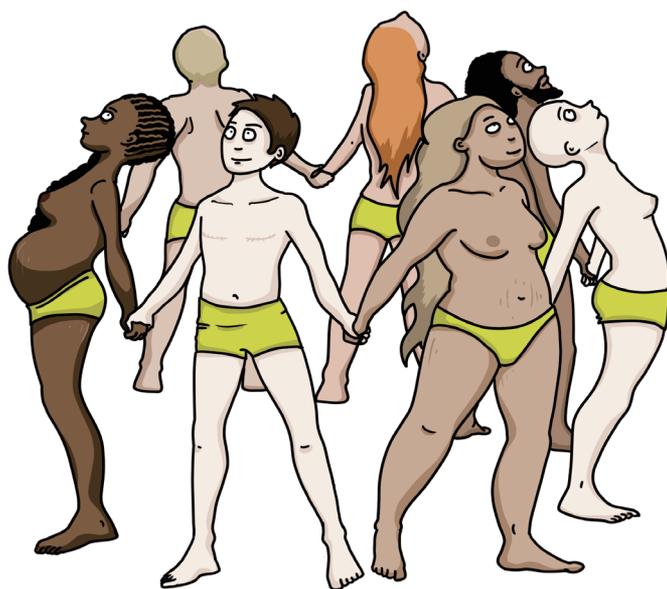


# La promotion de la santé au prisme du genre

Guide théorique et pratique



*Emma.*

Jean-Yves **Le Talec**

Danièle **Authier**

Sylvie **Tomolillo**

Préface de Nathalie Bajos



# La promotion de la santé au prisme du genre

*Guide théorique et pratique*

Jean-Yves **Le Talec**  
Danièle **Authier**  
Sylvie **Tomolillo**

Préface de **Nathalie Bajos**

2019  
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Entre les pratiques effectives et les savoirs constitués, le fossé est souvent béant. Que seraient les savoirs, pourtant, sans les pratiques qui les font vivre ?

La collection «TERRAINS Santé Social» donne la parole aux praticiens. Elle est ouverte à tous les acteurs des terrains sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui souhaitent faire état publiquement de leurs pratiques et recherches, dans le style qui leur est propre.

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

*Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'Éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992).*

© 2019, Presses de l'EHESP, 2 avenue Gaston-Berger – CS 41 119 – 35011 Rennes Cedex  
[www.presses.ehesp.fr](http://www.presses.ehesp.fr)

ISBN : 978-2-8109-0771-7

Illustration de couverture : © Emma

# Préface

## Le genre de la santé

*Nathalie Bajos,  
Directrice de recherche à l'INSERM*

Genre et santé, voilà deux termes complexes encore trop rarement conjugués, ou associés de manière problématique, dans la littérature scientifique en général et en santé publique en particulier.

Interroger les enjeux de santé au prisme du genre comme le propose cet ouvrage qui allie connaissances théoriques et perspectives opérationnelles en promotion de la santé, est une démarche assurément novatrice. En tant que chercheuse sociologue-démographe en santé publique, spécialiste du genre, je ne peux que m'en réjouir !

Il faut reconnaître qu'une telle approche peut être, à première vue, contre-intuitive tant les femmes semblent bénéficier d'un avantage sur les hommes. De fait, elles ont presque toujours une espérance de vie, à la naissance, supérieure à celle des hommes. Dans les pays européens, l'écart entre les sexes en termes d'espérance de vie à la naissance était de 6,6 ans en 2016 (80,8 ans pour les femmes contre 74,2 ans pour les hommes) et de 3,9 ans à 60 ans. C'est toutefois un autre tableau qui se dessine lorsqu'on tient compte des incapacités et des limitations fonctionnelles, en définissant ce que les démographes appellent « l'espérance de vie en bonne santé ». L'écart entre les sexes à l'âge de 60 ans n'est plus alors que de 2,8 ans<sup>1</sup> (OMS, 2016 ; 2018).

Cet avantage féminin observé dans le domaine de la santé, certes variable selon l'époque, l'âge et les pathologies, est d'autant plus intéressant à souligner qu'il s'oppose aux schémas observés dans toutes

---

1. Données OMS pour la région Europe : <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>

les autres sphères sociales (moindre rentabilité du capital scolaire des filles, salaires inférieurs, accès restreint aux responsabilités économiques et politiques, etc.). En outre, cette hiérarchie des sexes apparaît plus structurante que la hiérarchie sociale. Ainsi, alors que les cadres masculins et féminins ont une espérance de vie plus élevée à 35 ans que leurs homologues de la classe ouvrière, les femmes ouvrières ont néanmoins une espérance de vie plus élevée que les hommes cadres (Cambois *et al.*, 2008).

