition de la masse graisseuse sur les parties du corps – ont des conséquences souvent ignorées sur la posologie de certains médicaments, mais aussi sur le fonctionnement et l'efficacité de certains appareils et dispositifs médicaux.

Modéliser le sexe et le genre dans la recherche biomédicale

Les sciences biomédicales partagent le plus souvent la convention de parler de « sexe » lorsqu'on réfère aux critères biologiques et morphologiques différenciant les hommes et les femmes, et de « genre » lorsqu'il est référé à des processus socioculturels (Regitz-Zagrosek, 2012) – lorsque l'un n'est pas pris comme synonyme de l'autre. Tout en admettant que des entrecroisements physiologiques et comportementaux brouillent cette frontière, nombre de chercheur·ses dans ces domaines s'en tiennent donc à une lecture du genre qui n'embrasse pas la complexité du concept. Il convient de se pencher également sur la modélisation du sexe comme paramètre biologique : une approche critique et genrée des savoirs en santé nécessite en effet de définir non seulement ce que recouvre le concept de genre, mais aussi les multiples réalités derrière le terme englobant de « sexe ». Le modèle qui fait consensus médicalement est celui dit des « 3 G », selon lequel les principaux paramètres présidant à la détermination sexuelle sont la génétique, les gonades et les organes génitaux (ou *genitals* en anglais) (Joel, 2012). Le volet génétique repose principalement sur les chromosomes, dont une paire de chromosomes sexuels détermine l'appartenance à un groupe ou un autre, la paire XX pour le sexe féminin et XY pour le sexe masculin. Cette « simple » distinction se complexifie dès lors que des individus ont un profil chromosomique qui ne rentre pas dans ce modèle : des groupes XXY, XXXY, XXYY ou XO peuvent ainsi exister. Les choses se complexifient encore au niveau cellulaire, les cellules d'un individu majoritairement marqué XX ou XY pouvant elles-mêmes connaître des variations de ces paires chromosomiques au fil de leur vieillissement et de leur évolution. Les organes génitaux ne sont eux-mêmes pas toujours plus catégoriques, puisque de multiples variations de leur apparence obligent à envisager

²⁰ A comprendre ici comme une auto-identification par les participant·es à des catégories principalement phénotypiques (telles que noir·e, hispanique, blanc·he, etc.) mais dont il serait pertinent d'interroger aussi la contextualisation culturelle, historique et politique au regard de processus de racialisation et des rapports de pouvoir qu'ils induisent.

d'autres configurations que vulve d'une part et pénis et scrotum d'autre part (clitoris très développé ou pénis de petite taille, hypospadias, testicules non visibles, etc.). De la même manière, les gonades peuvent aussi présenter des variations ou des combinaisons variées avec les organes génitaux, telles que des personnes à vulve présentant une absence d'utérus ou d'ovaires, ou disposant de testicules internes. Le dimorphisme sexuel binaire ne permet donc pas de rendre compte de la réalité et des multiples variations sexuelles existantes (Fausto-Sterling 2012 ; Joel 2012), tandis que des faisceaux de combinaisons chromosomique, gonadique et génitale laissent suggérer à Fausto-Sterling un regroupement en une typologie de cinq sexes (Fausto-Sterling, 2012). A cela, il semble nécessaire d'ajouter le vaste spectre des variations en matière d'équilibre des hormones sexuelles (qui peut en partie être lié à la configuration de sexe), malgré des schémas simplistes, y compris reflétés dans les traitements et les études endocrinologiques, qui continuent d'associer testostérone et masculinité, ou œstrogènes et féminité (Jordan-Young & Karkazis 2019 ; Oudshoorn, 1994 ; Sinding, 2003). Enfin, il va de soi que, outre ces configurations sexuelles innées, les individus disposent en outre d'un bagage propre et de possibilités d'autodétermination. La possibilité de recourir à un répertoire de technologies de genre, notamment biomédicales (traitements hormonaux et/ou chirurgicaux au premier plan) constitue ainsi un pan supplémentaire de réagencements des configurations de sexe (Baril, 2015 ; Clohec, 2023 ; Preciado, 2000).

Face à ces ensembles complexes qui mettent à mal le modèle binaire et dimorphique, il peut sembler néanmoins légitime que la démarche de recherche en santé et sciences biomédicales fasse des tentatives de généralisation ou de regroupement catégorique. Il peut ainsi paraître acceptable d'établir que, au sein du groupe des hommes, la moyenne générale témoigne d'un poids, d'une taille ou encore d'une densité osseuse plus élevés que dans la moyenne du groupe des femmes. Au sein de ces dernières, on pourra de même supposer que la majorité dispose d'une vulve, d'ovaires et d'utérus, ainsi que d'une poitrine plus marquée. C'est aussi au nom d'une représentativité statistique que les personnes transgenres ou non-binaires ne sont pas reprises dans nombre d'études cliniques et biomédicales, étant donné soit des difficultés de recrutement, soit la difficulté de composer des échantillons suffisamment grands pour obtenir les nombres nécessaires de personnes.

Cependant, si le sexe n'est pas une donnée en tant que telle, mais un faisceau de données, regroupées de manière arbitraire sous deux catégories au moins, intervient alors la question de sa pertinence heuristique. Les cas mentionnés dans les sections précédentes

de non prise en compte des réalités sexuées dans la recherche et la pratique médicales concernent en réalité seuls une ou quelques composantes de la sexuation, mais rarement l'ensemble de celle-ci. C'est ce raisonnement qui fait intervenir depuis quelques années dans le domaine de l'épistémologie des sciences et technologies la notion de *sex contextualism* – que l'on peut traduire approximativement par « contextualisation de sexe ». Cette notion repose sur l'approche dite contextualiste concernant le genre (Diaz-Leon, 2016), qui problématise le terme de « femmes » selon les contextes et contenus de cette catégorie politique et identitaire – permettant ainsi de rendre compte du fait que le terme n'est pas signifiant en soi, mais uniquement en contexte. L'approche *sex contextualist*, forgée par Richardson en 2022, demande à contextualiser quelles dimensions du sexe sont utiles à la recherche biomédicale (Pape et al. 2024 ; Richardson 2022). Les variables sexuelles peuvent porter sur les tissus ou cellules, sans forcément de lien avec la fonction sexuelle ni avec l'appartenance de sexe. Elles peuvent aussi influencer sur la relation et le contexte de recherche ou de soin, entrecroisant dimensions sociales et biologiques. Enfin, on regroupe aussi sous cet ensemble de variables des variations de taille, poids, musculature, etc., qui sont non seulement plus critiquables dans leur généralisation, mais qui en outre ne relèvent qu'indirectement du sexe biologique. En ne dissociant pas les variables entre elles, ni selon le contexte et leur domaine d'action, la recherche biomédicale contribue à cristalliser comme un tout uniforme un ensemble hétérogène de données. Or, en extrapolant la recherche à partir de cet ensemble, elle crée de l'approximation à plusieurs niveaux. On peut prendre l'exemple d'un somnifère, le zolpidem, dont la métabolisation plus lente chez les femmes que chez les hommes a inquiété les autorités sanitaires²¹, au point de créer une posologie différenciée par sexe aux États-Unis dès 2013 (Yoon et al., 2021). Or, des essais cliniques relèvent que, une fois la masse de chaque groupe de sexe contrôlée statistiquement, la différence de métabolisation devient non significative : c'est donc en raison d'une masse en moyenne plus faible que les femmes métabolisent plus lentement la substance, donc pour des raisons indépendantes du sexe des individus. L'analyse sexuée est donc non seulement erronée, mais mène ensuite à une réponse sanitaire erronée elle aussi, ce que montre une approche *sex contextualist* isolant les variables taille et masse de l'ensemble de sexe. Le concept de Richardson souligne ainsi en quoi l'automatisme consistant à décliner la variable de sexe de manière univoque relève d'une paresse épistémologique. Si elle dénonce d'une part les manquements d'une méthode

²¹ Pour les risques d'effets de somnolence après le réveil.

qui consiste à extrapoler aux femmes des résultats d'essais cliniques qui n'ont été testés que sur des hommes, elle critique également le simplisme essentialiste qui consiste à attribuer des différences de résultats à des différences sexuées sans même interroger les mécanismes à l'œuvre derrière ces divergences (Richardson, 2022). Elle invite ainsi à déployer avec méthode les différents paramètres derrière l'ensemble paradigmatique de sexe : taille et poids, mais aussi architecture morphologique, structure chromosomique à différents niveaux, équilibre ou variations hormonales, gonades et appareil génital représentent ainsi une partie de l'éventail selon lequel le sexe biologique peut s'opérationnaliser en pratique. Cette approche – et les exemples afférents – souligne la responsabilité scientifique dans la production des données : en plus des effets sanitaires non négligeables, l'usage des termes de sexe ou de genre contribue à sédimer et figer l'acception de ces concepts, y compris lorsqu'ils sont employés de manière erronée²².

