

Merci beaucoup, Alexis. Bonjour à toutes et à tous. Je, je suis très heureux de vous présenter les trois premières interventions de la journée sur la thématique des injustices de genre dans la sphère du soin. Dans un premier temps, nous écouterons Fabrice Gzy, le GZIL, professeur associé de philosophie et d'éthique à l'université Paris-Saclay et co-directeur de l'espace éthique Île-de-France. Il nous présentera un cadrage philosophique sur la notion d'injustice de genre dans le soin. Il discutera notamment les implications pour l'éthique comme mode de pensée, des pratiques et des valeurs inscrites dans les activités de soin. Nous écouterons ensuite la deuxième intervention de la part de Lucie Labiola ABIOLA, qui est en visio avec nous, sage-femme clinicienne au CHU d'Angers et doctorante en éthique au CESP. Elle reviendra sur un travail d'identification des composantes épistémologiques des violences obstétriques-obstétricales. Et finalement, Cécile Thaumé THOMÉ, sociologue chargée de recherche au CNRS, au Centre Maurice-Albax, Halbwachs, qui revient sur une longue enquête sur les pratiques contraceptives, qui ont notamment mené à la publication l'année dernière du livre « Déceors Des corps disponibles, comment la contraception façonne la sexualité hétérosexuelle » aux éditions La Découverte. Je vous remercie vraiment tous les trois d'avoir accepté de participer à ce panel. Comme vous l'aurez noté, ces interventions démontrent à quel point la domination du genre peut s'insérer à de nombreux niveaux dans la relation de soinssoin, dans l'éthique même qu'on essaye d'appliquer dans le cadre de cette relation, dans les pratiques et savoirs propres aux soinsau soin au sens professionnel du terme, et finalement dans la façon dont, par le biais de la contraception notamment, nous sommes amenés à inscrire le soin dans toute forme de relation, notamment romantique et sexuelle. À ce titre, la présentation de Cécile Thaumé THOMÉ nous amènera de façon très fluide à aborder les questions concernant l'aspect personnellasphère personnelle du panel suivant. Merci à vous et je donne la parole à Fabrice.

Merci beaucoup Robin, bonjour à toutes et à tous. Je suis très heureux que cette journée éthique et santé publique, à laquelle participent les étudiants de notre master, soit organisée avec Gwen et Elise, avec laquelleelles on partage une même appartenance au rôle, c'est l'aspect. jeCESP. Je me suis demandé comment j'allais me dépatrouillerdépatouiller de cette mission impossible que Alexierqu'Alexis et Paul-Gou-Lou notamment m'ont confié-et jeconfiée. Je suis parti en lisant cette intitulée-la cet intitulé, « injustice de genre dans le soin », je me suis ressouvenu de la distinction qu'Emmanuel Kant fait entre la compréhension et l'extension de la conception tad'un concept. La compréhension en gros c'est le sens du conceptd'une notion, c'est la définition-et. Et l'extension c'est les choses, l'ensemble des choses et réalités que ça recouvre. Et donc, ce que je me suis proposé de faire, étant donné le point où on en est sur ces questions, il m'a semblé qu'aller directement sur la compréhension et vous proposer une espèce d'appréhension philosophique de ces injustices de genre dans le soin, c'était prématuré, surtout en début de colloque. Et donc je vais faire un travail d'ouvrier de la philosophie, je ne vais pas partir dans de grandsgrandes envolées théoriques, du tout. Je vais faire une des choses qu'essayent parfois de faire les philosophes, c'est d'opérer des distinctions. Et donc je vais laisser de côté la question de la compréhension de la notion. Je ne sais pas moi, a priori, ni même à postèrémenta posteriori, ce que c'est qu'une injustice de genre dans le soin. En revanche, on a quelques intuitions partagées, on pourra peut-être les discuter, peut-être que vous n'avez pas les mêmes que moi, du type de réalité, il y en a quelques-