Si les recherches sur les déterminants sociaux de la santé, notamment le revenu, l'éducation, l'emploi, l'origine, sont nombreuses, très peu d'entre elles incluent le genre comme un déterminant clé des inégalités sociales de santé. À l'inverse, les études biomédicales qui s'intéressent aux différences entre les femmes et les hommes omettent le plus souvent de tenir compte des caractéristiques sociales des personnes concernées.

Il est vrai que le terme de genre est polysémique, y compris dans le champ scientifique. La plupart du temps, notamment en santé publique, il renvoie à la notion de « sexe social », généralement définie comme les rôles sociaux assignés aux hommes et aux femmes au regard des normes de masculinité et de féminité qui prévalent dans une société donnée. En sciences sociales, le genre définit le plus souvent « un système de bi-catégorisation hiérarchique entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées » (Bereni *et al.*, 2012). L'utilisation de ce terme peut aussi renvoyer à l'« identité de genre », qui peut être corrélée avec le sexe assigné à la naissance, ou en différer, comme c'est le cas pour les personnes trans\* (voir Introduction, note 3).

Force est de constater que l'on observe dans les recherches, si ce n'est systématiquement du moins très fréquemment, une confusion entre « sexe » et « genre ». Les chercheur·e·s pensent intégrer la dimension du genre, alors qu'ils établissent, simplement, des statistiques sexuées (Courtenay, 2000). Bien que le mot « genre » (du latin *generare*, « générer ») ait été introduit dans la littérature scientifique au début des années 1970 pour contrer une approche trop déterministe et biologique des différences de santé selon le sexe (du latin *secare*,

«couper»), «femmes» et «hommes» restent considéré·e·s comme des catégories fixes et non problématiques (Krieger, 2003).

Au-delà de la confusion entre les concepts de sexe et de genre, une question majeure est la conceptualisation de leurs interactions. Les différences d'expériences vécues par les hommes et les femmes, en raison par exemple de leur position sociale différentielle dans le milieu de travail, renvoient à des expositions environnementales différentielles qui interagissent avec les corps et contribuent aux différences de santé entre les sexes. Tout en reconnaissant l'existence de différences biologiques entre les hommes et les femmes, certain·e·s auteur·e·s (voir notamment Fausto-Sterling, 2005 ; Jourdan-Young, 2011) considèrent que les liens de causalité entre «sexe» et «genre», souvent appréhendés comme passant de la dimension biologique à la dimension sociale, devraient être pensés dans une perspective bidirectionnelle. Certain·e·s préconisent ainsi des formulations plus complexes telles que «expression biologique du genre» et «expression sexuée de la biologie» (Krieger, 2003).

En outre, comme le soulignent Bates *et al.* (2009), les interactions entre le genre et les autres dimensions de la structure sociale sont rarement prises en compte, ce qui n'est pas sans effet sur l'élaboration des politiques en santé publique et notamment celles qui visent à réduire les inégalités sociales de santé. Il est pourtant nécessaire de penser l'articulation du genre avec d'autres rapports sociaux de pouvoir comme les rapports de classe et de «race» (Kergoat, 1978), voire d'orientation sexuelle (Connell, 2012), pour appréhender la complexité de la réalité sociale, en particulier dans le champ de la santé. Les questions de santé sont révélatrices des rapports sociaux de pouvoir qui peuvent jouer en faveur, ou en défaveur, de différents groupes sociaux. Ainsi les femmes, et spécialement celles de milieux populaires, sont moins bien dépistées et prises en charge pour les maladies cardiovasculaires, tandis que leurs homologues masculins, davantage concernés par les problèmes de santé mentale sont, eux, moins bien diagnostiqués et traités. Se limiter à une analyse en termes de genre, sans tenir compte des autres rapports sociaux de pouvoir, risque même de conduire à réifier les différences de sexes.

Ces approches, dites consubstantielles ou intersectionnelles, peuvent s'appliquer à toutes les étapes des processus qui construisent les différences de santé entre les groupes sociaux. Elles concernent tout d'abord l'exposition aux risques dès la prime enfance, les aptitudes à identifier (ou pas) et à exprimer (ou pas) des problèmes de santé, les conditions d'accès éventuel au système de santé et les modalités de prises en charge, de traitement et de suivi par les professionnel·le·s de santé. Ces dernier·ière·s s'appuient d'ailleurs sur des outils diagnostiques qui ne sont pas exempts, dans leur construction même, de biais de genre et d'appartenance sociale, et dont les effets sont encore amplifiés sur les personnes homosexuelles, bi, trans\* et intersex\* (voir Introduction, note 3).