²² Certains résultats scientifiques constatant les différences de métabolisation du zolpidem l'attribuent ainsi à une différence de genre – ce qui est encore plus inadéquat que l'attribution à une différence de sexe.

CONCLUSION

L'objectif de ce document est prioritairement de rassembler et synthétiser les concepts et théories associés au genre dans le domaine de la santé ainsi leurs enjeux pratiques autant que conceptuels. À ce titre, il peut constituer une base ou un rappel pertinent. Son autre visée est de relever également les impasses, les impensés et les incohérences auxquels peuvent mener des approches approximatives du genre en santé. En négligeant de se pencher plus précautionneusement sur les dimensions du genre ou du sexe auxquelles il est fait appel – puisque chacun recouvre des réalités et des conceptualisations protéiformes – le risque est de produire des résultats tout aussi approximatifs. Judith Butler a décrit en quoi le genre était performatif : la normativité du genre, tout comme les décentrement vis-à-vis de cette norme, produisent des réalités tangibles par l'accomplissement de comportements et leur répétition (Butler, 1990/2006). De là, on peut aussi considérer la performativité du concept : les usages et répétitions de celui-ci lui donnent sans nul doute une visibilité et une réalité qu'il est désormais impossible d'ignorer. Ces usages vont cependant de pair avec une forme de responsabilité : mésuser du genre, c'est aussi déformer l'appareil critique que recouvre le concept, tout autant que contribuer à invisibiliser les conditions matérielles des personnes minorisées en genre. Or, si le sujet est certes polymorphe et complexe, les expertises sont disponibles, désormais assises par des formations universitaires et des organismes scientifiques et des structures de travail de terrain.

Contrairement à une affirmation régulièrement répétée, le sexe n'est donc pas une catégorie biologique, mais bien *biologisée* – faisant ainsi écho à l'interrogation de Simone de Beauvoir en introduction de ce document. Une histoire critique de la médecine (Laqueur, 1992) autant que les études de genre (Dorlin, 2008) s'accordent donc pour établir que le genre précède le sexe et formate ainsi toute la portée du regard qui peut être porté sur les réalités corporelles et sanitaires. Si le sexe n'est pas que biologique, le genre

n'est lui non plus pas que social mais bien un procédé de catégorisation et de hiérarchisation. Ce rôle épistémologique s'exprime dès lors non seulement dans la production des connaissances (ici surtout médicales, anatomiques ou biologiques) mais aussi dans la création d'espaces de méconnaissance et d'ignorance – et bien entendu dans des attitudes et comportements qui sont eux plus directement attribuables à des logiques sociales.

Comme rapport de pouvoir, le genre produit donc des catégories dominantes et des catégories dominées – parmi lesquelles on peut classer les femmes et lesdites minorités de genre : personnes transgenres, non-binaires ou intersexuées. Les études de genre, comme nombre de disciplines de sciences sociales, se sont davantage penchées sur les processus autant que sur les conséquences pesant sur ces secondes catégories – comme étant le versant défavorisé du rapport de pouvoir. Ce fait ne doit cependant pas occulter le principe selon lequel le rapport de genre concerne tout autant les dominants – en l'occurrence les hommes cisgenres. Ceci d'autant plus que le système de genre se combine ici avec le système des savoirs en santé qui tend à universaliser les corps masculins, face à des corps féminins qui seraient eux toujours *autres* (pour reprendre à nouveau de Beauvoir), marqués et particularisés. La supposée neutralité et robustesse des uns serait le pendant de la faiblesse et de la vulnérabilité des seconds – paradoxalement moins étudiés et moins connus mais néanmoins mis sous tutelle. Des exemples d'ignorance ou d'errance médicale à l'encontre des femmes mais aussi à l'encontre des hommes (ostéoporose, santé mentale) illustrent pourtant les conséquences dommageables d'une telle réduction, tant sur le plan du savoir que sur celui de la qualité de soin. Enfin, cette importance du genre ne se départit pas de la nécessité d'une analyse intersectionnelle, qui doit elle aussi porter sur les volets comportementaux, épistémologiques ou encore sociaux pour rendre cet outil analytique réellement opérationnel.

La Belgique s'est dotée d'un ensemble législatif permettant d'encadrer une politique de genre aux divers échelons de pouvoir, et dans différents secteurs de politiques publiques, parmi lesquels la santé n'est pas en reste. Dans un contexte de culture politique belge de concertation, cette politique se traduit entre autres par un soutien aux associations et acteur·ices de terrain et à la recherche scientifique et/ou appliquée. Ce soutien permet de financer et de structurer ces secteurs, tout en bénéficiant des expertises qui en sont issues et qui éclairent en retour les politiques publiques. Or, en matière de genre dans le domaine de la santé, les professionnel·les du secteur déplorent régulièrement les mésusages ou

mécompréhensions du concept, qui mettent dès lors à mal les efforts entrepris sur le terrain – voire mettent en danger les structures dans leur réception de financements publics. A cet égard, le financement d'un Service de Support (SESU) Genre en promotion de la santé par la Commission communautaire française en Région bruxelloise représente un signal particulièrement positif. D'une part, la forme prise par le SESU – composé d'un partenariat à parts égales entre l'asbl Femmes et Santé pour le volet formation et intervention et l'Observatoire du Sida et des Sexualités pour le volet récolte de données et recherche – est représentative de continuités et de synergies déjà existantes entre divers milieux professionnels concernés par les enjeux de genre et de santé publique : associations, organisations militantes, structures de première ligne, recherche et universités, plateformes de concertation etc. Dans un secteur qui peine à être financé, valoriser les ressources, mettre en commun les savoirs et fédérer les expériences est plus qu'une stratégie, mais bien un mode de travail à valoriser. D'autre part, si le genre est reconnu comme un critère d'analyse transversale par le Plan bruxellois de promotion de la santé, peu d'outils étaient disponibles pour accompagner les structures de terrain. L'établissement de ce SESU institue donc une avancée dans le soutien aux organisations et la reconnaissance que les savoirs et pratiques en genre constitue une expertise à part entière, qui doit s'élaborer collectivement, évoluer et se partager.