unes qui ont été évoquées dans l'introduction, du type de réalité auquel ça peut faire référence. ~~À~~ ma grande surprise, je parlais totalement sans a priori, ~~et. Et~~ à ma grande surprise, en travaillant ce sujet, je me suis aperçu que moi j'en identifie dix des réalités qui peuvent rentrer dans l'extension de cette catégorie si on lui donne un sens large. Et je voudrais, dans la première partie de mon exposé, qui sera la principale, juste essayer de les lister, de les distinguer pour se clarifier les idées. Pour moi, le travail de la pensée, il vient après, une fois qu'on sait de quoi on parle. Et pour moi, ~~j'ai~~ je n'ai pas au départ les idées très claires sur le type de réalité que ça recouvre. Donc je vais faire ce travail d'ouvrier de la philosophie, qui ne va pas être brillant, pardon d'emblée, mais je pense que c'est nécessaire de bien savoir de quoi on parle quand on utilise ces notions. Sur les 10 points que je vais donner, vous allez peut-être dire ~~que~~ « ça, ça ne relève pas des injustices en santé de ~~gens~~ genre dans le soin- ». Ce n'est pas grave, mais on a besoin de ça avant, à mon avis, de faire de la grande théorie. Donc je vais aller assez vite, je vais les lister, puis on va voir si on est à peu près d'accord. Je me suis beaucoup appuyé pour préparer cette intervention. ~~D'une d'une~~ part sur un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes, qui date de 2020, qui portait sur le sujet. D'autre part, sur les travaux et notamment sur une note du groupe Genre et Santé du comité d'éthique de l'INSERM. Et enfin, sur une série d'articles qui est parue dans le Lancet en 2019, notamment de ~~Catherine Hay~~ Katherine HAY, qui portait sur « Gender, Equality, Norms and Health ». Ok, on y va. Ça ne va pas être une longue énumération, mais je distingue ces dix sens, en tout cas ces dix réalités auxquelles me semble ~~envoyer~~ renvoyer l'expression des injustices de genre dans le ~~son-~~soin.

Premièrement, Paul-~~Louis~~ Loup y a fait référence. ~~On, on~~ entend par là ce que Nathalie ~~Bajet~~ s'appelle BAJOS appelle par exemple la production sociale des inégalités de santé. C'est par exemple ce constat que la pauvreté, aujourd'hui, elle touche majoritairement les femmes, ~~que. Que~~ leur situation précaire dans la vie privée et dans la vie professionnelle, monoparentalité, emploi peu qualifié, temps partiel subi, chômage, les expose à des risques sanitaires accrus, ~~logement.~~ Logement dégradé, mauvaise alimentation, sédentarité, pénibilité au travail, autant de facteurs qui favorisent un certain nombre de maladies chroniques, par exemple obésité, diabète, maladie cardiovasculaire, troubles dépressifs, etc. Donc c'est le rapport entre le genre et des conditions sociales de vie et l'impact que cela peut avoir. ~~L'HGELE~~ HCE souligne par exemple que les conditions de vie sociales et économiques exposent différemment les femmes et les hommes à des risques de santé, ~~que. Que~~ les difficultés matérielles, la pénibilité des conditions de travail et leur articulation avec des activités familiales touchent particulièrement les femmes, qui ~~encour~~ encourrent par exemple plus de risques de troubles ~~musculosquelétiques~~ musculosquelettiques que les hommes et qui sont plus touchés, plus gravement ~~touché~~ touchées par les risques psychosociaux. Premier sens.

Deuxième sens, cette fois on n'est plus dans la survenue de problèmes de santé, on est dans la façon dont ils sont abordés par le système de santé. Ça touche plutôt à des inégalités ou à des injustices dans la prise en charge médicale, dans l'accès au soin. Les femmes et les hommes n'accèdent pas au même niveau à des soins de santé adéquats. Le genre est un facteur de risque de discrimination entre les sexes dans la prise en charge médicale. Et on sait que les réponses des

professionnels de santé se construisent différemment selon le sexe de leur patient. ~~tes~~ Les cadres sociaux liés ~~aux gens~~ au genre influencent l'expression des symptômes, le rapport au corps, le recours aux soins de la part des malades. ~~Et, il~~ y a des réponses différentes. Alors, vous pouvez penser, si vous pensez au plan transnational, dans les pays ~~au~~ développement, au fait que c'est ~~une~~ des données de l'OMS que 600 millions de femmes dans le monde n'ont pas accès à des services de santé reproductif, par exemple. Et vous pouvez aussi penser, dans nos pays, au retard dans le diagnostic et le traitement d'un certain nombre de maladies, notamment les maladies cardiovasculaires. ~~Je, j'y~~ reviendrai dans un instant. À l'inverse, cette différence de traitement, ou ce traitement différencié des hommes et des femmes, ~~Parfois~~ parfois c'est un moindre accès à des soins de qualité, parfois au contraire c'est le contraire, ~~on, On~~ pourrait dire, une médicalisation particulière du corps et de la psyché féminine, une pression sociale pour normaliser par exemple la grossesse et l'accouchement. C'était le deuxième sens.