Cet ouvrage est donc particulièrement bienvenu car il expose de manière rigoureuse et pédagogique la complexité des processus qui construisent les différences de santé entre les sexes, et de manière plus générale entre les groupes sociaux. Il donne ainsi des clés d'analyse, de réflexion mais aussi d'action pour tou·te·s les professionnel·le·s qui interviennent dans le champ de la santé.

# Introduction

Ce guide est né d'une expérimentation originale, une recherche-action fondée sur des actions de formation portant sur le genre et la promotion de la santé. Mais avant de développer cette approche, il convient de souligner combien la santé s'est trouvée, et se trouve toujours, au cœur des mouvements militants et des revendications politiques liées au genre.

## Promotion de la santé, genre et mobilisations collectives

C'est au cours de la deuxième vague du féminisme, à partir de la fin des années 1960, que des femmes se sont mobilisées sur le thème de la santé. L'ouvrage collectif *Our Bodies Our Selves* (Boston Women's Health Book Collective, 1971) constitue de ce point de vue un incontournable repère : pour la première fois, des femmes se sont approprié et ont diffusé des informations sur leur bien-être et leur santé, en y incluant les questions relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre<sup>1</sup>. C'est un mouvement d'*empowerment*, une affirmation *par les femmes* de leur autonomie, de leur capacité d'agir et de maîtriser leur propre corps et leur santé (Culture & Santé, 2010)<sup>2</sup>. De nombreuses fois

---

1. Une première version sous forme de fanzine est mise en circulation en 1970. Pour plus de détails sur le contexte historique et la portée de cet ouvrage, voir l'article d'Ilana Löwy : « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis » (Löwy, 2005).

2. Ce numéro thématique édité par *Culture & Santé* présente une bibliographie et une webographie très complètes sur la notion d'*empowerment*.

réédité, *Our Bodies Our Selves* répondait initialement aux besoins d'un collectif de femmes de Boston. À partir de leurs expériences vécues, elles ont diffusé une information médicale précise sous une forme claire et accessible, en collaborant avec des organisations et des personnes capables de fournir des services, de mener des recherches, d'analyser des politiques publiques et d'organiser le changement social. Elles ont encouragé les femmes à l'engagement politique en faveur de leur santé.

Il est remarquable de constater que ces mobilisations ont été reprises dans leurs grandes lignes par la communauté gaie et leurs allié·e·s, d'abord engagé·e·s dans la dépathologisation de l'homosexualité, puis dans la lutte contre le VIH-sida, dès le début des années 1980 (Defert, 1989). Il s'agissait bien, pour les personnes séropositives, de maîtriser leur corps et leur destin, d'accéder à l'information scientifique sur l'infection à VIH et de se l'approprier, en recourant aux spécialistes et aux organisations capables d'apporter leur expertise. L'objectif était bien de changer les pratiques sociales, notamment dans le champ médical, en maîtrisant le rapport aux professionnel·le·s de santé et en intervenant dans la recherche médicale, et d'influer sur les politiques publiques, en imposant la concertation et en orientant la prévention (Arnal, 1993 ; Pinell, 2002 ; Broqua, 2006). Des groupes d'autosupport d'usager·ère·s de drogues se sont mobilisés et ont procédé de même, en partageant leur expérience, en s'appropriant et en diffusant la démarche de réduction des risques, souvent *contre* le système de soins, réticent à s'extraire de la logique de prohibition (Toufik, 1997 ; Coppel, 2011).

Par la suite, au cours des années 1990, des démarches communautaires en faveur de la santé ont émergé à l'initiative de personnes prostituées, migrantes, et plus récemment de personnes trans\*<sup>3</sup>, en

---

3. Dans ce guide, nous utilisons l'adjectif et le substantif «trans\*», suivi d'un astérisque, qui se substitue aux diverses définitions et dénominations adoptées par les personnes concernées elles-mêmes, selon leur choix et leur situation et indépendamment des catégories médicales et psychiatriques (Giami, 2011). «Trans\* : terme chapeau qui permet de regrouper les personnes trans dans leur diversité et de ne pas opposer transsexuel·le·s et transgenres comme l'indique l'astérisque quelquefois remplacée par une apostrophe» (Bourcier, 2014). Dans le même esprit, nous utilisons le terme «intersex\*», qui englobe toutes les situations relatives à l'intersexualité et aux manières de les définir.

lutte contre l'hégémonie psychiatrique. C'est à ce moment également qu'une mobilisation en faveur de la santé globale gaie, lesbienne, bi et trans\* est née aux États-Unis, puis a gagné l'Europe et l'Australie (Jablonski, Le Talec et Sidéris, 2010).