BIBLIOGRAPHIE

- Aegerter, A. (2022). Enjeux et controverses quant à la participation d'activistes intersexes au Consensus de Chicago (2005). *Santé Publique*, 34(HS2), 59-67. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0059>
- Ahmed, S. (2006). *Queer phenomenology: Orientations, objects, others*. Duke University Press.
- Alessandrin, A., & Meidani, A. (2022). Santé des personnes non binaires : De quoi parle-t-on ? *Santé Publique*, 34(HS2), 97-102. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0097>
- Amsellem-Mainguy, Y. (2011). Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé Publique*, 23(2), 77-87. <https://doi.org/10.3917/spub.112.0077>
- Amsellem-Mainguy, Y., Gelly, M., & Vuattoux, A. (2017). Dossier genre et santé. *La santé en action*, 441.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers : The relation with family demands. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(9), 639-647. <https://doi.org/10.1136/jech.55.9.639>
- Bajos, N., & Ferrand, M. (2004). *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine*. <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1630>
- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C., & Fécond, L. (2014). La crise de la pilule en France : Vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population Societes*, 511(5), 1-4.
- Balcou-Debussche, M. (2016). *De l'éducation thérapeutique du patient à la littérature en santé : Problématisation socio-anthropologique d'objets didactiques contextualisés*. Archives contemporaines.
- Baril, A. (2015). Sexe et genre sous le bistouri (analytique) : Interprétations féministes des transidentités. *Recherches féministes*, 28(2), 121-141. <https://doi.org/10.7202/1034178ar>
- Bassett, M. T., & Graves, J. D. (2018). Uprooting Institutionalized Racism as Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 108(4), 457-458. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304314>
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2010). What is global health? *Global Health Action*, 3, 10.3402/gha.v3i0.5142. <https://doi.org/10.3402/gha.v3i0.5142>
- Beck, F., Legleye, S., Maillochon, F., & de Peretti, G. (2009). La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 10-11, 90-93.
- Bell, S. E., & Figert, A. E. (2012). Gender and the Medicalization of Healthcare. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (p. 127-142). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137295408_8
- Bereni, L., & Revillard, A. (2009). La dichotomie « public-privé » à l'épreuve des critiques féministes : De la théorie à l'action publique. In P. Muller & R. Sénac-Slawinski (Éds.), *Genre et action publique : La frontière public-privé en questions* (p. 27-55). L'Harmattan.
- Bernstein, M. (2005). Identity Politics. *Annual Review of Sociology*, 31, 47-74.

- Bidégaré, V. (2023). *C'est dans ta tête. Pourquoi minimise-t-on la douleur des femmes?* 36(2), 243-250.
- Bird, C. E., Lang, M. E., & Rieker, P. P. (2012). Changing Gendered Patterns of Morbidity and Mortality. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (p. 145-161). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137295408_9
- Boehringer, S., & Ferrarese, E. (2015). Féminisme et vulnérabilité. *Cahiers du Genre*, 58, 5.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Economies, sociétés, civilisations*, 26(1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>
- Boston Women's Health Book Collective. (1970). *Our bodies, ourselves. Women and their bodies: A course*. Women's Health Collective: New England Free Press.
- Bowleg, L. (2021). Evolving Intersectionality Within Public Health: From Analysis to Action. *American Journal of Public Health*, 111(1), 88-90. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306031>
- Broqua, C. (2005). *Agir pour ne pas mourir! : Act up, les homosexuels et le sida*. Presses de Sciences Po.
- Brown, P., Zavestoski, S., McCormick, S., Mayer, B., Morello-Frosch, R., & Gasior Altman, R. (2004). "Embodied health movements: new approaches to social movements in health." *Sociology of Health & Illness*, 26(1), 50-80.
- Brubaker, R., & Cooper, F. (2000). Beyond "identity". *Theory and Society*, 29(1), 1-47. <https://doi.org/10.1023/A:1007068714468>
- Buissonnière, M. (2012). La nouvelle donne de la santé globale : Dynamiques et écueils. *International Development Policy | Revue internationale de politique de développement*, 3, Article 3. <https://doi.org/10.4000/poldev.953>
- Butler, J. (2006). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge. (Édition originale 1990)
- Butler, J. (2012). Precarious Life, Vulnerability, and the Ethics of Cohabitation. *The Journal of Speculative Philosophy*, 26(2), 134-151. <https://doi.org/10.5325/jspecphil.26.2.0134>
- Cambois, E. (2016). 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*, 64, S75-S85. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.02.007>
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e éd). PUF. (Édition originale 1966)
- Carde, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5-30. <https://doi.org/10.1684/ss.2021.0189>
- Carricaburu, D., & Ménoret, M. (2004). Action collective et santé. In *Sociologie de la Santé. Institutions, professions et maladies*. (p. 161-178). Armand Colin. https://shs.cairn.info/article/ARCO_CARRI_2004_01_0161
- Chang, D. H., Dumanski, S. M., & Ahmed, S. B. (2023). Female sex-specific considerations to improve rigor and reproducibility in cardiovascular research. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 324(3), H279-H287. <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00462.2022>
- Chapman, C. D., Benedict, C., & Schiöth, H. B. (2018). Experimenter gender and replicability in science. *Science Advances*, 4(1), e1701427. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1701427>
- Choulet-Vallet, A. (2021). Pour une critique et une reconstruction féministes de l'éducation thérapeutique. L'exemple de l'endométriose. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 60, Article 60. <https://doi.org/10.4000/edso.14223>
- Clochec, P. (2023). *Après l'identité: Transitude & féminisme*. Hystériques & AssociéEs.
- Coakley, M., Fadiran, E. O., Parrish, L. J., Griffith, R. A., Weiss, E., & Carter, C. (2012). Dialogues on Diversifying Clinical Trials : Successful Strategies for Engaging Women and Minorities in Clinical Trials. *Journal of Women's Health*, 21(7), 713-716. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3733>
- Collin, J., & Suissa, A. J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25. <https://doi.org/10.7202/016048ar>
- Connell, R. (2012). *Masculinities*. Polity Press. (Édition originale 1995)
- Conrad, P. (2005b). The shifting engines of medicalization. In P. Conrad (Éd.), *The sociology of health & illness: Critical perspectives* (7th éd., p. 480-492). Worth Publishers.
- Conrad, P. (Éd.). (2005a). *The sociology of health & illness: Critical perspectives* (7th éd.). Worth Publishers.

- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Coville, M. (2022). L'endométriore, une fabrique genrée de l'ignorance. Expérience corporelle, technologies médicales et savoirs expérientiels sur l'endométriore. *Communication & langages*, 214(4), 73-89. <https://doi.org/10.3917/comla1.214.0073>
- Crenshaw, K. (1990). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1300.
- Dagnaud, M., & Mehl, D. (1988). Les gynécologues 1 : Une profession sous influence. *Sociologie du travail*, 30(2), 271-285. <https://doi.org/10.3406/sotra.1988.2402>
- David, H. P. (2011). Born Unwanted : Mental Health Costs and Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 184-192. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01087.x>
- de Beauvoir, S. (2017). *Le deuxième sexe. Tome 1 : Les faits et les mythes*. Gallimard. (Édition originale 1949)
- De Lauretis, T. (1991). Queer Theory : Lesbian and Gay Sexualities. An introduction. *différences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 3(2), iii-xviii.
- Delor, F., & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medicine*, 50(11), 1557-1570. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00465-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00465-7)
- Delphy, C. (2008). *Classer, dominer : Qui sont les autres ?* la Fabrique éd.
- Delphy, C. (2008). *L'ennemi principal. Economie politique du patriarcat* (Vol. 1). Syllepse. (Édition originale 1998)
- Demart, S., & Gérard, E. (2022). The construction of pre-exposure prophylaxis (PrEP) by prevention professionals as a tool for Black African migrant women... or not? *AIDS Education and Prevention*, 34(6), 496-511.
- Demart, S. (2022). «On n'arrive pas à les toucher»: la PrEP, les migrant.es africain.es et la production de l'ignorance. *Global Health Promotion*, 29(3), 151-154.
- Demart, S., & Pezeril, C. (2024). Femmes ignorantes, femmes ignorées ? Comprendre le non-usage des nouvelles technologies de prévention du VIH. *Nouvelles Questions Féministes*, 43(1), 88-103. <https://doi.org/10.3917/nqf.431.0088>
- Denis, M., & van Rokeghem, S. (1992). *Le féminisme est dans la rue : Belgique 1970-1975*. Politique & Histoire : Diffusion, CRISP.
- Desprès, C. (2013). Significations du renoncement aux soins : Une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé*, 31(2), 71-96. <https://doi.org/10.1684/sss.2013.0205>
- Diaz-Leon, E. (2016). Woman as a Politically Significant Term : A Solution to the Puzzle. *Hypatia*, 31(2), 245-258. <https://doi.org/10.1111/hypa.12234>
- Donnay, F., Bregentzer, A., Leemans, P., Verougstraete, A., & Vekemans, M. (1993). Safe Abortions in an Illegal Context: Perceptions from Service Providers in Belgium. *Studies in Family Planning*, 24(3), 150-162. <https://doi.org/10.2307/2939230>
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités : Introduction à la théorie féministe* (1. éd). Presses Univ. de France.
- Dowling, C. (2000). *The frailty myth: Redefining the physical potential of women and girls*. Random House Trade Paperbacks. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=737427>
- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (Éds.). (2001). *Critique de la santé publique : Une approche anthropologique*. Balland.
- Dworkin, S. L. (2024). The debut, travels and future of intersectionality in HIV prevention and treatment interventions. *Journal of Risk Research*, 27(9), 1056-1069. <https://doi.org/10.1080/13669877.2024.2350709>
- Edenfield, A. C., Holmes, S., & Colton, J. S. (2019). Queering Tactical Technical Communication : DIY HRT. *Technical Communication Quarterly*, 28(3), 177-191. <https://doi.org/10.1080/10572252.2019.1607906>
- Epstein, S. (1998). *Impure Science : AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*.
- Espineira, K. (2015). Pour une épistémologie trans et féministe : Un exemple de production de savoirs situés. *Comment s'en sortir ?*, 2, 42-58.
- Ettorre, E., & Kingdon, C. (2012). Reproductive Regimes : Governing Gendered Bodies. In E.

