

# 11- Santé

Anne Revillard

La sociologie au prisme du genre

# Introduction

- Santé sexuelle et reproductive
- Interaction entre genre et comportements relatifs à la santé : le genre influence ces comportements, et ceux-ci participent de la construction du genre au quotidien
- Rôle des représentations de genre dans les pratiques des médecins : recherche médicale, interaction avec les patients, diagnostic, prescription
- La santé comme lieu privilégié d'une réflexion sur l'interaction entre le biologique et le social apport de la sociologie du genre pour les réflexions en médecine

# Plan

- Santé reproductive, contraception et avortement
- Genre et inégalités de santé
- Masculinités et santé
- Genre et construction sociale des maladies
- De la sociologie du genre aux approches biosociales en santé

# Contraception et avortement en France : repères historiques

- Loi de 1920 interdit les techniques contraceptives ou abortives, et sanctionne toute diffusion d'information sur la maîtrise de la fécondité
- A partir du début des années 1960, le Mouvement français pour le planning familial diffuse dans ses centres de l'information sur la contraception
- 1967 la loi Neuwirth autorise l'usage des contraceptifs
- 1974 extension des conditions d'accès à la contraception
- 1975 Loi Veil autorise l'IVG → loi pérennisée en 1980

# Contraception et avortement en France : repères historiques

- 1983 remboursement de l'avortement par la Sécurité sociale
- 2001 assouplissement des conditions de recours à l'IVG:
  - Délai passe de 10 à 12 semaines de grossesse
  - Suppression de l'autorisation parentale pour les mineures

# Contraception, avortement et norme procréative

Évolution depuis les années 70 :

- Diffusion massive de la contraception
- Relative stabilité du taux de natalité
- Stabilité du nombre d'avortements depuis les années 80 (environ 200 000 par an), qui masque une double évolution :
  - Diminution des grossesses non prévues grâce à la diffusion de la contraception
  - Recours plus fréquent à l'avortement en cas de grossesses non prévues (6 fois sur 10, contre 4 en 1975)

(Bajos et Ferrant, 2004)

# Contraception, avortement et norme procréative

Recours plus fréquent à l'avortement en cas de grossesses non prévues:

- Expression d'un choix et d'une liberté des femmes
- Mais révèle aussi le renforcement de la « norme procréative » : il faut que les « bonnes conditions » soient remplies pour avoir un enfant:
  - Maternité ni trop tôt ni trop tard
  - Espacement des naissances
  - Limitation du nombre d'enfants
  - « un couple parental, stable affectivement, psychologiquement et matériellement, cette naissance s'inscrivant dans un projet parental, et survenant au bon moment des trajectoires professionnelles des deux parents »

(Bajos et Ferrant, 2006)

# La contraception comme pratique sociale

## Notion de « norme contraceptive »

- Contexte de contraception efficace et accessible → diffusion d'une norme contraceptive, avec deux modalités :

- « devoir de se contracepter si l'on ne veut pas d'enfant (dissocier sexualité et procréation) »
- « nécessité d'adapter sa contraception au moment du cycle de vie (préservatif pour les relations débutantes ou occasionnelles, pilule quand le couple se stabilise, stérilet quand la famille est constituée) »

(Bajos, Ferrant, 2006)



# La contraception comme pratique sociale

- Diffusion de techniques médicales de contraception depuis les années 1960 → médicalisation et féminisation de la contraception
  - Une féminisation de la contraception variable selon les pays : "15 % des femmes de 15–49 ans déclarent avoir recours à des méthodes considérées comme masculines (préservatif, vasectomie et retrait) en France, [contre] 54 % d'entre elles au Royaume-Uni"
  - Forte influence des modalités de prescription médicale
- (Ventola, 2016)