Toutes ces mobilisations parlent de santé, mais elles parlent aussi et surtout de genre, qu'il s'agisse du mouvement des femmes – de toutes les femmes, lesbiennes, bisexuelles, prostituées, migrantes... –, du mouvement homosexuel, du mouvement trans\*, et aussi de l'auto-support des usager·ère·s de drogues, tant « la toxicomanie » est stéréotypée et moralement encadrée. Les rapports de pouvoir liés au genre, précisément au sexe, à la sexualité et à l'identité de genre, exercent une domination avant tout sur les corps, en les gouvernant, en les assujettissant, en les assignant, en les contraignant, en les pathologisant, en les enfermant. En d'autres termes, le genre façonne les normes de santé, et donc sa promotion, à moins de considérer que l'injonction à la maternité ou la dimension pathologique de l'homosexualité, par exemple, relèvent d'un « ordre naturel », anthropologique ou divin – ce que certain·e·s continuent de penser de par le monde. Le genre est reconnu comme l'un des déterminants majeurs des inégalités de santé (Leclerc *et al.*, 2000).

La quatrième Conférence mondiale sur les femmes, organisée à Pékin en 1995 par les Nations unies, a couronné une quinzaine d'années de plaidoyer féministe et constitué une réelle avancée relative aux inégalités entre les sexes. L'assemblée a en effet préconisé que les principes d'autonomie des femmes et d'égalité femmes-hommes soient appliqués à tous les niveaux des politiques publiques par tous les États membres. La prise en compte de l'égalité des sexes est requise de manière systématique et universelle : c'est le *gender mainstreaming*<sup>4</sup>. Un chapitre du rapport, consacré à la santé, précise notamment :

[...] Les politiques et programmes de santé perpétuent souvent les stéréotypes sexuels, et ne tiennent pas compte des disparités socio-économiques et autres entre les femmes ; ni du fait qu'elles ne sont

---

4. Le *gender mainstreaming*, que l'on peut traduire par l'« approche intégrée de l'égalité », « a pour ambition de faire prendre en compte la perspective de l'égalité des sexes dans l'ensemble des politiques et dispositifs publics » (Dauphin et Sénac-Slawinski, 2008, p. 5).

pas libres de gérer leur santé comme elles l'entendent. Leur santé souffre aussi du sexisme des systèmes de santé et de l'insuffisance qualitative et quantitative des services médicaux qui leur sont fournis. [...] Afin de réduire les disparités entre hommes et femmes en matière de santé, de services médicaux et de soins de santé, les gouvernements et les autres acteurs devraient intégrer explicitement la problématique hommes-femmes dans leurs politiques et programmes, c'est-à-dire mesurer, avant toute décision, ses éventuels effets sexospécifiques (ONU, 1996, p. 38-42).

La conférence et le rapport qui en découle se sont avant tout focalisés sur l'égalité des hommes et des femmes dans un contexte hétérosexuel (explicite et implicite), au détriment d'autres sexualités et/ou identités de genre. De très nombreux guides et programmes ont adopté cette perspective limitée, même dans les contextes où la diversité des pratiques sexuelles et des identités de genre se révèle incontournable (IGWG, 2005<sup>5</sup>).

Cette dimension des normes de genre, source de discriminations et d'inégalités de santé, s'est progressivement constituée en « causes sexuelles », dès les années 1970 (Broqua, Fillieule et Roca i Escoda, 2016). Dans les pays occidentaux principalement, le mouvement homosexuel a progressivement développé une revendication politique globale, d'abord en faveur de la dépathologisation et de la dépénalisation de l'homosexualité, puis en faveur de l'égalité civile (lutte contre les discriminations, légalisation du couple, parentalité...). Cette revendication globale est aujourd'hui portée au niveau international, d'abord au sein de l'Union européenne dès 1997, puisque le traité d'Amsterdam encourage à « prendre les mesures appropriées pour combattre les discriminations fondées sur le sexe, la race<sup>6</sup>, l'origine ethnique, la religion, l'âge ou l'orientation sexuelle ».

---

5. Ce guide, intitulé *Manuel d'intégration du genre dans les programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le sida : de l'engagement à l'action*, ne mentionne pas le terme « homosexualité », ni d'ailleurs celui d'hétérosexualité, ce qui rend la norme de sexualité implicite...

6. Tel qu'employé dans cet ouvrage, le terme « race » ne reflète aucune réalité objective, mais correspond à « une catégorie idéologique, produite dans et par un rapport de domination historicisable, une catégorie qui masque les procédés de racialisation des inégalités sociales » (Dorlin, 2008, p. 80).