- Kuhlmann & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (p. 162-177). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137295408_10
- Fassin, D. (2001). Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In J.-P. Dozon & D. Fassin (Éds.), *Critique de la santé publique: Une approche anthropologique* (p. 181-208). Balland.
- Fassin, D. (2003a). L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion.
- Fassin, D. (2003b). Entre politiques du vivant et politiques de la vie: Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95-116. <https://doi.org/10.7202/015638ar>
- Fassin, D. (2021). *Les mondes de la santé publique: Excursions anthropologiques: cours au Collège de France, 2020-2021*. Éditions du Seuil.
- Fassin, É. (2006). La démocratie sexuelle et le conflit des civilisations. *Multitudes*, 26(3), 123-131. <https://doi.org/10.3917/mult.026.0123>
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Corps en tous genres: La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. La Découverte: Institut Émilie du Châtelet.
- Favier, C. (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. *Les Tribunes de la santé*, 44(3), 25-34. <https://doi.org/10.3917/seve.044.0025>
- Fee, E., & Fox, D. M. (Éds.). (1992). *AIDS: The making of a chronic disease*. University of California Press.
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits. 1976-1988* (Vol. 2). Gallimard.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford university press.
- Froidevaux-Metterie, C. (2021). *Un corps à soi*. Éditions du Seuil.
- Gagnebin, J.-M. (1978). Je suis mon corps: Sur un groupe de self-help. *Les cahiers du GRIF*, 20(1), 40-41. <https://doi.org/10.3406/grif.1978.1304>
- Gardey, D. (2021). *Histoire politique du clitoris*. Textuel.
- Gardey, D., & Löwy, I. (Éds.). (2000). *L'invention du naturel: Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Ed. des archives contemporaines.
- Gaudillière, J.-P., Beaudevin, C., Gradmann, C., Lovell, A., & Pordié, L. (Éds.). (2020). *Global health and the new world order: Historical and anthropological approaches to a changing regime of governance*. Manchester university press.
- Gelly, M. (2006). *Avortement et contraception dans les études médicales: Une formation inadaptée*. L'Harmattan.
- Genon, C., Chartrain, C., & Delebarre, C. (2009). Pour une promotion de la santé lesbienne: État des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, sexualité & société*, 1, Article 1. <https://doi.org/10.4000/gss.951>
- Ghasemi, E., Majdzadeh, R., Rajabi, F., Vedadhir, A., Negarandeh, R., Jamshidi, E., Takian, A., & Faraji, Z. (2021). "Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: A scoping review". *BMC Public Health*, 21(1), 1407. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11449-6>
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle: La médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250(7), 56-60. <https://doi.org/10.3917/jdp.250.0056>
- Giami, A. (2015). Sexualité, santé et Droits de l'homme: L'invention des droits sexuels. *Sexologies*, 24(3), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.07.003>
- Giami, A., & Py, B. (2019). *Droits de l'Homme et sexualité: Vers la notion de droits sexuels?* Editions des archives contemporaines.
- Gilbert, C., & Henry, E. (2009). *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. la Découverte PACTE.
- Gilligan, C. (2003). *In a different voice: Psychological theory and women's development* (38. print). Harvard Univ. Press. (Édition originale 1982)
- Girard, G. (2015). "Insider-outsider", une posture intenable? Retour sur des enjeux de positions dans une recherche sur l'homosexualité et le sida. In J. Otis, M. Bernier, & J. J. Lévy (Éds.), *La recherche communautaire VIH/sida: Des savoirs engagés* (p. 343-358). Presses de l'Université de Québec.
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., & Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé: Apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences Sociales et Santé*, 20(4), 75-128. <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1570>
- Gould, D. B. (2009). *Moving Politics: Emotion and ACT UP's Fight against AIDS*. University of Chicago Press.

- Grino, C. (2014). La pilule : Biologisation de la contraception et régulation sociale. *Genre, sexualité & société*, 12, Article 12. <https://doi.org/10.4000/gss.3280>
- Guyard, L. (2008). *La médicalisation contemporaine du corps féminin : Le cas de la consultation gynécologique* [Phdthesis, Université Paris X - Nanterre]. <https://hal.science/tel-03466437>
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. (1991). *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Cornell University Press.
- Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* (Nos. 2018-06-26-SAN-034). https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020*.
- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., & Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35(4), 866-876. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>
- Hester, H. (2023). The Art of the Exploit: Gender Hacking and Political Agency. *Paragraph*, 46(1), 10-29. <https://doi.org/10.3366/para.2023.0415>
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575. <https://doi.org/10.1086/227049>
- Hsu, E. (2022). *Chinese medicine in East Africa: An intimacy with strangers*. Berghahn.
- Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes. (2022). *Communiqué de presse : Les garçons discriminés dans le cadre de la vaccination contre le HPV*. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/cp_hpv_vaccin_fr.pdf
- Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012>
- Joel, D. (2012). Genetic-gonadal-genitals sex (3G-sex) and the misconception of brain and gender, or, why 3G-males and 3G-females have intersex brain and intersex gender. *Biology of Sex Differences*, 3(1), 27. <https://doi.org/10.1186/2042-6410-3-27>
- Jones, C. E. (2016). The Pain of Endo Existence: Toward a Feminist Disability Studies Reading of Endometriosis. *Hypatia*, 31(3), 554-571. <https://doi.org/10.1111/hypa.12248>
- Jordan-Young, R. M., & Karkazis, K. (2019). *Testosterone: An unauthorized biography*. Harvard University press.
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire? *Santé Publique*, 24(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>
- Katz, A. S., Hardy, B.-J., Firestone, M., Lofters, A., & Morton-Ninomiya, M. E. (2020). Vagueness, power and public health: Use of «vulnerable» in public health literature. *Critical Public Health*, 30(5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1656800>
- Keith, M. M., Brophy, J. T., & Hurley, M. (2020). Violences contre le personnel de santé : Aperçu de la situation au Canada. In C. Casse & M. De Troyer (Éds.), *Genre, conditions de travail et santé. Qu'est-ce qui a changé?* (p. 143-158). European Trade Union Institute.
- Kerridge, I. (2003). Altruism or reckless curiosity? A brief history of self experimentation in medicine: Self experimentation in medicine. *Internal Medicine Journal*, 33(4), 203-207. <https://doi.org/10.1046/j.1445-5994.2003.00337.x>
- Keville, T. D. (1993). The Invisible Woman: Gender Bias in Medical Research. *Women's Rights Law Reporter*, 15(2 & 3), 123-142.
- Koechlin, A. (2022). *La norme gynécologique : Ce que la médecine fait au corps des femmes*. Éditions Amsterdam.
- Kosofsky Sedgwick, E. (1998). Construire des significations queer. In D. Eribon (Éd.), *Les études gay et lesbiennes*. Centre Georges Pompidou.
- Kraus, C. (2000). La bicatégorisation par « sexe » à l'épreuve de la science : Le cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les humains. In D. Gardey & I. Löwy (Éds.), *L'invention*

du naturel: Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin (p. 187-213). Ed. des archives contemporaines.