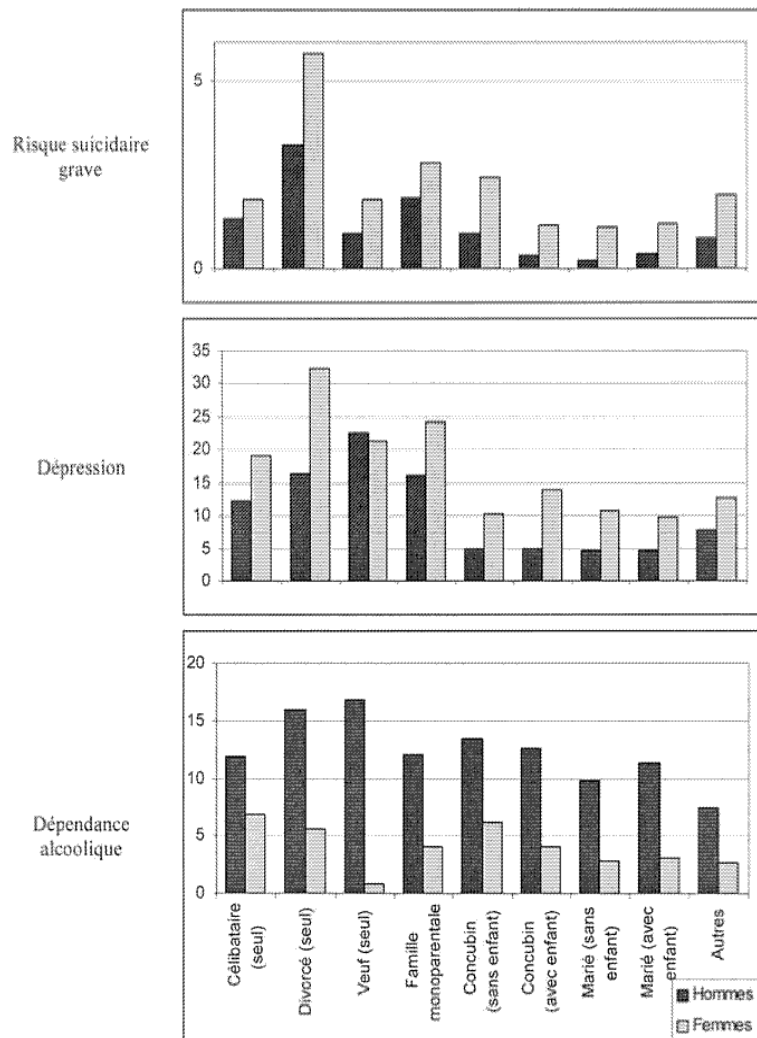
# Genre et inégalités de santé

- Travail sur le document 11.1 (Espérance de vie à la naissance par sexe et niveau de vie mensuel)
  - Quels constats fait-on à partir de ce graphique?
  - Quelles hypothèses explicatives envisagez-vous?
  - En quoi l'espérance de vie est-elle révélatrice de l'état de santé?

# Genre et inégalités de santé

Inégalités d'espérance de vie et inégalités de santé : des maladies plus souvent létales pour les hommes, invalidantes pour les femmes → les femmes vivent plus longtemps, mais avec plus de problèmes de santé et d'incapacités (Cambois, 2016)

FIGURE IV. – *Risque suicidaire grave, dépression et dépendance alcoolique selon le type de ménage (en pourcentages)*



Source : Baromètre santé 2005 pour RSG, INPES et enquête Santé 2002-2003 pour la dépression et la dépendance alcoolique, INSEE. Exploitation par les auteurs.

Champ : Individus de 18 ans et plus.

## Genre et expressions du mal-être

Exemple d'incidence du genre sur la santé : des formes différentes d'expression du mal-être entre hommes et femmes (Cousteaux et Pan Ké Shon, 2008) :

- Suicide et dépendance alcoolique plus fréquents chez les hommes (extériorisation du malaise par la violence et la prise de risque)
- Tentatives de suicide et dépression plus fréquentes chez les femmes (moindre usage de la violence, moindre extériorisation, somatisation → « les femmes développent des symptômes, les hommes des comportements. » (Erhenberg, 1998, p. 178).

Source : Cousteaux, Anne-Sophie et Jean-Louis Pan Ké Shon. 2008. "Le Mal-Être a-t-Il Un Genre ? Suicide, Risque Suicidaire, Dépression et Dépendance Alcoolique." *Revue Française de Sociologie* 49(1):53–92.