En décembre 2008, soixante-six pays membres des Nations unies se sont associés pour promulguer une déclaration affirmant « le principe de non-discrimination, qui exige que les droits de l'homme s'appliquent de la même manière à chaque être humain, indépendamment de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre ». Ce document n'implique aucune obligation pour les États membres et ne comporte pas de mesures générales ou thématiques en faveur de l'égalité, mais il « prend date » et inscrit un objectif à long terme, en s'adressant en priorité aux nations qui pénalisent toujours l'homosexualité (environ quatre-vingt-dix) et à celles qui l'ignorent dans leur législation (environ quatre-vingts).

Les institutions internationales, telles que les Nations unies, l'Union européenne, mais aussi l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Unesco et quelques autres ont donc un rôle moteur, même si certains États s'opposent au progrès en matière de rapports de genre, essentiellement pour des raisons religieuses et morales, et si d'autres utilisent la « tolérance » à des fins politiques<sup>7</sup>.

L'institutionnalisation du *gender mainstreaming* et des « causes sexuelles » ne doit pas faire oublier la place centrale des mobilisations et des luttes sociales, qui se sont déroulées et se poursuivent pour abolir les discriminations liées au genre dans le champ de la santé – entre autres. Le « devoir de mémoire » invite à rappeler aux plus jeunes l'engagement de leurs aîné·e·s, leurs combats et les enjeux de leurs luttes.

## Formation et partage d'expériences

La formation, le partage d'expériences et de pratiques sont les outils principaux de l'association Frisse (Femmes, réduction des risques et sexualité), qui intègre une perspective de genre dans toutes ses actions. Les objectifs de Frisse s'inscrivent en effet dans l'intention

---

7. L'ambition de certains pays de lutter contre les diverses formes d'homophobie d'État peut être analysée comme une manière d'imposer à la fois un mode de vie et une hiérarchie politique entre démocraties éclairées et États autoritaires sexistes et homophobes. Cette interprétation développe la notion d'« homonationalisme » pour traduire ces rapports complexes entre genre, classe et race (Puar, 2012).

de prise en compte globale et systématique du genre dans les politiques publiques et la société civile et répondent en particulier à la volonté de l'État de « former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifique et ciblée » (DGS, 2010, p. 20 ; voir aussi « L'exemple de l'association Frisse<sup>8</sup> »).

### Une recherche-action originale

L'association était donc particulièrement légitime pour proposer en 2010 à la Direction générale de la santé (DGS) un projet de recherche-action en situation de formation intégrant le genre dans la promotion de la santé.

Toutefois, la DGS a repris et précisé cet objectif comme suit : « Renforcer l'appropriation de l'approche de genre (ou sexospécifique) chez les professionnel-le-s de la promotion de la santé dans le cadre d'un processus de recherche-action<sup>9</sup>. » L'appropriation attendue ne s'appliquait donc pas aux publics ciblés par des actions de promotion de la santé, contrairement aux propositions de Frisse. L'usage de la notion de « sexospécificité » venait préciser le sens de l'expression « approche de genre », mais les deux partenaires (Frisse et l'État) avaient-ils vraiment la même compréhension du terme « genre » ? De même, la signification accordée à la promotion de la santé n'était pas précisée dans le texte de la convention. S'agissait-il de la perspective de « santé pour tous », telle qu'elle a été définie par l'OMS dans la charte d'Ottawa, en englobant l'ensemble des déterminants d'inégalités de santé (OMS, 1986), ou bien d'un sens plus restreint, synonyme de prévention ou d'éducation pour la santé ?

Face à ces interrogations, l'association Frisse et le comité scientifique du programme « Genre et promotion de la santé » ont résolument choisi l'option la plus ambitieuse, consistant à aborder le genre et la promotion de la santé dans leurs plus larges significations

---

8. Voir chapitre 4, partie 3.2.

9. Convention de financement entre la Direction générale de la santé et l'association Frisse, 8 août 2011.

conceptuelles. Cela impliquait d'élever le niveau théorique des formations proposées en tant que terrain de recherche-action, au risque d'en rendre l'accès plus difficile. Mais cela permettait d'élargir les perspectives de compréhension des expériences vécues sur le terrain et des difficultés, souvent perçues comme complexes à analyser et à prendre en compte.

Si cette option a effectivement nécessité un effort d'adaptation pédagogique et une attention soutenue au suivi des participant-e-s, elle s'est révélée très productive en termes de réflexion et d'apports empiriques, et finalement tout à fait adaptée à la fois aux objectifs de la recherche-action et aux attentes des personnes curieuses d'approfondir les enjeux théoriques et pratiques du genre dans la promotion de la santé.

Pour l'État, il s'agissait de soutenir par une subvention une démarche de recherche-action, en vue de dégager des recommandations relatives à la prise en compte du genre dans la promotion de la santé et de produire un « Guide de bonnes pratiques ». Pour Frisse, il s'agissait d'imaginer une méthodologie fondée sur une démarche de formation, puis d'ordonner et de valider collectivement les éléments recueillis durant les sessions.