Kraus, C., Perrin, C., Rey, S., Gosselin, L., & Guillot, V. (2008). Démédicaliser les corps, politiser les identités: Convergences des luttes féministes et intersexes. *Nouvelles Questions Feministes*, 27(1), 4-15.

Laqueur, T. W. (1992). *La fabrique du sexe: Essai sur le corps et le genre en occident*. Gallimard.

Le Goff, A., & Garrau, M. (2014). *Care, justice et dépendance: Introduction aux théories du care*. Humensis.

Le Guen, M., Rouzaud-Cornabas, M., & Ventola, C. (2021). Les hommes face à la contraception: Entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cahiers du Genre*, 70(1), 157-184. <https://doi.org/10.3917/cdge.070.0157>

Le Talec, J.-Y. (2007). Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. In M. Bozon & V. Doré (Éds.), *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins*. ANRS.

Le Talec, J.-Y., Authier, D., & Tomolillo, S. (2019). *La promotion de la santé au prisme du genre: Guide théorique et pratique*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Lee, S. K. (2018). Sex as an important biological variable in biomedical research. *BMB Reports*, 51(4), 167-173. <https://doi.org/10.5483/BMBRep.2018.51.4.034>

Legrand, E., & Meidani, A. (2018). Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction: Genre, santé reproductive et risques professionnels. In A. Meidani & A. Alessandrin (Éds.), *Parcours de santé. Parcours de genre*. Presses universitaires du Midi.

Lemel, Y., & Roudet, B. (avec Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire & Centre national de la recherche scientifique). (1999). *Filles et garçons jusqu'à l'adolescence: Socialisations différentielles [actes du colloque, 16-17 octobre 1997, Paris]*. l'Harmattan.

Lévi-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique. *Revue de l'histoire des religions*, 135(1), 5-27. <https://doi.org/10.3406/rhr.1949.5632>

Linders, A. (1998). Abortion as a Social Problem: The Construction of Opposite Solutions in Sweden and the United States Comparing Social Issues. *Social Problems*, 45(4), 488-509.

Littlejohn, K. E. (2013). "It's those Pills that are Ruining Me": Gender and the Social Meanings of Hormonal Contraceptive Side Effects. *Gender & Society*, 27(6), 843-863. <https://doi.org/10.1177/0891243213504033>

Lynch, J., & Smith, G. D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26(Volume 26, 2005), 1-35. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144505>

Maffi, I., Delanoë, D., & Hajri, S. (2017). La santé sexuelle et reproductive, champ d'exercice et d'affrontement des dominations de genre et de classe. *L'Année du Maghreb*, 17, Article 17. <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.3147>

Margat, A., Gagnayre, R., Lombrail, P., de Andrade, V., & Azogui-Levy, S. (2017). Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique: Une revue de la littérature. *Santé Publique*, 29(6), 811-820. <https://doi.org/10.3917/spub.176.0811>

Markstein, C., & Rixout, A. (2017). Genre, féminisme et pratiques médicales. *Revue Politique*, 101, 95-101.

Marques-Pereira, B. (2021). *L'avortement dans l'Union européenne: Acteurs, enjeux et discours*. CRISP.

Masson, A., & Schantz, C. (2018). Position gynécologique et construction d'une vulnérabilité du corps féminin. *La Revue Sage-Femme*, 17(3), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2018.03.002>

Mbembe, A. (2006). Nécropolitique. *Raisons politiques*, 21(1), 29-60. <https://doi.org/10.3917/rai.021.0029>

Medico, D., & Wallach, I. (2020). Nécropolitique, finitude et genres trans. *Frontières*, 31(2), 1070332ar. <https://doi.org/10.7202/1070332ar>

Meidani, A. (2018). Le cancer a-t-il un genre? In A. Meidani & A. Alessandrin (Éds.), *Parcours de santé, parcours de genre*. Presses universitaires du Midi.

Meidani, A., & Alessandrin, A. (2018). *Parcours de santé, parcours de genre*. Presses universitaires du Midi.

Membrado, M. (2006). Les femmes dans le champ de la santé: De l'oubli à la particularisation. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 16-31. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0016>

Mendès-Leite, R. (2019). *Des mots, des pratiques et des risques: Études sur le genre, les sexualités et le sida*. Presses universitaires de Lyon.

- Mesnil, M. (2014). Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé. *Les Tribunes de la santé*, 44(3), 35-42. <https://doi.org/10.3917/seve.044.0035>
- Millepied, A. (2023). Dyspareunies et endométriose : Expériences biographiques et cliniques des femmes. *Revue Médicale Suisse*, 833, 1258-1261. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.833.1258>
- Nève, M. (2021). Un virus mis en scène par son vaccin ? La prise en charge du HPV et des pathologies associées en Belgique. *Sciences sociales et santé*, 39(4), 41-68. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0211>
- O'Brien, R., Hart, Graham J., & Hunt, K. (2007). « Standing Out from the Herd » : Men Renegotiating Masculinity in Relation to Their Experience of Illness. *International Journal of Men's Health*, 6(3), 178-200. <https://doi.org/10.3149/jmh.0603.178>
- Oertelt-Prigione, S., & Regitz-Zagrosek, V. (2011). *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. Springer Science & Business Media.
- Organisation mondiale de la santé (Éd.). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986, novembre 21). *Charte d'Ottawa*. https://www.espace-prevention-lacote.ch/wp-content/uploads/charte_Ottawa.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005, août 11). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. http://academic.oup.com/heapro/article/21/suppl_1/10/765599/The-Bangkok-Charter-for-Health-Promotion-in-a
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). *Sexospécificité, femmes et santé: Prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes de l'OMS* (Rapport du secrétariat du conseil exécutif No. EB116/13). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/21280/B116_13-fr.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health* (p. 76) [Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2]. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44489>
- Organisation Mondiale de la Santé.. (2005). *Gender, women and primary health care renewal: A discussion paper*. Geneva: WHO Press. Traduction française disponible
- Otis, J., Lévy, J. J., & Bernier, M. (2015). *La recherche communautaire VIH/sida: Des savoirs engagés*. Presses de l'Université du Québec.
- Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the natural body: An archaeology of sex hormones*. Routledge.
- Palierne, N., Gaussot, L., & Le Minor, L. (2015). Le genre de l'ivresse. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 140-141, Article 140-141. <https://doi.org/10.4000/jda.6079>
- Pape, M., Miyagi, M., Ritz, S. A., Boulicault, M., Richardson, S. S., & Maney, D. L. (2024). Sex contextualism in laboratory research: Enhancing rigor and precision in the study of sex-related variables. *Cell*, 187(6), 1316-1326. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2024.02.008>
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives*. Seuil.
- Pezeril, C. (2011). Le dégoût dans les campagnes de lutte contre le sida. *Ethnologie française*, 41(1), 79-88. <https://doi.org/10.3917/ethn.111.0079>
- Pezeril, C. (2018). Approches féministes des innovations médicales dans le champ du VIH/sida : Une histoire à quatre temps. In C. Haxaire, C. Farnier, & B. Moutaud (Éds.), *L'innovation en santé. Une perspective en sciences sociales* (p. 77-95). Presses universitaires de Rennes.
- Pezeril, C. (2019). Les « jeunes » et les « drogues » : La nécessaire approche relationnelle du genre. *Prospective Jeunesse*, 85, 4-7.
- Pezeril, C. (2021). « Nous sommes des sans-droits ». La nécropolitique du VIH pour les sans-papiers en Belgique. *L'Année du Maghreb*, 25, Article 25. <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.7979>
- Pezeril, C., Detandt, S., & Demart, Sarah. (2023). Santé sexuelle. In *Dictionnaire du Genre en Traduction* (CNRS). <https://worldgender.cnrs.fr/notices/sante-sexuelle-sexual-health-salud-sexual/>
- Poncelet, T. (2023). *Étude – Les violences entre partenaires intimes*. Tels Quels asbl. <https://telsquels.be/download/etude-les-violences-entre-partenaires-intimes/>
- Preciado, P. B. (2000). *Manifeste contra-sexuel*. Balland.

