

Résumé

La conférence porte sur les injustices de genre dans la sphère du soin. Robin, l'organisateur, présente les trois intervenants : Fabrice Vil (philosophie), Lucile Abiola (sage-femme) et Cécile Thomé (sociologue).

Fabrice Vil, premier intervenant, propose une analyse des différentes réalités que recouvre la notion d'injustice de genre dans le soin. Il identifie dix points principaux :

1. La production sociale des inégalités de santé, les femmes étant davantage touchées par la précarité
2. Les inégalités dans la prise en charge médicale et l'accès aux soins selon le genre
3. L'influence des stéréotypes de genre sur la manière dont les soins sont prodigués
4. Le diagnostic tardif de certaines maladies chez les femmes (problèmes cardiovasculaires, autisme, endométriose)
5. Des politiques de santé qui ne prennent pas en compte les spécificités de genre
6. La sous-représentation historique des femmes dans la recherche biomédicale
7. La féminisation des métiers du care, mais avec peu d'accès aux postes à responsabilité
8. Le harcèlement et les violences sexistes et sexuelles dans le milieu médical
9. Les difficultés d'accès aux soins des personnes transgenres
10. Les pathologies comme la démence qui touchent davantage les femmes et sont prises en charge par des femmes

Le conférencier conclut en évoquant les questions philosophiques soulevées par ces injustices sur le plan ontologique, épistémologique et éthique, notamment le rapport entre sexe et genre, l'approche intersectionnelle, et la nécessité de remettre en question les normes restrictives de genre dans le domaine du soin.

Transcription

Speaker 1 (Robin) : Merci beaucoup, Alexis. Bonjour à toutes et à tous. 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 Vil, professeur associé de philosophie et d'éthique à l'Université Paris-Saclay et co-directeur de l'Espace éthique de France. Il nous présentera un cadrage philosophique sur la notion d'injustice de genre dans le soin. Il discutera notamment les implications politiques comme modes de pensée des pratiques et des valeurs inscrites dans les activités de soin.

Nous écouterons ensuite la deuxième intervention de la part de Lucile 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 obstétricales.

Enregistrement : [lien](#)

Durée : 24 minutes

Et finalement, Cécile Thomé, sociologue chargée de recherche au CNRS au Centre Maurice Halbwachs, reviendra sur une longue enquête sur les pratiques contraceptives qui ont notamment mené à la publication l'année dernière du livre « 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 de genre peut s'insérer à de nombreux niveaux dans la relation de soin, dans l'éthique même qu'on essaye d'appliquer dans le cadre de cette relation, dans les pratiques et les savoirs propres au 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 toutes formes de relations, notamment romantiques et sexuelles. À ce titre, la présentation de Cécile Thomé nous amènera de façon très fluide à aborder les questions concernant la sphère personnelle du panel suivant.

Merci à vous et je donne la parole à Fabrice.

Speaker 2 (Fabrice Vil) : 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 lesquelles on partage une même appartenance au CESP.

Je me suis demandé comment j'allais me dépatouiller de cette mission impossible que Alexis et Paul-Loup, notamment, m'ont confié. En lisant cet intitulé « Injustice de genre dans le soin », je me suis souvenu de la distinction qu'Emmanuel Kant fait entre la compréhension et l'extension d'un concept. La compréhension, en gros, c'est le sens d'une notion, sa définition, et l'extension, c'est l'ensemble des choses, des réalités que ça recouvre.

Ce que je me suis proposé de faire, étant donné le point où on en est sur ces questions, c'est d'aller directement sur l'extension plutôt que la compréhension. Vous proposer une appréhension philosophique de ces injustices de genre dans le soin me semblait prématuré, surtout en début de colloque. Je vais donc faire un travail d'ouvrier de la philosophie. Je ne vais pas partir dans de grandes envolées théoriques du tout. Une des choses qu'essayent parfois de faire les philosophes, c'est d'opérer des distinctions.

Je vais laisser de côté la question de la compréhension de la notion. Je ne sais pas, moi, a priori, ni même a posteriori, ce que c'est qu'une injustice de genre dans le soin. En revanche, on a quelques intuitions partagées sur le type de réalités auxquelles ça peut faire référence. À ma grande surprise, en travaillant ce sujet, je me suis aperçu que j'en identifie dix, des réalités qui peuvent rentrer dans l'extension de cette catégorie si on lui donne un sens large.

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 vient après, une fois qu'on sait de quoi on parle. Je vais faire ce travail d'ouvrier de la philosophie qui ne va pas être brillant d'emblée, mais je pense que c'est nécessaire de bien savoir de quoi on parle quand on utilise ces notions.

Sur les dix points que je vais donner, vous allez peut-être dire que certains ne relèvent pas des injustices de genre dans le soin, ce n'est pas grave. Je me suis beaucoup appuyé, et il faut rendre à César ce qui est à César, sur un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes qui date de 2020, sur les travaux du groupe Genre et Santé du Comité d'éthique de

Enregistrement : [lien](#)

Durée : 24 minutes

l'Inserm, et enfin sur une série d'articles parus dans le Lancet en 2019, notamment de Catherine, et qui portaient sur « Gender Equality and Health ».