# Masculinités et santé

- Moindre espérance de vie des hommes souvent interprétée comme un fait de nature vs impact de l'engagement plus fort des hommes dans des comportements à risque: ex
  - consommations de drogues et d'alcool,
  - tabagisme,
  - conduite en état d'ivresse et/ou à trop grande vitesse,
  - rapports sexuels non protégés,
  - moindre suivi médical
- Rôle des croyances et des pratiques liées à la santé dans la construction des masculinités

(Courtenay, 2000)

# Genres et comportements à risque : l'exemple de la consommation d'alcool

- Cf Graphique précédent : plus fort taux de dépendance alcoolique chez les hommes
- Qu'en est-il chez les étudiants?
  - Moindre différenciation entre les sexes dans le rapport à l'alcool chez les étudiant.e.s que chez les autres jeunes de 18–25 ans
  - Mais maintien d'un double standard, dans les pratiques et dans les jugements portés sur celles-ci

(Palierne, Gausso et Le Minor, 2015)

# Genres et comportements à risque : l'exemple de la consommation d'alcool

Chez les étudiant.e.s : maintien d'un double standard:

- Dans les pratiques: « les étudiants sont deux fois plus nombreux que les étudiantes à déclarer plus de 3 ivresses (24.2% vs 11.5%), un blackout alcoolique (18.2% vs 9.4%) et la pratique du *binge drinking* (29.4% vs 12.3%) dans l'année écoulée »
- Dans les jugements portés sur celles-ci : on valorise le fait de « tenir » l'alcool chez les hommes, alors que l'abstinence/la retenue sont plus acceptées et valorisées chez les femmes.

(Palierne, Gaussoit et Le Minor, 2015)

# Genres et comportements à risque : l'exemple de la consommation d'alcool

« Pour moi ça m'semblait évident que quand tu bois une bouteille de whisky et demi à toi tout seul, c'est pas bon pour toi, y a forcément un danger. Et de voir que tu tiens et que t'es content de tenir, et que t'es fier de tenir c'est... j'trouvais ça dommage... Je leur disais : « Putain mais vous êtes ouf c'est chaud de tenir autant quoi » juste ça. Donc peut-être que eux pouvaient prendre justement comme « Et ouais ! T'as vu ? J'tiens ! ». Parce que t'es un bonhomme, tu tiens le whisky quoi » (Murielle, 23 ans, L3, lettres et langues, célibataire).

(Palierne, Gausso et Le Minor, 2015)



# Masculinités et santé

- Représentations de genre liées à la santé: on attend des hommes qu'ils soient autonomes, forts, résistants... → l'écart à ces attentes est négativement perçu
- Conséquences sur le comportement des hommes : tendance à
  - Refuser de reconnaître la douleur
  - Nier toute fragilité
  - Refuser l'idée d'un besoin d'aide

(Courtenay, 2000)

# Masculinités et santé

L'expérience de la maladie diminue le statut d'un homme dans la hiérarchie de genre → plus forte tendance des hommes à cacher une maladie chronique

(Courtenay, 2000)

# Masculinités et santé

- Diversité des masculinités dans le rapport à la santé
  - La prise de risque se traduit dans des activités différentes selon la classe sociale et les contextes (ex. sport vs soirée)
  - Une question de degré: les hommes qui incarnent le plus les stéréotypes de la masculinité sont les plus susceptibles de prendre des risques

(Courtenay, 2000)

# Genre et construction sociale des maladies

Deux exemples :

Dépression: maladie socialement construite comme féminine → impacte la recherche de diagnostic, les possibilités d'identification et de prise de parole des hommes dessus

Maladies cardio-vasculaires : parce qu'elles sont socialement construites comme des maladies plutôt masculines, les médecins les soupçonnent moins chez des femmes en présence de symptômes identiques, par rapport à des hommes: cf vidéo de sensibilisation de l'Inserm: <https://youtu.be/jW3qH2ZwWHo>

# Genre et construction sociale des maladies

Apport des réflexions sociologique sur le genre pour la médecine : notion de médecine "sensible au genre" ("gender-sensitive medicine") (Regitz-Zagrosek, 2012)

→ part du constat des effets de ces représentations sur la recherche et les pratiques médicales pour essayer de compenser ces biais

→ par exemple, développement de travaux sur la dépression et l'ostéoporose chez les hommes, et sur les maladies cardio-vasculaires chez les femmes