### **Une approche participative validée par consensus**

Un comité scientifique a été créé en 2009 pour élaborer le contenu des sessions et la manière d'impliquer les participant-e-s dans une démarche de consensus. En 2010 et 2012, trois sessions de formation de trois journées chacune ont été proposées, mêlant approches théoriques et ateliers de partage d'expérience. Les participant-e-s aux différentes sessions<sup>10</sup> ont contribué aux frais d'organisation et de restauration, tandis que la subvention publique a permis le déroulement du volet recherche : participation des expert-e-s, réunions du comité

---

10. Première session : 27 au 29 janvier 2010 à Paris ; deuxième session : 29 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2010 à Paris ; troisième session : 12 au 14 mars 2012 à Lyon. Par la suite, d'autres sessions ont été organisées : 5 au 7 mai 2014 à Paris, 17 au 19 novembre 2014 à Saint-Étienne ; 28 au 30 septembre 2015 à Bourg-en-Bresse ; 21 au 23 mars 2016 à Grenoble ; 2 au 4 mai 2017 à Saint-Étienne.

scientifique, organisation d'une conférence de consensus et rédaction d'un rapport final.

L'expérience accumulée est venue valider un choix méthodologique assez original, reposant sur la participation et la coproduction d'un ensemble de recommandations élaborées en commun par des intervenant·e·s de terrain, des responsables à différents niveaux des politiques de santé publique et des programmes de promotion de la santé, des chercheur·e·s et des universitaires. Ce livre, issu du rapport final, n'est donc pas seulement un « rapport d'expertise », mais bien la synthèse d'éléments parfois empiriques issus de l'expérience et des pratiques du monde professionnel de la promotion de santé au sens large (principalement du secteur public et associatif). Cette réflexion collective, placée dans un cadre stimulant de formation, a été volontairement distanciée de l'immersion quotidienne sur le terrain.

La démarche de validation des résultats constitue le second point fort de l'approche méthodologique choisie : elle s'inspire d'un modèle largement éprouvé, notamment dans l'univers biomédical, celui de la conférence de consensus. Dans un premier temps, l'ensemble des recommandations élaborées à l'étape précédemment décrite a été revu et formalisé par le comité scientifique du projet, sous la forme d'un document de travail<sup>11</sup>. Dans un second temps, ce document a été discuté par un panel composé de participant·e·s aux formations<sup>12</sup>. Cette conférence de consensus<sup>13</sup> a permis de valider de façon unanime la formulation des recommandations et le contenu du rapport final, à l'origine de ce guide, destiné aux professionnel·le·s et intervenant·e·s de la promotion de la santé, devant répondre de manière simple et pragmatique à l'objectif initial, à savoir renforcer l'approche genrée dans ce champ d'activité.

---

11. Réunions de travail le 4 février 2011, le 8 octobre 2011 et le 11 mars 2012.

12. Lors de chaque session, il a été proposé aux participant·e·s de rejoindre un groupe d'experts chargés de : repérer les freins et facilitateurs à l'intégration du genre dans la promotion de la santé ; contextualiser et définir ou s'accorder sur ce que signifie le genre, avant d'envisager comment il peut s'appliquer à la promotion de la santé ; distinguer la promotion de la santé de l'expertise et des moyens. Les membres de ce groupe ont été invités à participer à la conférence de consensus.

13. Organisée à Paris le 8 février 2013, dans les locaux de l'agence régionale de santé d'Île-de-France.

En regard du succès de sa mise en œuvre, cette méthodologie de « recherche-action en situation de formation » et de « validation par consensus » mérite d'être formalisée : elle pourrait en effet être appliquée à d'autres projets ou objets.

### Quelques limites de la méthode

Conformément à la convention passée avec l'État (« Renforcer l'appropriation de l'approche de genre [ou sexospécifique] chez les professionnel·le·s de la promotion de la santé dans le cadre d'un processus de recherche-action »), les axes de formation choisis ont été abordés du point de vue des professionnel·le·s, mais très peu de celui des personnes à qui les programmes de promotion de la santé sont destinés. Au moins en ce qui concerne le genre, cette impasse masque les enjeux entre « structures » et « publics », même s'ils ont été abordés d'un point de vue théorique et pratique (restitutions d'expériences) au cours des sessions de formation. Dans une étape future, une participation plus importante de représentant·e·s des usager·ère·s paraîtrait des plus pertinentes. Cette participation des personnes concernées existe d'ores et déjà dans les journées thématiques ou les journées de partage d'expériences (JPE) organisées par Frisse sur plusieurs thèmes<sup>14</sup>.