- Preciado, P. B. (2008). *Testo junkie: Sexe, drogue et biopolitique*. B. Grasset.
- Provost, M. (2021). L'expérience de la vulnérabilité comme ressource politique : Une approche phénoménologique. *Genre, sexualité & société*, 25, Article 25. <https://doi.org/10.4000/gss.6485>
- Puill, C., Romby, A., & Gaucher, L. (2022). Consultation de gynécologie à destination des personnes lesbiennes ou trans : Retour d'expérience. *Santé Publique*, 34(HS2), 223-230. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0223>
- Quéré, L. (2022). Repousser les frontières des normes corporelles et sexuelles. Effets de l'engagement dans le self-help féministe sur la sphère intime. *Sociétés contemporaines*, 126(2), 93-119. <https://doi.org/10.3917/soco.126.0093>
- Quéré, L. (2023). *Un corps à nous : Lutttes féministes pour la réappropriation du corps*. Sciences po, les presses.
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Why Do We Need Gender Medicine? In S. Oertelt-Prigione & V. Regitz-Zagrosek (Éds.), *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine* (p. 1-4). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-85729-832-4_1
- Renard, F. (2020). S'embellir en apprenant à se mettre au service de l'embellissement des autres. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 51-2, Article 51-2. <https://doi.org/10.4000/rso.4208>
- Richardson, S. S. (2022). Sex Contextualism. *Philosophy, Theory, and Practice in Biology*, 14(0), Article 0. <https://doi.org/10.3998/ptpbio.2096>
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : Santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Education*, 14(2), 111-114. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020601>
- Risberg, G., Johansson, E. E., & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28>
- Riska, E. (2012). Women in the Medical Profession : International Trends. In E. Kuhlmann & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (2nd ed, p. 389-404). Palgrave Macmillan.
- Roberts, S. (2010). The unreasonable effectiveness of my self-experimentation. *Medical Hypotheses*, 75(6), 482-489. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2010.04.030>
- Rose, N. (2007a). The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N. (2007b). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369(9562), 700-702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5)
- Roux, A. (2022). *Pilule : Défaire l'évidence*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Rozée, V., & Schantz, C. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales : Construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*, 33(5), 629-634. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>
- Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), 35-50. <https://doi.org/10.3917/nqf.341.0035>
- Ruault, L. (2021a). Emotions and embodiment as feminist practice in the free abortion movement in France (1972-1984). *European Journal of Women's Studies*, 28(3), 320-336. <https://doi.org/10.1177/13505068211029987>
- Ruault, L. (2021b). Histoires d'A et méthode K. La mise en récit d'une technique et ses enjeux dans le mouvement pour l'avortement libre en France. *Sociétés contemporaines*, 121(1), 139-170. <https://doi.org/10.3917/soco.121.0139>
- Scheff, T. J. (1988). Shame and Conformity : The Deference-Emotion System. *American Sociological Review*, 53(3), 395-406. <https://doi.org/10.2307/2095647>
- Schiebinger, L. (2001). *Has feminism changed science?* (First Harvard University Press paperback edition). Harvard University Press.
- Schiebinger, L. (2012). Gendered Innovations in Biomedicine and Public Health Research. In S. Oertelt-Prigione & V. Regitz-Zagrosek (Éds.), *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine* (p. 5-8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-85729-832-4_2
- Schmitz, O. (2019). Le pouvoir énigmatique des guérisseurs. *Sciences Humaines*, 317(8), 12-12. <https://doi.org/10.3917/sh.317.0012>

- Schoy, A., Bracho Montes de Oca, E., Claerman, R., De Pauw, R., Guariguata, L., Int Panis, L., Mogin, G., Nayani, S., Schmidt, M., Van den Borre, L., & Gorasso, V. (2024). *Women's health report 2024* (No. D/2024.14.440/31; p. 82). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/women-health-report-2024_0_com.pdf
- Sénat de Belgique. (2023). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales* (Nos. 7-245/3-2022/2023; p. 50). Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes. <https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=117441305>
- Simon, V. (2005). Wanted : Women in Clinical Trials. *Science*, 308(5728), 1517-1517. <https://doi.org/10.1126/science.1115616>
- Sinding, C. (2003). Le sexe des hormones : L'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles. *Cahiers du Genre*, n° 34(1), 39-56.
- Soudais, B. (2016). *L'avortement « criminel » en Seine inférieure de 1830 à 1940 : Moeurs, sexualité et biopolitique à travers les archives judiciaires*. Université de Rouen.
- Spencer, B. (1999). La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 128(1), 29-33. <https://doi.org/10.3406/arss.1999.3290>
- Spivak, G. C. (1994). Can the subaltern speak ? In P. Williams & L. Chrisman (Éds.), *Colonial Discourse and Post-Colonial Theory : A Reader* (p. 66-109). Columbia University Press.
- Stanistreet, D., Bambra, C., & Scott-Samuel, A. (2005). Is patriarchy the source of men's higher mortality? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(10), 873-876. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.030387>
- Stevelinck, L. (2018). *Contraception : Où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée L'exemple de Thomas Bouloù*.
- Stöckl, H., & Sorenson, S. B. (2024). Violence Against Women as a Global Public Health Issue. *Annual Review of Public Health*, 45, 277-294.
- Taylor, V. (1999). Gender and Social Movements : Gender Processes in Women's Self-Help Movements. *Gender and Society*, 13(1), 8-33.
- The EUGenMed, Cardiovascular Clinical Study Group, Regitz-Zagrosek, V., Oertelt-Prigione, S., Prescott, E., Franconi, F., Gerdts, E., Foryst-Ludwig, A., Maas, A. H. E. M., Kautzky-Willer, A., Knappe-Wegner, D., Kintscher, U., Ladwig, K. H., Schenck-Gustafsson, K., & Stangl, V. (2016). Gender in cardiovascular diseases : Impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*, 37(1), 24-34. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv598>
- Thomé, C., & Rouzaud-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants ? *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, Article 48-2. <https://doi.org/10.4000/rsa.2083>
- Thuybaert, A.-I., & Hausman, J.-M. (2023). Vers l'émergence de la problématique des “ violences obstétricales et gynécologiques ” dans la sphère politique et institutionnelle belge ? *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 37. <https://hal.science/hal-04198796>
- Tinglöl, S., Högborg, U., Lundell, I. W., & Svanberg, A. S. (2015). Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 50-53. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.003>
- Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, 71(2), 81-106. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0081>
- Topçu, S., & Maffi, I. (2021). Rethinking ignorance production in the field of reproductive biomedicine : An introduction. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.12.002>
- Toulze, M. (2018). Représentations de l'obésité et corps de l'obèse. In A. Meidani & A. Alessandrini (Éds.), *Parcours de santé / Parcours de genre*. Presses universitaires du Midi. <https://hal.science/hal-02367320>
- Trachman, M., & Lejbowicz, T. (2018). Des LGBT, des non-binaires et des cases. Catégorisation statistique et critique des assignations de genre et de sexualité dans une enquête sur les violences. *Revue française de sociologie*, 59(4), 677-705. <https://doi.org/10.3917/rfs.594.0677>
- Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*. Éd. la Découverte. (Édition originale 1993)