# De la sociologie du genre aux approches biosociales en santé

Ces nouvelles approches en santé et en médecine intègrent les apports des réflexions les plus récentes des études sur le genre sur l'interaction entre le biologique et le social (réflexion sur le genre en dehors du cadre de l'opposition nature culture, cf. séance 2) : approche « biosociale »

# De la sociologie du genre aux approches biosociales en santé

“To discuss and address properly the differences in health and health care between men and women, it is necessary to distinguish between sex and gender and their respective effects on health. Sex differences are based on biological factors. These include reproductive function, concentrations of sexual hormones, the expression of genes on X and Y chromosomes and their effects and the higher percentage of body fat in women. By contrast, gender is associated with behaviour, lifestyle and life experience. It determines access to health care, use of the health care system and the behavioural attitudes of medical personnel. Typical gender differences in health care include differences in the use of preventive measures, the prescription of drugs, health insurance reimbursement and referral for or acceptance of particular surgical therapies such as pacemaker implantation or heart transplantation.

Gender medicine must consider the needs of both sexes. (.../...)

(Regitz-Zagrosek, 2012)

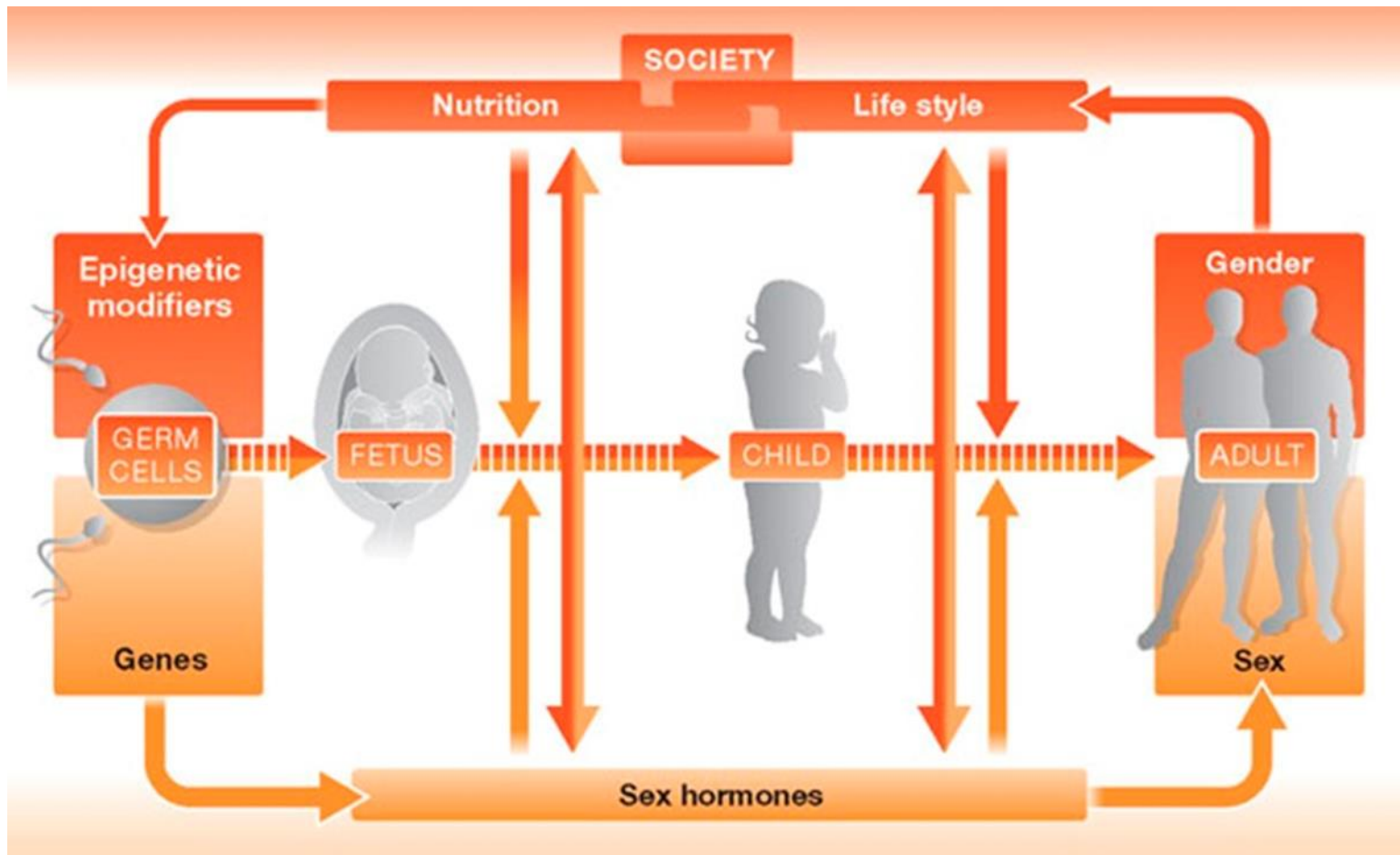
# De la sociologie du genre aux approches biosociales en santé