L'approche transversale du genre en promotion de la santé s'est accompagnée d'une déclinaison thématique sous forme d'ateliers. Il n'était cependant pas possible d'aborder l'ensemble des centres d'intérêt des participant·e·s (correspondant le plus souvent à leur propre activité professionnelle), ce que certain·e·s ont regretté. Afin de répondre à ces demandes spécifiques, et d'en tirer des recommandations plus précises, il pourrait être judicieux de décliner des formations plus spécialisées, par exemple ciblées sur des publics (les hommes, les personnes trans\*, les personnes détenues), des pratiques (l'hétérosexualité, le couple), des organisations (agences régionales

---

14. Handicaps et sexualité (2008, 2009, 2011, 2012, 2015) ; Méthode boule de neige et promotion de la santé de pair à pair (2009) ; Transidentitaires et santé sexuelle (2011, 2015) ; Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et psychotropes (2012) ; introduction en 2014 d'un module sur l'usage de drogues en contexte sexuel gai (chemsex), Santé des femmes qui font du sexe avec des femmes (2011, 2012, 2015).

de santé, organisations internationales, organisations non gouvernementales), des disciplines (santé publique, éducation, épidémiologie)...

Enfin, la participation à l'ensemble du processus de recherche-action a nécessité de la part des participant·e·s une disponibilité et une implication importantes à titre gratuit, venant s'ajouter à leur engagement professionnel. De ce fait, plusieurs personnes se sont retirées du projet global, faute de temps, et n'ont par exemple pas assisté à la conférence de consensus. Ce constat demanderait une réflexion plus poussée sur les modalités de participation et les contreparties éventuelles.

## **Un guide théorique et pratique**

Ce guide résulte donc des résultats de la recherche-action et des mises en pratiques qui ont suivi, dans le cadre de formations organisées par Frisse. Dans une première partie, il s'agit de s'accorder sur ce que signifient le genre, d'une part, et la promotion de la santé, d'autre part ; dans une seconde partie sont abordées les dimensions pratiques de la prise en compte du genre dans la promotion de la santé.

En matière de rédaction inclusive, ce guide respecte les recommandations du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) et de l'Institut national d'études démographiques (Ined) : le point médian permet d'exprimer le masculin et le féminin, afin d'éviter l'usage du masculin comme cas général et de limiter les stéréotypes de sexe ; l'astérisque souligne la dimension inclusive du terme auquel il est accolé (HCE, 2016, p. 28 ; Arbogast, 2017, p. 17 ; Bourcier, 2014).

# Table des matières

Préface .....	3
Introduction .....	7
Promotion de la santé, genre et mobilisations collectives .....	7
Formation et partage d'expériences.....	11
<i>Une recherche-action originale</i> .....	12
<i>Une approche participative validée par consensus</i> .....	13
<i>Quelques limites de la méthode</i> .....	15
Un guide théorique et pratique.....	16
<b>1. UN PEU DE THÉORIE POUR COMMENCER.....</b>	<b>17</b>
Chapitre 1. Définir : quand le genre s'emmêle.....	19
1. Comprendre : les mobilisations collectives.....	20
1.1. <i>Conscientisation</i> .....	20
1.2. <i>Empowerment et agency</i> .....	21
1.3. <i>Émancipation</i> .....	23
2. Distinguer : le sexe du genre .....	24
3. Préciser : qu'est-ce que le genre en sciences sociales? .....	25
4. Discuter : la signification accordée au genre.....	27
4.1. <i>Le genre, « sexe social »</i> .....	29
4.2. <i>Le genre et la sexospécificité</i> .....	31
4.3. <i>Le genre et les rapports sociaux de sexe</i> .....	32
4.4. <i>Le genre, système de différenciation sociale</i> .....	34
Le genre, au singulier.....	34
Le genre, les hommes et les masculinités .....	36
4.5. <i>Le genre, construction performative</i> .....	37
5. Sexe, genre et sexualité.....	40
6. <i>Le care</i> : éthique, pratique sociale et théorie politique.....	42