- Tuana, N. (2006). The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2006.tb01110.x>
- Verdonk, P., Benschop, Y. W. M., de Haes, H. C. J. M., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 14(1), 135-152. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9100-z>
- Vitulli, A., Billet, A., De Tillesse, M., & Peloux, S. (2020). Spécificités de santé des lesbiennes, bies & co' : Le projet communautaire Go To Gyneco! *Revue Médicale de Bruxelles*, 41(6), 484-490.
- Wald, C., & Wu, C. (2010). Of Mice and Women : The Bias in Animal Models. *Science*, 327(5973), 1571-1572. <https://doi.org/10.1126/science.327.5973.1571>
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151. JSTOR.
- Wexler, A. (2022). Mapping the Landscape of Do-it-Yourself Medicine. *Citizen science: theory and practice*, 7(1), 38. <https://doi.org/10.5334/cstp.553>
- Yetisen, A. K. (2018). Biohacking. *Trends in Biotechnology*, 36(8), 744-747. <https://doi.org/10.1016/j.tibtech.2018.02.011>
- Yoon, S., Jeong, S., Jung, E., Kim, K. S., Jeon, I., Lee, Y., Cho, J.-Y., Oh, W.-Y., & Chung, J.-Y. (2021). Effect of CYP3A4 metabolism on sex differences in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of zolpidem. *Scientific Reports*, 11(1), 19150. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98689-z>
- Young, I. M. (1990). *Throwing like a girl and other essays in feminist philosophy and social theory*. Indiana University Press.
- Young, K., Fisher, J., & Kirkman, M. (2020). Partners instead of patients : Women negotiating power and knowledge within medical encounters for endometriosis. *Feminism & Psychology*, 30(1), 22-41. <https://doi.org/10.1177/0959353519826170>
- Zeilinger, I. (2018, mai). *Une brève histoire de l'autodéfense pour femmes*. Garance asbl.
- Zola, I. K. (2005). Medicine as an Institution of Social Control. In P. Conrad (Éd.), *The sociology of health and illness: Critical perspectives* (7th éd.). Worth Publishers.
- Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), 35-50. <https://doi.org/10.3917/nqf.341.0035>
- Ruault, L. (2021a). Emotions and embodiment as feminist practice in the free abortion movement in France (1972-1984). *European Journal of Women's Studies*, 28(3), 320-336. <https://doi.org/10.1177/13505068211029987>
- Ruault, L. (2021b). Histoires d'A et méthode K. La mise en récit d'une technique et ses enjeux dans le mouvement pour l'avortement libre en France. *Sociétés contemporaines*, 121(1), 139-170. <https://doi.org/10.3917/soco.121.0139>
- Scheff, T. J. (1988). Shame and Conformity: The Deference-Emotion System. *American Sociological Review*, 53(3), 395-406. <https://doi.org/10.2307/2095647>
- Schiebinger, L. (2001). *Has feminism changed science?* (First Harvard University Press paperback edition). Harvard University Press.
- Schiebinger, L. (2012). Gendered Innovations in Biomedicine and Public Health Research. In S. Oertelt-Prigione & V. Regitz-Zagrosek (Éds.), *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine* (p. 5-8). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-85729-832-4_2
- Schmitz, O. (2019). Le pouvoir énigmatique des guérisseurs. *Sciences Humaines*, 317(8), 12-12. <https://doi.org/10.3917/sh.317.0012>
- Scohy, A., Bracho Montes de Oca, E., Claerman, R., De Pauw, R., Guariguata, L., Int Panis, L., Mogin, G., Nayani, S., Schmidt, M., Van den Borre, L., & Gorasso, V. (2024). *Women's health report 2024* (No. D/2024.14.440/31; p. 82). Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/womens-health-report-2024_0_com.pdf
- Sénat de Belgique. (2023). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales* (Nos. 7-245/3-2022/2023; p. 50). Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes. <https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application/pdf&MIvalObj=117441305>
- Simon, V. (2005). Wanted : Women in Clinical Trials. *Science*, 308(5728), 1517-1517. <https://doi.org/10.1126/science.1115616>
- Sinding, C. (2003). Le sexe des hormones : L'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles. *Cahiers du Genre*, n° 34(1), 39-56.
- Soudais, B. (2016). *L'avortement « criminel » en Seine inférieure de 1830 à 1940: Moeurs, sexualité et biopolitique à travers les archives judiciaires*. Université de Rouen.

- Spencer, B. (1999). La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 128(1), 29-33. <https://doi.org/10.3406/arss.1999.3290>
- Spivak, G. C. (1994). Can the subaltern speak ? In P. Williams & L. Chrisman (Éds.), *Colonial Discourse and Post-Colonial Theory : A Reader* (p. 66-109). Columbia University Press.
- Stanistreet, D., Bambra, C., & Scott-Samuel, A. (2005). Is patriarchy the source of men's higher mortality? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(10), 873-876. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.030387>
- Stevelinck, L. (2018). *Contraception : Où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée L'exemple de Thomas Bouloù*.
- Stöckl, H., & Sorenson, S. B. (2024). Violence Against Women as a Global Public Health Issue. *Annual Review of Public Health*, 45, 277-294.
- Taylor, V. (1999). Gender and Social Movements : Gender Processes in Women's Self-Help Movements. *Gender and Society*, 13(1), 8-33.
- The EUGenMed, Cardiovascular Clinical Study Group, Regitz-Zagrosek, V., Oertelt-Prigione, S., Prescott, E., Franconi, F., Gerds, E., Foryst-Ludwig, A., Maas, A. H. E. M., Kautzky-Willer, A., Knappe-Wegner, D., Kintscher, U., Ladwig, K. H., Schenck-Gustafsson, K., & Stangl, V. (2016). Gender in cardiovascular diseases : Impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*, 37(1), 24-34. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv598>
- Thomé, C., & Rouzard-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants ? *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, Article 48-2. <https://doi.org/10.4000/ras.2083>
- Thuybaert, A.-I., & Hausman, J.-M. (2023). Vers l'émergence de la problématique des " violences obstétricales et gynécologiques " dans la sphère politique et institutionnelle belge ? *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 37. <https://hal.science/hal-04198796>
- Tinglöv, S., Högberg, U., Lundell, I. W., & Svanberg, A. S. (2015). Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 50-53. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.003>
- Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, 71(2), 81-106. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0081>
- Topçu, S., & Maffi, I. (2021). Rethinking ignorance production in the field of reproductive biomedicine : An introduction. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.12.002>
- Toulze, M. (2018). Représentations de l'obésité et corps de l'obèse. In A. Meidani & A. Alessandrin (Éds.), *Parcours de santé / Parcours de genre*. Presses universitaires du Midi. <https://hal.science/hal-02367320>
- Trachman, M., & Lejbowicz, T. (2018). Des LGBT, des non-binaires et des cases. Catégorisation statistique et critique des assignations de genre et de sexualité dans une enquête sur les violences. *Revue française de sociologie*, 59(4), 677-705. <https://doi.org/10.3917/rfs.594.0677>
- Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*. Éd. la Découverte. (Édition originale 1993)
- Tuana, N. (2006). The Speculum of Ignorance : The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia*, 21(3), 1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2006.tb01110.x>
- Verdonk, P., Benschop, Y. W. M., de Haes, H. C. J. M., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 14(1), 135-152. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9100-z>
- Vitulli, A., Billet, A., De Tillesse, M., & Peloux, S. (2020). Spécificités de santé des lesbiennes, bies & co' : Le projet communautaire Go To Gyneco ! *Revue Médicale de Bruxelles*, 41(6), 484-490.
- Wald, C., & Wu, C. (2010). Of Mice and Women : The Bias in Animal Models. *Science*, 327(5973), 1571-1572. <https://doi.org/10.1126/science.327.5973.1571>
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151. JSTOR.
- Wexler, A. (2022). Mapping the Landscape of Do-it-Yourself Medicine. *Citizen science : theory and practice*, 7(1), 38. <https://doi.org/10.5334/cstp.553>
- World Health Organization. (1986, novembre 21). *Charte d'Ottawa*. https://www.espace-prevention-lacote.ch/wp-content/uploads/charte_Ottawa.pdf
- World Health Organization. (2005, août 11). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. http://academic.oup.com/heapro/article/21/suppl_1/10/765599/The-Bangkok-Charter-for-Health-Promotion-in-a
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*

(p. 76) [Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2]. World Health Organization.