(.../...)

In practice, however, it is often not easy to separate the influence of sex and gender. On the one hand, sex influences health by modifying behaviour: testosterone, for instance, causes aggressive behaviour associated with risk-seeking and neglecting personal health. On the other hand, gender-behaviour can modify biological factors and thereby health: exposure to stress, environmental toxins, poor nutrition or lifestyle choices can induce genomic and epigenetic modifications in adults, children and even the developing fetus. These modifications and their physiological effects are different in women and men, as DNA repair and epigenetic mechanisms are modified by sex hormones ([Fig 1](#)). Thus, medical hypotheses need to take into account the effects of both sex and gender. Gender medicine therefore aims to include biological and socio-cultural dimensions, and their effects on women and men, to improve health and health care”.

(Regitz-Zagrosek, 2012)





Un exemple de modélisation des interactions entre biologie et société dans la modélisation du sexe et du genre en médecine sensible au genre (Gender medicine): Figure 1 “Complex interdependency of sex and gender in the human”, in (Regitz-Zagrosek, 2012)

# Bibliographie

- Amsellem-Mainguy, Yaëlle, Maud Gelly, and Arthur Vuattoux. 2017. "Genre et Santé (Dossier)." *La Santé En Action* (441).
- Bajos N., Ferrand M., 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, 61, 1, p. 91.
- Cambois, E. 2016. "Des Inégalités Sociales de Santé Moins Marquées Chez Les Femmes Que Chez Les Hommes : Une Question de Mesure ?" *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique* 64(2):75–85.
- Connell, Raewyn. 2012. "Gender, Health and Theory: Conceptualizing the Issue, in Local and World Perspective." *Social Science & Medicine* 74(11):1675–83.
- Courtenay, Will H. 2000. "Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health." *Social Science and Medicine*.
- Cousteaux, Anne-sophie et Jean-Louis Pan Ké Shon. 2008. "Le Mal-Être a-t-Il Un Genre ? Suicide, Risque Suicidaire, Dépression et Dépendance Alcoolique." *Revue Française de Sociologie* 49(1):53–92.
- Ehrenberg A., 1998. – *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- Palierne, Nicolas, Ludovic Gaussoit, and Loïc Le Minor. 2015. "Le Genre de l'ivresse. Évolution Des Consommations d'alcool Chez Les Étudiant-e-S." *Journal Des Anthropologues* 2 (140–141):153–72.
- Regitz-Zagrosek, Vera. 2012. "Sex and Gender Differences in Health." *Science & Society Series on Sex and Science* 13(7):596–603.
- Springer, Kristen W., Olena Hankivsky, and Lisa M. Bates. 2012. "Gender and Health: Relational, Intersectional, and Biosocial Approaches." *Social Science & Medicine* 74(11):1661–66.
- Springer, Kristen W., Jeanne Mager Stellman, and Rebecca M. Jordan-Young. 2012. "Beyond a Catalogue of Differences: A Theoretical Frame and Good Practice Guidelines for Researching Sex/Gender in Human Health." *Social Science & Medicine* 74(11):1817–24.
- Ventola, Cécile. 2016. "Le Genre de La Contraception : Représentations et Pratiques Des Prescripteurs En France et En Angleterre." *Cahiers Du Genre* 60(1):101.