Premièrement, on entend par là ce que Nathalie Bajos appelle la production sociale des inégalités de santé. C'est par exemple ce constat que la pauvreté touche aujourd'hui majoritairement les femmes, que leur situation précaire dans la vie privée et dans la vie professionnelle (monoparentalité, emplois peu qualifiés, temps partiel subi, chômage) les expose à des risques sanitaires accrus : logement dégradé, mauvaise alimentation, sédentarité, pénibilité au travail, autant de facteurs qui favorisent un certain nombre de maladies chroniques comme l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles dépressifs, etc. Le HCE souligne que les conditions de vie sociale et économique exposent différemment les femmes et les hommes à des risques de santé et que les difficultés matérielles, la pénibilité des conditions de travail et leur articulation avec des activités familiales touchent particulièrement les femmes.

Deuxièmement, 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. Cela touche plutôt à des inégalités ou des injustices dans la prise en charge médicale, dans l'accès aux soins. 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. Les réponses des professionnels de santé se construisent différemment selon le sexe de leur patient. Les cadres sociaux liés au genre influencent l'expression des symptômes, le rapport au corps, le recours aux soins de la part des malades. Au plan transnational, dans les pays en développement, 600 millions de femmes dans le monde n'ont pas accès à des services de santé reproductive par exemple. Dans nos pays, on constate un retard dans le diagnostic et le traitement d'un certain nombre de maladies, notamment les maladies cardiovasculaires. À l'inverse, cette différence de traitement peut prendre la forme d'une médicalisation particulière du corps et de la psyché féminine, une pression sociale pour normaliser la grossesse et l'accouchement.

Troisièmement, les stéréotypes de genre influencent la manière dont les soins sont prodigués. Les préjugés liés au genre chez les médecins et les personnels soignants sont susceptibles d'influencer l'interprétation des signes. L'exemple classique dans ce domaine, c'est les problèmes cardiovasculaires et l'idée que l'infarctus du myocarde est considéré 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 l'autisme. Le défaut de prise en charge des femmes atteintes de troubles du spectre autistique dont on a considéré pendant longtemps qu'ils ne touchaient qu'exceptionnellement les femmes. Ou vous pouvez penser aussi à l'endométriозe qui a été longtemps ignorée car elle était réduite à une « affaire de femme ». À l'inverse, l'ostéoporose, réputée comme une maladie de femme, était peu diagnostiquée chez les hommes.

Cinquièmement, une réalité plus générale et plus structurelle qui touche les politiques de santé cette fois, non plus seulement des pratiques professionnelles. C'est le constat que les politiques de santé, notamment les politiques de prévention, ne prennent pas souvent en compte les spécificités de genre. Et comme 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 « Gender Medicine », la médecine genrée, qui vise à offrir des soins ciblés selon le sexe biologique, mais aussi dans une perspective de genre.

Sixièmement, 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, des minorités ethniques et des personnes âgées dans la recherche biomédicale, qu'elle soit

Enregistrement : [lien](#)

Durée : 24 minutes

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. Ces choses-là ont évolué. La participation des femmes dans la recherche est passée de 35 % en 1995 à 58 % en 2018. Il semblerait quand même que pour certaines pathologies, il reste une représentation insuffisante des femmes, notamment pour l'insuffisance cardiaque et pour certains cancers.

Septièmement, tout ce qui touche les métiers et les professions de santé. Les étudiants du Master éthique qui sont dans la salle connaissent par cœur les travaux de Joan Tronto et l'invisibilisation du care, du travail du care, des métiers du care dans le soin. Plus largement, c'est toute la question de l'accès des femmes aux professions de santé avec des responsabilités. Elles sont majoritaires dans les organisations de santé, mais leur place dans les postes à responsabilités reste moindre. Elles sont largement majoritaires dans les professions paramédicales, mais vous n'avez que 17 % des chefs d'établissement et des directeurs généraux de CHU qui sont des femmes. Aux États-Unis, seuls 15 % des doyens des écoles de médecine étaient des femmes. Et quand elles étaient nommées doyennes, elles étaient plutôt affectées à des missions d'éducation des étudiants, de « nurturing » comme on dit en anglais, plutôt qu'à l'élaboration des politiques et des stratégies. Cette septième réalité, 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, mais au sens de cure, et par conséquent méritent d'être formés et rémunérés pour leur travail ».

Huitièmement, ce qu'on appelle le « MeToo 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. Plus de 54 % des femmes médecins disent avoir été victimes de violences sexistes et sexuelles, 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.

Neuvièmement, l'accès aux soins des personnes transgenres ou non binaires, et l'ensemble des stéréotypes, des violences, notamment institutionnelles, dont ils peuvent être victimes dans le système de santé.

Et enfin, j'ajoute ces pathologies très particulières, comme les démences et comme la maladie d'Alzheimer en particulier, qui touchent particulièrement les femmes, et semble-t-il, pas seulement parce qu'elles vivent plus longtemps. On a l'impression que c'est lié au travail des femmes et que le travail des femmes est protecteur. 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 les désignations comme aidantes, et elles sont aussi prises en charge dans le monde professionnel, notamment dans le secteur médico-social, par un personnel qui est très grandement féminin. Je ne sais pas très bien comment nommer cela, mais ce sont ces univers féminins du handicap cognitif lié à l'âge, avec ce qui me semble être des cumuls de vulnérabilité entre les personnes.

ARRÊT TRANSCRIPTION [0:15:55]