Troisième sens, il est lié évidemment, mais j'ai eu... enfin, troisième réalité, il me semblait important de la distinguer, c'est ce qu'on appelle les stéréotypes de genre, qui influencent la manière dont les soins sont prodigués, ~~c'est, C'est~~ les préjugés, liés ~~aux genres~~ au genre qui sont, chez les médecins, chez les personnels soignants, susceptibles d'influencer l'interprétation des signes. L'exemple classique dans ce domaine, je suis sûr qu'on y reviendra dans la journée, donc je ne vais pas m'y attarder, c'est les problèmes cardiovasculaires. Et c'est l'idée notamment que l'infarctus du myocarde est une maladie considérée comme une maladie d'homme d'âge moyen stressé au travail. Avec ces stéréotypes de maladies genrées, on a un peu la même chose avec le défaut de prise en charge ~~du trouble~~ des femmes atteintes de troubles du spectre autistique, dont on a considéré pendant longtemps ~~que nous~~ qu'il ne touchait exceptionnellement les femmes. Ou vous pouvez penser aussi, bien entendu, au fait que l'endométriose a été longtemps ignorée, car elle était réduite à une affaire de femme. Il y a ~~eu~~ des interventions là-dessus plus tard, donc je ne m'y arrête pas. ~~À~~ l'inverse, l'ostéoporose, réputée comme une maladie de femme, qui était jusqu'à présent peu diagnostiquée, qui était réputée être l'apanage des femmes ~~et l'opposé,~~ ménopausées et dont le diagnostic et le traitement étaient quasiment inexistantes pour les hommes.

Cinquième réalité que ça me semble décrire, elle est plus générale, elle est plus structurelle, ça touche les politiques de santé, ~~cette, Cette~~ fois non plus seulement des pratiques professionnelles, c'est tous les constats qui sont faits sur le fait que les politiques de santé, notamment les politiques de prévention, ne prennent pas souvent en compte les spécificités de genre. Et comme ~~réconcilian~~ réponse à ça, on voit se développer, assez peu en France à ma connaissance, mais c'est peut-être en train de changer, ce qu'en Allemagne, aux États-Unis, en Europe du Nord, on appelle la ~~gendered~~ gender medicine, la médecine genrée, qui vise à offrir des soins ciblés selon le sexe biologique, mais aussi dans une perspective de genre. ~~Deuxième~~

~~Sixième~~ réalité, cette fois on quitte le soin médical pour la recherche. Vous savez que jusqu'à la fin des années 80 et au début des années 90, on constatait une sous-représentation des femmes et des minorités ethniques et des personnes âgées dans la recherche biomédicale, qu'elle soit fondamentale ou dans les essais cliniques. Le corps mâle était considéré comme le prototype de l'être humain, alors que le corps de la femme était perçu comme autre, voire déviant. ~~Il y a eu, avec~~

des notions aussi de vulnérabilité. Ces choses-là, elles ont évolué. ~~La participation des femmes;~~ ~~si~~ Si on regarde le registre international des essais cliniques, la participation des femmes dans la recherche, elle est passée de 35 % en 1995 à 58 % en 2018. Donc on a eu une nette amélioration de ce phénomène. Il semblerait quand même que pour certaines pathologies, il reste une représentation insuffisante des femmes, notamment pour l'insuffisance cardiaque et pour certains cancers.