<https://iris.who.int/handle/10665/44489>

Yetisen, A. K. (2018). Biohacking. *Trends in Biotechnology*, 36(8), 744-747.

<https://doi.org/10.1016/j.tibtech.2018.02.011>

Yoon, S., Jeong, S., Jung, E., Kim, K. S., Jeon, I., Lee, Y., Cho, J.-Y., Oh, W.-Y., & Chung, J.-Y. (2021). Effect of CYP3A4 metabolism on sex differences in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of zolpidem. *Scientific Reports*, 11(1), 19150.

<https://doi.org/10.1038/s41598-021-98689-z>

Young, I. M. (1990). *Throwing like a girl and other essays in feminist philosophy and social theory*. Indiana University Press.

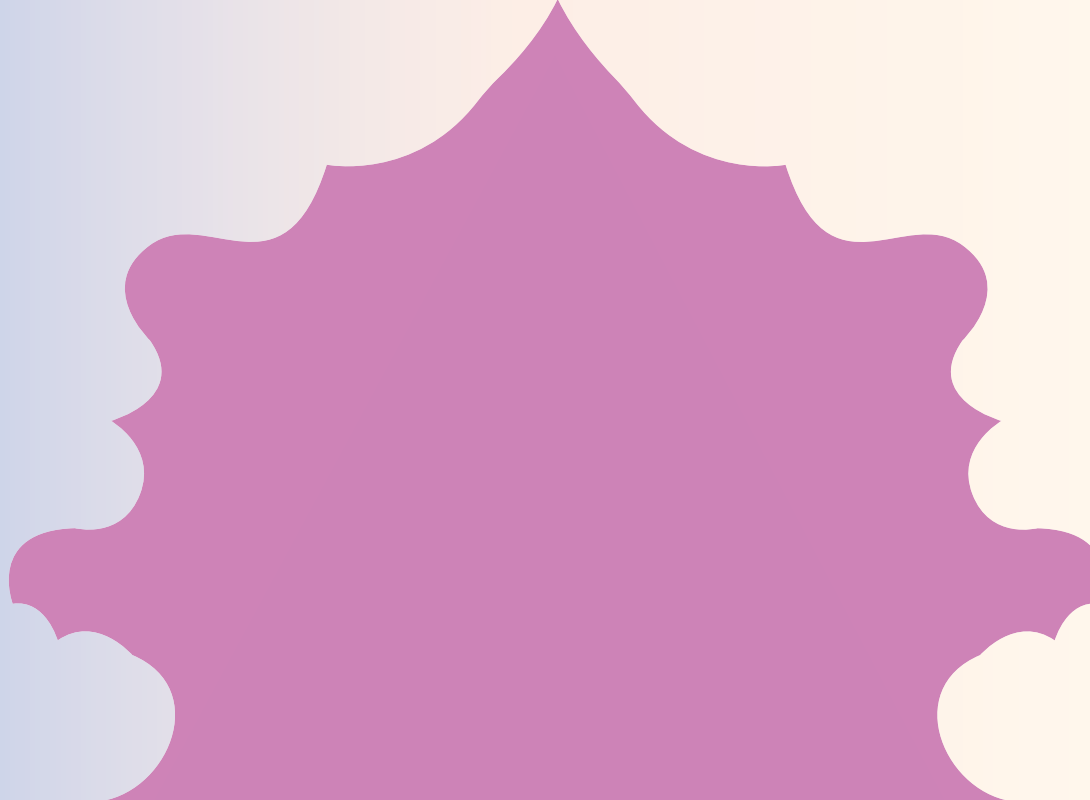
Young, K., Fisher, J., & Kirkman, M. (2020). Partners instead of patients: Women negotiating power and knowledge within medical encounters for endometriosis. *Feminism & Psychology*, 30(1), 22-41. <https://doi.org/10.1177/0959353519826170>

Zeilinger, I. (2018, mai). *Une brève histoire de l'autodéfense pour femmes*. Garance asbl.

Zola, I. K. (2005). Medicine as an Institution of Social Control. In P. Conrad (Éd.), *The sociology of health and illness: Critical perspectives* (7th éd.). Worth Publishers.

TABLE DES MATIERE

INTRODUCTION	9
DEFINIR LA SANTÉ	11
SANTÉ GLOBALE	11
MÉDICALISATION DU SOCIAL	12
VULNÉRABILITÉ, PRÉCARITÉ ET CARE	14
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ (DSS) OU INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)	18
DES BESOINS GENRÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ ?	21
SANTÉ SEXOSPÉCIFIQUE	21
SANTÉ AU PRISME DU GENRE : QUEL GENRE ?	23
SANTÉ REPRODUCTIVE ET SEXUELLE : STRUCTURATION D'ENJEUX DE SANTÉ INTIME ET DE SANTÉ PUBLIQUE	27
L'INTIME EST POLITIQUE	31
QUE FAIT LE GENRE À LA SANTÉ ?	34
COMPORTEMENTS EN SANTÉ	37
HIÉRARCHISATION DES SAVOIRS ET COMPORTEMENTS	37
STRATIFICATION GENRÉE DES COMPORTEMENTS	38
Attention à la santé : morbidité et mortalité	39
De faibles femmes et des hommes robustes : représentations corporelles et comportements	40
Normalisation et attentes genrées	41
Intersections	42
Agentivité : consommer et produire du soin	43
LA SANTÉ COMME RÉGIME DE SAVOIRS ET DE PRATIQUES	47
FABRIQUER DES SAVOIRS, FABRIQUER DE L'IGNORANCE	47
QUALITÉ DES SOINS / DE LA RELATION DE SOIN	49
QUALITÉ DES DONNÉES ET CONNAISSANCES PRODUITES	55
QUALITÉ ET EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS	56
MODÉLISER LE SEXE ET LE GENRE DANS LA RECHERCHE BIOMÉDICALE	57
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	65



La présente synthèse théorique sur les enjeux de genre en santé vise principalement à rassembler un ensemble de concepts et théories associés au genre dans le domaine de la santé. Son autre visée est de relever également les impasses et les impensés auxquels peuvent mener des approches approximatives du genre en santé. Contrairement à une affirmation régulièrement répétée, le sexe n'est en effet pas une catégorie biologique, mais bien biologisée. Le genre, quant à lui, n'est pas que social mais bien un procédé de catégorisation et de hiérarchisation qui produit des catégories dominantes et des catégories dominées. A travers ce prisme, la santé devient un espace d'analyse des rapports sociaux de genre, intégrant aussi bien la vulnérabilité, les normes corporelles, la production des savoirs biomédicaux que les expériences vécues dans les trajectoires de soins.

Ce document a été produit dans le cadre du Service de support en matière d'approche genrée des inégalités de santé (dit SESU Genre) pour la Région de Bruxelles-Capitale, en collaboration avec l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB) et l'ASBL Femmes et Santé. Créé en 2024, le SESU Genre est issu d'un appel à projets de la COCOF dans le domaine de la promotion de la santé.

Une publication de l'Observatoire du sida et des sexualités avec le soutien de Commission communautaire française (COCOF)