<b>Chapitre 2. Interroger : la promotion de la santé</b> .....	47
1. Distinguer : la promotion de la santé de l'expertise et des moyens .....	48
1.1. <i>La promotion de la santé</i> .....	48
1.2. <i>L'expertise : la santé publique</i> .....	50
1.3. <i>Les moyens</i> .....	51
Les normes, les lois et les règlements.....	52
La santé communautaire.....	54
L'autosupport et l'entraide .....	59
L'éducation pour la santé .....	62
Le marketing social .....	65
Le counselling individuel .....	67
2. Discuter : la promotion de la santé .....	69
3. Connaître : le modèle conceptuel des inégalités de santé .....	73
3.1. <i>Contexte socio-économique et inégalités</i> .....	74
3.2. <i>Modéliser les inégalités de santé</i> .....	76
 <b>2. DE LA PRATIQUE POUR CONTINUER</b> .....	 83
 <b>Chapitre 3. Questionner : le genre dans une structure</b> .....	 85
1. Prendre l'initiative.....	86
2. Décrire la situation présente .....	86
3. Analyser les effets du système de genre .....	87
4. Restituer le diagnostic, informer et proposer .....	88
5. Prendre des mesures d'amélioration.....	88
6. Évaluer l'amélioration et les difficultés .....	89
7. Mettre en œuvre un plan de formation.....	89
 <b>Chapitre 4. Le genre dans la promotion de la santé</b> .....	 93
1. Systématiser : l'approche de genre en promotion de la santé .....	93
<i>Tableau d'analyse pas à pas de l'approche de genre</i> <i>en promotion de la santé</i> .....	94
Bilan graphique : la structure porteuse du projet .....	96
Bilan graphique : le contexte du projet.....	97
Bilan graphique : les principaux points du projet.....	99
Bilan graphique : la population cible .....	100
Bilan analytique .....	100
2. Partager : les expériences de terrain .....	100
3. Développer : une approche thématique générée en promotion de la santé.....	102

3.1. <i>Les limites d'une approche thématique</i> .....	103
3.2. <i>L'exemple de l'association Frisse</i> .....	104
3.3. <i>Frisse et la santé sexuelle</i> .....	107
<b>Conclusion</b> .....	111
<i>Partager, transmettre</i> .....	112
<i>S'informer, former</i> .....	113
<i>Analyser, évaluer</i> .....	113
<i>Concevoir, mettre en œuvre</i> .....	114
<i>Éduquer, promouvoir</i> .....	115
<b>Bibliographie</b> .....	117
<i>Ouvrages et articles</i> .....	117
<i>Documents et rapports officiels</i> .....	128
<i>Quelques ouvrages faciles d'accès</i> .....	131
Sur la promotion de la santé .....	131
Sur le sexe, le genre et la sexualité.....	131
Sur le care.....	132
<b>Les auteur·e·s</b> .....	133
<b>Liste des sigles</b> .....	135
<b>Remerciements</b> .....	139

# La promotion de la santé au prisme du genre

## Guide théorique et pratique

Le mouvement en faveur de la promotion de la santé s'est développé au moment où se concrétisait le concept de genre en sciences sociales. Ces deux grandes idées sont nées des mobilisations collectives des années 1960 contre la pauvreté et pour l'égalité. Malgré l'évidence de ce que l'on nomme aujourd'hui une « convergence des luttes », la santé et sa promotion n'ont pas fait du genre un thème majeur et le genre a peu investi le champ de la santé publique.

Ce guide théorique et pratique vient combler ce vide. Né d'une recherche-action en situation de formation, il montre que promotion de la santé et genre sont intrinsèquement liés sur les plans théorique, militant et professionnel et souligne l'importance de la prise en compte du genre comme déterminant d'inégalités de santé. L'objectif est double : sensibiliser les professionnel-le-s de santé du secteur public et associatif aux stéréotypes qu'ils peuvent véhiculer et aux conséquences sur la prise en charge des usagers et mettre à disposition des professionnel-le-s un ensemble de recommandations.

Cet ouvrage s'adresse aux professionnel-le-s du soin et de l'intervention sociale dans les champs de la santé, aux étudiant-e-s, enseignant-e-s et chercheur-e-s en sciences sociales, ainsi qu'aux associations en promotion de la santé, afin d'améliorer la formation et les pratiques professionnelles.

**Jean-Yves Le Talec** est sociologue, chercheur et enseignant à l'université Toulouse Jean Jaurès, membre associé du Centre d'étude et de recherche travail, organisation, pouvoir (Certop), équipe Sagesse (Savoirs, genre et rapports sociaux de sexe) et co-fondateur du groupe de travail « Sociologie des sexualités » au sein de l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF).

**Danièle Authier** est sociologue, coordinatrice du programme « Femmes, réduction des risques et sexualité » et co-fondatrice de l'association Frisse à Lyon.

**Sylvie Tomolillo** est anthropologue, spécialiste des rapports sociaux de sexe et de la variabilité culturelle du genre. Elle a participé à des recherches sur la prévention du sida en milieux bisexuel et hétérosexuel, les mobilisations gaies et *queer*, et l'impact des discriminations sexistes et homophobes dans la prise de risques.

ISBN : 978-2-8109-0771-7



9 782810 907717

24 €

[www.press.es.hesp.fr](http://www.press.es.hesp.fr)