Septième réalité, pour moi différente des précédentes, c'est tout ce qui touche les métiers et les professions de santé, les injustices de genre dans les métiers et les professions de santé. Alors, les étudiants du Master ~~Étigan~~ ~~Éthique~~ qui sont dans la salle connaissent par cœur les travaux de John ~~Fronto~~ ~~TRONTO~~ et l'invisibilisation du care, du travail du care, des métiers du care dans le soin; ~~mais.~~ ~~Mais~~ plus largement, c'est ~~tout~~ ~~toute~~ la question de l'accès des femmes aux professions de santé; notamment avec des responsabilités. Elles sont majoritaires les femmes dans les organisations de santé, mais leur place dans les postes à responsabilité reste moindre. Elles sont largement majoritaires dans les professions paramédicales, mais vous n'avez que 17 % des chefs d'établissement et des directeurs généraux ~~dude~~ ~~CHU~~ qui sont des femmes. ~~elles~~ ~~Elles~~ ont moins d'autorité que les hommes en tant ~~qu'~~ ~~agents~~ ~~qu'~~ ~~agent~~ de santé; ~~et~~ elles sont souvent dévalorisées dans ces fonctions-là. Aux États-Unis, c'est ~~donc~~ ~~elles~~ ~~une~~ ~~enquête~~ qui ~~ne~~ ~~sont~~ ~~n'~~ ~~est~~ pas trop ~~anciennes.~~ ~~Seuls~~ ~~ancienne,~~ ~~seuls~~ 15 % des doyens des écoles de médecine étaient des femmes. Et on constatait que quand elles étaient nommées doyennes, elles étaient plutôt affectées à des missions d'éducation; des ~~études~~ ~~ou~~ ~~étudiants,~~ de nurturing; comme on dit en anglais, plutôt qu'à l'élaboration des politiques et des stratégies. Autrement dit, cette septième réalité, c'est l'idée, je reprends ici des termes qui sont présents dans l'article du Lancet que je vous ai évoqué, c'est l'idée que les normes restrictives liées au genre sont ancrées et perpétuées dans les systèmes de santé, qu'elles dévalorisent le travail des femmes et leur capacité à effectuer un travail qualifié, et qu'elles maintiennent une norme selon laquelle les femmes soignent sans reconnaissance, ni rémunération, ou presque. Et les hommes soignent au sens de cure; et par conséquent méritent d'être formés et rémunérés pour leur travail. Donc cette norme : aux hommes, le cure, formés, qualifiés, rémunérés; ~~aux;~~ ~~aux~~ femmes, le care, ~~déqualifiés,~~ ~~pas~~ ~~entourés~~ ~~déqualifiées,~~ ~~entourées~~ d'une forme de naturalité;. Cette norme facilite la surcharge de travail, la dévalorisation et l'abus sur les prestataires de soins de santé féminins.

Huitième réalité, on ne l'a pas encore ~~évoquée~~ ~~évoqué~~ du tout, mais ~~si~~ ~~vous~~ ~~voulez~~ ~~je~~ ~~voulais~~ en parler, il me semble que c'est ~~tout~~ ce qu'on appelle le « me too » à l'hôpital. Je cite juste cette enquête du Conseil national de l'ordre des médecins, dont les résultats sont parus en novembre 2024, qui a été réalisée auprès d'environ 21\_000 médecins;. 54 % des médecins, femmes médecins, disent avoir été victimes de violences sexistes et sexuelles ou dans leur formation ou dans leur exercice professionnel. Parmi elles, 50 % disent avoir subi des outrages sexistes ou sexuels, 20 % du harcèlement, environ 10 % des agressions sexuelles et 2 % des viols.

Neuvième réalité, on risque de passer à côté, surtout avec le contexte politique qui vient d'être rappelé, c'est l'accès aux soins des personnes transgenres ou non-binaires; ~~Et~~ ~~et~~ c'est l'ensemble

des stéréotypes, des violences, notamment institutionnelles, ~~qui~~ ~~ils~~ peuvent être victimes dans le système de santé.

Et enfin, j'ajoute, parce que c'est un domaine que je connais un tout petit peu, ces pathologies très particulières comme les démences, par exemple, ou ces syndromes très particuliers comme les démences et comme ~~l'analyse~~ ~~la~~ ~~maladie~~ d'Alzheimer en particulier, qui touchent particulièrement les femmes, et semble-t-il pas seulement parce qu'elles vivent plus longtemps. C'est sans doute lié... à l'heure actuelle, on a l'impression que c'est lié au travail des femmes et que quand les femmes ont travaillé dans leur vie, et le fait que les femmes ~~aient~~, ~~avec~~ des générations qui sont en train d'arriver à l'âge où on est susceptible de faire une démence, la prévalence est en train de baisser, donc on a l'impression que le travail des femmes est protecteur. Donc il y a d'une part, ~~...~~ les démences touchent principalement les femmes. Elles sont particulièrement prises en charge par des femmes, que ce soit dans les familles, avec des désignations comme ~~les~~ ~~dents~~ ~~aidante~~ dans les familles de certaines personnes en particulier. Et elles sont aussi prises en charge dans le monde professionnel, notamment dans le secteur médico-social, par un personnel médico-social qui est très grandement féminin. Donc, je ne sais pas très bien comment nommer cela, mais c'est ces univers féminins du handicap cognitif lié à l'âge, et peut-être d'autres formes de handicap aussi, avec ce qui me semble être quand même des cumuls de vulnérabilité entre les personnes.